

---

# Czasopismo Lekarskie

---

## O badaniu przez lekarzy produktów spożywczych, dostarczanych do szpitali.

Przez D-ra St. Serkowskiego

Zarządzającego pracownią higieniczną miejską w Łodzi.

(Dalszy ciąg.)

---

Mąka zbyt długo lub nieumiejętnie przechowywana podlega znacznym zmianom: substancje tłuszczowe tracą swój aromat i zmieniają się ilościowo i jakościowo, powstaje kwaśna reakcja, która z biegiem czasu występuje coraz wyraźniej, gluten traci swą elastyczność, ilość cukru zwiększa się wskutek przemiany krochmalu w glukozę pod wpływem diastazy; cukier podlega fermentacji, wytwarzają się kwasy mleczny i masłowy, białko zamienia się w pepton. Przy dłuższym rozpadzie białkanów tworzą się z nich — jak udowodnił B a l l a n d — trujące ptomainy: małe zwierzęta, karmione przez niego kluskami z nieświeżej mąki, zdychały przy objawach zatrucia.

Oczywiście pokarmy z nieświeżej mąki wywierać muszą wpływ ujemny na ustrój człowieka. Nie tylko nieświeża mąka, lecz i „wszelkie zanieczyszczenia, pasorzyty i twory patologiczne są wogóle w zbożu bardzo niebezpieczne z powodu zawsze szkodliwego wpływu, jaki wyrzecz mogą na organizm ludzki, przeniesione doń przez pośrednictwo zakażonego temi chorobami pieczywa“ (M. Heilpern). W Hamburgu przed kilku laty zatrulo się 50 osób przez spożycie zarażonego chleba. Stosując wyżej wymienione badania mąki, być może, nieraz uchronimy w szpitalach chorych od nieprzyjemnych, częstokroć zagadkowych pogorszeń i powikłań w stanie ich zdrowia.

Zarówno mąka, jak i kasza zachować może swe własności tylko w takim razie, jeżeli spizarnia jest chłodna, sucha i starannie przewietrzana: ciepło, brak światła i wilgoć sprzyjają rozwojowi pasorzytów, przenikających wewnątrz ziaren i powodujących rozkład chemiczny takowych. Naczynia z dobrze urządzeniem zastosowaniem do przewietrzania, przeznaczone do przechowywania mąki i kaszy, nabyć można w sklepach blacharskich — nawet w Łodzi.

Mąka posiada nietylko wysoką wartość odżywczą, ale przyrządzona właściwie jest też bardzo łatwo strawną: „zupa mała słona z wody i z mąki jest najłagodniejszą potrawą, jaką wogóle choremu podać możemy“ (Moritz, str. 116), o tyle naturalnie, o ile masło i mąka, wchodzące w skład potraw i polewek mącznych, nie są zanieczyszczone lub zafalszowane.

**Pieczyno.** Jako skutek działania grzybków drożdżowych na cukier w rozczynionem cieście jest wydzielanie się dwutlenku węgla—wyrastanie ciasta, któremu lepkość i elastyczność nadają gluten i dekstryna. Im lepiej ciasto jest wyrobione mechanicznie, im bardziej równomiernie grzybki drożdżowe są wymieszane w całej masie ciasta, tem bardziej prawidłowa jest dziurkowatość pieczywa. Kształtowane za pomocą maszyn w cieście, nie zupełnie przefermentowanem, i bardzo u nas rozpowszechnione „kajzerki“ są zbite, niedość pulchne i zwykle gorzej wypieczone, a więc i mniej strawne, aniżeli inne, ręcznie kształtowane bułki.

1) Przy badaniu pieczywa zwracamy przede wszystkim uwagę na *wygląd zewnętrzny* jego. Skórka na całej powierzchni chleba lub bułek dobrze wypieczonych jest równomiernie zarumieniona, jednakowo wszędzie elastyczna i wszędzie jednakowo gruba. Na powierzchni niema żadnych skaz, zagłębień, otworów, szram, zakalców lub kawałków węgla; skórka przylega dość szczelnie do miększa, od którego nigdzie nie oddzielają ją większe przestrzenie lub otwory. W dobrem pieczywie miększ jest wszędzie jednakowo elastycznym: zagłębienia od palców winny się wyrównywać same przez się. Dobry chleb w przekroju posiada równe niewielkie oka: gdy wielkość tych ostatnich jest różną, wnosić należy, że albo mąka była zepsuta, albo ciasta należycie nie wymieszano, co też bardzo często czynią piekarze świadomie w celu zwiększenia objętości chleba i zamaskowania nadmiaru wody. Plamy różnej wielkości, widoczne w przekroju chleba, mogą pochodzić albo od mąki (surowej i nie wyrosłej) albo od domieszek sztucznych lub przypadkowych (ziaren chwastów, pasorzytów etc.). Uderzając palcem po powierzchni chleba, słyszymy na przeciwległej jego stronie dźwięk wyraźny, jasny, nie tępy.

2) W *smaku* skórka jest słodsza od miększa wskutek zupełnej prawie zamiany w niej mączki na dekstrynę. Częstość rozpoznac możemy w smaku te same domieszki, co i w mące: piasek chrzęści w zębach, zwilgotniały chleb ma smak stęchły i t. d. Bardzo szkodliwym dla chorych jest pieczywo, które posiada ostry, kwaśny smak. Zjawisko to zdarza się wtedy, gdy piekarz podnieca proces fermentacji zapomocą zakwasu, t. j. skwaśniałego już ciasta, przechowywanego z dnia na dzień w dzieży: wskutek tego różne drobnostroje biorą przewagę nad grzybkami drożdżowymi i powodują fermentację octową i mleczną. Zgorzkniały smak i przytem śluzowata konsystencja chleba mogą być spowodowane przez całą grupę swoistych drobnostrojów Vogel'a (*bac. mesentericus panis viscosi*) i in.; nie trzeba nadmieniać, że takie pieczywo jest szkodliwe dla zdrowia i do użytku niezdatne.

3) *Próba Jacobi*. Jednym z najważniejszych punktów wytycznych przy badaniu chleba jest określenie jego **porowatości**, na mocy której sądzić możemy o mniej lub więcej dokładnem rozczynieniu i przefermentowaniu ciasta i o stopniu wypieczenia bułek. Należy w tym celu wykrajać kawałek miększa określonej objętości (ja kraję zwykle w postaci cylindrycznej (rys. 6, tabl. II), wygnieść bardzo dokładnie w palcach i wrzucić do próbówki z oliwą (rys. 7), której poziom wskutek tego podniesie się o kilka podziałek (rys. 8). Wiedząc objętość wykrajanego cylindra i objętość po wygnieceniu, łatwo możemy określić odsetkę porowatości, która w chlebie pszennym = 60–86%, w żytnim około 30–40%, a najmniejszą jest w chlebie razowym.

Dla przykładu biorę cylinder miększa chleba pszennego długości 100 mm., średnicy 13 mm., wagi 6,8 grm. (rys. 6). Objętość tego cylindra wynosi 13,26 ctm. sześć. <sup>1)</sup> Ponieważ oliwa po wrzuceniu doń zgniecionego chleba podniosła się o 4,9 ctm. sześć. w próbówce (rys. 7 i 8), więc ta cyfra odpowiada objętości wziętego kawałka chleba po usunięciu żeń por. Różnica 13,26 – 4,9 = 8,36 ctm. sześć. wyobraża porowatość badanego chleba, a wyrażona w odsetkach (odnośnie do 100 ctm. sz.) = 63%, t. j. w granicach normy.

Chcąc określić *ciężar gatunkowy* chleba, określamy stosunek wagi wykrajanego cylindra (6,8) do wagi wody tejże objętości (13,26). W podanym przykładzie ciężar gat. chleba = 0,51, t. j. też normalny. Ciężar właściwy chleba żytniego jest wyższy.

Rozgniatając chleb w celu usunięcia porowatości, mamy zarazem sposobność odczuć w dotknięciu wszelkie nieprawidłowe twarde cząsteczki i określić gatunek mąki, z jakiej wyrobione jest ciasto: mąka powinna być bardzo drobno mielona i nie zawierać otrąb, a tembardziej sztucznych lub przypadkowych domieszek, do jakich zalicza się robactwo i kał myszy w postaci ciemnych ziarenek.

4) Największą wadę pieczywa stanowi *nadmiar wody*, co wskazuje na złą, zgniłą mąkę, na niedostateczny wypiek i t. d. Miększ nie powinien zawierać więcej nad 40%, skórka nad 18% wody; chleb żytni zawiera nieco więcej wody, aniżeli pszenny. Ilość wody w chlebie jest tem większą, im większym jest ilościowo stosunek miększa do skórki, której waga wynosi przeciętnie 20–30% odnośnie do pierwszego; ilość wody bywa też tem większą, im mniej przeniknąć zdołała ciepłota pieca do wnętrza chleba. Piekarze wiedzą o tem dobrze i starają się 1) zwiększyć objętość chleba przez zbyt długą fermentację i wywołać nadmierną porowatość, 2) zamaskować w ten sposób zbytnią wilgotność (woda w takim chlebie jest mniej widoczną), a więc i zwiększyć ciężar pieczywa, 3) piec przy zbyt wysokiej t°, ale przez czas zbyt krótki, wskutek czego skórka szybko się przypieka i zatrzymuje nadmiar wody w miększu, którego zewnętrzna warstwa jest zbyt twarda, a wewnętrzna za mało wypieczoną.

Dowodzić zbyt ciężkie, że pieczywo nie może zawierać wody, widocznej dla oka bezpośrednio lub po naciśnięciu powierzchni.

<sup>1)</sup> Podług formuły  $\pi r^2 \times h$ , w której  $\pi=3,14$ ,  $r=13$ ,  $h=100$ .

Ponieważ ściśle określenie wody w pieczywie przez suszenie i powtórne ważenie byłoby zbyt uciążliwe dla lekarza szpitalnego, trzeba więc z konieczności poprzestać na określeniu porowatości i wyglądu zewnętrznego pieczywa.

Powyższe badania mąki i pieczywa byłyby zgoda nie wystarczające, gdybyśmy jedynie na nich poprzestać chcieli, nie sprawdzając dobroci innych surowych produktów—mleka, masła, drożdży, soli, cukru, zapraw i nadewszystko wody. Chorzy powinni mieć dobrą wodę do picia, woda potrzebna jest do wszystkich potraw, a ponieważ w szpitalach i zakładach leczniczych studnie mogą być zanieczyszczone przez wydzieliny chorych, należy więc koniecznie wodę badać, a studnie od czasu do czasu oczyszczać.

Badanie wody. Chcąc się przekonać, czy do studni nie dostaje się woda ze ścieków, klozetów, kanałów i t. p., wypujemy do podejrzanego ścieku lub klozetu niewielką ilość saprolu, zmieszanego z barwnikiem fluoresceiną. Saprol, dostawszy się do wody zaskórnej, zacieka szybko przez szczeliny do studni i nadaje wodzie nawet w jednomiljonowym rozcieńczeniu charakterystyczny intensywny zapach i smak smołowy, a fluoresceina—zielonkawę zabarwienie.

Woda o zapachu i smaku zgnitych jaj zawiera gaz błotny lub siarkowodór. O obecności substancji organicznych możemy się przekonać w sposób następujący: 1 litr wody należy całkowicie wygotować w porcelanowej parownicze; jeżeli pozostałość po wyparowaniu ma szaro-brunatną lub czarną barwę i wydziela przytem zapach rogu lub włosa spalonego, to taka woda zawiera dużo ciał azotowych organicznych i jest do użytku niezdatna. Jedna łyżka stołowa taniny w szklance badanej wody nie powinna wytworzyć w ciągu 5 godzin żadnego zmętnienia, o ile woda jest dobra.

Prasowane drożdże nie zepsute posiadają jasną barwę i aromatyczny zapach wysoku; nieprzyjemny zaś kwaśny zapach dowodzi, że drożdże są już niezdatne. Rozpoznać dobre drożdże można najlepiej przez sprawdzenie ich własności fermentacyjnych w sacharometrze w wodzie lub moczu po dodaniu określonej ilości cukru. Zamiast drożdży—zwłaszcza do zaprawiania mąki żytniej, piekarze używają t. zw. rozczywnu lub kwasu piekarskiego, który wytwarza kwaśny odczyn (kwasy octowy, propionowy, mleczny), powoduje kwaśny smak pieczywa i nie powinien być stosowany do bułek dla chorych.

Dodawany często do pieczywa siarczan miedzi wykrywamy, skrapiając małą warstwę chleba, na miseczek porcelanowej roztworem żelazo-cyanku potasu, zabarwiającego chleb na różowo w razie obecności w nim miedzi.

Przepisy otrzymywania z mąki pszennej glutenu przez wylugowanie krochmalu wodą, a także przyrządzania pieczywa beźmącznego—chleba, sucharków, biszkoptów i naleśników aleuronatowych—znaleść można w „Kuchni higienicznej“ Jaworskich (str. 270, 293 i 252), a wskazania do diety beźmącznej u Moritza (str. 203—207).

Makaron kupny powinien zawdzięczać swoją żółtą barwę jedynie żółtkom jaj, a nie sztucznym barwnikom: te ostatnie możemy rozpoznać po żółtem zabarwieniu wysoku, z którym trzeba makaron skłócić, a później odcedzić; barwnik żółtka nie zabarwia alkoholu.

Zwykłe pieczywo, używane jako pokarm przez ogół ludzi zdrowych, może być stosowane w dyecie chorych z pewnymi zastrzeżeniami i ograniczeniami. Omawiając sposoby badania mąki, miałem—prócz pieczywa—na myśli i inne przetwory mączne, pożądanę dla urozmaicenia pożywienia chorych, jak naprz. ciasto włóknikowe, tarte ciasto palone, polewki mączne i chlebowe, służące do zamiany kleików i t. p. „Prócz zmian, którym pokarmy roślinne podlegać muszą—mówi Forster, — główne zadanie sztuki kulinarnej i piekarstwa polega na tem, aby uczynić pokarmy przez staranny wybór i właściwą odmianę surowych materiałów przy-

Tablica II.



Rys. 6.



Rys. 7.



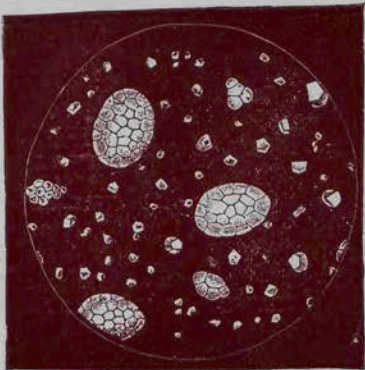
Rys. 8.



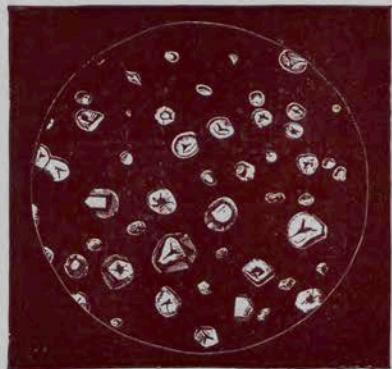
Rys. 9.



Rys. 10.



Rys. 11.



Rys. 12.



jemnymi, smacznymi i zdolnymi do służenia za stałe pożywienie, aby jednostajnością ich i nadmiarem nie wywołać przesytu.“

**Kasza.** W dyecie szpitalnej obejść się niepodobna bez kleików lepkich, owsianych, jęczmiennych, ryżowych, sagowych, salepowych, bez kaszek, rosółów i polewek na różnych przetworach mącznych, często z dodatkiem ekstraktu mięsnego, mleka, masła, jarzyn. Własności odżywcze takich kleików nie są znaczne <sup>1)</sup>, natomiast główną ich zaletę stanowią cechy fizyczne. Dlatego też kasze różnego rodzaju zajmują pierwszorzędne miejsce wśród produktów spożywczych, dostarczanych do szpitali. Wobec tego, że badanie kaszy jest prawie wykluczone ze wszelkich podręczników, udzielić musimy nieco więcej miejsca temu przedmiotowi, tembardziej, że właśnie kasza bywa bardzo często zanieczyszczona bądź to przypadkowo, bądź sztucznie.

Do przypadkowych zanieczyszczeń kaszy zaliczyć można grudki ziemi, żdźbła słomy, pył i piasek, ekskrementy myszy, zbytnią obfitość łuski ziaren, obecność plewy obcych roślin, pasorzyty, jak naprz. *acarus farinae* (rys. 5), *asopia farinalis*, *silvanus advena* i in.; z pasorzytów roślinnych najczęściej zanieczyszczają zarówno mąkę jak i kaszę pszenną *tilletia caries* (rys. 15), a jęczmienną i owsianą *ustilago carbo* (rys. 16), ciemne zarodniki o gładkiej powierzchni, które pokrywają ziarnka kaszy jakby ciemnym nalotem. Większa lub mniejsza obfitość łuski ziaren znacznie wpływa na skład chemiczny kaszy i powoduje różny wynik analiz: tak, na przykład, bardzo u nas rozpowszechniona kaszka owsiana Knorr'a (*Knorr's Kinder-Hafergrütze*) zawiera czasami tylko 60% wodanów węgla, a czasami aż 73%, a równolegle zmienną bywa w niej zawartość białkanów (II do 14,5%), tłuszczu (5,5 - 6,5%) i wody. Między ziarnkami kaszy spotykają się ziarna i plewy innych roślin, jako-to kąkolnicy, wyczki, grochu, pszenica i t. p.

Za sztuczną, świadomą falsyfikację kaszy uważać należy domieszki trocin, substancyj mineralnych, gorszych odmian kaszy lub ziaren obcych roślin.

Aby określić gatunek, rozpoznać zanieczyszczenia przypadkowe i sztuczne, zwracamy uwagę na zewnętrzne cechy dobrej kaszy.

