

ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK · URZĘDOWY
IZBY · ZDROWIA
W · GENERALNYM
GUBERNATORSTWIE



KRAKÓW

GARDAN

lek swoisty przeciw grypie

Wszechstronne zastosowanie we wszelkich chorobach z przeziębienia, gościcu, stanach gorączkowych i bólowych.

Opakowania oryginalne: Rurki z 10 i 20 tabletkami po 0,5 g

W upławach pochwowych

DEVEGAN

Szybko przywraca prawidłowe stosunki biologiczne. Wysoce skuteczny również w rzęsistkowym zapaleniu pochwy. Czysty i prosty w użyciu.

Opakowania z 15 i 30 tabletkami



»Bayer«

LEVERKUSEN

Przedstawicielstwo
na Generalne Gubernatorstwo:

»Bayer« — Pharma

Warschau, Złota 7

Zamawianie i opłata czasopisma

»ZDROWIE I ŻYCIE«

tylko przez właściwy urząd pocztowy

Jeszcze raz zwracamy z naciskiem uwagę naszych Czytelników na to, że zamówienia i wpłaty, jak również zmiany adresów należy dokonywać względnie zgłaszać wyłącznie we właściwym Urzędzie pocztowym. Niestety okazało się, że jeszcze różne mniejsze Urzędy pocztowe wbrew wskazaniom Poczty głównej w Krakowie odmawiały przyjęcia zamówień i wpłat na nasze czasopismo. Rozumiemy też, że wówczas ten czy ów odbiorca przekazał prenumeratę miesięczną bezpośrednio do wydawnictwa czasopisma „Zdrowie i Życie“ w Krakowie. W każdym razie konieczne jest jednak wówczas zaznaczyć na odcinku przekazu, za jaki miesiąc wpłacono owe 3, 6 czy 9 zł. Dlatego prosimy takich wpłacających o przestrzeganie tego, aby uniknąć nieporozumień. W każdym razie jednak bezpośrednie wpłaty do Izby Zdrowia ze strony takich Odbiorców, którzy mogą dokonać zamówienia w swym właściwym Urzędzie pocztowym są niedopuszczalne i dlatego będą bezwzględnie zwracane. Dotychczas okazało się, że nawet odbiorcy z Krakowa, Warszawy i innych większych miast wciąż jeszcze przesyłają prenumeratę bezpośrednio do Izby Zdrowia. W takich przypadkach wpłaty te właśnie zostaną odesłane z powrotem.

ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 6 (23). Rocznik II.

Kraków, 9. 2. 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.

TREŚĆ:

	Str.
Dr. Władysław SZUMOWSKI, Kraków: O zimnicy	41
Dr. MARCINKOWSKI, miejski lekarz okręgowy, Kraków: Tyfus brzuszny w Krakowie w r. 1940	44
Doc. dr. ALKIEWICZ, Zarządca działu Izba lekarska w Okręgowej Izbie Zdrowia w Warszawie: System lekarski w polskim ubezpieczeniu społecznym	47

O zimnicy

Napisał: Dr. Władysław Szumowski, Kraków.

(Dokończenie)

Gorączki zimnicze nietypowe występują o wiele częściej w krajach gorących, aniżeli w strefie umiarkowanej; zdarzają się jednak i nad Wisłą. Odróżniają się one od opisanej poprzednio postaci zakażenia zimniczego tym, że przebieg gorączki nie przedstawia tu typowych napadów i przestanków, lecz tylko nasilenia, występujące nieprawidłowo. Gorączka jest tu mniej więcej ciągła, z częstymi spadkami w rozmaitych porach dnia, nieraz nawet do granic podgorączkowych. Częste zwolnienia w jej przebiegu były właściwie powodem, że nazwano tę postać zimnicy gorączką zwalnającą (*febris remittens*) w przeciwstawieniu do typowej gorączki przestankowej (*febris intermittens*). W ciężkich bardzo przypadkach zwolnienia i spadki mogą być nieznaczne i gorączka może mieć wtedy przebieg ciągły. Natężenie gorączki w tych postaciach bywa zwykle dość znaczne: podczas nasilenia temperatura może przekraczać 40°, podczas zwolnienia spadać do 38°, lub nawet o kilka dziesiątych niżej, albo też nieznacznie 38° przewyższać. Jakkolwiek w tej postaci zakażenia typowych napadów nie spotykamy, możemy jednak zauważyć często podczas nasilenia wyraźne dreszczyki, a podczas spadku i zwolnienia — poty. Czas trwania takiej gorączki zimniczej bywa rozmaity, od 7—21 dni, niekiedy nawet dłuższy.

Ogólny stan chorych przedstawia się też niejednokowo. W cięższych najczęściej spotykanych przypad-

kach nie bywa on ciężki: przytomność jest przez cały czas zachowana, czynność serca oprócz przyspieszenia gorączkowego zmian żadnych nie wykazuje, a tylko czasowy ból głowy oraz uczucie rozłamania i osłabienia stanowią jedyne objawy, na które chorzy się uskarżają. Natomiast wcześniej występuje niedokrwistość i wycieńczenie. Zdarzają się jednak także i bardzo ciężkie przypadki nietypowych gorączek zimniczych, gdzie występują od razu: znaczny upadek sił, utrata przytomności, wymioty, biegunka, żółtaczka i gdzie cała sprawa prowadzi niekiedy do zejścia śmiertelnego.

Z objawów przedmiotowych zasługuje na uwagę oprócz gorączki obrzmienie śledziony, którego nigdy nie brakuje w tej postaci zakażenia zimniczego. Dość często przyłącza się tutaj zapalenie oskrzeli, opisująco nawet całe epidemie gorączki zimniczej ciągłej z zapaleniem oskrzeli. W ten sposób kliniczny obraz gorączek zimniczych nietypowych nie przedstawia nic dla tej sprawy właściwego i nie trudno tutaj o błędne rozpoznanie. Decydującym może być tylko badanie krwi pod mikroskopem.

Zarówno typowe, jak nietypowe postaci zimnicy mogą mieć przebieg złośliwy (*malaria pernicioza*). Po 3-cim lub 4-tym napadzie rozwijają się groźne objawy, jak niezwykle silny ból głowy, bredzenie, mniej więcej zupełna utrata przytomności, śpiączka, drobne tętno. Dość często występują drgawki lub kurcze tężcowe.

