

GAZETA LEKARSKA

I. O klimatycznym znaczeniu stepów na południo-wschodzie Rosyi oraz leczeniu kumysem.

Napisał

I. S z m u r ł o [Samara].

Na południo-wschodzie Rosyi, na ogromnej przestrzeni, obejmującej całą gubernię samarską, ufimską, orenburską, terytoryum uralskie i przechodzącej bezpośrednio w równiny poł. zach. Syberyi i środkowo-azyatyckie, rozesłały się bezmierne stepy, zaludnione w znacznej części, zwłaszcza w dwóch ostatnich guberniach, przez koczownicze plemiona baszkirów i kirgizów. Wzniesienie równiny tej nad poziomem morza wynosi w Samarze 51 m., podnosi się zlekka ku Ufie, gdzie osiąga 175 m. i w Orenburgu 107,7 m. Klimat tych równin wybitnie lądowy, odznacza się wysoką temperaturą letnią [do 50° R. na słońcu], niską temperaturą zimową [—30° R.] i znacznymi wahaniami temperatury dobowej [latem w południe 45 — 50° R., nad ranem 12 — 15°], oraz nadzwyczaj małą ilością opadów atmosferycznych.

Zima zaczyna się wcześnie: w końcu września i w pierwszej połowie października zjawiają się przymrozki, za którymi wkrótce pójdą mrozy, przerywane z rzadka obfitymi śniegami i odwilżami. W początkach listopada zamarzają rzeki, żegluga ustaje, od połowy zaś listopada do połowy marca trwa surowa zima. W marcu zaczyna działać ciepło słoneczne, śniegi topnieją, a w połowie kwietnia cały step, zrzuciwszy nareszcie śnieżne pokrycie, przepojony wilgocią, ogrzany ciepłem promieni słonecznych, nagle, jakby za dotknięciem różdżki czarodziejskiej pokrywa się cudną i bogatą zielenią, tworząc wonny kobierzec, utkany różnobarwnem kwieciami na zielonem tle trawy. Łagodnego przejścia od zimy do lata, długiej wiosny i jesieni, jaką widzimy w Europie zachodniej, niema tu prawie wcale. W maju upały dochodzą tu już do 36 — 40° R., we wrześniu zaś chłodne powiewy wiatrów stepowych przypominają, że wkrótce już zawita zima. Upały letnie i suche gorące wiatry nie długo pozwalają trwać

zieloności. W lipcu trawa poczyna schnąć i cały step nabiera barwy szarej, jednostajnej, nużącej oko.

Ziemia tu nadzwyczaj bogata i urodzajna, przeważnie czarnoziem. Podczas deszczu tworzy się z niej ślizka i lepka masa, w której grzęzną nogi przechodnia i koła wozów niemal po osie; w dni zaś suche, zwłaszcza w sąsiedztwie siedzib ludzkich, rozsypuje się w drobniutki proszek, tworzący podczas wiatru tumany nieprzejrzone kurzu, nadzwyczaj szkodliwego dla oczu i dróg oddechowych.

Ilość opadów atmosferycznych, jak mówiliśmy wyżej, bardzo nieznaczna; w Samarze stopień wilgotności względnej wynosi zaledwie 14; dni dżdżystych w roku bywa niewiele i to przeważnie na wiosnę i w jesieni. Latem zwykle deszcze padają rzadko, towarzyszy zaś im zazwyczaj znaczne ochłodzenie powietrza.

Wiatry wieją tu w dwóch kierunkach: północno - wschodnim i południowo-zachodnim. Pierwsze są suche i chłodne, drugie przynoszą deszcz lub śnieg.

Pierwotni mieszkańcy tych stepów, tatarzy, baszkirowie, kirgizi wiedli dawniej i poczęści wiodą dotychczas życie koczownicze, przenosząc się z miejsca na miejsce ze swymi tabunami i stadami, gdy na starych pastwiskach zabraknie pokarmu dla koni i owiec. Zresztą w gubernii samarskiej tatarzy obecnie porzucili życie koczownicze; toż samo da się powiedzieć, aczkolwiek w mniejszym stopniu, o baszkirach, zamieszkałych w buzułuckim powiecie, gub. samarskiej i w niektórych powiatach gub. ufińskiej. Koczownicy mieszkają w kibitkach, żywią się mięsem baraniem, chleba nie używają prawie wcale, piją zaś kumys, otrzymany z mleka kobyłego zapomocą fermentacji.

Ponieważ w leczeniu chorych powietrzem stepowem odżywianie kumysem odgrywa wybitną rolę, przeto uważam za niezbędne rozpatrzeć bliżej skład chemiczny i własności fizyologiczne tego środka odżywczego.

Kumys, jak wiadomo, wyrabia się z mleka kobyłego. Następująca tablica, otrzymana przez CARRICK'a ¹⁾ zapomocą zestawienia licznych analiz mleka kobiecego, kobyłego, oślego i krowiego i wyprowadzania średnich cyfr, podaje na 1000 cz.:

w mleku	kobiecem	kobyłem	oślem	krowiem
białka	22	21	19	43
tłuszczu	29	14	14	38
cukru	64	57	64	45

W mleku więc kobyłem mamy prawie tyle białka i cukru co w kobiecem, natomiast znacznie więcej cukru, a prawie dwa razy mniej białka niż w krowiem. Ilość cukru w mleku kłaczy stepowej jest znacznie większa, niż w mleku kłaczy karmionej zwykłą paszą, jak to widać z zestawienia analiz SZTANGE'go ²⁾ mleka kłaczy stepowej i KÖNIG'a mleka kłaczy, karmionej w mieście.

¹⁾ Cytowane podług MANQUAT. Farmakologia. T. I, str. 515, tłum. ros.

²⁾ Encyklopedia EULENBURG'a, artykuł „Kumys“.

Podług KÖNIG'a mleko kobyłe zawiera w 1000 cz.:

	wody	tłuszczu	białka	cukru	solu
	910	11,8	20,8	53,1	4,3
Podług SZTANGE'go 893		19,0	25,8	59,1	4,0

Większą ilość cukru SZTANGE, CARRICK, POSTNIKOW przypisują własnościom paszy stepowej, która w stepach dziewiczych lub też dawno nieoranych zawiera masę kowylu (*spica pennata* i *spica capillata*) i innych słodkich traw, jako to: perz i mietlica; kowyl zwłaszcza jest nadzwyczaj ceniony tak przez wyrabiających kumys, jak i przez doświadczonych chorych, i w reklamach miejscowości leczniczych kumysowych często znajdujemy wzmiankę, że pastwiska, na których pasą się kłaczki, dostarczające mleka zakładowi, porośnięte są kowylem. Białko mleka kobyłego pod względem składu chemicznego jest prawie identyczne z białkiem mleka kobyliczego i różni się znacznie od białka mleka krowiego. Kazeina białka krowiego ścina się w postaci gęstych i dużych kawałków, posiada odczyn wyraźnie kwaśny, po wysuszeniu w wodzie nie rozpuszcza się prawie wcale, białko zaś kobyłe i kobylicze ścina się w postaci drobnych, delikatnych strzępków, daje odczyn średni lub słabo alkaliczny i w wodzie rozpuszcza się łatwo.