1) *Wygląd zewnętrzny i własności fizyczne.* Rzuciwszy garstkę kaszy na papier, widzimy, że ziarnka dobrej kaszy są równomierne białe na rozłupanej powierzchni, żółtawe ze strony otoczki. Im więcej znajduje się nie wyłuskanych ziaren, tem gorszym jest gatunek kaszy, lepsze odmiany tak co do barwy, jak i kształtu są bardziej jednolite od ostatnich, które zawierają jeszcze dużo otrąb i ziaren obcych roślin. Czasami kasza pokryta jest ciemne-

---

<sup>1)</sup> Naprzykład, kleik owsiany przeciętnie zawiera 91—92% wody, 1,1% białka, 1,5% tłuszczu i 5,7% wodanów węgla. Gdyby chory mógł spożyć aż 8 talerzy (po 300 grm) kleiku, otrzymał by w tem tylko 20 grm. białka i 960 dużych kaloryj na dobę (*Hoffmann*). Ponieważ dziecko 4-letnie wymaga na dobę około 50 grm. białka, więc tembardziej dla człowieka gorączkującego nie wystarczy nawet 8 talerzy kleiku owsianego na podtrzymanie równowagi przemiany materji.

mi lub czerwona-wobrunatnemi plamkami: pierwsze zależne są od pasorzytów (rys. 15—16), drugie zaś bywają wtedy, gdy kasza była zamoczona i stęchła, a następnie jednorazowo lub kilkakrotnie suszona; ziarna takiej sztucznie suszonej kaszy, prócz brunatnych plam, posiadają na swej powierzchni krupki białego przyschniętego krochmalu. Lepsze gatunki są bielsze, a gorsze—ciemniejsze, co zależnem jest od różnej zawartości plewy, domieszek i gatunku zboża. Kaszka krakowska (z gryki) jest bielszą od kaszki perłowej orkiszowej (z jęczmienia).

2) Czasami w każdym ziarnku kaszy znajdują się pasorzyty, o których wyżej wspominałem: w suchej kaszy dostrzedz ich gołym okiem niepodobna, ale zauważyć je można, pozostawiwszy garść kaszy na talerzu w *ciepłej wodzie*, gdy ziarna napęcznieją i owady wydostaną się nazewnątrz.

3) *Próba z ługiem* (p. wyżej str. 201).

4) *Pęcznienie kaszy*. Do dwóch próbek wrzucamy po małej łyżeczce kaszy i nalewamy po 4 łyżeczki wody; jedną próbkę ogrzewamy w ciągu 12 minut przez zanurzenie w gorącej wodzie: ziarnka kaszy nie zepsutej pochłaniają wodę, zwiększając się do 2½—3—4 razy w objętości, o czem możemy przekonać się, porównując ogrzewaną kaszę z pozostałą w pierwszej próbce dla kontroli (rys. 9 i 10). Taż sama próba pozwala nam jeszcze sprawdzić dwie inne własności kaszy, a mianowicie *reakcyę* i *domieszki*. Reakcyą wyciągu z kaszy dobrej, badana za pomocą papierków lakmusowych, bywa obojętna, słabo alkaliczna (naprz. kaszy jaglanej) lub słabo-kwaśna (naprz. kaszy owsianej); zepsuta kasza cechuje się częstokroć mocno-kwaśnem oddziaływaniem. Różne domieszki, ziarnka obcych roślin, kał myszy, szkodniki, widoczne gołym okiem w kaszy (rys. 9), występują o wiele wyraźniej w kaszy ogrzewanej (rys. 10).

5) *Określanie domieszek sztucznych*. Na garstkę kaszy w próbce nalewamy 6-krotną objętość czystego chloroformu, kasza wznosi się do góry, a *piasek* i wogóle substancje mineralne opadają na dno. Następnie kroplami dolewamy wysokoku: ziarnka kaszy z plewą opadną na dno, lecz *trociny*, domieszane dla zwiększenia objętości i wagi kaszy, pozostaną na powierzchni. Można bardzo łatwo rozpoznać trociny mikroskopowo (w kropli ługu), a nawet określić, czy pochodzą z drzewa liściastego, czy też iglastego. Częściej niż trociny, znajdziemy w kaszy domieszki mineralne, mające mikr. kształt krystalicznych lub nieforemnych tworów. Mikrochemiczna reakcyą z roztworem Lugol'a zabarwia krochmal na niebiesko, inne organiczne substancje na brunatno, mineralne domieszki zaś pozostają bezbarwne. Badając w mące lub kaszy specjalnie domieszki, należy garstkę mąki lub kaszy wrzucić do ½ litra wody w kolbie, gotować i podczas gotowania dodać 10 kropel koncent. kwasu siarczanego, po upływie 1 godziny odcedzić i badać osad, pozostały na filtrze.

Aby ocenić, czy dana kasza zawiera dużo czy też mało otrąb, należy zwrócić uwagę na to, że otoczki w ziarnach owsa



stanowią 42,2—46,6% na wagę, podczas gdy pszenica i żyto dają tylko 18—19% otrąb, a w jęczmieniu otoczka stanowi tylko 7,18 do 14,86%.

Po rozpatrzeniu ogólnych cech, musimy zatrzymać się na właściwościach każdej kaszy z osobna.

**Kasza owsiana** składa się z rozłupanych i częściowo oczyszczonych od plewy ziaren owsa, średnicy 2—5 mm., żółtawej lub żółto-czerwonej barwy na powierzchni i białej w przekroju. Kasza patentowana amerykańska (Quaker Oats, Herkules i in.) i niemiecka Knorr'a ma wygląd rozgniecionych płatków, zabarwionych z jednej strony na brunatno, a z drugiej na białe. Dodatek do mleka kaszy owsianej zwiększa ilość tłuszczu w większym stopniu, aniżeli kasza z innego zboża, i dlatego też preparaty owsiane wytwarzają w ustroju więcej ciepła, aniżeli chleb, kasza jęczmienna lub pszenna (*Chłopin*). Kaszki amerykańskie dają o 4,42 do 6,4% więcej kaloryj od przeciętnej miejscowej; prócz tego, przewaga produktu zagranicznego nad miejscowym polega też na tem, że nasza kasza często bywa stęchła i zgniła, co bardzo rzadko stwierdzić można w amerykańskiej. W sprzedaży znajdują się dwa gatunki kaszki owsianej, używanej do kleików, różniąc się między sobą tylko pod względem zawartości plewy. O ile kasza owsiana w dyecie chorych ma przewagę nad kaszą z innego zboża, o tyle znów mąka owsiana niema żadnego zastosowania (placuszki owsiane ludowe podczas lat głodu). Owsianą kaszę można stosować tylko świeżą: stęchła lub zleżała nadaje kleikowi przykry smak i odrażającą dla chorych oleistą woń.

**Kasza jęczmienna.** Najbardziej rozpowszechniony produkt z jęczmienia jest kasza jęczmienna, perłowa i t. zw. orkiszowa. Mąka jęczmienna do pieczywa u nas nie jest używana, natomiast ma zastosowanie do bardzo wielu preparatów fabrycznych, mączek dla dzieci (naprz. mączka Timpe's'a, Köben'a, habrozyna, lactina Gehring'a i in.). Kasza jęczmienna znajduje się u nas w sprzedaży w ośmiu, perłowa—w trzech gatunkach. Jęczmienna i orkiszowa mają ziarenka nieprawidłowe (pierwsza ma większe od drugiej), kasza perłowa ma ziarenka okrągłe; jęczmienna zawiera znacznie więcej plewy od perłowej. Ta ostatnia narasta przy gotowaniu do 3—4 razy, wchłaniając nieco więcej wody od krakowskiej gryczanej. Kaszka perłowa używana do kleików powinna być świeża, bez domieszek i najdrobniejszego gatunku, <sup>1)</sup>

**Krupy jaglane,** znajdujące się w sprzedaży w 3 gatunkach (grube, średnie, drobne), są tylko wyluskane z plewy, lecz nie rozdrabniane, z tego powodu proso nie podlega badaniu dro-

---

<sup>1)</sup> Ponieważ ziarna kaszy znacznie przy gotowaniu narastają, a większość chorych nie znosi gęstej kaszki—zwłaszcza na mleku, trzeba zwrócić uwagę, aby brano do gotowania kaszki perłowej, ryżu obranego lub sago tylko 1 łyżkę nad dwie szklanki mleka, krakowskiej 1 łyżkę na 1½, jaglanej ½ łyżki na dwie, a manny 1 łyżeczkę na 1½, szklanki.

bnowidzowemu. Czem więcej znajduje się ziaren nie wyluskanych, ciemnych, tem gorszym jest gatunek jagiel, a gdy zawiera ziarna innych roślin, kał myszy, pasorzyty—nie kwalifikuje się wcale do żywienia chorych. Porównując krupy jaglane z innemi, przekonałem się, że wykazują przeważnie reakcyę neutralną lub słabo-alkaliczną, podczas gdy owsiane często bywają kwaśne. Zwiększanie się objętości kaszy jaglanej (rys. 9 i 10) dosięga 3 - 4 razy. Ziarnka prosa stęchłego i wilgotnego często kupcy podpalają w celu zamaskawania tych ujemnych cech: rozpoznać można ziarna podpalane na mocy brunatnych plam i cząsteczek zaschłego na powierzchni ziaren białego krochmalu.

Manna (z pszenicy) i kaszka gryczana krakowska często bywają stosowane w dyecie szpitalnej, zwłaszcza krakowska nadaje się bardzo do t. zw. „kleików naprędce“, ponieważ gotować ją trzeba trzy razy krócej od innych kasz. Manna zawiera mniej substancyj azotowych (9.43%) od kaszki owsianej, natomiast znacznie więcej wodoranów węgla (75%, owsiana około 62%). Ziarnka skrobi gryczanej mikroskopowo są bardzo małe, okrągławe lub wielokątne.

Niezbędnem jest przed gotowaniem kaszę „przebrać“, t. j. odrzucić z niej plewę, obce ziarna i t. d., czego kucharki zwykle zaniedbują, nie trzeba jednak kaszy parzyć, co znów jest koniecznym uczynić przed gotowaniem ryżu.

Ryż, znany u nas w 3 gatunkach, używa się do zup, rosółów, jako przyprawa do mięsa, w postaci mączki dodają go do czekolady, ryżem fałszują kakao, jest też stosowany do wyrobu wielu kosmetyków i środków tajemnych. Otoczka ryżu jest bardzo twarda i składa się z 4 warstw; mikroskopowo komórki skrobi są pryzmatyczne (rys. 11), często dość znacznej wielkości lub połączone ze sobą w postaci dużych owalnych ziaren, jakich kilka znajduje się na fot. 11; prócz ziaren skrobi, znajdujemy pod drobnowidzem włoski i czterowarstwową otoczkę (perispermium). Ryż składa się z 80% krochmalu, 0,4 białka, 0,5 soli i 10% wody; przeważną część popiołu stanowi fosforan wapnia; otoczki ziaren ryżowych zawierają dużo krzemianów. Ryż dobry jest zupełnie biały o smaku mącznistym, pęcznieje bardzo znacznie w wodzie i posiada wskazane cechy pod mikroskopem. Zanieczyszczenia piaskiem, plewami, trocinami i t. d. określają się w ryżu i niżej wymienionych produktach podług ogólnych wskazówek.

K u k u r y d z a. Z mąki kukurydzowej wyrabiają we Włoszech chleb, zwany *polenta*; jako pożywienie dla chorych, mączka nosi nazwę *mondaminy*: sucharki mondaminowe jest to smaczne, łatwo strawne i pożywe pieczywo, które dobrze nosi przeważna część chorych żołądkowych. Znajdujące się w aptekach *amylum Dauci* jest mieszaniną krochmalu z kukurydzy i pszenicy. Przy badaniu mondaminy, prócz ogólnych prób, należy zwrócić uwagę na badanie drobnowidzowe (rys. 12): skrobia z zewnętrznej twardej części ziaren kukurydzy ma wygląd wielościennych ciałek, przeważnie

Tablica III.



Rys. 13.



Rys. 14.



Rys. 15.



Rys. 16.



odosobnionych i dużych. Otoczka jest bezbarwną, przejrzystą błoną, składającą się z komórek o bardzo typowym falistym zarysie.

Sago ma wygląd szarych, czerwonych lub brunatnych ziarenek (rozdzielimy kilka gatunków) dość znacznej wielkości (średnicy około 3 mm.), a najbardziej używane w szpitalach drobne *perłowe sago* jest żółtawo-oliwkowej, przezroczystej barwy. W ten sam sposób, w jaki w Brazylii wyrabiają *tapiokę* z krochmalu maranty<sup>1)</sup>, w Indjach przyrządzają *sago* z krochmalu palmowego, którego ziarna podlegają rozdrobnieniu i częściowemu skłajstrowaniu. Ogólną charakterystyką sago, jak i wogóle krochmalu palmowego jest oryginalne zgrupowanie jąder w ziarnkach skrobi, jakie widzimy pod mikroskopem (rys. 13): około jednego większego grupuje się drugie lub kilka mniejszych jąderek; często takie wielojądrowe ziarna rozpadają się na mniejsze, powodując półkuliste lub wielokątne kształty; prócz tego, zdarzają się jajowate lub bardzo wydłużone ziarna z odśrodkowym jądrem (rys. 13). Usunąwszy z preparatu krochmal przez dodanie kropelki ługu, znajdziemy i inne składowe części sago, a mianowicie włoski, kryształki i komórki miąższu palmowego (rys. 13 p.). Należy odróżnić prawdziwe sago od *sztucznego* z mąki kartoflanej z domieszką cukru. Aby rozpoznać zafałszowanie sago za pomocą krochmalu pszennego (rys. 4), kartoflanego, ryżowego (rys. 11), wystarczy spojrzeć przez mikroskop; również łatwo odróżnić wszelkie domieszki mineralne i mąkę; pamiętać jednak trzeba, że niektóre ziarna sago są skłajstrowane i otoczone galaretowatą masą, i że rozklejanie ziaren rozpoczyna się często od jądra, co wpływa bardzo na ich kształt.

Salęp pochodzi od różnego gatunku storczyków (orchis mascula, morio i in.) i składa się z dużych szklistych bryłek i grup, które rozpadają się po dodaniu wody na oddzielne duże szkliste komórki (rys. 14); te ostatnie wypełnione są przez grupki kłajstru, barwiące się od jodu na fioletowo; często w samych komórkach znajdujemy grupy igieł krystalicznych, t. zw. rafidy (rys. 14 r.) Salęp zawiera 48% śluzu (bassoriny), 27% krochmalu, 1% cukru, 5% białka, 2% popiołu (głównie chlorku sodu i szczawianu wapnia). Rozpoznajemy dobry salęp po tem, że 1) przy skłócaniu z wodą tworzy się śluzowatej konsystencji roztwór (bura osadze ten śluz), 2) od jodu zabarwia się na kolor czerwono-fioletowy, 3) mikroskopowo ma wygląd śluzowato-szklistych dużych komórek (rys. 14). Salęp używa się do kakao, czekolady oraz jako dodatek do kaszki (w ilości 1%) w dycie chorych przy nadzwyczajnem podnieceniu jelit.

(d. c. n.)

<sup>1)</sup> Wytwarzany z roślin podzwrotnikowych maranta krochmal nosi nazwę *arrowroot*: jest to biały, delikatny proszek, składający się pod mikr. z jajowatych ziaren krochmalu. Rozdrobnione i częściowo skłajstrowane ziarna krochmalu *arrowroot* noszą nazwę *tapioki*, która wchodzi w skład wielu środków tajemnych (naprz. *guruma*), mieszanin odżywczych, jako-to *tapioca Crecy* (mieszanka tapioki ze sproszkowaną marchwią), *tapioca Julienne* (zawiera tapiokę i włoszczyznę), *tapioca au cacao* (tapioka z odtłuszczonym proszkiem kakao) i t. p.

# Projekt pomocy lekarskiej gminnej w gub. Radomskiej.

Podał Dr. **Henryk Fidler**,

Starszy Ordynator Szpitala Starozakonných w Radomiu.

(Dalszy ciąg).

Gdyby liczba zamiejskich chorych wynosiła tylko 20% ogólnej liczby chorych nie zaś 53%\*) jak obecnie, to w takim razie przy liczbie chorych 2892 i dni szpitalnych 77779 rocznie\*\*), liczba chorych zamiejskich wynosiła by 578 a dni szpitalnych 15555, zaś dochód z nich (licząc, jak obecnie, po 35 kop.) 5444 rb. rocznie. A więc ogólny dochód szpitali wynosił by rocznie 72238 rb. czyli o 54,7% więcej aniżeli obecnie. Dochód ten, jak powiedziałem wyżej, poprawiłby do pewnego stopnia stan naszych szpitali.

Lecz podobny podział szpitali na wyłącznie miejskie i wyłącznie ludowe jest z wielu względów niepraktyczny. 1-o Ludność w miastach przynajmniej w połowie (jak w Radomiu) należy do gatunku niestałej, a więc przybyłej ze wsi i osad. Jakkolwiek ludność ta mieszka dość długo w mieście, to jednak nie mogła by być zaliczona do kategorii miejskich chorych. Wypadałoby więc w dalszym ciągu żądać od niej, jak obecnie, świadectwa od właściwych wójtów lub burmistrzów, albo też paszportów, a od gmin i osad—zwrotu kosztów leczenia.

2-o Chorzy zamiejscowi, wymagający odpowiedniego leczenia, możebnego tylko w większych szpitalach, przy odpowiedniej specjalizacji i lepszych urządzeniach, z niechęcią by się zgłaszali do miejskich szpitali, w obawie ponownych kosztów.

3-o Chorzy zmuszeni koniecznością do szukania pomocy w większych szpitalach ociągali by się do nieskończoności z przybyciem, a tem samem pogarszaliby swój stan. I obecnie obawa przed wydatkami wstrzymuje lud od uczęszczania do szpitala, wskutek czego mamy tak często zaniedbane przypadki i tem spowodowane kalectwa. Podnosi się tym sposobem i odsetka śmiertelności w szpitalach i wśród ludności. Tembardziej spodziewać się tego możemy w przyszłości, przy podwójnym systemacie szpitalnym.