W cięższych przypadkach tego rodzaju dochodzi do tego, że chorzy mają prawie trupi wygląd, skórę pomarszczoną, zimną jak lód, tętno niewyczuwalne i wśród takich objawów może nastąpić śmierć wskutek porażenia serca. W przypadkach bardzo ciężkich śmierć może nastąpić już podczas pierwszego napadu.

Osobne miejsce w symptomatologii zimnicy zajmuje tzw. zimnica maskowana (*malaria larvata*). Nazwa ta obejmuje takiego rodzaju zakażenia zimnicze, które przejawia się pewnymi zmianami miejscowymi, maskującymi właściwe napady febry.

Do najczęstszych spraw miejscowych przy zakażeniu zimniczym należą nerwobóle, które występują także napadami, przy czym zachowują typ właściwych napadów zimnicy. Ból się ujawnia zawsze w pewnej ściśle określonej porze dnia, trwa kilka godzin i w końcu ustępuje powoli, aby znowu powrócić, stosownie do typu, w dni następne o tej samej porze. Przy napadach nerwobólów zimniczych spotykamy najczęściej typ codzienny, rzadziej trzeciaczkowy. Zachowanie się temperatury ciała podczas napadów nerwobólu bywa rozmaite; w pewnych razach, i to najczęściej, temperatura pozostaje w granicach prawidłowych podczas całego napadu, w innych zaś przypadkach znajdujemy nieznaczne wzniesienia, nie przekraczające 38°, bez dreszczy. Ale zdarzają się także przypadki z wysoką gorączką, z dreszczami na początku, różniące się od typowych napadów zimniczych tylko nerwobólem, rozmaicie umiejscowionym.

Najrozmaitsze nerwy mogą tu być wciągnięte w sprawę, najczęściej jednak siedliskiem bólu bywa *n. supraorbitalis*, a następnie *nn. intercostales, occipitales, infraorbitales i ischiadici*. Zwykle podczas całego przebiegu choroby ból trzyma się stale jednego nerwu, ale nie zawsze. Niekiedy przy dalszych napadach ból może zmieniać swe siedlisko, np. w pierwszych napadach spotykamy nerwoból nadoczodołowy, po czym ten ustaje, występuje zaś nerwoból kulszowy (*ischias*). Nerwobóle w przebiegu swoim niczym się nie różnią od nerwobólów innego pochodzenia, jedynie wyraźny typ w napadach i powiększona zwykle śledziona świadczą o źródle cierpienia. Przez wywiady dowiadujemy się, że chory przebywał poprzednio typowe napady zimnicze, chociaż zdarza się również często, że nerwobóle występują od razu jako pierwszy przejaw zakażenia zimniczego i nie były poprzedzane żadnymi typowymi napadami febry.

Prócz powyższych nerwów obwodowych mogą być zajęte przy zimnicy i sploty nerwowe głębokich narządów: może wystąpić *angina pectoris*, przebiegająca jako typowe napady, może wystąpić nerwoból żołądka, nawet z bardzo burzliwymi objawami. Możliwe są również różne zaburzenia ruchowe i psychiczne, porażenia, kurcze, bezwład ruchowy, bezsenność, nawet głuchota i ślepotą. Wszystkie te objawy mają przebieg przerywany. Przy postępowaniu tzw. prowokacyjnym, o którym niżej, można we krwi wykazać pasożyty malarii; wszystkie one ustępują po chininie.

Długotrwałe zakażenie zimnicze sprowadza poważne następstwa dla ustroju; obok niedokrwistości występuje ogólne wyniszczenie ustroju t. zw. charłactwo zimnicze (*cachexia malarica, seu palustris*). To ostatnie może się nieraz rozwijać powoli, bez poprzedzających objawów gorączkowych i stanowi wówczas zagadkę dla lekarza. Objawy charłactwa zimniczego wyrażają się znaczną niedokrwistością,

ogólnym wychudzeniem, brudnym ziemistym zabarwieniem skóry, apatią, skłonnością do biegunki, obrzękami itp., może się też przy nim rozwinąć zwyrodnienie skrobiowate śledziony, wątroby, nerek, błony śluzowej kiszki. Wskutek tak głębokich zaburzeń następuje jeszcze większe wyniszczenie ustroju, odżywianie jest utrudnione, przy zwyrodnieniu skrobiowatym nerek chory wciąż traci znaczną ilość białka w moczu. Śledziona i wątroba bywają niekiedy znacznie powiększone, śledziona może zajmować pół brzucha i więcej. Wtedy brzuch jest wielki, a w jamie brzusznej bywa płyn. Przypadki charłactwa zimniczego zdarzają się na wsi wśród chłopów, którzy nie zaczęli się we właściwym czasie racjonalnie leczyć.

Następstwem długotrwałej zimnicy może też być przewlekłe zapalenie nerek i marskość wątroby (*cirrhosis hepatis*). Wskutek rozpadu krwinek i hemoglobiny wytwarza się w ciele pasożytów malarii czarny barwik melanina, który dostaje się potem do ogólnego obiegu krwi, wywołując objawy melanemii. Sekcje osób zmarłych na złośliwą postać zimnicy wykazują liczne złogi melaniny w śledzionie, wątrobie (czarna żółć starożytnych), błonie śluzowej kiszki, korze mózgowej itd.

Rozpoznanie zimnicy w typowych wypadkach jest łatwe: przerywany przebieg febry, obrzmienie śledziony, poprzednie przypadki malarii w tym samym miejscu, pozwalają nieraz rozpoznać od razu nowy przypadek. Zwłaszcza łatwo jest rozpoznać trzeciaczkę, która nad Wisłą jest postacią spotykaną najczęściej. Rozpoznanie typu codziennego malarii, albo bagiennicy, albo przypadków nietypowych bywa znacznie trudniejsze. Wahania gorączki, dość prawidłowe, podobne do zimniczych, mogą występować także i w innych schorzeniach, jak w gruźlicy, w sprawach septycznych przy głęboko ukrytym ropieniu, w okresie rozchodzenia się wysięków surowicznych opłucnej, w końcowym okresie tyfusu brzuszego. Codziennie o pewnej porze dnia mogą w tych stanach występować mniej więcej wyraźne dreszcze, po czym rozwija się typowy okres pałania, a w końcu okres spadku gorączki z potami. Wszystko to jest podobne do zimnicy.