Badania SCHMIDT'a, PFEIFER'a, DOGL'a i BIL'a wykazały, że różnice w własnościach białka mleka u różnych gatunków zwierząt zależne są od stosunku popiołu do kazeiny oraz kazeiny do albuminy i innych gatunków białka. W mleku krowim ilość soli większa jest niż w mleku innych zwierząt, stosunek zaś kazeiny do albuminy wynosi 5 : 1, w mleku kobyłem 2 : 1, a w mleku kobyliczym 1 : 2.

Białko więc mleka kobyłego łatwiej jest strawne i lepiej zostaje zużytkowane przez organizm ludzki, niż białko krowie, tembardziej jeszcze, że w kumysie pod wpływem fermentacji i kwasu mlecznego przechodzi ono w peptony i inne formy, nadzwyczaj łatwo ulegające wassaniu.

Kumys, jako napój mieszkańców stepów wschodniej Europy, znany jest od dawna. Źródła historyczne rosyjskie i polskie, relacje posłów, odwiedzających chanów tatarskich, wspominają o kwaśnym napoju, wyrabianym z mleka kobyłego, którym ich ugaszczano na dworze chanów. Pierwszym wszakże, który zwrócił uwagę na lecznicze własności kumysu, był lekarz szkocki w służbie rosyjskiej JOHN GREEVE, który w końcu XVIII-go w. leczył chorych kumyssem i w sprawozdaniu swem, złożonem Edyńburskiemu Towarzystwu Królewskiemu nazywa kumys środkiem, „który jest w stanie okazać nieocenione usługi w tych wypadkach, w których organizm jest słabo i źle odżywiony”¹⁾.

W r. 1811 zjawia się praca dra HEBERLEJN'a p. t.: *Comentationes de potu e lacte equino fermentato confectione et usu medico*, w której autor, leczący się sam przez 13 lat kumyssem, podaje znakomity opis jego fizycznych i fizjologicznych

¹⁾ Cytowane podług CARRICK'a. „O kumysie“.

własności. Od tego czasu aż do r. 1858 panuje zupełne milczenie w kwestyi leczenia kumysem. W roku tym dr POSTNIKOW otworzył w pobliżu Samary pierwszy zakład kumysowy; za nim poszli w ślad inni; w ten sposób zainteresowanie kumysem wśród publiczności i lekarzy zaczęło stale wzrastać, zjawily się wyczerpujące prace o tym środku odżywczym pióra POSTNIKOWA, CARRICK'a, BOGOJOWLEŃSKIEGO, POŁUBIEŃSKIEGO i wielu innych, które wyjaśniły wiele pytań z dziedziny fizjologii i terapii kumysu. Prace SZTANGE'go, SCHER'a, DOCHMAN'a, DOGL'a i innych, poświęcone chemii kumysu, GOŁUBOWA zaś i GRIGORJEWa z bakterjologii, dały klinice możność oparcia leczenia tym środkiem na podstawach naukowych.

W kilku słowach pozwolimy sobie zapoznać czytelników ze sprawą wyrobu kumysu. Bierze się niewielką ilość skwaśniałego mleka krowiego, dodaje się do niego świeżego mleka kobyłego w równej ilości i klóci się w przeciągu 10-u minut, poczem stawia się w ciepłym miejscu na dobę. Na drugi dzień pierwszą porcyę otrzymanego w ten sposób płynu rozcieńcza się takąż samą ilością świeżego mleka kobyłego, znowu się klóci i stawia się na dobę w ciepłym miejscu t° od 20 — 30 R.; powtarza się to 4 razy, poczem czwartego dnia otrzymany płyn wylewa się do niewielkiej stągwi, wyrobionej z jednego kawałka drzewa lipowego. Stągiew ta przypomina urządzeniem i formą nasze wiejskie przyrządy do wyrabiania masła i zwierzchu przykryta jest denkiem, przez którego otwór środkowy przechodzi wałeczek, opatrzone u dołu krążkiem z otworami. Do płynu tego dolewa się znowu świeżego mleka kobyłego, klóci się przez pewien czas i pozostawia w spokoju do następnego dnia. Na piąty dzień kumys mamy już prawie gotowy. Dolewamy do niego półtorej objętości mleka świeżego, klóćmy w ciągu trzech godzin i następnie rozlewamy do butelek, gdzie sprawa fermentacyi trwa w dalszym ciągu. Liczba godzin podczas których trwa dalsza fermentacya decyduje o własnościach kumysu. Kumys, który fermentował od 6 — 12 godzin, nazywamy młodym, od 12 do 24 — średnim, od 24 do 36 — mocnym. Przygotowanie dalszych porcyi kumysu nie przedstawia już trudności: jako zaczyn używa się kumysu, do którego dolewamy świeżego mleka kobyłego.

W ten sposób wyrabia się kumys butelkowy.

Istnieje jeszcze sposób wyrobu kadziowy, polegający na tem, że kumys fermentuje nie w butelkach, lecz w kadziach oznaczoną liczbę godzin. Pierwszy zawiera dużo wolnego kwasu węglowego, drugi zaś nie ma go wcale, natomiast % alkoholu jest w nim wyższy niż w pierwszym.

Niektórzy lekarze oddają pierwszeństwo kumysowi kadziowemu.

Wyrób kumysu spoczywa w rękach baszkirów i tatarów. Każdy kurort kumysowy ma swego specjalistę, posiadającego pewne sekrety, mające uczynić kumys jakoby lepszym.

Nizki stopień kultury tych ludzi, słabe pojęcie o czystości i higienie sprawia, że napój ten, używany przez tysiące chorych, poszukujących w nim balsamu na swe cierpienia, wyrabiany jest bardzo często w sposób przeczący wszelkim zasadom czystości i higieny. Kwestya to dla przyszłości kumysu nadzwyczaj ważna, na nieracyonalne jej rozwiązanie w obecnych czasach uskarża się

wielu lekarzy [ZOŁOTAWIN], żądających, aby ministerjum rolnictwa zajęło się tą sprawą, aby wydelegowało technologa-chemika, obznajmionego gruntownie z sprawami fermentacyi, któryby zbadał dokładnie warunki fermentacyi mleka kobyłego i przeprowadził sam odpowiednie badania i stał się nauczycielem dla ludzi, bardziej niż baszkierowie i tatarzy odpowiednich do tej fabrykacyi ¹⁾.