4-o Zmniejszenie napływu chorych pozbawia szpital możliwości rozszerzania go i wprowadzenia potrzebnych urządzeń.

---

\*) Średnia z liczby chorych w szpitalach Radomskich w r. 1901.

\*\*) Średnia ze wszystkich szpitali za lata 1898, 1899 i 1900.



	Obecne podatki		Też same z do- daniem lekar- skiego podatku		Wysokość podatku lekarzkiego.
	R u b l e i k o p i e j k i .				
Przeciętna cyfra opodatko- wania jednego mieszkańca (1003649 ludności.)	1	51,8	1	69,89	18,09
Przeciętna cyfra opodatko- wania jednego morga zie- mi (opodatkowane ziemie zajmują 1932978 morgów przeźreni)	0	69,55	0	75,12	5,57

Z biegiem czasu podatek ten wzrastać będzie i może dojść do bardzo poważnych cyfr. Czy wobec tak dużego obciążenia ludności, można się spodziewać należytego pożytku z nowej instytucji, zobaczymy poniżej.

D. Czwarta wątpliwość była następującego rodzaju. Zobowiązanie lekarzy ucząstkowych do walki z nagminnymi chorobami może w praktyce napotkać poważne trudności. Wobec systemu „stacjonarnego“, przy którym lekarz obowiązany będzie leczyć chorych szpitalnych i przychodzących, musi lekarz poświęcić cały swój czas tej sprawie. A zatem niepodobna chyba, aby na każde wezwanie śpieszył w celu ukrócenia epidemii i zarządzenia środków zaradczych. Gdy tymczasem walka z nagminnymi chorobami wymaga, by lekarz natychmiast się stawił na zagrożonym punkcie i zarządził odpowiednie środki. Wobec tego zdawać by się mogło, iż lekarze ucząstkowi mogliby być wzywani tylko w miarę możliwości bez szkody dla ich obowiązków bezpośrednich. Zaś odpowiedzialność za walkę z nagminnymi chorobami należałoby w dalszym ciągu zwać na barki lekarzy powiatowych i miejskich (wraz z ich felczerami), którzy winni do walki tej stanąć pod kierunkiem inspektorów lekarskich, biorąc sobie do pomocy lekarzy zapasowych, a także proponując udział i ucząstkowym i wolnopraktykującym. Ci ostatni mogą otrzymywać wynagrodzenie za swą pracę z funduszy pozostających do rozporządzenia Gubernatora, a przeznaczonych na walkę z nagminnymi chorobami.

Do tych czterech wątpliwości, czyli zarzutów, które możliwie obszernie wyjaśniłem, muszę i ja ze swej strony dodać następujące:



#### A. Obowiązki lekarzy i ich uposażenie.

Lekarz będzie obowiązany prowadzić szpital na 10 łóżek, t. j. być internistą, chirurgiem, okulistą, akuszerem, ginekologiem i t. p. i przyjmować ambulatoryum dotąd, dopóki chorzy napływać będą. Czas wolny może poświęcać na odwiedzanie ciężko chorych w domu, o ile niedaleko mieszkają od posterunku lekarskiego. Któż będzie przede wszystkim określał stan chorego? Lekarz — czy otoczenie chorego? W pierwszym przypadku musiał by lekarz wysłać naprzód w tym celu felczera, jak się to dzieje na kolejach żelaznych, i dopiero po otrzymaniu wiadomości tą drogą zadecydować o swej wizycie. Czy felczerowi można powierzać takie czynności, jest rzeczą bardziej niż wątpliwą. Felczer powinien być tylko ścisłym wykonawcą poleceń lekarza, lecz w żadnym razie nie można mu powierzać czynności samodzielnych, gdyż do tego nie jest i nie będzie przygotowany.

Nie można również polegać na opowieściach otoczenia o stanie chorego. Gdy pomoc będzie bezpłatna, to niewątpliwie każdy gorączkujący chory zaliczać się będzie sam do gatunku ciężej choroby i żądać będzie pomocy u siebie w domu. A najczęściej nadużywać będą pracy lekarza żydzi małomiasteczkowi, jak tego mamy liczne dowody i obecnie. Nikt bowiem tak nie lekceważy pracy i czasu lekarza, jak ten, który nic nie płaci. Z drugiej strony — lekarz musi wyjeżdżać do chorych, o ile mu czas wolny od zajęć szpitalnych i ambulatoryjnych pozwala.

Dwukrotne odwiedzenie szpitala, wykonanie zabiegu chirurgicznego, nakładanie opatrunków, porobienie odręcznych rozbiórów, przyjęcie chorych przychodzących, zajmie tyle zapewne czasu, że starczy zaledwie nieco wolnych chwil na odpoczynek i pożywienie. Obok tego wszak lekarz musi iść z postępem wiedzy, tembardziej jeśli jest rzucony gdzie zdala od ruchu naukowego. I na to więc czas musi znaleźć. W dodatku cała administracya szpitala należy do lekarza. Gdy się weźmie to wszystko pod uwagę i obliczy potrzebny na to czas, to wypadnie, co następuje:

W nowym projekcie przyjęto za normę rocznie 7500 chorych przychodzących na 1 lekarza, co stanowi 20 chorych dziennie. Przyjęcie 20 chorych wymaga wraz z zapisaniem do księgi, co najmniej 5 godzin, licząc po 15 minut na każdego chorego. Zajęcie w szpitalu wynosić winno około 5 godzin dziennie. Odpoczynek wraz z pożywieniem 2 godziny. Razem 12 godzin. Licząc dzień roboczy lekarza 16 godzin, wypada, iż lekarz może dziennie jeszcze 4 godziny poświęcić chorym po za domem, t. j. wyjeżdżać. Kto zna warunki naszej pracy, ten się zgodzi, iż 10 godzin zajęcia dziennie wyczerpuje dostatecznie i że przez 16 godzin dziennie na długi dystans pracować nie może.

Co znaczy wreszcie wyrażenie: odwiedzać chorych w domu, o ile mieszkają niedaleko od posterunku lekarskiego.

Dla każdego chorego, oczekującego pomocy lekarskiej, przeszeń, którą lekarz ma przebyć do niego, jest niedaleką. W prak-

tyce zaś będzie to wyglądało inaczej. Każdy chory będzie wymagał, by lekarz do niego przybył w chwilach wolnych od zajęć obowiązkowych, bez względu na odległość, której maximum nie będzie miał prawa określić ani lekarz, ani żadna władza.

Oprócz tego, lekarz ma być obowiązany (według pierwotnego projektu) do walki z nagminnymi chorobami i do szczepienia ospy. Ponieważ u nas nagminne choroby wśród ludu nie wygasają prawie nigdy, przeto ten dział czynności lekarskiej będzie bardzo pracowitym. Szczepienie ospy dokonywać wprawdzie można w ambulatoryum. Lecz wypadnie niewątpliwie jeździć po wsiach—wobec niechęci naszego ludu do szczepienia i w obec wagi samej sprawy.

Za podobną pracę ten wyrobnik lekarski pobierać będzie 600 rub. pensyi i 600 rub. stołowych. Będzie na państwowej służbie, co znaczy, że opłacać będzie emeryturę od pensyi i po latach 40 wysłuży ją całkowicie t. j. otrzyma 600 rub. rocznie. Oprócz pensyi, w kwocie 1200 rub., innych dochodów mieć nie może, gdyż na praktykę prywatną liczyć nie może. Albowiem z jednej strony włościanie i mieszczenie w osadach nie będą płacić za poradę, zaś dwory prawdopodobnie albo zupełnie korzystać nie będą z tej pomocy lub też obniżą wysokość wynagrodzenia; t. zw. inteligencya w osadach, jak pisarz wójta gminy, pisarz sądu gminnego i t. p. skwapliwie skorzystają również z bezpłatnej pomocy, a zamożniejsi mieszczenie i żydzi niewątpliwie jeszcze gorliwiej z tego użytkować będą, jako opłacający większy podatek. Wreszcie, przy tym rozkładzie zajęć i wymaganiu, by lekarz całkowicie czas swój poświęcił przyjętym obowiązkom, nie będzie nawet czasu na praktykę prywatną, która dać może około 300 rub. rocznie.

A więc najwyższa cyfra wynagrodzenia wraz, z dochodami, wynosić będzie 1500 rub., a po latach 40—emerytury 600 rub. Czy podana cyfra wystarczy na utrzymanie, wychowanie dzieci inteligentnego człowieka, który z natury samego powołania musi lepiej się odżywiać, mieszkać i brać udział w ruchu umysłowym, chociażby na polu lekarskim — bardzo wątpliwe. Zepchnięci więc będziemy na szczebel niższych urzędników państwowych bez widoków awansu. Albowiem w jakiz sposób może taki lekarz uczątkowy poprawić sobie byt? Nie przeniesie się do innego uczątku, gdyż tam będzie takim samym wyrobnikiem. Gdy zaś pojedzie do powiatowego lub gubernialnego miasta, szukając chleba w wolnej praktyce, spotka się z ciężką konkurencją wolnopracujących lekarzy, których dochód także się zmniejszy w skutek nowych urządzeń. Wreszcie, tylko nieliczni lekarze z pośród uczątkowych mogą liczyć na wyrobienie sobie bytu w większych miastach. Gdyby bowiem wszyscy zechcieli się tam przenieść, cierpieli by gorzej z niedostatku na nowych miejscach, aniżeli z nadmiaru pracy na dawnych.

Projektodawcy pomocy lekarskiej gminnej, byli zapatrzeni w cyfrę wydatków na ten cel i wysokość koniecznego podatku. Nie uwzględnili bynajmniej położenia lekarza uczątkowego. Praca lekarza równać się nie może z żadną pracą biurową. Jest ona z natury rzeczy bardziej wyczerpująca i bardziej niebezpieczna. Tym-

czasem za normę wynagrodzenia przyjęto wynagrodzenie urzędnika — radcy wydziału rządu Gubernialnego, który nie dźwiga na sobie takiej odpowiedzialności, nie pracuje tak nadmiernie i nie naraża ani swego zdrowia, ani życia. Lekarz na posterunku może umrzeć, paść może ofiarą jednej z nagminnych chorób tem łatwiej, iż przepracowanie i znużenie wysoce uspasabiają do przyjęcia zarazka wszelkiego. Kto zabezpieczy rodzinę zmarłego? Wiemy bowiem, że urzędnik opuszczający służbę państwową w pierwszych 25 latach służby żadnej emerytury nie otrzymuje, a rodzina jego wrazie śmierci otrzymać może tylko jednorazowy zasiłek, który wystarcza na pierwsze potrzeby.

Ten brak zabezpieczenia ze strony władz i niemożności ubezpieczenia samego siebie, wskutek małego wynagrodzenia, stanowi bardzo ważny szkopuł w całej organizacji.

Przypuszczać można z góry, iż posady te obejmą młodzi lekarze, którzy niedawno opuścili ławę szkolną, i że nie wytrwają długo na tych stanowiskach. Albowiem do piastowania tych urzędów trzeba ludzi idei, ludzi z poświęceniem, a takich jest niewiele i na takich projektodawcy liczyć nie mogą. Wreszcie, każdy trud musi być należycie opłacony, jeśli sprawa ma być żywotną i istnieć w rzeczywistości, a nie na papierze. A wszak zdrowie ludności należy do najważniejszych spraw, jak to słusznie zaznaczył Płocki Gubernator w swym pierwszym projekcie. Należało by więc zabezpieczyć dostatecznie tych, co o tym skarbie pieczę mieć będą.

#### B. Felczerzy i ich czynności.

Felczer ma być wykonawcą poleceń lekarza i jednocześnie robić lekarstwa przychodzącym i szpitalnym chorym. Druga część obowiązków felczera jest w istocie trudną i przechodzi zakres jego wiedzy. Jakkolwiek przypuszczam, że przy obecnej recepturze czynności aptekarskie stały się czysto mechaniczne, to jednak nie mogę się oswoić z myślą, by felczer mógł wykonać niektóre z nich, wymagające wprawy i pewnej inteligencji. Prawdopodobnie z receptury ludowej wykreślone będą wszelkie odvary i napary, gdyż szpitalik nie będzie posiadał odpowiednich urządzeń i felczer dostatecznej wiedzy. Wreszcie, przygotowanie takowych zajmuje dość dużo czasu, którego tracić nie będzie można przy licznych ambulatoryum i zajęciu w szpitalu. Pośpiech w przygotowaniu lekarstw będzie główną zaletą felczera, lecz, czy z pożytkiem dla chorych, o tem wątpić można. Wprawdzie i w naszych szpitalach felczerzy przygotowują lekarstwa dla chorych, lecz to przygotowanie polega na zważeniu sproszkowanych środków lub rozpuszczeniu ich w wodzie. Poza tem korzystamy z aptek miejskich, lub z pomocy sióstr miłosierdzia. Jedną z nich wyłącznie jest oddana aptekarstwu, a jako osoba inteligentna i przygotowana do tego rodzaju pracy, wypełnia ją należycie i sumiennie. Tego się po felczerze przy rozlicznych jego obowiązkach częstym braku inteligencji i przygotowania, spodziewać nie możemy, tembardziej, że census umysłowy i naukowy wśród felczerów znacznie się obniżył,

a felczerzy, mieszkający w osadach, grzeszą brakiem wszelkich wiadomości. Brać zaś musimy takich, jacy są. Naturalnie, szpitalik nie jest w stanie utrzymać chociażby pomocnika aptekarskiego, który żąda obecnie co najmniej 50 rub. miesięcznie. A co się stanie z aptekami wiejskimi, które wszak otwierano na mocy zezwolenia Rządu Gubernialnego? Ponieważ aptekarze w osadach żyją tylko z ludności wiejskiej i mieszczańskiej przy pomocy t. zw. odręcznej sprzedaży, tedy skazani będą zupełnie na zagładę. Albowiem nikt nie zechce do nich zająć, gdy darmo dostanie poradę i lekarstwo. Czy nie było by słusniejszą rzeczą, zobowiązać istniejące wiejskie apteki do dostarczania lekarstw dla szpitala i ambulatoryum po oznaczonej góry cenie. Wydatek na ten cel obliczono na 600 rb. rocznie. Liczono w ten sposób: 5 kop. na ambulatoryjnego chorego i po 3 kop. na szpitalnego dziennie. Cyfra ta jest, według mnie, zbyt niska. Wprawdzie w ziemstwach istotnie tyle kosztują lekarstwa, lecz my nie możemy wydawać sądu w tej sprawie, nie mając pod ręką receptury, używanej w ziemstwach. Znając jednak publiczność naszą i wymagania naszych lekarzy, jestem tego zdania, iż wydatek na kupno lekarstwa powinien być co najmniej podwójny. Gdyby na ten cel przeznaczono 1200 rub., to można by było żądać od aptekarza miejscowego, by za tę cenę lekarstwa dostarczał. Wprawdzie grozi jedno niebezpieczeństwo, iż wskutek braku kontroli człowiek złej woli może nie wydawać przepisanych środków, zastępując je wodą lub cukrem. Lecz sądzę, że niepodobna zgóry rzucić podobnego podejrzenia na całą korporację. Za oszustwo bowiem grozi kara. Praktyka najlepiej rozstrzygnie tę sprawę.

### C. Pożytek dla ludności.

W ulepszonym projekcie pomocy lekarskiej położono nacisk na to, że obowiązkiem lekarza będzie tylko prowadzenie szpitala i udzielanie porad ambulatoryjnych. Jeździć i chodzić do chorych lekarz właściwie nie jest obowiązany. Zawsze bowiem wymówić się może brakiem czasu lub znużeniem, co nie będzie dziwnem wobec nawału zajęć. Również nie jest obowiązany do walki z nagminnymi chorobami. A więc ludność w zamian za płacony podatek będzie mogła tylko leczyć się w szpitalu lub ambulatoryum. Ci chorzy, którzy przybyć nie mogą, z porady lekarskiej korzystać nie będą, a co najważniejsza—lekarz posterunkowy, najbliższy świadek pochodzenia nagminnej choroby, nie będzie obowiązany stanąć z nią do walki. Jakkolwiek to ograniczenie czynności lekarzy uczestkowych jest bardzo rozumne ze względu na możliwy brak czasu z ich strony, to jednak opodatkowana ludność tracić będzie bardzo, nie mogąc lekarza mieć u siebie w domu i nie będąc zabezpieczoną przez tegoż lekarza od pochodzenia epidemii. Z tego wyniknie nieporozumienie i niezadowolenie wśród opodatkowanych. Z drugiej strony, ambulatoryjny sposób leczenia przy wielkim napływie chorych schodzi do rzędu czynności machinalnych. Przyjąć tylu chorych, ilu się zgłasza\*), jest niepodobieństwem. Traci na tem

\*) W Płockiej gubernii bywały dnie, gdy do lekarza zgłaszało się do 100 chorych.

chory, który musi wyczekiwać swej kolej, traci i lekarz, który nie jest w stanie zbadać dokładnie chorego. Im jest większa liczba chorych, tembardziej się lekarz nuży i tem więcej traci na poradzie każdy spóźniony chory. Ten fabryczny, że tak powiem, sposób leczenia, nie zadawalnia ani chorego, ani lekarza. Tembardziej pierwszego, który opłaca podatek na lekarza i urządzenia lekarskie. Sarkań będzie dość, a że nasza publiczność wiejska i małomiastewska jest czułą na pośpiech lekarza, o tem wie każdy, kto się tych stosunków dotykał. Chłop zarówno i żyd muszą się wygadać przed lekarzem i wykazać mu prawdopodobną przyczynę swych dolegliwości. Pytanie stawiane w przedce nie znajduje odpowiedzi prostej, a badanie dokonane w pośpiechu koniecznym, ze względu na natłok, rodzi wątpliwość w chorym co do skuteczności porady. To trzeba mieć na względzie, gdy się ma na widoku prawdziwy pożytek nowej instytucji.