Również i obrzmienie śledziony nie ma decydującego znaczenia rozpoznawczego, ponieważ w ogóle przy każdym zakażeniu śledziona obrzmiewa. Nie zawsze też śledziona powiększa się w malarii. W postaciach złośliwych, gdzie zakażenie przebiega szybko i szybko śmierć sprowadza, znajdujemy często śledzionę prawidłowych rozmiarów. U starców, u których otoczką śledziony jest twarda i nierozciągliwa, śledziona nie powiększa się nawet przy długotrwałej zimnicy.

Decydujące znaczenie w rozpoznawaniu malarii ma jedynie stwierdzenie we krwi obecności swoich pasożytów. Badanie krwi ma tutaj znaczenie także i dlatego, że pod mikroskopem możemy dokładnie określić, z którym pasożytem malarii mamy do czynienia. Dokładne wykazanie typu zakażenia jest potrzebne, ponieważ różne typy zachowują się różnie wobec chininy i innych środków leczniczych.

Państwowy Zakład Higieny w Warszawie wydał w r. 1936 wskazówki do pobierania krwi do badań rozpoznawczych. Z prowincji należy adresować przesyłki do jednego z 4-ch znajdujących się w obrębie Generalnego Gubernatorstwa Państwowych Zakła-

dów Higieny: w Krakowie, Warszawie, Lublinie lub Kielcach.

Przy zimnicy utajonej, maskowanej może nie być we krwi plazmodiów. W wyjątkowych razach dopuszczalne jest wtedy postępowanie t. zw. prowokacyjne: zimne natryski, naświetlanie okolicy śledziony lampą kwarcową lub wstrzyknięcie Caseosanu. Po ukazaniu się plazmodiów we krwi łatwo jest je wygubić, podając choremu chininę.

W leczeniu malarii posiadamy znakomity od paru stuleci stosowany środek, mianowicie chininę, która zabija we krwi pasożyty, nadto w ostatnich latach atebrynę i plazmochinę, które przewyższają nawet skutecznością chininę. Ponieważ jednak te preparaty nie są zarejestrowane na terenie Generalnego Gubernatorstwa i dostać ich w aptekach nie można, podajemy tutaj za **Biegańskim** dawną wypróbowaną przez niego metodę leczenia chininą.

Przepisujemy zwykle *chininum muriaticum* na 6—8 godzin przed spodziewanym napadem w dawce 1,0. W 12 godzin po pierwszej dawce podajemy znowu 0,5, następnie w ciągu tygodnia codziennie po 0,3. Te dawki okazują się zwykle u nas zupełnie wystarczającymi. Chinina działa bardzo dobrze na pasożyty trzeciacki.

W ciężkich przypadkach, zwłaszcza w bagiennicy, stosujemy dawki chininy większe 1,5—2,0 jako pierwszą dawkę, potem dalsze dawki odpowiednio większe i podajemy je dłużej. W dawkowaniu chininy u dzieci przyjęto za правило przepisywać tyle decigramów, ile dziecko lat liczy.

Ponieważ jednak podawanie chininy w opłatku jest u dzieci bardzo utrudnione, a roztwór jest niesłychanie gorzki, możemy podać dzieciom jako środek zastępczy euchinę, która jest mniej gorzka, rozmięszaną w winie, mleku lub kawie. Dawki euchiny powinny być o $\frac{1}{3}$ większe od dawek chinini muriatici.

Stosowanie chininy w proszku i opłatku jest najczęściej rozpowszechnione i do innego sposobu uciekamy się dopiero wtedy, gdy ten jest niemożliwy, albo w działaniu swym zawodzi. W przypadkach istniejącego nieżytu żołądka i kiszek chinina powoduje często wymioty lub biegunkę, wówczas stosowanie jej do wewnątrz staje się niemożliwe i musimy się uciekać albo do wstrzykiwania podskórnego albo do lewatyw leczniczych. Powyżej wymienione dawki dotyczą *chinin. muriat.*, podawanej do wewnątrz w zawiniętym w opłatek proszku. Jeżeli stosujemy chininę w roztworze, to wystarczą dawki o $\frac{1}{5}$ mniejsze, przy stosowaniu zaś podskórnym mniejsze o $\frac{1}{3}$, a nawet o $\frac{1}{2}$; przeciwnie przy stosowaniu w lewatywach lub czopkach dawki będą o $\frac{1}{3}$ lub $\frac{1}{2}$ większe.

Przeciwwskazaniem do stosowania chininy jest idiosynkrazja, która ze względu na burzliwe objawy zatrucia nie pozwala na użycie tego środka. Wtedy możemy przepisać błękit metylenowy (*methyleneum coeruleum purum*) w dawkach 0,1—0,12 po 3—4 razy dziennie, najlepiej w kapsułkach żelatynowych. Środek ten należy stosować tak samo jak chininę nie tylko aż do ustąpienia napadów, lecz jeszcze i przez czas dłuższy po ich ustąpieniu. Trzeba uprzedzić chorych, że po zażyciu błękitu metylenowego mocz przybiera barwę zielonawo-niebieską. Środek ten działa najlepiej w zimnicy czwartackowej.

W przypadkach opornych na leczenie chininą stosować można neosalvarsan w dawkach 0,45—0,6 co 7 dni razem 2—3 razy.

Podczas napadu febry chory powinien pozostawać w łóżku; w czasie dreszczu ma być ciepło okryty piecierzną. W razie wymiotów zaleca się łykanie kawałeczków lodu, w obecności silnego pragnienia lemoniadę kwaskową. Jeżeli gorączka jest bardzo znaczna i bóle głowy są wybitne, można położyć pęcherz z lodem na głowę. W zapaści kofeina i cukier grochowy dożylnie ze strofantyną.

W ciężkich przypadkach z hemoglobinurią stosujemy celem wzmoczenia diurezy najlepiej eufilinę 0,2. W okresie poprawy trzeba zwalczać niedokrwistość za pomocą przetworów wątroby, żelaza i arsenu. W przewlekłej zimnicy również zwalczamy niedokrwistość podawaniem wątroby, wysuszonego żołądka.