Skład chemiczny kumysu średniego, podług analizy SZTANGE'go, jest następujący:

Na 1,000 części kumysu:	
kwasu węglanego	6,06
alkoholu	18,53
cukru	16,39
kwasu mlecznego	5,64
tłuszczu	20,41
solu	3,2
białka	22,81.

Im kumys mocniejszy, tem więcej zawiera alkoholu. Ilość kwasu mlecznego wzrasta nieznacznie, ilość cukru maleje i po kilku dniach znika zupełnie. Najwyższy % alkoholu, znajduwany w kumysie mocnym, wynosi 3%. Fermentacya odbywa się pod wpływem grzybków drożdżowych (*saccharomyces cerevisiae*), rozszczepiających cukier na alkohol, kwas węglowy i bakteryi kwasu mlecznego, wyrabiających kwas ten z cukru mlecznego.

Niektórzy, jak GRIGORJEW i WARAWKA ²⁾, przyjmują istnienie w kumysie jeszcze trzeciej bakteryi, peptonizującej białko; badania wszakże GOŁUBOWA ³⁾ dowodnie wykazują, że ten ostatni lasecznik jest tylko odmianą lasecznika fermentacyi mlecznej.

Fizyologiczne własności kumysu zależne są od jego części składowych, od ilości wypijanego kumysu i od temperatury. Przedewszystkiem należy podnieść fakt, że kumys nadzwyczaj prędko wsysa się i znika z żołądka. Podług doświadczeń ŻEGLIŃSKIEGO ⁴⁾ po godzinie, a najdalej półtorej, kumys znika z żołądka, przechodząc do cienkich kiszek i tam ostatecznie ulegając wessaniu. Doświadczenia KOSKUNOWA nad przemianą azotową u ludzi, pijących kumys, wykazały, że przeszło 90% azotu kumysu przyswaja sobie organizm ludzki; wraz z tem wzrasta w znacznym stopniu i zdolność przyswajania azotu innych pokarmów. Fakt ten fizyologiczny objaśnia nam zmniejszoną liczbę i częstość wypróżnień podczas picia kumysu. Nie mamy więc tu do czynienia z zaparciem, lecz z zmniejszoną ilością kału [CARRICK, SZTANGE, GOŁUBOW]. ⁵⁾

Szklanka kumysu mocnego, podana na godzinę przed obiadem, zaostrza apetyt [GOŁUBOW] i niejednokrotnie daje się zauważyć, że chorzy, którzy od

1) ZOŁOTAWIN. Oczerk sowremiennoej postanowki kumysoleczenja.

2) Kumysoleczebny na Wostokie Rossii.

3) GOŁUBOW. Kliniczeskija i bakterjologiczeskija izsledowanja nad kumysom.

4) GOŁUBOW l. c.

5) Encyklopedya EULENBURG'a. Tłom. ros. Art. „Kumys“.

rana do obiadu, prócz zwykłego śniadania, zdążyli wypić kilka butelek kumysu spożywają podczas obiadu ogromne ilości pokarmów i trawią je doskonale. Na podniecenie takie apetytu wpływają prawdopodobnie głównie składowe części kumysu: kwas węglowy, alkohol i kwas mleczny. Jak wiadomo, kwas węglowy, drażniąc błonę śluzową żołądka, wywołuje jej przekrwienie, wskutek czego aparat gruczołowy działa energiczniej i wydzielanie pepsyny i kwasu solnego zwiększa się; w ten sam sposób wpływa prawdopodobnie i alkohol. Doświadczenia KLUKOWICZA, NOTHNAGEL'a wykazały, że słabe koncentracje alkoholu drażnią błonę śluzową żołądka i zwiększają jego zdolność wydzielniczą. Kwas mleczny znajdujemy stale w niewielkiej ilości w żołądku; prawdopodobnie działa on wspólnie z kwasem solnym na białko pokarmów, przetwarzając je w związki pośrednie. Z drugiej znów strony ważną rolę odgrywa w sprawie wchłaniania i przeróbki dalszej w kiszkaach miazgi pokarmowej większa lub mniejsza jej kwaśność. Mocno kwaśna miazga mocniej drażni błonę śluzową dwunastnicy i wpływa na zwiększenie wydzieliny trzustkowej i żółciowej. Obecność w słabym kumysie dość znacznej ilości cukru mlecznego może działać rozwalniająco. Obserwacje kliniczne potwierdzają to przypuszczenie. Istnieje ogólna zasada, że słaby kumys działa rozwalniająco, mocny zaś wywołuje zaparcie, jakkolwiek każdy, kto miał do czynienia z chorymi, leczonymi kumysem, musi przyznać, że od zasady tej istnieją liczne wyjątki i że nieraz mocny kumys wywołuje rozwolnienie, podczas gdy słaby powoduje zaparcie.

Niektórzy badacze, jako to: SZTANGE, GOŁUBOW, DOCHMAN zwracają uwagę, że pod wpływem kumysu sprawa gnicia w kiszkaach słabnie w znacznym stopniu; wzdęcie kiszek, często towarzyszące użyciu kumysu, zależne jest od gazów bezwonných. Wszyscy badacze wskazują na bardzo silne napotne działanie kumysu. Działanie to wzrasta jeszcze, jeżeli przytem człowiek używa ruchu. Ilość dobowa moczu powiększa się znacznie; toż samo można powiedzieć o innych wydzielinach, jak np. płwocina. Jednym słowem — pod wpływem kumysu działalność wszystkich gruczołów znacznie wzrasta; tą drogą i przemiana materji odbywa się znacznie żywiej, organizm łatwiej uwalnia się od wszelkich produktów rozpadu, podlega, że tak powiem, fizyologicznemu przemianowaniu. Jednocześnie dzięki znacznie zwiększonej zdolności przyswajania pokarmów i polepszenia apetytu, wytwarzanie nowych tkanek odbywa się z większą siłą i waga ciała wzrasta.

[D. n.].

II. Z ODDZIAŁU DRA MED. T. DUNINA W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS
W WARSZAWIE.

O zachowaniu się chlorków w ustroju, ich stosunku do powstawania obrzęków i znaczeniu w dyetetyce przy zapaleniu nerek.