A więc, reasumując wszystkie zarzuty lub wątpliwości, jakie się nasuwały przy rozważaniu projektu pomocy lekarskiej gminnej, dochodzę do wniosków następujących:

1. iż opodatkowanie jest wysokie;
2. iż nieopodatkowano wszystkich stanów; nieopodatkowano i lasów skarbowych;
3. iż niesłusznie opodatkowano ludność miejską na rzecz wiejskiej, i zamieszkującej w osadach;
4. iż szpitalom miejskim grozi zupełny upadek;
5. iż nałożono zbyt wiele obowiązków na lekarzy ucząstkowych;
6. iż niezabezpieczono należycie lekarzy ucząstkowych podczas pełnienia obowiązków, zarówno i ich rodzin w razie śmierci lekarza;
7. iż powierzono felczerom czynności aptekarskie, zupełnie nieodpowiednie do ich wykształcenia;
8. iż ludność opodatkowana może być niezadowoloną z tej formy urządzenia pomocy, która ogranicza ją w korzystaniu z tejże.

Każdy to przyzna, że projekt pomocy lekarskiej gminnej jest dążeniem wysoce humanitarnem, kulturalnem i ekonomicznem.

Dbać o zdrowie ludności, to znaczy podnieść ją ekonomicznie. Wyrwać z objęć znachorów, znachorek, felczerów, owczarzy i cudowników wszelkiego rodzaju, nauczyć prawidłowego wyszukiwania przyczyn powstawania chorób, nauczyć czystości i przestrzegania przepisów dyetetyczno-hygienicznych, dać im racjonalną pomoc lekarską, uchronić od kalectw, zmniejszyć cyfrę śmiertelności, to znaczy zrobić wielki krok naprzód na drodze postępu cywilizacyjnego. Lecz tak doniosłego dzieła nie można przeprowadzić, nie obliczywszy się należycie z siłami. Chcąc stworzyć instytucję żywotną, należy pamiętać, by w ustroju swym nie nosiła zarodków śmierci. Nie wykonać należycie ułożonego planu, to znaczy narazić instytucję na zupełną utratę wiary w nią i płynący z tąd pożytek na długie lata. Dla tego też projekt pomocy lekarskiej gminnej napotkał licznych krytyków wśród całej rzeszy naszych lekarzy i towarzystw lekarskich. Obawialiśmy się słu-

nie, by tak dcniosła sprawa nie utoneła na brzegu i by nie była poronionym płodem. A widzimy jednak, iż nosi ona w sobie pewne znamiona śmierci. Starać się więc należy wszelkimi siłami, by je wyrwać z ustroju i dać nowej instytucji trwale i żywotne podstawy. Wszak to nie jest sprawa papierowa. Od jej biegu zależy bardzo wiele. Nie dość więc na tem, by była należycie przedstawiona na papierze, nie dość tego, by suche sprawozdania imponowały wielkością cyfr, lecz by był z niej istotny pożytek i byśmy się doczekali błogich skutków w postaci uzdrowotnienia kraju, zmniejszenia cyfry śmiertelności i wzmożenia siły i zdolności do pracy ludności pracującej fizycznie.

W tym też celu rzucam tutaj kilka myśli.

(i. c. n.)



## O nadużywaniu mleka w dyecie chorych.

Pogadanka terapeutyczna

Przez D-ra Seweryna Sterlinga. \*)

Sz. P.! Gdybyście treść mego przemówienia uznali za powtórzenie rzeczy znanych, natenczas na swe usprawiedliwienie odpowiem, że—widać—sposób postępowania lekarzy nie jest w zgodzie z ich wiadomościami teoretycznymi. Albowiem aż nadto często napotykam chorych, którym przepisano użycie mleka w sposób stojący w jaskrawej sprzeczności z zasadami racjonalnej dyetetyki.

To moje zdanie pozwolę sobie umotywować przytoczeniem kilku przykładów.

Więc przedewszystkiem: co słyzy od większości lekarzy każda *chora na blednicę*? Przepisy dyetetyczne (a przypuszczam, że bez nich nie zostawiamy dziś żadnego chorego) zaczynają się od zalecenia „dużo mleka,” a kończą słowami: „a przedewszystkiem, mleka jaknajwięcej.”

Ten przepis banalny był i jest tak często i z takim głębokim przekonaniem powtarzany, że dziś ogół patrzy na mleko jako na jakiś specjalnie życiodajny płyn, posiadający mistyczną niemal zdolność poprawiania składu krwi.

Czy jednak racjonalnem jest podawanie dużych ilości mleka przy blednicy?

O dodatnich stronach mleka jako pożywienia wogóle, a w szczególności jako środka dyetetycznego—nie potrzebuję mówić. W bar-

\*) Wypowiedziane w Tow. Lek. Łódzkim, d. 21. V. 02.

dzo wielu przypadkach jest ono jedyną naszą ucieczką, w bardzo wielu przypadkach mleku zawdzięczają choroby powrót do zdrowia.

Nie znaczy to jednak, by ten pokarm nie miał swych stron ujemnych, nie znaczy, by zawsze i wszędzie miał być podawany w ilościach dowolnych.

Pozwolę więc sobie przypomnieć o ujemnych stronach mleka:

Po pierwsze, posiada ono wielką objętość: woda stanowi prawie  $\frac{9}{10}$  (894,2 na 1000) mleka. Z tego powodu ono obciąża żołądek, obciąża naczynia krwionośne, obciąża nerki.

Po wtóre, stosunek wzajemny składników mleka nie odpowiada temu, co nam fizjologia stawia jako wzór pożywienia dorosłego człowieka. W takim pożywieniu stosunek ilości białka, tłuszczu i wodanów węgla równa się  $=1,0 : 0,6 : 4,5$ . Natomiast w mleku ten stosunek wypada  $=1,0 : 1,0 : 1,3$ . Ilości ciepłostek, otrzymywanych przy mieszanem pożywieniu, uważanem za normalne, z białka, tłuszczu i wodanów węgla zostają w stosunku  $1 : 1 : 5$ ; tymczasem ilości ciepłostek, otrzymywanych z białka, tłuszczu i wodanów węgla zawartych w mleku mają się do siebie jak  $1,0 : 2,4 : 1,5$ .

Chcąc pokryć przeciętne potrzeby organizmu (około 3000 ciepłostek), trzeba wypić przeszło cztery kwarty mleka (1 кварта daje 690 ciepłostek). Gdybyśmy ograniczyli się do pokrycia z pomocą mleka samych tylko wydatków azotowych organizmu, to i wtedy, jak podaje R z ę t k o w s k i, <sup>1)</sup> trzeba podawać choremu dziennie 3343 cm<sup>3</sup> mleka.

Po trzecie, „przesądem jest jakoby mleko było pokarmem szczególnie łatwo strawnym lub łatwym do chłonięcia“ powiada F. A. Hoffmann. <sup>2)</sup> Rzeczywiście, tablica w dziele Moritza <sup>3)</sup> pokazuje, że z białka zawartego w mięsie wchłania się 97,5%, z białka zaś zawartego w mleku—89,0%. A przytem, im więcej mleka się spożywa, tem gorzej zostaje ono wchłaniane, t. j. tem więcej części stałych odchodzi z kałem niewypotrzebowanych.

Po czwarte, mleko jest pożywieniem mdłym, nie zawiera składników podniecających, smakowitych. Odbija się to na jego strawności; współcześnie brak istot drażniących sprawia, że dyeta mleczna wywołuje zaparcie.

Po piąte — mleko zawiera za mało żelaza; jest to pokarm ze wszystkich najuboższy w żelazo.

Z jakich więc powodów zalecać chlorotycznym używanie wielkich ilości mleka?

Duże ilości mleka obciążają żołądek, sprzyjają powstaniu rozszerzenia żołądka; duże ilości mleka odbierają apetyt do innych potraw; częste podawanie mleka—w przerwach między innymi biesiadami — niepozwała, by żołądek na czas jakiś opróżnił się z zawar-

<sup>1)</sup> W sprawie przemiany materji przy przewlekłym zap. nerek, Księga jubil. T. Dunina, str. 48. 1901. <sup>2)</sup> Terapia ogólna. Przekład polski. R. 1892 Str. 189. <sup>3)</sup> Zasady żywienia chorych. Przekład polski, 1902. Tabela końcowa.

tości, by odpoczął; mleko podawane w nadmiarze sprzyja uporczywej obstrukcyi chlorotycznych; wreszcie — mleko jest pożywieniem mdłym, a właśnie atonia ogólna tkanek tych chorych wymaga raczej jakichś podniet w pokarmie.

Więc podawane „ile się zmieści“ — mleko szkodzi tym chorym.

Naturalnie, zdarzają się w przebiegu blednicy stany usprawiedliwiające nawet ścisłą dyetę mleczną (np. stany dyspeptyczne, wrzód żołądka). Ale są to stany względnie rzadkie, a przy tem wtedy kontrolujemy ściśle ilość podawanego mleka, określamy ją z dnia na dzień.

To też ja tu chcę wskazać na nieracjonalny, a tak powszechny, zwyczaj zalecania wszystkim chlorotycznym mleka w bezgranicznych ilościach, „im więcej, tem lepiej“. Niepomagają dwie kwarty — widocznie za mało; gdy i po trzech trwa blednica — nikt nie poważy się wskazać na nadmiar mleka jako na przeszkodę do usunięcia choroby.

Ilekróć rozumowanie wyżej przytoczone rozwijam przed kolegami, słyszę jako odpowiedź: „a jednak wszyscy klinicyści zalecają karmienie chlorotycznych mlekiem“.

Pozwolę sobie przytoczyć sąd kilku klinicystów.

Dunin <sup>4)</sup> o tej sprawie powiada: „Mleko jest bardzo pożyteczne, jeżeli chore je znoszą i bez niego jednak można się obejść.“ F. A. Hoffmann <sup>5)</sup> zaleca przeważnie dyetę mięsną. „Dyety mlecznej nigdy zalecać nie należy.“ Nothnagel <sup>6)</sup> powiada: „W dyecie chlorotycznych, normalnie odżywianych, nie gra mleko żadnej roli poważniejszej. Szablouowe zalecanie masowego spożywania mleka nie liczy się z tym faktem, że przemiana materji odbywa się przy blednicy normalnie.“ „Mleko jest doskonałym środkiem pomocniczym przy odżywianiu chorych wyniszczonych.“ F. Moritz tak mówi o tej sprawie: „mleko, które dotychczas wymienialiśmy prawie zawsze w rzędzie pokarmów szczególnie godnych zalecenia, nie nadaje się przynajmniej do zajęcia stanowiska pierwszorzędnego przy blednicy.“ Noorden <sup>7)</sup> poświęca dużo uwagi nadużywaniu mleka przy blednicy, wszędzie przemawia za umiarkowaniem, wszędzie wykazuje ujemne skutki bezplanowego zalecania dużych ilości mleka, Audéoud <sup>8)</sup>, wyliczając pożywienie dla chorych na blednicę, o mleku tyle tylko mówi: „zamiast różnych win leczniczych lepiej dawać mleko“. Znakomity klinicysta angielski Albutt <sup>9)</sup>, polecając dla chorych na blednicę pożywienie mięsne, dodaje „mleko, jeśli jest dobrze trawione, dodawać można.“ Inny znakomity klinicysta angielski

<sup>4)</sup> Kilka uwag o leczeniu blednicy. Gaz. Lek. 1896. <sup>5)</sup> Lehrbuch der Constitutionskrankheiten 1892. Str. 50. <sup>6)</sup> Leydena Hbch der Ernährungstherapie 1891. T. II. Str. 558. <sup>7)</sup> Nothnagla Podręcznik patol. szczeg. Tom VIII. Blednica. 1900. <sup>8)</sup> W „Traité des maladies de l'enfance“ Grancher-Comby-Marfan 1900. T. II. Str. 90. <sup>9)</sup> A System of Medicine. 1900 Tom V. (Chlorosis) Str. 517.



Andrew Clark <sup>10)</sup>, podając szczegółowy przepis żywienia chlorotyków, przeznaczają na cały dzień 400,0 mleka.

Tak na tę sprawę patrzą klinicyści.

W przypadkach ciężkiej błednicy jest stosowana kuracja tuczająca.

W przepisie kuracji tuczającej, przytoczonym u Moritza (L. c. str. 284), ilość mleka jako maximum dochodzi do 1350 gramów; Hoffmann <sup>11)</sup> podaje (przy zdrowych organach trawienia) 2064 gramy, czyli dwie kwarty.

Jest to dawka maksymalna, do jakiej dochodzą przy dyecie mieszanej, w ciężkich przypadkach.

Tymczasem u nas co chwila spotykamy chore, które wlewają w siebie o wiele większe ilości—z przepisu lekarza.

---

Kurację tuczającą—odpowiednio zmodyfikowaną—stosujemy obecnie przy leczeniu *gruźlicy płuc*.

To samo ogólne zalecanie—per tas et nefas—mleka w ilościach możliwie wielkich słyży większość chorych na płuca.

A tak wielka i powszechna jest ta wiara w niewzruszonosc stosunku między ilością wypitego mleka a poprawą zdrowia, że wszystkiemu prędzej chorzy uwierzą, aniżeli zdaniu przeciwnemu; jeśli nie sami chorzy—to ich otoczenie.

Picie możliwie wielkich ilości mleka przy gruźlicy jest czemś tak już zakorzenionem, że dziś na pytanie: co chory spożywa, wcale nie wymieniają mleka. Dopiero na zapytanie o ten pokarm słyżymy odpowiedź o ilościach spożywanego mleka. Wtedy to nieraz staje się zrozumiałem, dla czego chory „nie jadł“

Daleki jestem od propagandy lekceważenia mleka jako pożywienia dla chorych na gruźlicę. Muszę jednak z naciskiem potępić tę niekonsekwencyę, którą popełniają lekarze, chcąc przekarmić chorego i kładąc jednocześnie wielki nacisk na mleko, które przecież jest pożywieniem niedostatecznym, a w każdym razie tylko pomocniczem, jeśli chodzi o przekarmianie.

Jakie stanowisko zajmuje mleko w racjonalnej dyetetyce chorych na gruźlicę płuc, wyjaśnia następujący szczegół charakterystyczny. Dettweiler, <sup>12)</sup> który wcale nie lekceważy wartości mleka, omawiając strawność pokarmów, zalecanych suchotnikom, o mleku mówi szczegółowo dopiero przy rozpatrywaniu diety suchotników, mających zaburzenia w trawieniu. Wogóle zaś za zasadę stawia, że w większości przypadków niewłaściwem jest podawanie pożywienia zbyt łatwo strawnego, zbyt delikatnego.

Wyliczając—dla przykładu—wszystko, co w ciągu dnia otrzymali w pożywieniu czterej jego pacjenci, w Falkenstein, przytacza Dettweiler, że: Pacjent F. L., suchotnik niegorączkujący, z dobrym apetytem, spożywał w ciągu doby mleka w ogóle 1115,0 gra-

---

<sup>10)</sup> Cytowany podług: Schilling, Diät. u. Phys. Heilmethoden. Str. 15. <sup>11)</sup> A Hoffmann, Diätetische Kuren in Leydena Hbch d. Ernährungstherapie 1900. Tom I. Str. 536. <sup>12)</sup> Leydena Hbch d. Ern., Tom II. Str. 27.

mów. Pacjentka D., suchotnica niegorączkująca, spożywała w ciągu doby mleka w ogóle 1680,0 gramów. Pacjentka K., z wysoką gorączką, spożywała w ciągu doby mleka w ogóle 1745,0 gramów. Robotnik, niegorączkujący (w sanatorium ludowym Ruppersthain) spożywał w ciągu doby mleka w ogóle 905,0 gramów.

A u nas co chwila zalecamy mleko po dwie, trzy i więcej kwart —zawsze w przekonaniu, że postępujemy słusznie.

Widząc w mleku podstawę diety, „wielu pacjentów w zapale — przebiera miarę w tym kierunku“, jak się wyraża Knopf.<sup>13)</sup> To też „jeżeli te liczne szklanki mleka, wstawione między biesiady właściwe, zmniejszą łaknienie, należy ich ilość odpowiednio zmniejszyć.“

Cornet<sup>14)</sup> słusznie ośmiesza ten szablonowy przepis dyetytyczny, który się ogranicza do rady: „jedz pan dobrze, pij pan dużo mleka i chodź pan na spacer.“

Choremu, którego leczycy chcemy przy pomocy dobrego odżywiania, wskazać musimy nieco bliżej, co, ile i kiedy ma jadać. Przy leczeniu gruźlicy kierujemy się przytem zasadą zalecania obfitego korzystania z diety mieszanej, którą zwykle tacy chorzy dobrze znoszą.

Ani słowa: od początku gruźlicy, która nieraz jako swój pierwszy objaw ma zaburzenie trawienia, aż do jej końca — możemy być zmuszeni do podawania mleka jako głównego pożywienia, czy to ze względu na stan żołądka, czy ze względu na gorączkę, na krwotok.

Ale każdy chory, który może strawić dietę mieszaną, ma spożywać mleko jako *dobry dodatek* do mięsa, jajek, masła, sera, potraw mącznych. Jako zasadę należy tu mieć przepis, że niewolno dawać mleka w ilości, któraby wyraźnie ograniczała możność spożywania innych (stałych) pokarmów.

Zdarza się nawet, że mleko jest wprost przeciwskazane; mianowicie, w przypadkach gruźlicy u otyłych, w przypadkach wyczerpania mięśnia sercowego.

Ale to są już wyjątki, nawet rzadsze, aniżeli przypadki, w których wskazana jest dieta przeważnie mleczna.

Jeżeli w powyższych dwu przykładach nadmierne użycie mleka pośrednio było szkodliwe dla narządu schorzałego, to natomiast szkodę bezpośrednią widzimy wskutek bezmyślnego zachwalania mleka *wszystkim chorym na nerki lub serce*, jako jedyne lub najgłówniejszego pożywienia.

Niema chyba tak idealnej metody leczniczej, którejby nie mógł zdyskredytować szablon.