Należy tu dodać, że zimnica niekiedy ustępuje sama bez żadnego leczenia n. p. przy zmianie klimatu. Ale choroba ta ma tę cechę, że niezwykle łatwo wraca, tak że każda szkodliwość, która spotyka ustrój, może pobudzić żywotność ukrytych gdzieś pasożytów i wywołać nawrót zimnicy. Póki śledziona jest powiększona i blada cera nie nabierze świeżego i zdrowego wyglądu, póty nie można mówić o ustąpieniu malarii. Trzeba przy tym obserwować 6—8 tygodni, czy nie ma małych podniesień temperatury, te bowiem nagle mogą dać obraz pełnego napadu i to właściwie zwykle w tym samym dniu, kiedy napad mógłby przypaść ściśle obliczony, choćby nawet była dłuższa przerwa bezgorączkowa.

Izolacja chorych jest niepotrzebna, gdyż zimnica z chorego na zdrowego nie przenosi się. Jednakże trzeba uważać, żeby w pokoju nie było komarów widliszków, wtedy bowiem samica komara po ukłuciu chorego a potem zdrowego, przeniosłaby malarię.

Zapobieganie malarii polega na leczeniu chorych i na tępieniu komarów widliszków.

Widliszki są rozpowszechnione w okolicach bagnistych i nad brzegami wód, zwłaszcza stojących, co tłumaczy się tym, że komary nigdy nie składają jaj

W środę dnia 29. stycznia 1941 odbył się ślub stałego zastępcy kierownika Izby Zdrowia S. A. Sanitätsoberführer Dra Wenera Krolla z p. Liselotte Werner. W poprzedzający wieczór delegacja ukraińska złożyła młodej parze serdeczne życzenia i umiłała czas różnymi produkcjami.

Urzednicy Izby Zdrowia złożyli życzenia S. A. Oberführer Drowi Krollowi i Jego Małżonce w czasie skromnego przyjęcia, które również było urozmaicone szeregiem produkcji.

Wśród licznie nadesłanych życzeń znalazły się też życzenia poszczególnych Okręgowych Izb Zdrowia.

w miejscowościach suchych, lecz składają je na przedmiotach wilgotnych, jako to w mule, na pływających po wodzie liściach, wystających z wody łądych roślin. Komary chętnie szukają ochrony od wiatru w miejscach zacisznych. Prawdopodobnie ze względu na ciepło chętnie wlatują do siedzib ludzkich i stajen. Unikają słońca i światła. Zwykle sadowią się na przedmiotach ciemnych.

Pamiętać trzeba, że malarię przenosi tylko komar z rodzaju *Anopheles*, natomiast nie przenosi *Culex*, również u nas pospolity. Pomimo wielu cech wspólnych obu rodzajów można je jednak odróżnić gołym okiem z ustawienia ich tułowia na powierzchni n. p. ściany, na której siedzą; mianowicie odwłok komarów rodzaju *Culex* jest ustawiony mniej więcej równoległe z powierzchnią ściany, przy czym część piersiowa odwłoka wraz z głową tworzy z jego częścią brzuszną kąt rozwarty, tymczasem cały odwłok komarów rodzaju *Anopheles* jest wyprostowany i ustawiony na ścianie pochyło pod kątem mniej więcej 45°. Widliszki latają zwykle nie wysoko nad ziemią i nie wznoszą się na większe wyżyny. Nie przelatują

dalej, jak 1—2 km. Za dnia kryją się po ciemnych kąłach, a zaczynają latać dopiero po zachodzie słońca; to też tną człowieka zwykle w godzinach wieczornych i w nocy.

W celu tępienia widliszków należy osuszać bagna, wycinać nadbrzeżne krzaki i zarośla, tępić na wielką skalę larwy komarów przez rozpryskiwanie na wodach stojących nafty, płynnej parafiny, lub posypywanie mokradel zielenią szwajnfurką w stosunku 2% ze zmieloną i przesianą szlaką węglową, lub też z wysuszoną i sproszkowaną borowiną. Prócz tego należy w okolicach malarycznych budować domy mieszkalne w miejscach wysoko położonych, zakładać w oknach i drzwiach gęste siatki, zaopatrywać łóżka w siatki muślinowe, zwilżać odstosowane części ciała amoniakiem lub przetworami kamforowymi. Nadto należy w celach zapobiegawczych zażywać przez cały czas pobytu w takiej okolicy i przez kilka tygodni po jej opuszczeniu małe dawki chininy n. p. 0,4 dziennie.

Te metody ściśle stosowane i przestrzegane dają w zwalczaniu zimnicy zupełnie dobre wyniki.

Z Głównego Urzędu Zdrowia m. Krakowa

Kierownik: Rada san. Dr. Buurman

Tyfus brzuszny w Krakowie w roku 1940

Napisał: Dr. Marcinkowski, miejski lekarz okręgowy, Kraków.

W roku ubiegłym mieliśmy do czynienia z miejscowym nasileniem endemii duru, które jeszcze obecnie, mimo pory zimowej, daje się wyraźnie zauważyć. Nasilenie to rozpoczęło się w połowie czerwca i dało w sumie roczną cyfrę 161 wypadków, w tym 18 zgonów (11%). Jak widzimy, bezwzględna liczba zachorowań nie jest zbyt wysoka w porównaniu z poprzedzającym rokiem 1939 (138 wypadków) oraz przeciętną za lata 1934-38 (120 wypadków). W latach ubiegłych panował w Krakowie dur również endemicznie, a źródła jego tkwiły zarówno w otaczających miasto wsiach i peryferiach podmiejskich, stojących na bardzo niskim poziomie cywilizacyjnym i sanitarnym, jak i w samym centrum miasta, w żydowskiej dzielnicy VIII, która jest zarówno najgęściej zaludniona, jak również odznaczała się zawsze specjalnie niskim poziomem sanitarnym i higienicznym oraz nędzą i brudem mieszkańców. Poza tym wypadki duru występowały jednak bez żadnej regularności prawie wszędzie rozrzucone po mieście, nie tworząc nigdzie ognisk epidemii. Źródła zakażeń były w związku z tym prawie w stu procentach nieuchwytnie i najprawdopodobniej bardzo różnorodne co do typu.