Napisał

Mieczysław Halpern.
asystent oddziału.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 40]

Okres I. Przy zwykłej dyecie mieszanej chory wydzielał normalną ilość moczu o normalnym ciężarze gatunkowym i niewielkiej ilości białka; przy normalnej zawartości procentowej soli kuchennej w moczu, ilość jej dobową była względnie niedużą.

Okres II, o dyecie z małą zawartością chlorków w pokarmach, trwał dni 5. 1) Ilość moczu naogół cokolwiek się zmniejszyła, podczas gdy ciężar gatunkowy podniósł się wyraźnie ku końcowi okresu, t. j. od chwili kiedy znikły obrzęki; ilość białka, pierwotnie nie zmieniona, spadła ku końcowi okresu do śladów. 2) Procentowa zawartość chlorków w moczu, równie jak i dobową, stopniowo się zmniejszały w ciągu całego okresu: z wyjątkiem ostatniego dnia tego okresu ilość wydalanych z moczem chlorków przewyższała ilości wprowadzane, skutkiem czego wystąpiła w rezultacie dechloruracja ustroju, wynosząca, jak widać z tablicy VI A, 11,5927 grm. chlorku sodu. Jednocześnie wskutek utraty obrzęków chory stracił na wadze 1,3 kilo.

T a b l i c a VI A.

Okres	Wprow. NaCl	Wydal. NaCl	Bilans NaCl	Waga ciała
II	28,0375	39,6302	—11,5927	— 1,3
III	50,4475	55,2345	— 4,787	+ 0,3

Okres III o wzmożonym podawaniu soli kuchennej. W tym okresie: 1) ilość moczu przy wzmożonym wprowadzaniu płynów do ustroju podniosła się dość znacznie, ciężar gatunkowy moczu z pewnemi wahaniami pozostał jednak wysoki, a białko, pomimo znacznych stosunkowo ilości chlorku sodu podawanego i wydalanego, znikło z moczu zupełnie. Słowem—i w tym przypadku znowu nie mieliśmy pod wpływem soli kuchennej najmniejszego podrażnienia nerek.

2) Procentowa zawartość chlorku sodu, zarówno jak i dobową, wzrosły w tym okresie wybitnie, do tego stopnia nawet, iż chory wydalil nie tylko nadmiar wprowadzonej soli, lecz nawet pewną ilość chlorków własnego ustroju; wobec tego w rezultacie i w tym okresie mieliśmy do czynienia z dechloruracją, wynoszącą, jak świadczy tabl. VI A, 4,787 grm. chlorku sodu. Przypomina to analogiczne obserwacje МОНЕ'а [l. c.] przy chronicznem zapaleniu nerek, jako też powyższe przypadki III i V.

Naogól powiedzieć możemy, iż przypadek ten wykazywał niewielkie różnice w stosunku do normy, szczególnie pod względem szybkości wystąpienia reakcji w moczu po przejściu od diety małosolnej do obfitującej w chlorki; znaczną jednak różnicę stanowi większa stosunkowo, niż normalnie, dechloruracja w okresie II-im i trwanie tej dechloruracji nawet w okresie III-im przy obfitem podawaniu chlorków, czego normalnie zupełnie nie widzujemy.

P r z y p a d e k VII. Kurb. And., lat 46, przybył na oddział dn. 1.IV 1:04 r., skarżąc się na obrzęki i ogólne osłabienie. Choruje od 2-ch tygodni, a choroba rozpoczęła się nagle od obrzęków wskutek jakoby przeziębienia. Dawniej nigdy nie puchł i wogóle był zawsze zdrow.

Status praesens. Chory jest średniego wzrostu, prawidłowej budowy ciała i niezle odżywiony. Skóra i błony śluzowe blade. Nie gorączkuje. Na nogach i krzyżu umiarkowane obrzęki. W płucach z tyłu, na dole z obydwu stron cokolwiek wilgotnych rżęzeń, szczególnie z lewej strony. Granice serca przykryte płucami. Tętno czyste. Drugi ton u aorty i tętnicy płucnej dość mocny. Tętno 48, twarde, miarowe. W moczu, obok normalnej jego ilości dobowej i normalnym również ciężarze gatunkowym — 3 do 4⁰/₁₀₀ białka; w osadzie cylindry szkliste i ziarniste, leukocyty; czerwone krążki krwi bardzo obfite. W początku choroby moczu było bardzo mało.

Diagnosis: Nephritis haemorrhagica acuta.

Badanie rozpocząłem w tym przypadku wkrótce po przybyciu chorego na oddział, nie podając mu ani przed rozpoczęciem badania, ani w czasie trwania doświadczenia żadnych środków moczopędnych lub sercowych. Wyniki tego badania, zestawione w tablicy VII [p. str. 1019], przedstawiają się jak następuje.

Okres I, o dyecie mieszanej, trwał dni 4. Chory wydalał wtedy dość duże ilości moczu o względnie niskim ciężarze gatunkowym i z zawartością białka 3⁰/₁₀₀. Przy umiarkowanej procentowej zawartości soli kuchennej w moczu i prawie normalnej dobowej jej ilości chory stracił w tym okresie 2 kilo na wadze z powodu utraty pewnej części płynu obrzękowego: ciśnienie krwi jednocześnie zmniejszyło się z 220 mm. Hg. według RIVA-ROCCI'ego, resp. 210 według GAERTNER'а do 190 według RIVA-ROCCI'ego, resp. 170 mm. Hg. według GAERTNER'а.

Okres II o dyecie z małą zawartością soli kuchennej w pokarmach. W tym okresie: 1) ilość moczu zmniejszyła się widocznie, a ciężar gatunkowy odpowiednio do tego cokolwiek się podniósł; ilość białka stopniowo się również zmniejszała; 2) to samo możemy powiedzieć o procentowej i dobowej zawartości soli kuchennej w moczu, tak iż ostatniego dnia tego okresu wystąpiła poniekąd równowaga chlorowa. Ponieważ jednak poprzednich dni przewaga była

TABLICA VII.