Dowodem właśnie: stosowanie w chorobach nerek mleka wogóle, a diety mlecznej w szczególności.

Kiedy przed laty pięćdziesięciu K a r e l l spopularyzował swą świetną metodę leczenia ostrego zapalenia nerek przy pomocy diety mlecznej—cóż on zalecił?

<sup>13)</sup> S. A. Knopf. Pulmonary tuberculosis, its modern prophylaxis and the treatment in special institutions and at home 1900. Str. 238. <sup>14)</sup> Podręcznik Nothnagla. Tom XIV. Tuberculose.

Dyete ę ę łodow ą, po 250 cent. sze ęc. mleka dziennie—w pierw- szym okresie, podnosz ąc t ę ilo ęc ę powoli i stopniowo do 1500 cm. <sup>3</sup>.

Noorden <sup>15)</sup> w ci ę ę zkich przypadkach zaleca jako maximum dzienne p ół kwarty mleka, w l ę zszych—1500, z dodatkiem ę mie- tanki. <sup>16)</sup>

Tymczasem codziennie spotykamy si ę z przepisem lekarskim, za- lecaj ącym u ę zywanie mleka—bez ograniczenia jego ilo ęci. Jest to spalenie zasady oszcz ę dzania nerek; zdaje si ę bowiem wielu leka- rzom, ę z, chc ą c oszcz ę dz ą c nerki, liczy ę si ę trzeba tylko z *jako ę ci ą* po ę zywienia, nie dbaj ą c ju ę z o jego *ilo ę c ę*. Zapominaj ą oni o tem, ę z chore nerki nie s ą zdolne nawet do wydalania wody (dowodem: oli- guria, anuria); zapominaj ą i o tem, ę z mocznik, powstaj ą c z białka, jest tym w ł a ę nie bod ę cem fizyologicznym, kt ę ry dra ę zi kom ę rki nabłonkowe nerek. Wi ę c nie mo ę na m ę wic o oszcz ę dzaniu nerek (przy ostrem zapaleniu), kiedy choremu dajemy du ę z mleka, zawieraj ą cego tak wiele wody i powa ę zn ą ilo ę c białka; jak wylicza Noorden, trzy litry spo ę zytego mleka daj ą 30—35 gram ę w mocznika; takich ilo ęci niemo ę z jednak wydzieli ę nerka znajduj ą ca si ę w stanie zapalnym.

Tote ę R ę z ę tkowski (L. c.) powiada, ę z na oddziale Dunina stale spostrzegano zwi ę zszanie si ę ilo ęci krwi w moczu po podaniu znaczniejszych ilo ęci mleka (3 kwarty) chorym na s r ę dni ą zszowe za- palenie nerek.

Wi ę c, zalecaj ą c przy ostrem zapaleniu nerek — lub przy obostrze- niu zapalenia przewlek ł ego mi ą zszowego—mleko, musimy ograniczy ę jego ilo ę c ę, nigdy za ę niewolno radzi ę picia mleka w ilo ęciach do- wolnych.

Nie mam zamiaru przypominania wskaza ę i przeciwskaza ę do u ę zycia diety mlecznej. Przypomn ę tylko, ę z chorych na przewlek ł e

<sup>15)</sup> Samml. Klin. Abhandl. ü b. Pathol. u. Ther. d er Stoffwechsel — u. Ern ę hrungsst ę r ę ng en 1902. Zeszyt 2.

<sup>16)</sup> Oto przepis Noordena:

	Białka	Wodan ę w w ę gla	Tłuszczu
Mleka . . . . .	1500 g.	48	67
Śmietanki steryl. . . . .	375 g.	7	10
Ry ę z ę . . . . .	50 g.	4	33
Suchark ę w . . . . .	50 g.	7	30
Masła . . . . .	50 g.	—	—
Cukru . . . . .	20 g.	—	20
R ą z em . . . . .	66	160	212

Razem 2627 ciep ł ostek.

zapalenie nerek należy *dobrze* odżywiać, a najtrudniej to się da wykonać przy pomocy diety mlecznej.

Senator <sup>17)</sup> o leczeniu przewlekłego zap. nerek mięszonego mówi: „ściśle kuracje mleczne wolno zalecać w ciągu 1, maximum dwu tygodni, i tylko w okresach ciężkiego, prawie ostrego, zapalenia. Po za tem jest tu dieta wyłącznie mleczna również mało, a nawet mniej właściwa, aniżeli przy ostrem zapaleniu nerek, a nawet jest nieodpowiednia.“

Ziems sen <sup>18)</sup> mówiąc o dyecie przy zap. nerek mięszonego, przestrzega, że „nie powinno być mleko dawane w ilościach zbyt wielkich, t. j. nie więcej jak 1—1½ litra, a i tę ilość powinno się dawać głównie w postaci zup mlecznych, mleka kwaśnego, kawy mlecznej, herbaty mlecznej.“

O tem, że przy zap. nerek śródmięszowem dieta mleczna wyjątkowo tylko ma zastosowanie, pisano już bardzo wiele, ale widocznie za mało, kiedy do dziś widzimy chorych, którym zalecono „przeważnie mleko“, jedynie dla tego, że w ich moczu udało się lekarzowi wykazać obecność białka.

Nawet wtedy, kiedy lekarz zdaje sobie sprawę, z jakim zapaleniem nerek ma do czynienia, stawia kwestyę tak: czy oprócz mleka wolno choremu pozwolić na użycie mięsa, ryb, jajek i t. d.?

Bo, że mleko ma być podstawą żywienia, a tem decyduje dla wielu lekarzy sama obecność białka w moczu—wbrew temu co uczy klinika

To postępowanie w przypadkach zap. nerek śródmięszowego jest z dwu względów wielce szkodliwe. Po pierwsze, podając zbyt wiele mleka uniemożliwiamy często przyjmowanie innych pokarmów w ilości dostatecznej; niedokarmiamy chorego, który—z natury swej choroby—powinien być dobrze karmiony. Po wtóre, obciążamy narząd krążenia, a ten zawsze cierpi przy tej postaci zapalenia nerek.

Dla tego sprawa nadużywania mleka przy zapaleniu śródmięszowem nerek wiąże się z tą samą sprawą przy schorzeniu naczyń i serca.

Co się tyczy leczenia miażdżycy tętnic, to mleko (a raczej dieta jarska) gra przy tem niezaprzeczoną rolę leczniczą. Ale i tu *mia*ra winna być zachowana; niewolno *stale* pozwalać na wypijanie dowolnych ilości mleka, ponieważ prowadzi to do nadmiernego obciążania naczyń, do zwiększenia ciśnienia wewnątrz-naczyniowego, co jest wprost szkodliwe.

Oto co mówi o tej sprawie Biegański <sup>19)</sup>: „Płyny powinniśmy ograniczyć do najmniejszej ilości, mając na względzie możliwe chwilowo przepełnienie naczyń i wzmożenie wskutek tego parcia w naczyniach“.

---

<sup>17)</sup> W podręczniku Nothnagla. XIX. Erkrank. der Nieren. <sup>18)</sup> Leydena Hbch d. Ern. 1898. II. Ern. b. Nierenkr. <sup>19)</sup> W. Biegański. O stwardnieniu tętnic pod względem klinicznym. Kraków. 1892.

To obciążenie naczyń i wzmożenie parcia zwiększa konieczność pracy serca.

Oertel<sup>20)</sup> ujemny wpływ dużych ilości mleka widzi w tem, że ono—przez obciążanie żołądka—wypiera do góry przeponę brzuszną, przemieszcza serce i wielkie naczynia, powiększa pracę serca, powoduje mniejszą lub większą duszność i t. p.

Podobnie Ziems sen (L. c.) zaleca umiarkowane ilości płynów w pożywieniu takich chorych.

Krehl<sup>21)</sup> jako maximum płynu w pożywieniu przy wyczerpaniu mięśnia sercowego podaje 600—800 gramów na dobę.

A jednak widzimy chorych, którzy dzięki zbyt wielkiemu zaufaniu do przepisu lekarza, pochłaniają po parę kwart mleka dziennie, pomimo cierpienia naczyń i serca, pomimo, że ilość przyjmowanego płynu jest znacznie większa, aniżeli ilość wydalanego moczu; gdy ich stan się niepoprawia, a nawet pogarsza—zmieniamy leki, próbujemy różnych pomocniczych metod leczenia, ale na zmianę w dyecie, na konieczność ograniczenia ilości mleka—rzadko zwracamy uwagę.

---

Sz. P.! W mojej pogadance poruszyłem sprawę dyetetyki kilku najczęstszych cierpień przewlekłych. Poruszyłem ją jednak tylko pobieżnie, o ile potrzebne mi to było do stwierdzenia, że często się dziś w praktyce grzeszy w sposobie zalecania mleka jako pożywienia dla chorych.

Grzech ten ztąd głównie pochodzi, że *zapominamy o najlepszej stronie mleka*: o tem, że jest to pożywienie, które łatwo da w k o w a ć.

Gdybyśmy, zalecając mleko, zawsze wymieniali, *ile* go użyć ma chory, częściej by nam uprzytomniały się i przeciw wskazania do nadmiernego użycia tego znakomitego pożywienia. Częściej byśmy też korzystali z takich metod leczenia, jak przestankowa dyeta mleczna,<sup>22)</sup> jak przepłatanie okresów dyety ściślejszej—okresami tolerancyi dyetetycznej, częściej też korzystalibyśmy z takich przetworów, jak mleko na kąpieli wodnej zgęszczone<sup>23)</sup>, mleko wielokrotne Jaworskiego<sup>24)</sup> z takich preparatów mleka, jak: śmietanka, mieszanina Biederta i t. p.



---

<sup>20)</sup> Archiv f. Hygiene 1896. Milcheuren b. Kreislaufstörungen. <sup>21)</sup> Podr. Nothnagla. Tom X Erkr. d. Herzmuskels. <sup>22)</sup> Huchard, Camescasse: Jeden, lub dwa kolejne dni w tygodniu wyłącznie mleko (2 kwarty) i nieco chleba, w inne dni—zwykła dyeta, z dodaniem mleka lub bez niego. <sup>23)</sup> Ogrzewamy mleko niedoprowadzając ciepłoty do 100°. Potem je wstawiamy do naczynia z wodą wrzącą na ogniu, gdzie pozostawiamy przez jakie pół godziny, mieszając od czasu do czasu. W ten sposób można mleko zgęścić do połowy jego objętości, nie psując jego smaku. Przed użyciem należy mleko zgęszczone też zamieszać <sup>24)</sup> Przegl. Lek. 1896.

# Towarzystwa Lekarskie

## Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z dnia 19 Marca 1902 r.

I. Kol. Krusche mówił „O znieczuleniu miejscowem, osiągniętem wyłącznie przez mocne nałożenie nawiązki Esmarcha“. Przytoczywszy odnośną literaturę, prelegent opisał przypadek z własnej praktyki. Do szpitala Św. Aleksandra przywieziono ze wsi chorego ze zmiażdżoną dłońią i dolną połową przedramienia. Z powodu obfitego krwawienia felczer szpitalny nałożył nawiązkę Esmarcha w środkowej części ramienia; odszurowana część kończyny blada, zimna; brak dłoni i połowy przedramienia; skóry było za mało dla pokrycia kikuta. W pierwszej chwili kol. K. chciał zdjąć nawiązkę, aby uniknąć zgorzeli kończyny, ale przypomniawszy o sposobie proponowanym przez Kofmana, i przekonawszy się o całkowitem znieczuleniu przedramienia, wykonał reamputację. Chory przyglądał się jej spokojnie, narzekając jedynie na ból w miejscu nałożenia nawiązki. Przed podwiązaniem naczyń K. zdjął nawiązkę, aby się przekonać o drożności naczyń, która pozostała zachowana. Podwiązawszy naczynia, zeszył skórę, której czucie powróciło. Pomiimo dodatniego wyniku kol. K. nie ma zamiaru stosowania nadal sposobu Kofmana z powodu obawy zgorzeli i z powodu bardzo znacznego bólu. wywołanego przez silny długotrwały ucisk; ból ten jest bez porównania silniejszy, aniżeli ból, powstający przy stosowaniu metody Obersta.

Posiedzenie z d. 2 Kwietnia 1902.

I. Kol. Sterling pokazał modele spluwaczek tekturowych pomysłu Flüggego i sposób przygotowywania tych spluwaczek przez samych chorych.

II W sprawach administracyjnych postanowiono:

Projekt kol. Rundy o zaproszeniu Radcy prawnego i ugodzenie wspólnego inkasenta—odrzucono, przekazując go Kasie lek. m. Łodzi.

Projekt kol. Sterlinga: ustanowienie specjalnego sekretarza (drugiego), któryby dbał o ożywienie posiedzeń—odrzucono, polecając ten obowiązek Wice-prezesowi Tow.

Projekt kol. Rundy: urządzenia wspólnej wycieczki do Warszawy w celu obejrzenia nowych szpitali i innych urządzeń sanitarnych—przyjęto.

Postanowiono ogłosić konkurs jednorazowy im. zmarłego kol. Berensteina, na pracę z dziedziny higieny lub patologii zawodowej; opracowaniem warunków zajmie się Zarząd.

Posiedzenie z d. 16 Kwietnia 1902 r.

I) Kol. Goldman demonstrował 36-letnią kobietę w okresie zdrowienia po głębokiej ropówce szyi z objawami zakażenia ogólnego; przebyła ona porażenie prawostronne języka.

II) Kol. Pański przedstawia przypadek porażenia prawego nerwu podjęzykowego (ta sama chora). W przypadku tym jest zboczenie języka i koniuszka języka w prawą stronę. Środkowa linia języka tworzyła łuk zwrócony wklęsłością ku prawej stronie. Ruchomość języka prawie zupełnie zachowana. Mowa obecnie prawie czysta. Łykanie prawidłowe, żucie również. Objawy po operacji (miesiąc temu, gdy chorą widział prelegent po raz 1-szy) było nieco inne, mianowicie: mowa była utrudniona, język zwykle uderzał o zęby, również łykanie i żucie było utrudnione. Chora zmuszona była palcem wyprowadzać pokarmy z prawej połowy jamy ustnej. Czucie prawej połowy języka było zachowane, również smak. Prawa połowa języka jest cieńsza i nieco węższa, niż lewa, więcej zmarszczona; drzeń włókienkowych niema i nie było. Gdy język spoczywa na dnie ust, zauważyć łatwo, że prawa połowa języka nie sięga tak wysoko jak lewa; koniec języka zwrócony jest wtedy ku zdrowej stronie (co tłumaczy się tem, iż napięcie nieporażonej lewej połowy języka jest większe). Mięśnie kości grdykowej są w porządku, przeto ta część nerwu podjęzykowego ucierpiała, która jest powyżej anastomozy nerwu tegoż z gałązkami nerwów szyjowych (jak wiadomo, gałązka zstępująca nerwu podjęzykowego tworzy pętlę z gałązkami 2-go i 3-go nerwu szyjowego i unerwia mięsień mostkogrdkowy, mostkotarczowy i łopatko-grdykowy). Elektryczna pobudliwość pnia nerwowego po nad kością podjęzykową i pobudliwość mięśni prawej połowy języka jest zmniejszona w porównaniu ze stroną lewą, niema jednak odczynu zwyrodnienia. Gdy chora przyszła do prelegenta przed miesiącem, również odczynu zwyrodnienia nie znalaziono.

Rozpoznanie w danym przypadku nie przedstawiało żadnych trudności; mianowicie, cierpienie powstało podczas schorzenia szyi i gardzieli, czy też po operacji dokonanej na szyi z powodu ropienia w tem miejscu, w którym obrażenie nerwu podjęzykowego jest bardzo możliwe. Jeżeli uwzględnimy i tę okoliczność, że chora niema objawów cierpienia, przy których zdarzyć się może porażenie języka (jak uwiad mlecza, syringomyelia, zwyrodnienie mięśni postępowe pochodzenia rdzeniowego, przymiot opuszki i t. d.), wreszcie jeżeli dodamy, że samostne porażenie nerwu podjęzykowego prawie się nie zdarza, a o cierpieniu podstawy mózgowej czy też jej opon nie może być mowy, ponieważ wtedy nerw podjęzykowy cierpi wspólnie z nerwami bardzo blisko z nim sąsiadującymi, pozostanie nam tylko ta jedna możliwość, że porażenie połowy języka powstało wskutek pośredniego czy też bezpośredniego obrażenia nerwu podjęzykowego.

Rokowanie w danym przypadku jest dobre, brak bowiem odczynu zwyrodnienia, chociażby tylko częściowego.

Leczenie polega na stosowaniu prądu wprost na porażone mięsni; na pień nerwowy oprócz w celach rozpoznawczych nie stosowano

prądu elektrycznego, ze względu na niezupełnie zagojoną jeszcze bliźną na szyi w tym właśnie miejscu, w którym by nerw podjęzykowy drażnić trzeba.

Ponieważ obwodowe porażenie nerwu podjęzykowego zdarza się stosunkowo dość rzadko, prelegent przytacza oduosne przypadki, opisywane w literaturze.

III) Kol. Pański: Przypadek porażenia gałązki nerwu promieniowego. Bromberg 16 l., pończosznik. Przed 2 miesiącami jechał na wozie podczas śnieżyicy, i chcąc lewą rękę zziębniętą rozgrzać, usiadł na niej i tak blisko godzinę jechał dalej. Po przybyciu do domu czuł odrętwienie w palcach l. ręki i pewną niezręczność w ruchach. Od tego czasu nie włada należycie l. ręką. Obecnie stan jest następujący:

3, 4 i 5 palce lewej dłoni są nieco zgięte w stawach palcowych i wyprostować tych palców chory nie jest w stanie.

Zginać palce może. Również zgina dłoń i przedramię, jakoteż i rozgina takowe z dostateczną siłą. Pronatio i suppiatio przedramienia wykon, wa dobrze. Dłoń unosi nad poziomą, obraca ją na wewnątrz i zewnątrz. Ruchy wskaziciela zachowane. Paluchem wykon, wa ruchy odsiebne i ksobne. Palce rozstawić może, przybliżyć ich do siebie nie może.