W roku ubiegłym mieliśmy obraz zasadniczo podobny. Coroczna krzywa narastania duru rozpoczęła jednak swoje wznoszenie się o parę tygodni wcześniej i wzrost jej był znacznie bardziej stromy niż w latach ubiegłych (patrz załączona krzywa z dodawania). Pomimo to jednak nie możemy mówić o epidemii tyfusu w ścisłym tego słowa znaczeniu, a to zarówno ze względu na stosunkowo niską liczbę bezwzględnych zachorowań, jak i prawie zupełny brak epidemii domowych o jednolitym typie źródła infekcji. Poza kilkoma wypadkami, gdzie zachorowały dwie osoby

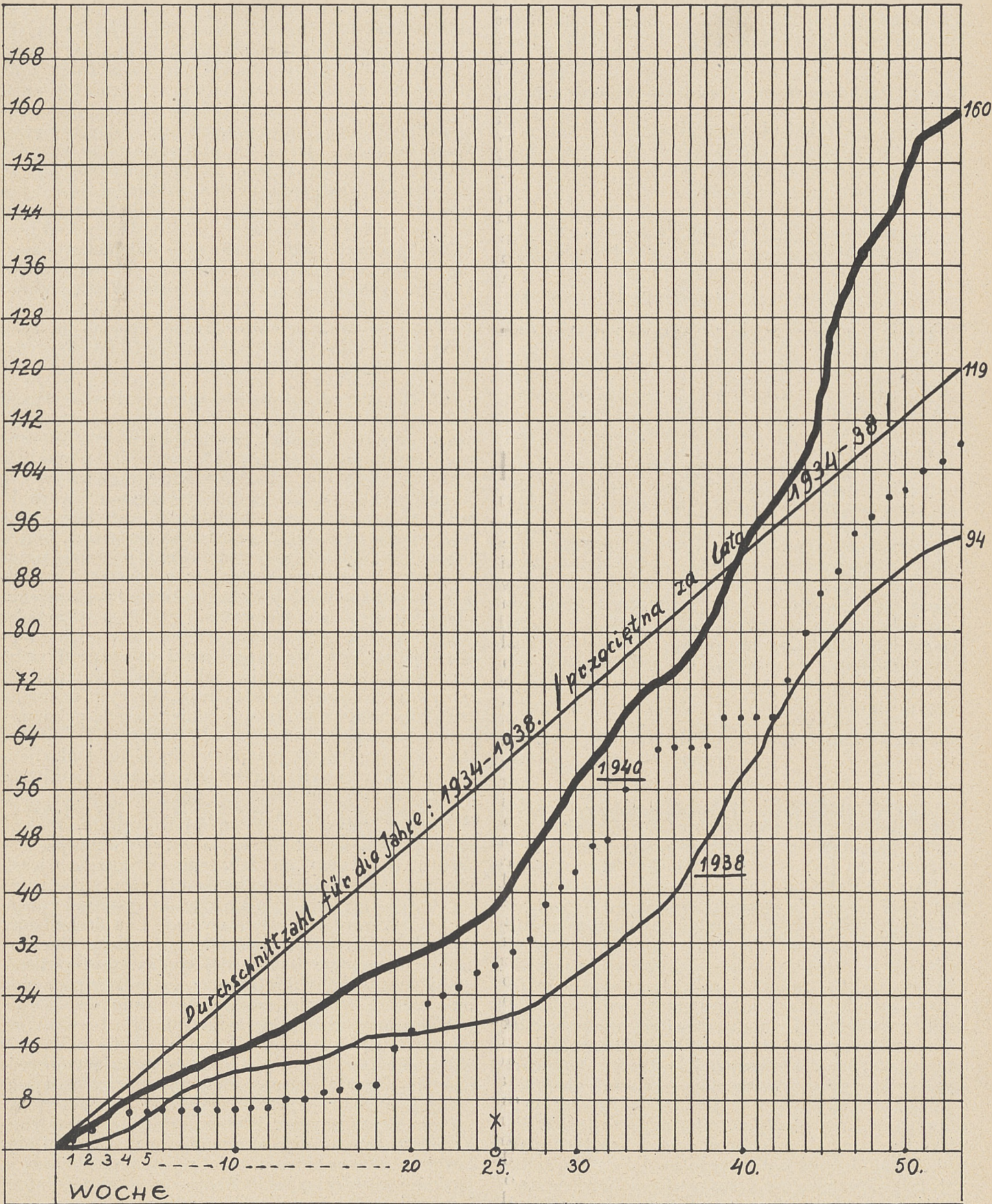
w jednej rodzinie, mieliśmy tylko jedną epidemię lokalną w azylu dla wysiedlonych, która objęła 7 wypadków zachorowań, w tym trzy śmiertelne. Poza tym wypadki zachorowań były zupełnie nieregularnie rozrzucone, co nie pozwalało wyciągać żadnych wniosków epidemiologicznych, ani przyjmować jednolitego źródła zakażenia. Tego rodzaju rozmieszczenie wypadków może być wytłumaczone najprościej jedynie czysto statystycznie, tzn. przez przyjęcie, że ilość zachorowań jest zależna wprost proporcjonalnie od ilości mieszkańców. I istotnie, jak wskazuje tabelka na str. 46, ilość wypadków duru w poszczególnych dzielnicach w stosunku do ilości mieszkańców jest w przybliżeniu stałą dla ok. 70% wszystkich dzielnic miasta i wynosi średnio 1:1.600 (5,5:10.000) przyjmawszy ilość mieszkańców na 250.000. Jest to liczba prawie identyczna z przeciętną zapadalnością na dur w Polsce, wynoszącą w latach przedwojennych 5:10.000. W rzeczywistości stosunek ten jest dla miasta jeszcze korzystniejszy, ponieważ liczba mieszkańców przewyższa prawdopodobnie wymienioną liczbę. Poza tym należy przypuszczać, że dokładność zgłaszania przypadków tyfusu na terenie miasta przynajmniej kilkakrotnie przewyższa ścisłość zgłaszania duru na terenie całej Polski.