Data	Okres	D y e t a							M			Cisnienie krwi mm		Waga ciężka kilogr.	
		Mleko cm ³	Butka grm.	Masło grm.	Jaja szk.	NaCl grm.	Woda cm ³	Ciekow. NaCl	Ilość cm ³	Ciężar gatuńk.	Białko ‰	NaCl dob.	RIVA-ROCCI		GAERTNER
8.IV	I								1850	1011	3	0,6201	11,4718		
9.IV									2050	1012	3	0,7254	14,8707	220	210
10.IV									2320	1014	3	0,7605	17,6436		
11.IV									2200	1010	2	0,5265	11,5883	190	170
12.IV	II	1860	450	40	4	—	—	5,695	1950	1012	4	0,6552	14,7764		
13.IV		1860	430	40	4	—	—	5,625	1460	1015	3	0,5733	8,3702	155	150
14.IV		1860	40	40	4	—	—	5,625	1400	1015	2	0,5616	7,8624		
15.IV		1710	460	40	4	—	—	5,395	1730	1015	2 1/2	0,5148	8,8031	160	
16.IV		1860	415	40	4	—	—	5,5725	1200	1014	2	0,468	5,616		
17.IV	III	1860	450	40	4	8	620	13,695	1800	1014	1	0,5265	9,477	145	
18.IV		1860	420	40	4	10	620	15,59	1760	1014	1	0,5265	9,2664	155	
19.IV		1860	430	40	4	10	470	15,625	2130	1012	1	0,5382	11,4637		
20.IV		1860	450	40	4	4,5	300	10,195	2200	1012	1 1/2	0,5499	10,998	155	
21.IV	IV	1860	420	40	4	—	—	5,59	1560	1011	1	0,3865	6,0232		
22.IV		1860	450	40	4	—	—	5,695	1460	1011	1/2	0,3627	5,2954	165	125
23.IV		1860	440	40	4	—	—	5,66	1640	1008	1/2	0,3159	5,1808		
24.IV		1860	445	40	4	—	—	5,6775	1560	1007	1/2	0,3042	4,7455	155	145

po stronie wydaliny, to w rezultacie w ciągu omawianego okresu, jak widać z tablicy VII A, chory pozbył się nadmiaru ClNa w ilości 15,5156 grm. Jednocześnie waga ciała spadła jeszcze bardziej, a mianowicie o 3,0 kilo w dalszym ciągu, a chory prawie, że stracił obrzęki. Ciśnienie krwi w tym okresie zmniejszyło się wybitnie, opadając do 145 mm. Hg. według Riva-Rocci'ego.

T a b l i c a VII A.

Okres	Wprowadz. NaCl	Wydal. NaCl z moczu.	Bilans NaCl	Ciśnien. krwi R. R.	Waga ciała
II	27,9125	43,4281	-15,5156	-45	-3,0
III	55,105	41,2051	+13,8949	+10	+0,4
IV	22,6225	21,2449	+ 1,3776	± 0	-0,15

Okres III, o wzmożonym podawaniu soli kuchennej, trwał dni 4. W tym okresie: 1) ilość moczu podniosła się dość znacznie obok wzmożonego jednocześnie wprowadzania wody do ustroju; ciężar gatunkowy moczu bardzo nieznacznie się obniżył, zawartość białka zmniejszała się w dalszym ciągu; 2) procentowa zawartość chlorku sodu w moczu nie zmieniała się w ciągu całego okresu i nie podniosła się prawie wcale w stosunku do takiejże zawartości w okresie poprzednim; ilość dobową wydalanych z moczem chlorków podniosła się wprawdzie, ale nie dość znacznie, aby pokryć całkowitą ilość chlorków wprowadzanych. Skutkiem tego chory w ciągu okresu omawianego, jak widać z tablicy VII A, zatrzymał w ustroju stosunkowo znaczną ilość soli kuchennej, a mianowicie 13,8999 grm. Jeżeli zważymy, iż w poprzednio przytaczanych przypadkach zatrzymanie soli w analogicznych okresach, nawet przy dłuższym ich trwaniu i przy podawaniu większych ilości soli, o ile wogóle występowało, to nie przenosiło nigdy kilku grm.; jeżeli zważymy następnie, że zazwyczaj jednocześnie z wzrastaniem ilości moczu w tym okresie wzmagala się i procentowa zawartość soli kuchennej w moczu, czego w danym przypadku nie było, to musimy niewątpliwie dojść do wniosku, że pomimo dostatecznego wydalania wody przez nerki, wydalanie chlorków z moczem było w tym przypadku upośledzone. Odpowiednio do powiększonej ilości moczu, czyli do dostatecznego wydalania wody, waga ciała podniosła się zaledwie o 0,4 kilogram.

Co się tyczy ciśnienia krwi, to podniosło się ono w tym okresie bardzo nieznacznie, gdyż zaledwie o 10 mm. Hg.

Okres IV, analogiczny do II, trwał dni 4. 1) ilość moczu w tym okresie znowu opadła; to samo możemy powiedzieć o ciężarze gatunkowym moczu i zawartości w nim białka; 2) zarówno procentowa, jak i dobową ilość chlorków w moczu spadły w tym okresie wybitnie i dość raptownie, zmniejszając się coraz bardziej do końca okresu. Spadek ten posunął się w tym okresie do tego stopnia, iż tylko pierwszego dnia chory wydzieliał jeszcze więcej chlorków, aniżeli przyjmował; drugiego i trzeciego dnia tego okresu chory znajdował się

mniej więcej w równowadze chlorowej, jakkolwiek i tu już zauważyć można pewną przewagę po stronie chlorków wprowadzanych, a czwartego dnia wydał wyraźnie mniej soli kuchennej, aniżeli przyjął. W rezultacie wbrew temu, cośmy widywali w analogicznych okresach w przypadkach poprzednich, wbrew nawet temu, cośmy stwierdzili u tegoż chorego w analogicznym do omawianego okresie II-im, chory zatrzymał tu pewną, niewielką wprawdzie, ilość soli kuchennej, a mianowicie, jak świadczy tablica VII A, 1,3776 grm. Jeżeli dodam, że wydzielanie wody w tym okresie było zupełnie dostateczne, za czem przemawia fakt, iż chory nie tylko nic nie przybrał na wadze, ale nawet nieco stracił, to możemy, zdaje się, wnioskować, iż mieliśmy w tym okresie wyraźnie upośledzone wydzielanie chlorków z moczem pomimo dobrego wydzielania wody, co dowodzi, iż dostateczne lub niedostateczne wydzielanie chlorków niezawsze zależy od odpowiedniego wydalania wody.

Ciśnienie krwi pozostało w tym okresie bez zmiany.

Widzimy zatem, iż przypadek ten wybitnie się różni od przypadków poprzednio opisanych. Na oddzielne różnice zwróciłem dopiero co uwagę, więc ich powtarzać nie będę; dalsze zaś konsekwencje, jakie z tej obserwacji wyprowadzić można, omówię poniżej.

Następują dwa przypadki chronicznego zapalenia nerek śródmiąższowego na tle miażdżycy naczyń.

P r z y p a d e k VIII. Paczk. J., lat 68, leżał na naszym oddziale przez długi szereg miesięcy z powodu cierpienia, nie wspólnego z zapaleniem nerek nie mającego, a mianowicie z powodu pseudoleukemii. To też z historii choroby jego podkreślę tu jedynie dane, mogące mieć znaczenie dla umotywowania obchodzącej nas w danym przypadku dyagnozy.