Uścisk dłoni nie jest bardzo silny.

Czucie ukłucia na tylnej i przedniej powierzchni porażonych trzech palców nieco zmniejszone. Uczucie dotyku zachowane. Uczucie pędzelka maszyny indukcyjnej nieco mniejsze, niż po str. pr. Prąd przerywany wywołuje skurcz mięśnia wyprostnego palców, gdy drażnić mięśnie w połowie przedramienia silniejszym prądem, niż po stronie zdrowej. Skurcz otrzymuje się również z wiadomego punktu nerwu promieniowego na ramieniu, przerywanym i stałym prądem (Ka); brak reakcyi odczynu zwyrodnienia.

Mamy tu porażenie mięśnia wyprostnego palców wspólnego inerwowanego, jak wiadomo, przez gałązkę nerwu promieniowego. Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, iż gałązka nerwu promieniowego inerwująca mięsień wyprostny palców wspólny, leży na przedramieniu ze wszech stron otoczona mięśniami, które dla ucisku przedstawiają warunki nie sprzyjające; z tego względu uciskowe porażenia tej jednej gałązki nerwowej nie są zupełnie znane. Innej znów przyczyny w danym przypadku przyjąć nie możemy, brak bowiem poprzedzających porażenia cierpień zakaźnych (tyfus plamisty, ostry gościec stawowy), brak otruc, zawodowych (Pb., alkohol) cierpienie omawiane powodujących, brak uszkodzenia nerwu zzewnątrz narzędziem ostrem. Czy gałązka nerwu mogła być uciśnięta ciężarem ciała, które opierało się na ręce i przedramieniu chorego, czy też napięcie mięśni wyprostnych przedramienia było tak wielkie, iż spowodowało osłabienie tych mięśni (Bernhardt przytacza takie przypadki), musi pozostać nierozstrzygniętem.

IV) Kol. Goldman przeczytał rzecz p. t. „Przyczynek do potworności odbytnicy wrodzonych—anus perinealis”; będzie drukowane w „Czas. lek.”.



V) Kol. Goldmann pokazał 12 odłamków kości przed kilkoma dniami przezeń usuniętych poprzez ranę miękkich części głowy u chłopca 12-letniego, który uległ strzaskaniu kości czołowej lewej i górnej ścianki oczodołu lewego, wskutek kopnięcia kopytem końskim. Tępowka mózgowa została w jednym miejscu przedziurawiona przez wcisnięte odłamki; podczas usuwania odłamków z otworu tępowki wypływał płyn mowgordzeniowy. Prócz jednorazowych wymiotów i podniesienia ciepłoty do 38° (w dzień rękożynu) żadnych powikłań nie było i niema. Stan obecny zupełnie dobry. Kol. G. kładzie nacisk na ważność dokładnego usuwania przy pierwszym opatrunku wszystkiego, co może może podejrzanę z punktu widzenia aseptyki.

VI) Kol. Kaufmann pokazał 2 pepowiny: jedna pochodzi od płodu syfilitycznego, a druga z węzłem Wortmana.

B. Handelsman.



## REFERATY



*Wł. Slavik.* Jak szybko następuje śmierć po zranieniach serca? Pierwszy Hallerius w r. 1562 wskazał na możliwość zagojenia się ran serca, ale dopiero Fischer (1868) w pięknej swej monografii „Die Wunden des Herzens und des Herzbeutels“ przypuszczenie owo uzasadnił, przytoczywszy cały szereg odnośnych spostrzeżeń, tak że dziś nie ulega już żadnej wątpliwości, że wiele ran serca może się zagoić; w razie zaś zajścia śmiertelnego zgon następuje po upływie różnego czasu, zależnie od rozmaitych okoliczności, jak rodzaj i wielkość, wreszcie umiejscowienie rany.

Rany serca zależnie od narzędzia, jakim zostały zadane, dzielą się na kłote, postrzałowe, darte. Najlepsze rokowanie przedstawiają rany kłote, zwłaszcza zadane igłą: te po większej części się goją, gdy zaś kończą się śmiercią, to zwykle po upływie dłuższego czasu, przy czem zgon następuje wskutek jakiegokolwiek innej sprawy chorobowej, jak zapalenie osierdzia, lub mięśnia sercowego, prowadzące do pęknięcia serca. Wrazie dłuższego okresu czasu między zranieniem a zejściem śmiertelnem nie tak łatwo jest wykryć związek przyczynowy, zmiany bowiem w sercu nie przedstawiają cech charakterystycznych.

Gdy rana zadana jest innem jakimkolwiek narzędziem śpiczastem, rychła śmierć bynajmniej nie stanowi zjawiska koniecznego, znamy bowiem cały szereg przypadków, w których po przebicciu serca pilnikiem, éwiekiem, ranni uszli większy kawał drogi, mówili, krzyczeli lub wykonali inną forsowniejszą pracę.

Przy ranach zadanych igłą nie tyle stanowi umiejscowienie rany ile ilość wylanej do jamy serca krwi, oraz ta okoliczność czy tętnica wieńcowa uległa zranieniu lub nie. Przy ranach zadanych narzędziem stożkowatym ważne znaczenie posiada obecność zrostów serca z osierdziem, całkowitych lub częściowych, wreszcie umiejscowienie rany; zranienie prawej komórki mniej jest groźne niż rana lewej; zrosty z osierdziem, uniemożliwiając, względnie zaś ograniczając, krwawienie usuwają niebezpieczeństwo, jakim zagraża tak zwana tamponada serca. Natychmiastowa przeto śmierć po ranach zadanych narzędziem stożkowatym wtedy tylko następuje, gdy rana posiada większe rozmiary i rzecz dochodzi do tamponady serca. Rany zadane nożem są już dużo gorsze, bo krwawienie jest nader obfite, tamponada serca nieunikniona, a przez nią i rychła śmierć. Okres czasu dzielący chwilę zranienia od zejścia śmiertelnego zależy i tu od wielkości rany, chyżości z jaką krew wypływa, wreszcie umiejscowienia rany: rana przegrody może się nawet zagoić, przy ranach przedsionka lub komory śmierć jest nieunikniona, ale i tu czas bywa różny; np. gdy zranieniu ulegnie część prawej komory w okolicy przymocowania mięśni brodawkowych, w takim wypadku, jeżeli zwłaszcza istnieją zrosty osierdzia, może nastąpić zatkanie rany skrzepem, a dopiero po zmięknięciu lub wypadnięciu tego następuje krwawienie następne, wiodące już do śmierci.

Kwestya, kiedy następuje śmierć przy ranach serca, posiada niezmiernie ważne znaczenie dla lekarza sądowego, zdarza się bowiem, acz rzadko, tak późny zgon, iż można by go uważać za naturalny, tymczasem badanie pośmiertne dowodzi, że była to śmierć wskutek dokonanego czynu gwałtownego. A oto kilka przykładów: Fischer opisał przypadek, gdzie ugodzony w serce bronił się a nawet przesładował swego zabójcę; w przypadku Hoffmanna człowiek z poprzeczną 8—9 mm. długą raną lewej komory uciekał przed strażą i dopiero pojmany umarł; w innym znowu przypadku samobójca po zadaniu sobie rany w serce zdołał zamknąć noż i schować go do kieszeni. Z 10 przypadków zbadanych w czeskim zakładzie dla medycyny sądowej, 2 przypada na samobójców, 5 zaś na zamordowanych; u samobójców w 4 przypadkach śmierć nastąpiła nagle, w jednym natomiast z raną prawej komórki, dopiero po upływie 2 godzin; z liczby 5 zabitych dwóch umarło nagle, jeden z raną prawej komórki uszedł jeszcze 100 kroków, wreszcie jeden z raną prawej komórki dopiero na trzeci dzień po całym szeregu nadużyć in Baccho i post coitum. Okoliczność ta przemawia za tem, że przy odpowiednim zachowaniu się mogłoby nastąpić zagojenie rany, wprawdzie nie zawsze bez następstw.

Rany postrzałowe sprowadzają śmierć nader rychłą, zresztą zależy to od jakości pocisku, ilości prochu, oddalenia, z jakiego padł strzał, wreszcie od umiejscowienia rany; i przy obrażeniu ukośnym mięśnia sercowego może nastąpić zagojenie, gdy zaś rana draży do jamy serca, śmierć następuje nader prędko; wszelako znane są fakty, że ludzie z postrzelonym lub przestrzelonym sercem mogli jeszcze chodzić, mówić i żyli nawet kilką dni. Dla przykładu pozwolę sobie przytoczyć następujące spostrzeżenia z zakładu prof. Reinsberga: 1) 34-le-

tni mężczyzna z tangencyalną raną serca zmarł dopiero po 10 dniach; 2) 63-letni mężczyzna ze zmiążdżeniem lewego serca umarł po 2 dniach.

Wogóle jednak i rany postrzałowe, o ile nie przebijają całej grubości mięśnia sercowego, mogą się zabliznić.

Najgorszą sławę posiadają rany darte, te bowiem zwykle spowodują śmierć w b. krótkim czasie, aczkolwiek i tu zdarzają się niekiedy wyjątki, w których zgon następuje dopiero po upływie dłuższego czasu.

Casop. lek. ceskych 1901 № 41.

Fr. Grodecki.

**Kaufmann.** **Uraz i cierpienia pęcherzyka żółciowego.** Autor omawia dwie kwestye: 1) jaki może być wpływ urazu na istniejące cierpienie pęcherzyka żółciowego? i 2) czy uraz może wywołać stan zapalny w zdrowym pęcherzyku żółciowym?

Nie ulega wątpliwości, że skryte zapalenie pęcherzyka żółciowego może uleść obostrzeniu skutkiem urazu: błona śluzowa zostaje podrażniona przez przedmiot urażający lub przez obecne złoży.

Również tierdząco odpowiedzieć wypada na drugie pytanie. W tym względzie miarodajną jest zawartość drobnoustrojów w żółci, która zwiększa się w warunkach zastoinowych. Uraz może wywołać zastój żółci w sposób rozmaity — bądź to dzięki obrzemeniu nieżyłowej błony śluzowej, bądź przez zaburzenie czynności warstwy mięśniowej pęcherzyka, bądź przez zrosty wskutek ograniczonego, a przez uraz wywołanego, zapalenia otrzewny, bądź-- wreszcie -- przez więzy nerkowe - przy wędrującej nerce pochodzenia urazowego.

Podług ref. w Monatsschr. f. Unfall. 1902 № 1.

Z. P.

**Urbantschitsch.** **Zmiana ilości tętna przy działaniu wpływów mechanicznych.** Pomijając wpływ położenia ciała, wdechu i wydechu, na czynność serca, autor doszedł do wniosków następujących: ucisk na rozmaite części ciała zwiększa ilość tętna; również staje się ono bardziej częstem przy założeniu opaski Esmarcha na kończynę lub brzuch, albo kółka gumowego na palec. Znacznym jest wpływ gorsetu na czynność serca. Autor przytacza dowody na to, że ilość uderzeń tętna wzrasta przy wysiękach opłucnowych, otrzewnowych, przesiękach i t. d.

Wiener Klin. Wochenschr. 1901. № 50.

Z. P.

**H. Quinke.** **O położeniu ciała w czasie snu i o leżeniu w łóżku wogóle.** Najodpowiedniejszym ułożeniem się do snu jest położenie poziome, na niezbyt miękkim materacu, z lekkim wzniesieniem dla wgłębienia szyjowego, a to z tego mianowicie względu, że usuwając w bardzo znacznym stopniu napięcie mięśni, odpowiada głównemu zadaniu snu — dostarczenia spokoju. Autor powstaje przeciw wielkim poduszkom pod głowę, uważając za najodpowiedniejszą wąską miękką poduszczkę, najlepiej w postaci rolki 25--30 cm. szerokości (60—90 cm., obwodu) i 60—80 cm. długości; rolkę taką można uzadzić z poduszki opasującej ją ręcznikiem, spiętym trzema agrafkami.

Poziome położenie w łóżku jest dla chorych bardziej odpowiednie, niż dla zdrowych, szczególnie zaś dla gorączkowych: przedewszystkiem w tem położeniu praca mięśni i serca jest możliwie zmniejszona, większa powierzchnia ciała opiera się na pościeli, dzięki czemu zapobiegamy w większym stopniu tworzeniu się odleżyn; zarazem u chorych osłabionych unikamy zsuwania się i opadania głowy, co też usuwa wywołaną przez to przeszkodę w oddychaniu. Z tego ogólnego prawidła są oczywiście wyjąki. W niektórych stanach chorobowych należy nadać choremu położenie mniej lub więcej siedzące, np. przy przekrwieniach mózgu, lub w celu ułatwienia oddychania i wykrztuszania. Przeważnie kierujemy się wskazówkami chorego, choć niekiedy nasze zdanie winno być miarodajnem, — wtedy chory bywa zdumiony ulgą, jaką uczuwa ze zmienionego podług naszych wskazówek położenia ciała.

W niektórych chorobach wskazanem jest położenie zupełnie specjalne, np. bóle lub odleżyny skłaniają nas do ułożenia chorego na boku, w ten sam sposób układamy chorego w stanie nieprzytomnym, ażeby zapobiedz zapadaniu języka; przy odleżynach i rozmaitych cierpieniach grzbietowych kładziemy chorego na brzuchu, przy cierpieniach kręgosłupa stosujemy położenie poziome z uniesieniem całego łóżka w końcu wezglowia; unosimy łóżko w końcu przeciwległym przy wysokim stopniu niedokrwistości i w pewnych wypadkach nieżyty i rozstrzeni oskrzeli.

Odpowiednio do stanu choroby pewne położenia ciała utrzymujemy przez kilka godzin, dni lub tygodni. W większości przypadków, o ile nie ma specjalnego wskazania, należy zmieniać kilkakrotnie w ciągu dnia położenie ciała, szczególnie u chorych przez długi czas w łóżku pozostających, którzy w dzień pracują w niem w stanie siedzącym, lecz później skutkiem dokuczliwego bólu dalsze pozostawanie w łóżku staje się niemożliwem; w takich razach należy zmieniać kilkakrotnie stopień przegięcia górnej połowy ciała, tak, aby chory co pewien czas kładł się wznak lub na bok. W odpowiednich warunkach pożądaną jest również zmiana łóżka, a nawet pokoju, na dzień i na noc.

Słów kilka poświęca autor kwestyi ubrania i okrycia w łóżku, prawie zawsze zupełnie pomijanej. Kołdry należy zmieniać stosownie do pory roku: wiele wypadków bezsenności w czasie letnich upałów temu tylko zawdzięcza swoje istnienie; instynktowne odrzucanie kołdry we śnie często naraża ludzi na przeziębienia. Niestusznem jest używanie pierzyn jako bezpośredniego przykrycia ciała — do tego celu najodpowiedniejszemi są wełniane kołdry lub koce, pierzyny zaś są dobre jako przykrycie dodatkowe. Długość kołdry winna być taką, aby po podwinięciu pod nogi zakrywała całe ciało aż do szyi.

Bielizna każdego rana i wieczora powinna być zmieniana ze względów estetyki i higieny; przytem zauważyć należy, że wełniana bielizna jest w łóżku zupełnie zbyteczna, gdyż wachania temperatury nie są w tym razie wielkie.

Ludzie śpiący, lub skutkiem ciężkiej choroby pozostający w pozycji leżącej, mogą ogrzewać ramiona i plecy, nasuwając wyżej kołdrę w miarę potrzeby — inaczej rzecz się ma u chorych, którzy w ciągu dnia zajmują się w łóżku i przyjmują pokarmy w pozycji siedzą-

cej: nienakryci kołdrą na ramionach i plecach, a ubrani tylko w nocną koszulę, są rzecz prosta w zupełnie innych warunkach niż zwykle — powinni więc we dnie nosić lekki kaftan lub chustkę, któraby też ogrzewała ramiona.

Die Krankenpflege 1901. Październik.

Zd. Prechner.

*Ismar Boas.* Leczenie ciężkich przypadków zaćpy\*) za pomocą leżenia. Leczenie zaćpy nawykowej do dziś nastęrcza jeszcze wiele trudności; zdarza się nieraz, że najrozmaitsze zabiegi jako to: leki przeczyszczające, mięsienie, elektryzacja, wodolecznictwo, stosowane osobno lub w różnych kombinacjach, osiągają zaledwie przemijający skutek; względnie najpewniej działa odpowiednio uregulowana dyeta, ale i ta nieraz zawodzi, zwłaszcza u chorych cierpiących na spastyczny skurcz czyli spazm kątncy (Colospasmus-Boas.) Tu ani leki czyszczące, ani dyeta żadnej zgoda nie przynoszą korzyści,—jedynie za pomocą wlewań wody lub oliwy możemy zapewnić choremu trwałą ulgę i dzięki wlewaniom skurcz ustępuje na chwilę, by po wypróżnieniu znowu powrócić. Niekiedy wlewania działają paliatywnie. Zdawałoby się, że najodpowiedniejsze w tych wypadkach powinny być leki narkotyczne, znoszące skurcz mięśni kiszkiowych; wychodząc z tego założenia Trousseau w swoim czasie zalecał duże dawki wyciągu wilczej jagody; niestety, bezstronne spostrzeżenie dowodzi, że pod wpływem tego leku skurcz nie ustępuje. Westphalen otrzymywał dobre wyniki przez stosowanie bromków w połączeniu z niewielkimi dawkami wodanu chlorału.