Przy obserwacji wymienionej tabelki uderza nas, że gęsto zaludnione dzielnice posiadają nie tylko wysoką liczbę bezwzględną zachorowań, ale że liczba tychże jest wyższą, niż by to wypadało z ilości mieszkańców dzielnicy i posiadają tym samym wyższy wskaźnik zapadalności. I przeciwnie. Dzielnice rzadko zaludnione, rozbudowane szerzej, posiadają wskaźnik zapadalności znacznie niższy niż przeciętny. Ta współzależność jest zupełnie wyraźna w 15-tu dzielnicach

Abdominaltyphus Dur brzuszny

(Additionskurven — krzywe z dodawania)

1938: —————
1939:
1940: —————



na ogólną liczbę 21 (nie licząc dzielnicy II-giej, Wawel) tj. w 71%. W pozostałych 6-ciu dzielnicach, w których ta współzależność nie zachodzi, mamy w dwu wypadkach (dziel. III. i VII.) stosunek korzystny, tj. specjalnie niski wskaźnik zapadalności w stosunku do ilości mieszkańców, mimo znacznej gęstości zaludnienia. W pozostałych 4-ch dzielnicach zachodzi natomiast stosunek niekorzystny, tj. wysoki wskaźnik zapadalności przy niskiej gęstości zaludnienia (dzielnice: XI., XVI., XX. i XXI.). Fakt

Tabela zachorowań na tyfus wedle dzielnic miasta.

Wskaźnik zapadalności

I. wg. ilości mieszkańców (4)				II. wg. gęstości zaludnienia (6)	
1	2	3	4	5	6
Dzielnica	mieszk. w r. 1931	Ilość wypadków w r. 1940	wskaźnik zapadalności	gęstość zaludn.	„wskaż. poprawiony“
I.	15.100	11	1:1360	191	2,00
II.	350	—	—	35	—
III.	7.400	2	1:3700	230	6,20
IV.	21.000	22	1: 950	238	1,66
V.	21.600	10	1:1160	203	1,60
VI.	20.900	19	1:1100	171	1,36
VII.	8.500	5	1:1700	250	3,00
VIII.	37.000	37	1:1000	370	2,60
IX.	3.170	1	1:3100	47	1,03
X.	3.650	1	1:3600	11	0,29
XI.	3.600	6	1:1000	25	0,17
XII.	8.800	7	1:1300	70	0,70
XIII.	4.300	1	1:4300	7	0,20
XIV.	2.900	—	—	17	—
XV.	6.550	4	1:1600	70	0,77
XVI.	2.500	2	1:1250	14	0,126
XVII.	10.000	7	1:1400	21	0,20
XVIII.	3.360	1	1:3400	21	0,50
XIX.	8.300	6	1:1400	28	0,28
XX.	3.260	5	1: 640	10	0,05
XXI.	4.680	5	1:1000	6	0,04
XXII.	30.600	9	1:3400	55	1,37
razem:	220.000	161	1:1370 (przec.)	98 (przec.)	1,00 (norma)

ten należy podkreślić tym bardziej, że niektóre prace statystyczne zaprzeczały istnieniu korelacji między zapadalnością a gęstością zaludnienia. Poza tym fakt ten jest tym bardziej charakterystyczny, że dzielnice słabo zaludnione stanowią peryferie miasta, które wykazują stosunki sanitarne i higieniczne o wiele gorsze niż gęsto zaludnione centrum miasta, oraz w dość znacznym procencie pozbawione są kanalizacji, a częściowo nawet wody wodociągowej. Dopiero indeks „poprawiony“, tj. uwzględniający gęstość zaludnienia (obliczany przez pomnożenie stosunku zapadalności w danej dzielnicy do przeciętnej zapadalności przez stosunek gęstości zaludnienia danej dzielnicy do przeciętnej gęstości zaludnienia) wypada korzystnie dla dzielnic gęsto zaludnionych, a uderzająco niekorzystnie dla szeregu dzielnic słabo zaludnionych na obwodzie miasta. To ostatnie zjawisko tłumaczy się tym, że w dzielnicach tych niska gęstość zaludnienia obliczanego na 1 ha powierzchni jest tylko pozorną, w rzeczywistości bowiem duża część powierzchni jest niezabudowana, a w rezultacie

ludność danej dzielnicy jest zagęszczona w niezbyt wielkiej części zabudowanej powierzchni.

Dalszym dowodem, że zeszlóroczne nasilenie zachorowań jest istotnie nasileniem endemii, a nie epidemią, jest fakt, że w olbrzymiej większości wypadków nie udało się mimo najskrupulatniejszych poszukiwań wykryć źródła zakażenia. Fakt ten wskazywałby przede wszystkim na to, że nie mamy prawdopodobnie do czynienia z nowymi, liczebnie zwiększonymi źródłami zakażenia, ani tym bardziej z pewnym ściślej określonym jego typem, ale ze zwiększoną procentową zapadalnością przy praktycznie tej samej ilości źródeł zakażenia. Źródła te są przy tym najprawdopodobniej nader różnorodnego typu bez przewagi żadnego z nich. Ta przypuszczalnie znaczna rozpiętość typów zakażenia jak i nieuchwytny jeszcze dla obecnej wiedzy mechanizm zakażenia, są też powodem i wytłumaczeniem prawie stale negatywnego wyniku masowych badań na nosicielstwo wśród otoczenia chorych, wśród personelu sklepów spożywczych jak i badań bakteriologicznych produktów spożywczych, mleka i wody do picia. W stu procentach ujemnie wypadło dotychczas również badanie na nosicielstwo, przeprowadzane obecnie u tych wszystkich, którzy w ciągu ostatnich 10 lat chorowali na dur brzuszny w Krakowie.

Istotną przyczyną zeszlórocznego nasilenia endemii durowej jest najprawdopodobniej obniżenie się ogólnej odporności ludności, powodujące wyższy procent zachorowań przy praktycznie tej samej ilości zakażeń. Przyczyną tego obniżenia się odporności są oczywiście w pierwszym rzędzie obecne nienormalne warunki wojenne, powodujące niedostateczne i nieodpowiednie odżywianie się ludności przez brak tłuszczów, białek oraz cukru, a dalej spożywanie zimnych i gorzej przyrządzonych potraw. Następnie: pogorszenie warunków mieszkaniowych przy braku opał i zagęszczeniu ludności; w końcu: pogorszenie ogólnych warunków higienicznych, spowodowanych brakiem opał, mydła, bielizny i t. W szczególności należy podkreślić wpływ oziębienia ustroju, jako specjalnie ujemnie wpływający na odporność ustroju. Wyżej wymienione braki obciążają również specjalnie przewód pokarmowy, powodując z jednej strony zaburzenia i uszkodzenia oraz większą przepuszczalność nabłonka jelitowego, a z drugiej strony zwiększając zjadliwość stałych saprofitów przewodu pokarmowego.