Chory miewa od czasu do czasu napady silnej duszności, zjawiające się raptownie i trwające po kilka godzin. Serce nieco powiększone; tępość jego sięga na lewo linii sutkowej. 2-gi ton aorty wzmożony. Tętnice obwodowe wężykowate. Tętno twarde. W moczu stale małe ilości białka i skąpe wałeczki i leukocyty.

Poniżej przytoczone badanie przerwane zostało z tego powodu, iż chory zaczął gorączkować wskutek ropnego zapalenia ucha środkowego— *otitis media purulenta*.

Diagnosis: (Pseudoleucaemia). Arteriosclerosis. Nephritis interstitialis arteriosclerotica.

Wyniki badania zestawione są w następującej tablicy VIII [p. str. 1022].

Okres I, o zwykłej dyecie mieszanej, wykazuje normalną ilość uryny o normalnym ciężarze gatunkowym i nieznacznej zawartości białka; zawartość procentowa i dobowa chlorku sodu w moczu również mniej więcej odpowiadały liczbom normalnym. Ciśnienie krwi było tu wysokie, wynosiło bowiem 240 mm. Hg. według RIVA-ROCCI'ego, 210 według GAERTNER'a.

Okres II, o małej zawartości chlorków w pokarmach, trwał dni 6. 1) Ilość moczu cokolwiek się zmniejszyła, zarówno jak i ciężar gatunkowy; zawartość białka w moczu pozostała bez zmiany; 2) procentowa zawartość soli kuchennej w moczu zmniejszyła się wyraźnie; to samo dotyczy dobowej ilości chlorków

T A B L I C A VIII.

Data	Okres	D y e t a						M o c z				Ciśnienie krwi mm.		Waga ciała kilogr.	
		Mleko ctm ³	Bułka grm.	Masło grm.	Jaja szt.	NaCl grm.	Woda ctm ³	Całkow. NaCl.	Ilość ctm ³	Ciężar gatunk.	Białko ‰	NaCl ‰	dob.		RIVA-ROOZI
27.III	I	1860	395	40	4	—	—	1780	1018	1/2	0,8307	14,7865	220	210	50,75
28.III	II	1860	450	40	4	—	—	1000	1016	1/2	0,9126	9,126			
29.III		1860	420	40	4	—	—	1380	1014	1/2	0,7839	10,8178	205	190	50,00
30.III		1860	455	40	4	—	—	1760	1011	1/2	0,6084	10,7078			
31.III		1860	440	40	4	—	—	1200	1015	3/4	0,6609	8,0028	210	205	49,4
1.IV		1860	440	40	4	—	—	1180	1015	1/2	0,6435	7,5933			
2.IV		1860	490	40	4	—	—	1330	1015	1/2	0,7137	9,4922	240	230	49,0
3.IV	III							1720	1014		0,9243	15,8979			
4.IV								1240	1015		0,8307	10,3007			
5.IV								1320	1014		0,7839	10,3475			
6.IV								1240	1016		0,7605	9,4302			
7.IV								1080	1015	1	0,7371	7,5921	215	200	50,75
8.IV	IV	1860	400	40	4	—	—	1410	1015	1	0,7956	11,2179			
9.IV		1550	450	40	4	—	—	1500	1015	1	0,7722	11,583	205	200	50,1
10.IV		1550	435	40	4	—	—	1450	1015	1	0,8073	11,7059			

w moczu, które stale jednak przewyższały ilości wprowadzane; skutkiem tego chory wydalil w okresie omawianym nadmiar chlorków, wynoszący, jak świadczy tablica VIII A, 21,7449 grm.; 3) waga ciała cokolwiek opadła, a ciśnienie krwi, po nieznacznym spadku w początku okresu, pod koniec nawet się nieco podniosło.

T a b l i c a VIII A.

Okres	Wprowadz. NaCl	Wydal. NaCl	Bilans NaCl	Ciśnienie krwi		Waga ciała
				RIVA - ROCCI	GAERTNER	
II	33,995	55,7399	—21,7449	+ 20	+ 20	— 1,75
III		53,5684		— 25	— 30	+ 1,75
IV	15,6175	34,5068	—18,5838	— 10	± 0	— 0,65

Okres III, z powodu okoliczności ode mnie nie zależnych [nastąpiły mianowicie święta wielkanocne], nie był przeprowadzony analogicznie do poprzednich przypadków, gdyż zmuszony byłem pozostawić choremu w czasie świąt swobodę w wyborze pokarmów. To też w tym okresie o zwykłej dyecie mieszanej przy mało zmienionej ilości dobowej moczu i jego ciężarze gatunkowym zawartość chlorków zarówno procentowa, jak i dobową nieco się powiększyły, szczególnie zaś dobową. Chory powrócił do wagi, jaką miał w okresie I, i do tego samego, co wtedy ciśnienia krwi.

Okres IV, analogiczny do II-go, wykazuje naogół brak spadku w zawartości procentowej i dobowej chlorku sodu w moczu; skutkiem tego i w tym okresie nastąpiła dechloruracja w ilości 18,5834 grm. soli kuchennej. Na uwagę zasługuje tu jeszcze pewna stałość zarówno procentowej, jak i dobowej ilości wydalanego z moczem chlorku sodu. Co się tyczy wagi ciała i ciśnienia krwi, to jedna i drugie nieznacznie się w tym okresie obniżyły.

Przypadek ten zachowywał się naogół tak samo, jak poprzednie specjalnie co do dechloruracji przy dyecie małosolnej; na innych punktach, z powodu niekompletności badania—brak tu mianowicie okresu o wzmożonym podawaniu chlorku sodu—zatrzymać się w danym przypadku nie będę.

P r z y p a d e k IX. Snak, J., lat 74, przybył na oddział ze skargami na ból głowy i zawroty, występujące przeważnie przy chodzeniu i wysiłkach mięśniowych, a trwające za każdym razem po kilka minut. Stan ten trwa od 2-ch miesięcy. Przedtem chory czuł się zupełnie dobrze i nie chorował. *Abusus in baccho.*

Status praesens. Chory jest niskiego wzrostu, prawidłowo zbudowany i miernie odżywiony. W płucach nic nienormalnego nie znajdujemy. Serce przykryte. U wierzchołka szmer skurczowy i mocny 2-gi ton. U aorty słaby szmer skurczowy i dźwięczny 2-gi ton. Objawów dyskompensacji niema. Puls bardzo twardy. W moczu niewielka ilość białka i skąpe leukocyty.