Tak czy owak, pewnego środka, za pomocą którego możnaby osiągnąć trwałe uleczenie tej postaci zaparcia, dotąd nie posiadamy; najlepiej, jak się rzekło, działają wlewania, o których więc zawsze pamiętać winniśmy. Wielce zbliżoną do tylko co omówionej postaci zaćpy jest obstipatio neurogenetica (zaćpa nerwowa), poraz pierwszy dokładnie przez Dunina opisana; niestety, zapatrywaniu tego autora do dziś nie rozpowszechniły się w tej mierze, jak na to zasługują. Ta postać zaćpy daje się spostrzegać u neurasteników, którzy pod wpływem jednorazowego lub powtórnych urazów psychicznych, złamani na duchu, doznają coraz to dokuczliwszego zaparcia stolca. Niekiedy istniało ono w mniejszym stopniu już i przed tem, ale dopiero dzięki wstrząsowi psychicznemu nabiera takiej siły, że się wszelkim zabiegom leczniczym opiera. Jest to najbardziej wydatna tudzież najjasniejsza pod względem etyologii postać zaćpy nerwowej, którą Rosenbach nazywa emocyjną. Zbliżają się do niej przypadki ciężkiej zaćpy u neurasteników chronicznych, zwłaszcza u cierpiących na niestrawność nerwową, dalej u chorych źle odżywianych, głównie z powodu obawy jedzenia lub nieprzyjemnego uczucia, jakiego doznają po jedzeniu. W tych jednak przypadkach zaćpę uważać należy

\*) Proponuję wyraz „zaćpa“ w miejsce używanego dotąd „zaparcie stolca“ w tej nadziei, że jako niesprzeciwiający się duchowi mowy naszej i wyrażający dobitnie istotę rzeczy, przyjmie się w naszym słownictwie lekarskim. Pochodzenie jego jest czeskie.

raczej za sztuczną, gdy bowiem potrafimy chorych skłonić do należytego odżywiania się, prędko przychodzą do przekonania, że znoszą dobrze nawet trudno strawne w ich mniemaniu potrawy,—zaćpa zaś zwykle bez żadnych leków ustępuje.

Daleko trudniej dać sobie radę z zaćpą emocyjną. Wielokrotne spostrzeżenia autora wykazują, że tu leżenie przynosi niekiedy wprost wysmienite skutki.

Oczywiście, leczenie za pomocą leżenia najłatwiej daje się przeprowadzić w odpowiednio urządzonej zakładzie, albowiem przełamać cierpienie możemy nie inaczej, jak przy najcislejszem uregulowaniu życia, oraz wyrwaniu chorego z odmetu najrozmaitszych szkodliwości, nieodłącznych od życia domowego. Nie potrzebują dowodzić, że ten sam skutek da się osiągnąć i wśród przyjaznych warunków domowych, o ile oczywiście chorego zupełnie odesobnić potrafimy, a do pomocy zdobędziemy doświadczoną pielęgarkę.

Leczenie rozpoczynamy przez zupełne usunięcie tak leków czyszczących, jak i wlewań; dalej układamy w obecności chorego jadłospis nie tylko na każdy dzień, ale nawet dla każdej biesiady; dowodzić nie widzę potrzeby, że potrawy powinny ściśle odpowiadać wskazaniom wynikającym z osobliwości każdego przypadku. W ciągu pierwszych 2 tygodni leczenia, które trwać winno 1—1½ miesiąca, chorego stanowczo nie powinien nikt odwiedzać, nie powinien też on opuszczać łóżka; w dalszym ciągu zależnie od tempa, w jakim się poprawa posuwa, możemy dopuścić mniejsze lub większe ustępstwa. Ani mięsienia, ani faradyzacyi, ani też żadnych innych zabiegów stosować nie należy; nie trzeba też zwracać uwagi na ciężar ciała, pilnie natomiast będziemy przestrzegali, by chory jaknajpunctualniej jadał smaczne i często zmieniane potrawy. Przed leczeniem dobrze jest zapomoć wiania kilku litrów wody przemyć kiszki.

Skutek następuje już zwykle podczas pierwszej doby, a okoliczność ta tyle otuchy dodaje choremu, że pełen ufności daje się już w zupełności powodować lekarzowi. Po wyleczeniu powinien lekarz chorego mieć jakiś czas na oku i stosownie do czynności przewodu pokarmowego zalecać pewne zmiany w dyecie.

By zdać sobie dokładną sprawę o działaniu opisanego tu leczenia, należy uprzytomnić sobie, że rzecz dotyczy zwykle takich chorych, na których wypróbowano bez skutku literalnie wszelkie zabiegi, wskazane przy leczeniu zaćpy. Dla wyrobienia sobie pojęcia, do jakiego stopnia nagromadza się niekiedy kał, autor przytacza przypadek, w którym jeden z wybitnych klinicystów serjo myślał o poważnym zabiegu operacyjnym.

Nie ulega wątpliwości, że w proponowanym tu leczeniu niemałą rolę odgrywa osobistość lekarza, tudzież jego niezachwiana wiara w pomyślny skutek, stopniowo się udzielająca choremu. Z drugiej jednak strony, ważne znaczenie posiada absolutny cielesny i duchowy spokój, tudzież usunięcie wszelakich podrażniających wpływów zewnętrznych, wreszcie racjonalna dyeta, tudzież tryb życia.

Gdy już mowa o zaćpie nawykowej, nie od rzeczy będzie dodać choć kilka słów o znaczeniu ruchu w leczeniu tego cierpienia.

W najnowszej swej pracy Ewald podnosi, że wśród tego rodzaju chorych zdarzają się niekiedy ludzie, którzy bynajmniej na brak ruchu uważać się nie mogą, owszem używają jego nawet niekiedy nad miarę. Boas na zasadzie własnych spostrzeżeń w zupełności zdanie powyższe podziela i sądzi, że w przypadkach upartej zaćpy, o ile zwłaszcza towarzyszą jej zaburzenia w odżywianiu, nadmierny ruch jest nieodpowiedni. Nawet u osób prowadzących siedzące życie nie widział autor, by dłuższe marsze lub wycieczki w góry przynosiły wybitną, a co ważniejsza, dłużej trwającą poprawę. To samo się stosuje do jazdy konno lub na rowerze.

Krankepflege 1901—2 № 3

Fr. Grodecki.

*Paul Ritter.* Foetor ex ore. Do nieprzyjemnych dolegliwości zaliczyć należy foetor ex ore towarzyszący niektórym cierpieniom jamy ustnej, lub też występujący jako objaw ogólnych zaburzeń organizmu. Wcale nie tak rzadko daje się spostrzegać przykry zapach z ust u ludzi względnie zdrowych.

Do zwykłych przyczyn omawianej dolegliwości należą przede wszystkim rozmaite postaci cierpienia jamy ustnej, choroby zębów i dziąseł, w drugim rzędzie—choroby nosa i jego zatok bocznych, dalej cierpienia, mające swe siedlisko w krtani, przełyku i przewodzie pokarmowym, zaburzenia w wymianie materii, wreszcie niektóre cierpienia organów moczowych. Znane są różne odmiany foetoris ex ore, towarzyszące chorobom zakaźnym i zaburzeniom w ogólnym odżywianiu ustroju jak również przykra woń, wywołana przez leki niektóre.

Pomijając ujemny wpływ, jaki cuchnienie z ust wywiera na samopoczucie chorego, na trawienie, powinniśmy tej dolegliwości tem większą uwagę poświęcić, jeśli zastanowimy się nad jej socyalnem, sit venia verbo, znaczeniem, gdyż jako jeden z najnieprzyjemniejszych objawów może stać się źródłem głębokiej depressyi duchowej, przeszkodą do poufniejszego obcowania z blizkimi sercu, bezpośrednim winowajcą dysharmonii w samem ognisku domowem. To też Ritter uważa tę dolegliwość za zło społeczne tem smutniejsze, iż jest ono bardzo rozpowszechnione.

Do spraw chorobowych jamy ustnej, warunkujących przykry zapach i niesmak w ustach, zaliczamy: zapalenie dziąseł, próchnienie zębów, zapalenie okostnej, sprawy ropne w zębodołach, głównie sprawy natury rozpadowej, wrzodziejącej, wreszcie osad na zębach, tak zwany „kamień ślinowy.“

Przy najwyczejajniejszym nawet zapaleniu dziąseł występuje lekki stopień cuchnącego oddechu, to też objaw ten często spostrzegać można u kobiet podczas menstruacyi w zależności od występującego wtedy ostrego zapalenia i obrzmienia dziąseł. W przypadkach, gdzie zapaleniu dziąseł towarzyszy próchnienie zębów, lub obecność kamienia ślinowego, powstaje nader przykre odrażające cuchnienie, dające się jednak pokonać przez częste płukanie niżej wskazanymi środkami, pędzlowanie dziąseł nalewką jodową. Zęby zepsute należy wypełniać lub usuwać, osad kamienny powinien być choć raz do roku

przez dentystę zeszkrobany, obturatory i zęby sztuczne należy skrupulatnie i często przemywać. Niekiedy po usunięciu zęba powstać może tak zwane „septyczna rana zęba,“ której towarzyszy zazwyczaj cuchnący oddech. Objaw ten daje się szybko i łatwo usunąć przez pędzlowanie dziąseł lekami ściągającymi, przez wyłęczekowanie zębodołu, zatamponowanie powstałej jamy gazą, zmoczoną w 10% roztworze jodoform-eteru. Do płukania polecić można kwas karbolowy (1 łyżeczkę 5% roztworu na szklanke wody) lub też wodę utlenioną (1 łyżeczkę 10% roztworu na szklanke wody).

Do drugiej kategorii przyczyn, wywołujących cuchnienie z ust, należą choroby nosa i gardzieli. Niezmiernie przykra woń, pochodząca od osobników z przewlekłym zanikowym nieżytem nosa (Ozaena) jest tak charakterystyczną, że ona sama wystarcza do rozpoznania i umiejscowienia omawianej sprawy chorobowej. Leczenie tej arcyprzykrej dolegliwości należy do zadań niezbyt łatwych i wymaga nadzwyczajnej wytrwałości i cierpliwości ze strony chorego i lekarza. Trudniejszą pod względem rozpoznania przyczynowego jest woń przy sprawach ropnych w zatokach bocznych nosa, szczególnie w jamie Highmora, który to objaw należy, według autora, do najwcześniejszych przejawów zapalenia ropnego zatoki nosa.

Ślepe zagłębienia migdałków (krypty), wypełnione białymi koreczkami, w skład których wchodzi śluz, nabłonek, resztki pokarmów, drobnoustroje i t. d., zapalenie migdałków (angina tonsillaris, follicularis), wreszcie rak przełyku należą również do nierzadkich przyczyn woni z ust; do tego przylączy się zazwyczaj niesmak w ustach, brak apetytu, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, co też zniewala chorego do szukania pomocy lekarza.

Leczenie przyczynowe może złemu zaradzić.

Cuchnienie, udzielające się z ust osobników, dotkniętych cierpieniem oskrzeli i płuc (samostatne zapalenie oskrzeli lub oskrzelików, obecność mieszkowatych rozszerzeń skrzel, katar wierzchołków, gruźlica płuc, jamy rozpadowe w płucach) lub też chorobą żołądka (nowotwory) trudno poddaje się leczeniu. W takich przypadkach dbać należy przedewszystkiem o staranne pielęgnowanie jamy ustnej, usunięcie osadów kamiennych, częste płukanie środkami odkażającymi (10 części nalewki tatarakowej (Tr. Calami), 8 części nalewki chinowej i mirowej, 90 części spirytusu i tyleż wody destylowanej, wreszcie kilka kropel olejku miętowego);  $\frac{1}{2}$  łyżeczki tej mieszaniny dodanej do szklanki wody służyć może jako dobry środek odświeżający i odkażający. Zalecić także można pastylki „Mundperlen“ w rodzaju pastylek Radlauer'a, zawierających Tymol, Mentol, Eukalyptol, Wanilinę i olejki lotne. Pastylki mogą też oddać dobre usługi w praktyce dziecięcej i wogóle tam, gdzie płukanie jest połączone z pewnemi trudnościami.

Przy upośledzonej czynności błony śluzowej żołądka zalecić można środki zapobiegające fermentacji (Mentol), w niektórych przypadkach są także wskazane przemywania żołądka, lekkie środki przeczyszczające przy zaparciach, wreszcie faradyzację przy odbijaniu. Przy zaburzeniach żołądka często występujących przy gruźlicy Giu-



seppe Ciprioni gorąco zaleca Validol—związek chemiczny mentolu i kwasu waleryanowego.

Do ważnych objawów chorych na cukrzycę należy charakterystyczny zapach z ust, zbliżony do zapachu chloroformu, acetonu i t. p., warunkowany zazwyczaj zmianami lokalnymi w jamie ustnej, jak to: obfite wydzielanie się śliny i śluzu, próchnienie zębów, zanik emalii w okolicy szyjki zęba (jeden z patognomicznych objawów cukrzycy), sprawy ropne w zębodołach i t. d. Grunert spostrzegał u chorych na cukrzycę na błonie śluzowej jamy ustnej drobne pęcherzyki, które ścierały się łatwo, pozostawiające małe powierzchnie wrzodziejące z ropą cuchnącą.

Często przy cukrzycy dają się zauważyć na błonie śluzowej ust pleśniawki (soor), umiejscowione szczególnie na miękkim podniebieniu. Prócz ogólnego przyczynowego leczenia należy zająć się troskliwym pielęgowaniem ust, jak to już wyżej wspomniano. Płombowania i wypełniania zepsutych zębów nie należy uskuteczniać przy pomocy amalgamatu, który, według Grunert'a, daje powód do cuchnienia z ust u chorych na cukrzycę. W przypadkach owrzodzeń błony śluzowej autor gorąco zaleca możliwie częste płukania octanem glinu (łyżeczkę na szklanekę wody), chloranem potasu lub też wodą utlenioną, wolną od kwasu solnego; prócz tego pędzlowanie dziąseł nalewką jodową, lub 20% kwasem chromnym. Zamiast proszków do czyszczenia zębów diabetycy powinni używać pasty (jak np. Kalichlor-pasta Beiersdorf'a).

Do stosunkowo rzadkich przyczyn cuchnącego oddechu zalicza się zapalenie pęcherza moczowego i porażenie mięśnia rozwieracza pęcherza moczowego. Powstawanie tego objawu zależy wtedy prawdopodobnie od sprawy rozkładowej w pęcherzu: produkty rozpadu, tworzące się w pęcherzu, dostają się do ogólnego krwi obiegu i usuwane zostają przez płuca, nadając w ten sposób oddechowi przykry zapach; w ten sam sposób da się chyba objaśnić cuchnienie z ust u chorych na mocnicę, choć w ostatnim przypadku może ono być następstwem zmian lokalnych w zależności od specyficznego zapalenia błony śluzowej ust, często towarzyszącego uremii.

Pewna liczba środków lekarskich, przyjmowana wewnętrznie, jak rtęć, jod i t. p. powoduje czasowe wystąpienie się cuchnącego oddechu. Zmiany chorobowe jamy ustnej usposabiają do zapalenia dziąseł rtęciowego, dlatego też należałoby przed rozpoczęciem leczenia swoistego w każdym poszczególnym przypadku zwrócić uwagę na jamę ustną. Niekiedy pomimo skrupulatnego pielęgowania jamy ustnej nie można zapobiedz powstaniu stomatitis mercurialis; wtedy należy przerwać na pewien czas swoiste leczenie, a w bardzo uporczywych przypadkach zalecić wewnątrznie użycie chloranu potasu, którego własności odkażające nie dają się, zdaniem Ritter'a, niczem zastąpić.

Niezmiernie ważnym zadaniem dla lekarza jest móżdż zapobiedz pojawieniu się cuchnącego oddechu u obłożnie chorych, u dzieci i gorączkujących. W lekkich przypadkach język bywa tylko obłożony, przy wysokiej temperaturze śluzówka schnie, pęka, tworząc szczeliny pokrywane się strupkami, które następnie odpadają, pozostawiając

po sobie powierzchownie obnażone, niekiedy wrzodziejące. Jeżeli nie-zwrócić należytej uwagi na czystość jamy ustnej, to wkrótce docze-kamy się przykrej woni z ust, co bezwątpienia ujemnie działa na stan chorego i odstrasza otoczenie. Zapobiedz temu można przez wycieranie nalotów na języku miękką szczoteczką lub też czystym gałgankiem; zeszkrobывania nalotów, jako rękoczynu szkodliwego, uni-kać należy.

I przepracowanie, szczególnie umysłowe, może powodować cuch-nienie z ust. Przyczyny tego objawu szukać należy w rozdrażnieniu nerwów naczynio-ruchowych nosa, obrzmieniu błony śluzowej nosa i konieczności oddychania przez usta. W takich razach leczenie no-sa może tę dolegliwość usunąć.

Wogóle we wszystkich przypadkach cuchnącego oddechu należy dbać o staranne oczyszczenie ust za pomocą szczoteczki i płukanie środkami odkażającymi. Przez oczyszczanie usunięty zostaje śluz i resztki pokarmów, zalegające w szczelinach między zębami, stano-wiące nadzwyczaj odpowiednie łożysko dla rozwoju drobnoustrojów. Do czyszczenia zębów odpowiednie są proszki alkaliczne, jak naprzy-kład starta kreda, „szlamowaną“ zwana. Lekkie krwawienie dziąseł podczas oczyszczania zębów bynajmniej od użycia szczoteczki odstra-szać nie powinno, gdyż właśnie krwawienie, jako wynik masażu, przyczynia się do ich wzmocnienia. Do płukania ust należy używać nie środków antyseptycznych, gdyż najsilniejsze z nich nie mogły by znisz-czyć bakterii jamy ustnej, lecz odkażających, zapobiegających nadmierne-mu rozwojowi drobnoustrojów. Prócz nadmanganianu potasu w od-powiednim rozcieńczeniu, Ritter zaleca: Thymol 0,6, Borax 1,0, Spirit 3,0 Aq. destill. 100,0 MDS.  $\frac{1}{2}$  łyżeczki na szklanę wody, do płukania kilka razy dziennie, lub też Acid Salicyl, Saccharini, Natr. bicarbon. aa 10,0 Spirit. 170,0—użycie jak i poprzednie.