Nie bez wpływu na endemii pozostawała zapewne również imigracja ludności, a z tym przyptyw elementu podatnego na zakażenie, zwłaszcza, jeżeli element ten przybywał z zachodu kraju, gdzie tyfus na skutek ogólnego wysokiego stanu cywilizacyjnego stopniowo prawie zupełnie wygasa. **I tu dochodzimy do jądra zagadnienia epidemiologii tyfusu. Decydującym momentem jest w niej ogólny stan cywilizacyjny i kulturalny kraju, przy czym rozumieć pod nim należy istotnie całokształt stosunków, a nie jedynie samo urządzenie sanitarne.** Miasto Kraków, mimo wszystkich swoich urządzeń sanitarnych, nie stoi i nie może stać na poziomie dorównującym cywilizacyjnie bogatej Europie zachodniej, a co ważniejsza, otaczający go kraj i osiedla przedstawiają nader niski poziom cywilizacyjny. Dlatego zasadniczym warunkiem trwałego usunięcia endemii duru, a z tym i niebezpieczeństwa epidemii, byłoby jedynie podniesienie poziomu cywilizacyjnego kraju, a w szczególności jego wsi, do poziomu zachodnio-europejskiego.

W obecnych warunkach cywilizacyjnych i ekonomicznych, oraz przy związanym z tym typie epidemiologicznym duru, walka z nim z konieczności nosi cechy paliatywu i raczej obrony biernej niż czynnej walki. Na terenie naszego miasta walka ta polega w pierwszym rzędzie na najszybszym zlikwidowaniu ognisk infekcji przez natychmiastową izolację szpitalną nie tylko chorych, ale także podejrzanych o dur. Równoległe z tym idzie dezynfekcja lokali i rzeczy chorych oraz śledzenie za przypuszczalnym źródłem zakażenia przez badanie na nosicielstwo otoczenia, przez badanie bakteriologiczne środków spożywczych itd.

Dużą rolę w tym względzie odgrywa nowo wprowadzony, szczegółowy kwestionariusz obowiązkowo wypełniany przez lekarza w każdym wypadku duru. W końcu przy specjalnie niekorzystnych warunkach mieszkaniowych i dużych skupiskach ludzkich wykonywane są szczepienia ochronne.

Całokształt naszej walki z dudem pozwala mieć nadzieję, że nawet w obecnych, nienormalnych warunkach nie zagraża miastu niebezpieczeństwo epidemii.

Na marginesie należało by poruszyć nie zawsze docenianą trudność oceny epidemiologicznej tyfusu w ogóle. Jakkolwiek bowiem z odkryciem Eberta upadły teoretyczne podstawy teorii Pettenkoffera, to jednak tryumfująca bakteriologia nie zdołała bynajmniej wyjaśnić nam zasadniczego zagadnienia, dlaczego z niezliczonej ilości zakażeń jest stosunkowo nie wiele udanych dla zarazka, tj. kończących się chorobą durową i co w istocie decyduje o zachorowaniu lub niezachorowaniu danego osobnika? Nie ulega bowiem wątpliwości, że przy całej doniosłości zarazka, który stanowi jak gdyby „sine qua non“ choroby, nie on decyduje o chorobie, tak, jak zapalenie płuc nie jest identyczne z zakażeniem dwóinką pneumonii. Gdyby było przeciwnie, gdyby sama obecność zarazka była wystarczającą, to przy praktycznej w naszych warunkach „ubiquitas“ zarazków grupy durowej (biorąc pod uwagę paratyfusu, a w pew-

nych wypadkach i prątek okrężnicy), ludność po-
winnaby była dawno wymrzeć na dur.

Za przyjęciem tezy, że nie zarazek i sama jego obecność, ale w pierwszym rzędzie ustrój, jego odporność, dyspozycja, konstytucja, dziedziczność oraz cały szereg niewiadomych, dotyczących biologii zarówno człowieka jak i zarazka, gra decydującą rolę w powstaniu choroby durowej, świadczy od dawna znany wpływ, jaki ma na zapadalność durową wiek i konstytucja, jak również pora roku, a w końcu fakt, że z jednej strony, mimo naszych usiłowań i robienia niejednokrotnie wszystkiego, co jest możliwym, epidemia najspokojniej idzie swoją drogą, a z drugiej strony wygasa ona w końcu sama, bez naszej ingerencji i mimo, że nie zmieniły się na lepsze warunki sanitarne, ani nie brakło źródeł zakażenia (np. znany eksperyment Kocha w Waldweiler). Przemawiałoby za tym również szerzenie się epidemii tyfusu, mimo nieraz najlepszych urządzeń sanitarnych, jak również brak epidemii w warunkach niejednokrotnie skrajnego sanitarnego zaniedbania, gdzie wszystko wprost wyzywałoby wybuch epidemii.

Co więcej, o powstaniu lub niepowstaniu choroby zdaje się nie decydować nawet bezpośredni kontakt z chorym w okresie jego pełnej zakaźności. Świadczy o tym nikła liczba wypadków zawodowych zachorowań na dur wśród lekarzy i personelu pielęgniarstwa, jak również wśród chorych w szpitalach, gdzie chorzy durowi leżą obok siebie na wspólnych salach z chorymi na inne choroby zakaźne.

Jest rzeczą najprawdopodobniejszą, że jedynie całokształt tych wszystkich czynników i całość stosunków zarówno cywilizacyjnych, sanitarnych i higienicznych, kulturalnych, gospodarczych i obyczajowych wpływa w sumie na wypadkową, jaką jest epidemiologia tyfusu. **Dlatego endemic tyfusowe giną dopiero tam, gdzie — jak np. na zachodzie Europy — całokształt warunków życiowych człowieka na skutek dziesiątek i setek lat naturalnego kulturalnego rozwoju uczyni dane podłoże ze wszystkich możliwych stron niedostępnym dla plenięcia się śmiertelnościowego chwastu duru.**

System lekarski w polskim ubezpieczeniu społecznym

Napisał: Doc. Dr. Alkiewicz, zarządca działu Izba Lekarska w Okręgowej Izbie Zdrowia w Warszawie.

A. Ustawowe podstawy polskiego ubezpieczenia chorobowego.

Różnorodność kas chorych w Polsce, istniejąca w czasie powstania państwa polskiego, została usunięta przez ustawę z 19 maja 1920, która stworzyła jednolite okręgowe kasy chorych.