Diagnosis: *Arteriosclerosis. Nephritis chronica interstitialis arteriosclerotica.*
Wyniki badania moczu wykazuje tablica IX [p. str. 1024].

TABLICA IX.

Data	Okres	D y o t a							M o c z			Cisnienie krwi		Waga ciała kilogram.		
		Mieko ctm ³	Bułka grm.	Masło grm.	Jaj szt.	NaCl grm.	Woda ctm ³	Całkow. NaCl.	Ilość ctm ³	Ciepota	Biał. ‰	NaCl ‰	RIVA - ROCCI		GAERTNER	
27.III	I	1860	430	40	4	—	150	5,625	960	1015	1/2	1,0998	10,5581	260	210	52,75
28.III	II	1860	430	40	4	—	150	5,625	1430	1014	1/2	0,585	8,3655	235	190	53,0
29.III		1860	450	40	4	—	150	5,695	940	1019	1/2	0,7371	6,9257	240	215	52,8
30.III	III	1860	410	40	4	—	150	5,555	1480	1013	sl.	0,3978	5,8874			
31.III		1860	450	40	4	—	150	5,695	1180	1015	sl.	0,5382	6,3508			
1.IV		1860	435	40	4	—	150	5,6425	1430	1015	1/2	0,5148	7,3816			
2.IV		1860	440	40	4	—	150	5,66	1080	1019	1/2	0,5494	5,7389	240	190	52,6
3.IV									1800	1015	1/2	0,8424	15,1632			
4.IV					"				960	1017		0,7371	7,0762			
5.IV					"				1250	1017		0,9243	11,5537			
6.IV					"				2000	1019		0,9945	19,89			
7.IV					"				1700	1016	1/2	0,9009	15,3153	235	230	53,75

8.IV	IV	1860	390	40	4	—	150	5,485	1630	1015	sl.	0,7137	11,6333	225	205	54,0
9.IV		1860	430	40	4	—	150	5,625	1710	1015	1/2	0,7254	12,4013			
10.IV		1860	425	40	4	—	150	5,6075	1770	1015	1/2	0,5733	10,1474	195	195	53,25
11.IV		1860	435	40	4	—	150	5,6425	2000	1015	1/2	0,5148	10,296			
12.IV	V	1860	440	40	4	8	260	13,66	1500	1017	1/2	0,7371	11,0565	230	200	54,1
13.IV		1860	440	40	4	10	260	15,66	1920	1017	sl.	0,8658	16,6233			
14.IV		1860	440	40	4	10	460	15,66	1700	1017	1/2	0,8307	14,1219	240	220	54,5
15.IV		1860	440	40	4	10	460	15,66	2030	1015	1/2	0,9 09	18,2883			
16.IV	VI	1710	430	40	4	—	300	5,325	1440	1014	sl.	0,4797	6,8967			
17.IV		1860	415	40	4	—	460	5,5725	2350	1011	sl.	0,5733	13,4725	195		52,75
18.IV		1860	450	40	4	—	300	5,695	1000	1017	sl.	0,3978	3,978			

Okres I i II, o zwykłej dyecie mieszanej, wykazują: 1) normalną lub prawie normalną ilość dobową moczu o normalnym ciężarze gatunkowym i niewielkiej zawartości białka; 2) procentowa zawartość chlorku sodu w moczu z nieznacznymi względnie wahaniami utrzymuje się na normalnych liczbach 0,9%—1%, a dobową ilość soli kuchennej, wynosząca kilkanaście grm., ulega znacznym wahanom od 7 do 19 grm.; 3) ciśnienie krwi w okresie III było znacznie mniejsze, aniżeli w okresie I, prawdopodobnie wskutek obecności okresu II-go o dyecie małosolnej; 4) waga ciała wahała się w granicach od 52,75 kilo do 53,75 kilo.

Okresy II i IV, o małej zawartości chlorku sodu w pokarmach, wykazują prawie jednakowe zmiany. Zasługują tu na uwagę: 1) wybitne zmniejszenie się zawartości chlorków w moczu, zarówno procentowej, jak i dobowej; 2) pewien spadek ciśnienia krwi w okresie II-im, a szczególnie w okresie IV-ym, przy 3) mało zmienionej wadze ciała; 4) w obydwu okresach nastąpiła dechloruracja ustroju, wynosząca, jak świadczy tablica IX A, w okresie II 6,7804 grm., a w okresie IV, 22,121 grm.

T a b l i c a IX A.

Okres	Wprowadz. NaCl	Wydal. NaCl	Bilans NaCl	Ciśnienie krwi		Waga ciała
				RIVA-ROCCI	GAERTNER	
II	33,8725	40,6529	— 6,7804	— 20	— 20	— 0,15
III		68,9984		— 5	— 40	+ 1,15
IV	22,36	44,481	—22,121	— 40	— 35	— 0,5
V	60,64	60,09	+ 0,55	+ 45	+ 25	+ 1,25
VI	16,5925	24,3472	— 7,7547	— 45		— 1,75

Okres V, o dużej zawartości chlorku sodu w pokarmach: przy mało zmienionej ilości dobowej moczu i jego ciężarze gatunkowym widzimy tu stopniowo powiększanie się procentowej i dobowej zawartości chlorku sodu w moczu, wyraźne podniesienie ciśnienia krwi i wagi ciała. Bilans chlorowy wykazuje w tym okresie minimalne zatrzymanie, wynoszące zaledwie 0,55 grm. chlorku sodu [p. tabl. IX A].

Okres VI, analogiczny do II i IV; podkreślić tu wypada spadek procentowej i dobowej zawartości chlorków w moczu obok dechloruracji, wynoszącej 7,7547 grm. soli kuchennej, następnie wybitny spadek ciśnienia krwi i wagi ciała.

Sumując otrzymane w tym przypadku wyniki, możemy zaznaczyć naogół: 1) dechlorurację w okresach małosolnych i brak jej w okresie o podniesionej zawartości chlorków w pokarmach; 2) zmiany w zawartości chlorków w moczu procentowej i dobowej, zależnie od diety, analogicznie do przypadków powyżej

TABLICA X.