„Die Krankenpflege 1901—2, Heft 7“

D. Helman.



# KRONIKA



## a) Kronika naukowa.

Wskazania do laparotomii. W przebiegu objawów, które zapowiadają owo spraw zapalnych rozegrywających pogorszenie i wskazują na konieczność bezzwłocznej operacji. O tej sprawie mówił w kwietniu r. b., w Tow. lek. Londyńskim, Tu-bby i wymienił następujące objawy: Zakłócenie prawidłowego stosunku między tętnem i ciepłotą; tętno przy-

śpieszone przy ciepłocie normalnej, a nawet subnormalnej; dlatego radzi parę razy dziennie porównywać ciepłotę z ilością uderzeń serca; jeżeli wyraźne zakłócenie tego stosunku trwa już dobie, lub więcej, wtedy wynik operacji bywa wątpliwy. Po wtóre, meteoryzm trwający 1—1½ doby i nieustępujący takim zabiegom, jak kilkakrotne lawatywy z dodaniem terpentyny. Po trzecie, wymioty — przy skąpej dyecie — nieustępujące pod wpływem w tym celu stosowanych środków.

Jako ważną oznakę złośliwości zapalenia wyrostka robaczkowego wymieniają Quenu i Jalaquier bolesność uciskową brzucha, zachodzącą daleko po za punkt klasyczny (punkt Mac Burneya), aż do linii środkowej brzucha. Według J. ból od ucisku przy zapaleniu wyr. rob. odpowiada umiejscowieniu nie chorego wyrostka, lecz gruczołów zajętych sprawą zakaźną. Otóż, jeśli sprawa jest bardziej złośliwa, natenczas zajmuje coraz to nowe gruczoły, a ból od ucisku rozszerza się w kierunku do kręgosłupa. Rzecz prosta, że wystąpienie tego objawu jest wskazaniem do najśpieszniejszej operacji.

influenza w przebiegu odry. Süßwein w 10 przypadkach, na 21 badanych, odry wykrył laseczniki influenzy; więc influenza często wikła przebieg odry. Z tych 10 przypadków pięć było bardzo ciężkich, a pięć śmiertelnych.

Ze swych spostrzeżeń wyprowadza autor (w „Wiener Klin. Woch.“) dwa wnioski: 1) Należy w szpitalach oddzielać czystą odrę od odry powi-

klanej influenżą. 2) Znany fakt, że niekiedy przebycie odry uspasabia do gruźlicy, zależy—być może—od influenzy, wikłającej odrę; wiadomo bowiem, jak ważną rolę w rozwoju skłonności do gruźlicy odegrywa influenza.

Adrenalina. Cuda podają lekarze francuscy (Lermoyez, Moure, Brindel) o przetworze otrzymanym z nadnerczy, a nazwanym adrenaliną. Ten środek ma zdolność tak silnego skurczania naczyń krwionośnych błony śluzowej, że w nich krążenie zupełnie ustaje. Jeżeli posmarować roztworem adrenaliny (1 : 1000) błonę śluzową, np. nosa, natenczas ona się ściąga, bieleje, kości pod nią położone wyraźnie się zarysowują i — po zuieczuleniu kokainą — są dostępne dla operacji, podczas której nie ma krwawienia.

Lermoyez nazywa adrenalinę „alkaloidem bandażu Esmarcha“ (Mün. M. W. 1902. 21.) Surowica Jeża. Bardzo niemiłe wrażenie sprawia oświadczenie d-ra Pometty (w „Wiener Med. Woch.“), że artykuł o dodatnich wynikach leczenia tyfusu za pomocą surowicy Jeża, drukowany w jego imieniu w tem-że piśmie, nie był wcale przez niego pisany. Pometta odpowiedział tylko listownie na zapytanie Jeża, a ten, przekreśliwszy jego odpowiedź, zrobił ją na oryginalny artykuł, przychylnie oceniający surowicę przeciwtyfusową. Pometta nie uznaje wcale swoistego działania tego leku, który w niektórych przypadkach wprost ujemnie wpływał na przebieg choroby.

## b) Kronika bytowa.

51. Wyszło z druku dzieło Unny: „Terapia ogólna chorób skóry“ w przekładzie J. Grabowskiego i H. Żukowskiego. Nakład d-ra J. Grabowskiego.

52. Kasa wzajemnej pomocy lekarzy m. Łodzi. W dniu 9 Kwietnia odbyło się ogólne zebranie Kasy, na którym wysłuchano sprawo-

zdania z działalności Kasy w drugim roku jej istnienia.

Przeznaczona — z konieczności, będącej niezbędną konsekwencją jej specjalnych celów — dla lekarzy jednego tylko miasta, liczącego obecnie stu czterdziestu kilku lekarzy, nie może Kasa imponować ani liczbą członków, ani sumą funduszków.

Członków w roku sprawozdawczym, 1901-ym, liczyła Kasa 47; majątek jej ogólny wynosił rb. 1433 kop. 35 (mianowicie: kapitał obrotowy: rb. 642 kapitał oszczędnościowy A: rb. 792, kapitał oszczędnościowy B: rb. 25,50; kapitał żelazny rb. 62.

Pomimo wyżej wyrażonych zastrzeżeń, wyliczone cyfry są zbyt małe.

Jeżeli bowiem należenie do towarzystwa naukowego wymaga i pewnych specjalnych kwalifikacji i pewnego nakładu pracy, na którą się (widocznie!) nie każdy może lub chce zdobyć, to natomiast Kasa daje swym uczestnikom zbyt jawne korzyści, by nie uznać jej słabego rozwoju za wyraz jedynie jakiejś apatii ze strony lekarzy.

A korzyści z należenia do Kasy wynikające mogą być dwójakie:

a) popierwsze, bezpośrednie — w postaci pomocy materialnej, wskazanej przez paragrafy ustawy (zapomogi bezwrotne w razie choroby; zapomogi zwrotne; pożyczki; oszczędności); ten rodzaj korzyści nosi charakter ogólny, niefachowy. charakter ubezpieczeniowy;

b) powtórne, korzyści pośrednie, wynikające z jej cech ściśle fachowego stowarzyszenia; albowiem Kasa stać się może instytucją obrony interesów materialnych lekarzy. Tak się właśnie dzieje w podobnych towarzystwach gdzieindziej; opiekują się wszelkimi sprawami dotyczącymi interesów lekarzy jako stanu oddzielnego, ułatwiają obronę interesów lekarskich, które tak chętnie są przez ogół wyzyskiwane.

W obu kierunkach Kasa rozwijać swą działalność może tem lepiej, im większą będzie liczba jej członków. To też ze wszech miar jest pożądaną, by liczba uczestników Kasy wzrastała, by *wszyscy* lekarze m. Łodzi do niej należeli.

53. W „Echach Płock. i Łomż.“ № 32 czytamy w korespondencji z Przasnysza: „Słó wko o felczery z mie.“ Często się czyta i mówi o wielce szkodliwym leczeniu przez znachorów i znachorki różnego gatunku, lecz rzadko się spotykamy z publicznem piętnowaniem zabójczej i demoralizującej działalności

teleczerów i babek, szumnie się tytułujących akuszerkami. — A jednak ci ostatni daleko więcej przynoszą krzywdę społeczeństwu, jak znachorzy.

Znachorstwo wraz z uprząstępnieniem i zpopularyzowaniem prawdziwej pomocy lekarskiej wygasa i wygasanie to daleko prędzejby postępowało, gdyby nie felczeryzm.

Lud nasz obecnie daleko lepiej odróżnia wróża od lekarza, w którym już widzi człowieka pragnącego i mogącego mu przynieść ulgę, a nawet wrócić zdrowie; do wróża udaje się tylko w wyjątkowych razach, gdy objaśnienia i poglądy lekarza co do danej choroby wielce się różnią od poglądów w nim zakorzenionych, np. gdy chodzi o kołtun, choroby umysłowe (opętanie) i choroby nerwowe, a głównie hysterję i neurastenję (urok). Daleko trudniej lud nasz odróżnia lekarza od felczera, który, parodując badanie lekarskie, często pisząc bezsensowne recepty i dokonyując zabronione mu operacje, powierzchownie zbliża się do postaci prawdziwego lekarza, nie mając zaś najmniejszego pojęcia o prawdziwym i racjonalnym leczeniu, znieślawia swoim partactwem naukę i lekarzy w oczach ludu, który zniechęciwszy się, często powraca do znachorów.

Są miasta i okolice, gdzie felczeryzm mniej grasuje, są miasta i okolice, gdzie felczeryzm rozpanoszył się zatrwając i puścił korzenie oddawna głęboko, niema tylko miast, gdzieby felczeryzm wcale nie przynosił szkody społeczeństwu. Przasnysz zaś można nazwać ziemię obiecaną dla felczerów — tu felczeryzm urosł w potwora“.

Przytoczywszy parę faktów, korespondent kończy: „Tolerancya takich ludzi równa się protegowaniu złego. To też dr. Zalewski w swej sumiennęj i dobrze obmyślanej pracy o pomocy lekarskiej należycie to ocenił — gdy mówi, że felczeryzy u nas to anachronizm i że społeczeństwu potrzebni są sanitariusze, a nie felczeryzy. Oby ta zmiana na lepsze wkrótce nastąpiła. A zanim to nastąpi trzeba walczyć ze złem; do walki tej powinni stanąć w pierwszym rzędzie lekarze powiatowi, jako bezpośrednia władza nad felczeryami“.

Jak zawsze, tak i w tym razie żałować wypada, że przy faktach nie podano nazwisk partaczy. Tylko takie imienne piętnowanie winnych będzie pożyteczne, a niewinni nie będą niezasłużenie oskarżani.

54. W „Kurjer Sosnow.“ № 22 czytamy: „Dr. Olszewski z Dąbrowy Górniczej komunikuje nam o pewnym aptekarzu z powiatowego miasteczka w gub. Kieleckiej, który sprzedaje „specyfik od epilepsji“. Ów tajemniczy i „cudowny“ środek jest niczem innym, jak bromkiem potasu. Za trzy uncje mikstury—wartującej kilka groszy—pobiera aptekarz 2 ruble i ma podobno licznych naiwnych z naszego Zagłębia, którzy mu haracz dwurublowy składają, oczywiście kilkakrotnie“.

Dlaczego nie wymieniono nazwiska owego oszusta?

55. O pomocy lekarskiej powstających pisze „Gazeta Radomska“ w № 37: „Sprawa ta, tak doniosła i oddawna odczuwana przez społeczeństwo, omawiana była już wielokrotnie na łamach pism specjalnych i ogólnych, a żywo zajmuje się nią Czasopismo Lekarskie, miesięcznik wychodzący w Łodzi, pomieszczając prawie w każdym numerze odnośne wiadomości i prace bardzo poważne, wśród których wyróżniają się: artykuł dr. M. Zienciewicza z Ciechanowa— „Z działalności pomocy lekarskiej wiejskiej w gub. Płockiej“, oraz „Projekt pomocy lekarskiej gminnej na tle obecnej organizacji płockiej“, opracowany znakomicie przez dr. Aleksandra Zalewskiego z Plocka“.

Dalej pisze to pismo:

„Pan M. Kariski, z Włostowa, powiatu Sandomierskiego, korzystając z zapisu dziada swego ś. p. M. R. Kariskiego i wprowadzając myśl jego w czyn, założył izbę felczerską dla przychodzących chorych. Korzystają w niej z porady bezpłatnej wszyscy mieszkańcy siedmiu wsi należących do tegoż właściciela, oraz mieszkańcy wsi okolicznych, nie wchodzących w skład dóbr Włostowskich; ci jednak za poradę muszą opłacać się felczerowi kwotą niewielką.“

Utrzymanie felczera wynosi, prócz mieszkania, opału, jednej morgi gruntu i utrzymania bydła, rocznie — rb. 360. Posadę tę obecnie we Włostowie zajmuje p. Władysław Czech, felczer wykwalifikowany.

Jak widzimy, suma potrzebna na utrzymanie felczera względnie nie jest zbyt duża, a pożytek przynosi ogromny, oddziałując na ludność miejscową. To też życzyliby należało, aby podobne izby felczerskie z apteczkami utrzymywane były przez dwory mniejsze siłami wspólnymi, udostępniając ludności wiejskiej

w każdej porze w wypadkach nagłych i niewymagających porady lekarza, pomoc uzdolnionego felczera“.

Opacznie zrozumiał piszący powyższe słowa intencje kolegów Zienciewicza, Zalewskiego i intencje „Czasopisma Lekarskiego“, jeśli za wzór do naśladowania poleca zaprowadzenie starych izb felczerskich.

Raz na zawsze powiedzcie sobie potrzeba, że lud wiejski—choć ubogi, tak choruje, jak i zamożny inteligent; że ma prawo do tej samej racjonalnej pomocy, jakiej się w przypadku choroby domaga człowiek inteligentny; że zatem — uważanie felczera za dostatecznie przygotowanego do leczenia wieśniaków jest krzywdzącą niesprawiedliwością społeczną, którą w XX-ym wieku za wzór podawać jest bardzo nieważnie.

Zadnych surogatów lekarskich do leczenia ludowego wprowadzać nie wolno!

Wprowadzenie izb felczerskich wygląda niby na załatwienie sprawy pomocy lekarskiej w danym dominium, więc odwleka wprowadzenie jedynie racjonalnej stałej pomocy lekarskiej!

Uznając dobro chęci p. Kariskiego i nazywając myśl mu przyswiecającą wysoce obywatelską, musimy jednak potępić sposób jej wykonania.

Jeszcze krok dalej — zastąpienie felczera przez lekarza, a szlachetna myśl przyoblecze się we właściwą szatę.

56. Lecznice dla chorych niezamożnych są wprawdzie wyszukiwane przez ludzi, którzy korzystają z porady za cenę bardzo niską, jakkolwiek nie liczą się wcale do „niezamożnych“; wszakże ordynatorzy tych lecznic zawsze pamiętać powinni o tem, że większość klientów ich jest niezamożna.

Tymczasem często widzujemy pisane przez nich recepty takiego składu, jaki jest właściwy tylko in praxi aurea. Przypominamy im więc na tem miejscu o istnieniu specjalnej farmacopoei oeconomico, której trzymać się powinni, zalecając leki chorym lecznic dla niezamożnych.

57. Wiestnik Petersb. Wrazczebn. Obszcz. Wzaim. Pom. Tom I. Zeszyt I. 1902. To nowe pismo ma na celu głównie: wymianę zdań w kwestyach, jakie przed lekarzem stawia życie codzienne; staranie się o wyjaśnienie jasnych i ciemnych stron pracy i bytu lekarzy; popularyzowanie pośród ogółu trzeźwego i słusznego poglądu na lekarzy i ich działalność; roz-

patrywanie spraw, dotyczących położenia lekarzy wobec prawodawstwa;—spraw dotyczących materyjalnej strony bytu lekarzy i t. p., i t. p.

Niżegorodce w artykule wstępnym określa zadania samego „Towar. Wzajemnej Pomocy“ w takich słowach: „Towarzystwo chce być ogniskiem stanu lekarskiego, przedstawicielem jego lepszych zadań, obrońcą honoru zawodowego i godności, orędownikiem za polepszeniem jego położenia prawnego“.

Wieresajew, pisząc „O etyce w medycynie“, nacisk kładzie na trzy kwestye: Konserwatyzm profesjonalny, wieczne zadowolenie z jasnych stron zawodu i zamykanie oczu na ciemne jego strony. Po wtóre, przystępowanie do operacyi bez dostatecznego przygotowania; to przygotowanie konieczne widzi autor w dokonywaniu operacyi na zwierzętach, t. j. na istotach żywych, a nie na trupach. Trzecia sprawa, to:

dokonywanie doświadczeń z ludźmi żywymi: prasa lekarska za rzadko i zbyt spokojnie potępia podobne postępowanie.

Lewickij, docent chirurgii, podaje, dopełniając artykuł Wieresaiewa, wyniki pedagogiczne, jakie otrzymał, ucząc studentów operowania nie tylko na trupach, ale i na zwierzętach żywych. Oddaje wielkie pochwały tej metodzie uczenia chirurgii.

Drozdowski wykazuje, jak fatalne skutki pociąga za sobą a nonimowe oskarżenie przeciw lekarzom, drukowane w prasie ogólnej: wielu niewinnych cierpi, winny — najczęściej drwi sobie z oskarżenia. Żąda, aby wszystkie szanujące się pisma zamieszczały oskarżenia imienne. Szczególnie zaś ostro walczyć należy przeciw oskarżeniom pochodzącym z prowincyi, zamieszczanym w anonimowych „oskarżających korespondencyach z prowincyi“ pisywanych przez osoby niepowołane.



## Nadesłano do redakcyi:

- E. Biernacki.** W sprawie patologii i terapii nerwie czynnościowych. Odb. z „Medycyny“ 1902. str. 18.  
— Kartki z dziejów nauki w Polsce. Pro domo mea. Odb. z „Głosu“ 1902. str. 56.  
**O. Bujwid i Z. Klemensiewicz.** Sprawozdanie z zakładu szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi w Krakowie za rok 1901. Odb. z „Przegl. lekar.“ 1902. str. 13.  
**L. Dydyński.** O porażeniu Landry'ego Odb. z „Nowin lek.“ 1902. str. 18.  
**W. Garliński.** Zapobieganie ropnemu zapaleniu powiek u noworodków. Odb. z „Kron. lekar.“ 1902. str. 8.  
**J. Goldbaum.** O sztucznem żywieniu chorych. Odb. z Księgi Jubileuszowej T. Dunina 1901. str. 17.  
— Kilka uwag krytycznych w sprawie rozpoznawania raka żołądka. Warszawa 1901. Odb. z „Gazety lekar.“ str. 6.  
**H. Higier.** Zur Klinik der Schweissanomalien bei Poliomyelitis anterior und posterior. Odb. z „Deut. Zeit. f. Nervenheilkunde“ XX. str. 426 do 435.



Komitet redakcyjny:

L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Serkowski, E. Sonnenberg.

Wydawca: Dr. Cz. Stankiewicz.

Redaktor: Dr S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 23 Мая 1902. г.

Druk. i Lit. R. Resiger. Łódź.