Wkrótce po tym kroku ustawowym podjęto dążenia, które miały na celu dalsze ujednostajnienie i zjednoczenie ubezpieczeń społecznych. Dążenia te wychodziły z partii socjalistycznej, która nie tylko występowała z inicjatywą, lecz przygotowywała projekty ustaw, a wreszcie swoim wpływem ustawy te przeforsowała.

Okolo 1928 r. nie mocą ustawy, lecz drogą rozporządzenia ministerialnego zawieszono działalność sa-

morządu w kasach chorych i innych instytucjach ubezpieczeń społecznych, a w jego miejsce wprowadzono zarządców komisarycznych, mianowanych przez państwo.

Krok ten był konieczny, ponieważ skutkiem systemu parlamentarnego zarządy kas chorych stały się przedsiębiorstwami poszczególnych partii, w miarę tego, jak partie te rozporządzały większością w organach administracyjnych.

W latach 1933/34 wydano w końcu opracowywaną jeszcze w 1924 r. „ustawę scaleniową“, która wszystkie ubezpieczenia (na wypadek choroby, inwalidztwa, starości i od wypadków) połączyła w jedną instytucję pod nazwą Ubezpieczalni Społecznych.

Ustawa ta przewidywała wprowadzić ograniczony samorząd, którego jednak początkowo nie wprowadzono.

dzono, lecz pozostano przy dotychczasowym systemie zarządzania przez powołanych komisarycznie dyrektorów i komisarzy.

B. Stosunek ubezpieczonego do ubezpieczenia.

Ludność polska na ogół ma mało zrozumienia dla istoty i znaczenia każdego ubezpieczenia, dlatego też i ubezpieczenia na życie na ogół nie poczyniły w Polsce dobrych doświadczeń. Przy ubezpieczeniach społecznych, a przede wszystkim przy ubezpieczeniu chorobowym, przyczyniło się do tego jeszcze to, że ubezpieczony uważał pewne konieczne ograniczenia świadczeń ubezpieczeniowych za oznakę niedomagania ubezpieczenia i dlatego też nastawiony był do ubezpieczenia po prostu wrogo. W wyniku tego nastawienia usiłowały jednostki wyciągnąć z ubezpieczalni ile tylko się da, aby — jak to myślały — wyjść przynajmniej na swoje.

Czasy, w których kasy chorych były w rękach partii, odznaczały się tym, że obiecywano ubezpieczonym nieograniczone świadczenia, a nawet dawano je, co jednak bardzo prędko doprowadziło do finansowego upadku tych instytucji. Ale nawet takie postępowanie nie doprowadziło bynajmniej do powstania u ubezpieczonego uczucia wdzięczności i zrozumienia dla istoty ubezpieczenia. Do surowej krytyki ubezpieczeń społecznych przyczyniły się nadto:

1) inflacja, wskutek której pobierający ubezpieczenia inwalidzkie i na starość prawie całkiem stracili swe ubezpieczenia — oraz

2) zła gospodarka, którą niewątpliwie można było zauważyć w wielu instytucjach.

C. System lekarski

w polskim ubezpieczeniu społecznym.

Przy rozpoczęciu wprowadzania w życie ustawy o kasach chorych w 1922 r. systemem lekarskim na zachodnich obszarach Polski był **wolny wybór lekarza**. W Warszawie, na terenie b. zaboru rosyjskiego, gdzie przedtem kasy chorych nie istniały, rozpoczęto od razu **systemem ambulatoryjnym**. Doświadczenia, jakie poczyniono przy tym systemie

„odprawy“ chorych w specjalnie do tego celu założonych ambulatoriach, były mało pocieszające. Wina tego spada na organizatorów kas chorych, którzy nie umieli tego systemu tak rozbudować, ażeby każdy chory mógł znaleźć opiekę lekarską w ambulatorium już w dniu zachorowania. W Warszawie chory musiał nieraz godzinami, a czasem i cały dzień, stać, aby uzyskać znaczek, uprawniający go do wejścia do ambulatorium.

Następnie przeszło się do systemu tzw. „**lekarza domowego**“, którego wzór wyszukano sobie w wiedeńskich marksistowskich kasach chorych (jakaś komisja miała rzekomo objechać całą Europę i nie mogła znaleźć żadnego lepszego systemu, niż wprowadzony przez wiedeńskich socjalistów system lekarza domowego). Także i ten system, jak to się wkrótce okazało, zawiódł zupełnie. W swojej rozprawie o ubezpieczeniu na wypadek choroby w latach 1933/1938 pisze Dr. Boczkowski, członek Rady naukowo-lekarskiej przy Głównym Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych dosłownie co następuje:

„Większość lekarzy domowych poza leczeniem chorób wewnętrznych nie uprawia żadnych innych leceń specjalnych, a nawet najmniejsze schorzenia przekazuje lekarzowi-specjaliście“.

„Lekarze-specjaliści w większości nie są lekarzami-specjalistami w prawdziwym znaczeniu tego słowa, nie przeprowadzają w ambulatoriach żadnych zabiegów, nawet w najprostszycch przypadkach, a przekazują chorych dla dokonania zabiegu albo do szpitala, albo do polikliniki szpitalnej“.

HURTOWNIA
DENTYSTYCZNA **„DENTAG“**

Mgr. D. E. HAŁADEWICZ, Kraków, Długa 48

instrumenty — materiały — preparaty lekarsko-
i techn. dentystyczne

Wysyłki na prowincję załatwia się odwrotnie
Telefon 121-90.

Reklamacje z powodu niedoręczenia czasopisma należy kierować nie do Wydawnictwa, a wprost do doręczeniowego urzędu pocztowego

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.

CENA ZASADNICZA DLA OGŁOSZEŃ:

1/1 kolumna Zł 537⁶⁰
1 mm w 1 łamie 0²⁴

O P U S T Y:

przy wielokrotnym ogłoszeniu:

3 krotnie 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%

POSZUKIWANIE PRACY:

za słowo Zł 0²⁰
słowo tłustym drukiem 0⁴⁰

W O L N E P O S A D Y:

za słowo Zł 0⁴⁰
słowo tłustym drukiem 0⁸⁰

Przy szyfrowanych ogłoszeniach prywatnych i poszukiwaniu pracy pobiera się Zł 1⁵⁰, opłaty manipulacyjnej.