Data	Okres	D y e t a							M o c z				Ciśnienie krwi		Waga ciała kilogr.	
		Mleko ctm ³	Butka gram.	Masło gram.	Jaj szk.	NaCl gram.	Wody ctm ³	Całk. NaCl	Liść ctm ³	Ciegar katunk.	Białko o/100	o/100	dob.	RIVA - ROCCI		GAERTNER
21.IV	I								1010	1011	6	0,4329	4,3723	200		53,5
22.IV					"				1050	1011	5	0,4329	4,5454			
23.IV					"				1030	1011	5	0,4212	4,3384	180	160	54,1
24.IV					"				900	1011	5	0,3978	3,5802			
25.IV					"				650	1010	6 1/2	0,3276	2,1294	175	170	54,25
26.IV	II	1860	80	40	4	—	—	4,00	550	1011	4 1/2	0,3393	1,8661			
27.IV		1550	30	40	4	—	—	3,205	500	1011	4	0,3159	1,5795	175		
28.IV		1240	—	40	4	—	—	2,48	680	1005	1 1/2	0,1287	0,8751			
29.IV		1240	—	40	4	—	—	2,48	290	1014	4	0,3627	1,0518			
30.IV		1240	—	40	4	—	—	2,28	—	—	—	—	—			

opisanych; 3) wahania ciśnienia krwi i wagi ciała zupełnie równoległe do wahań w zachowaniu się chlorków, a mianowicie: przy każdym wyładowaniu pewnej ilości soli kuchennej ciśnienie krwi i waga ciała opadały i odwrotnie. Przypadek ten w zupełności odpowiada obserwacyom AMBARD'a i BEAUJARD'a [l. c.] co do równoległości tych zmian u chorych wogóle, a u chorych na zapalenie nerek w szczególności stanowi rzeczywiście: dość jaskrawy przykład w omawianym kierunku.

Przypadek X. Brz. J., lat 58, przybył do szpitala d. 12.XII 1903 r., skarżąc się na obrzęki, ból głowy i ból w piersiach. Stan ten trwa od kilku miesięcy. Po raz pierwszy obrzęki zjawily się w sierpniu tegoż roku. Wtedy chory udał się do szpitala, gdzie też obrzęki wkrótce znikły, aby się jednak po kilku tygodniach zjawić znowu. Przed sierpniem był zdrow.

Status praesens. Chory jest niskiego wzrostu, miernie odżywiony i prawidłowo zbudowany. Skóra i błony śluzowe bardzo blade. Nie gorączkuje. Obrzęki na twarzy i tułowiu umiarkowane, na kończynach znaczne. W płucach z tyłu u dołu obustronnie wilgotne rżżenia. Puls twardy. Tętno serca czyste. 2-gi ton aorty mocny. W moczu dużo białka [12^o/₁₀₀]. W osadzie znaczna liczba leukocytów i wałeczki szkliste. Ilość moczu 2,100. Ciężar gatunkowy 1,010. Ciśnienie krwi według RIVA-ROCCI'ego 25,2.

Diagnosis: Nephritis interstitialis. Dyscompensatio.

W czasie pobytu chorego w szpitalu obraz chorobowy niezupełnym naogół ulegał zmianom. Chory czuł się przeważnie źle, obrzęki zmniejszały się nieznacznie i na bardzo krótko, wreszcie nastąpiły komplikacje ze strony opłucnej i osierdzia i chory zmarł 30.IV 1904 r. Rozpoznanie anatomiczne brzmi, jak następuje: *Pleuritis et peritonitis tuberculosa. Hypertrophia et dilatatio cordis sinistri. Pericarditis fibrinosa. Nephritis interstitialis chronica.*

Badanie tego przypadku przypada na okres przedśmiertny, kiedy chory znajdował się w stanie chronicznej mocznicy, z bólami głowy, dusznością i t. d.

Jak widać z tablicy X [p. str. 1027], badanie obejmowało zaledwie 2 okresy, a mianowicie jeden o dyecie mieszanej, a drugi o dyecie z małą zawartością chlorków.

Okres I. Przy zmniejszającej się stopniowo ilości dobowej moczu o stałym ciężarze gatunkowym i prawie stałej zawartości białka, procentowa i dobowa zawartość chlorków w moczu były naogół bardzo małe; zmniejszyły się one jeszcze bardziej pod koniec okresu. Ciśnienie krwi również pod koniec okresu nieco opadło, podczas gdy waga ciała cokolwiek się podniosła, co prawdopodobnie nastąpiło wskutek powiększenia się obrzęków.

Okres II. W tym okresie chory wydzielał jeszcze mniej chlorków, tak iż procentowa ich zawartość w moczu wynosiła d. 28.IV zaledwie 0,1287%, a dobowa tegoż dnia 0,8571. Ponieważ chory w tym okresie wymiotował dość często, nie jestem w stanie dokładnie obliczyć bilansu chlorków. Ilość moczu spadała znacznie i wynosiła w przeddzień śmierci zaledwie 290 ctm³, a w dzień śmierci chory zupełnie już moczu nie oddawał.

[D. n.]

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

— 3 —

LECZENIE RAKA.

Podał

Br. Bartkiewicz.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 37].

Środki zewnętrzne, używane w nowotworach złośliwych.

Do grupy tej zaliczamy wszystkie środki objawowe, używane przy guzach w celu złagodzenia bólów, zatamowania krwawień i rozpadu, t. j. najdokuczliwszych objawów choroby. Stosownie do trzech tych rodzajów wskazań, środki, o których tu mowa, dzielą się na trzy główne kategorie: kojące, ściągające i opatrunkowe.

Do kategorii pierwszej należy włączyć wszystkie znane narkotyki. Dawniej chętnie używano w tym celu opium w postaci proszków do posypywania guza i lawatyw (DRASCHE, SPENGLER), atropinę i belladonnę (CADET de GASSICOURT, THEOPHILLE) w roztworze 0,01 : 400 i 1 : 1000. Obecnie prawie wyłącznie stosujemy morfinę wewnątrznie i w postaci wstrzykiwań podskórnych. Wpływy kojące FOLLIN i MAISONNEUVE, PAUPERT przypisywali kwasowi węglowemu, stosowanemu w formie tuszów miejscowo. W takim samym celu BRANDINS rekomendował kwas cytrynowy (4,0 : 350,0) do płukań i okładów THEALIER — kreozot.

Jako tamujące krwotoki zalecano: chlorek żelaza (REMILLY), kreozot (THOMSON), tanię (MICHAELSEN), siarczan żelaza, alun, chininę (HEENEKE i MEGGENHOFEN), wreszcie węgiel wapnia (GUINARD) szczególnie chętnie używany do leczenia objawowego guzów macicy.

W liczbie środków opatrunkowych, stosowanych w raku, znajdujemy prawie bez wyjątku wszystkie znane dotychczas. Pomijając mało używane dziś odkażające środki: karbol, chlorek wapnia, oraz cieszące się niegdyś sławą swoistego działania w raku kwas octowy i cytrynowy, wspomnimy tu o naftalinie (FISCHER) dwutlenku wodoru (MARQUARDT), chlorku potasu, (TEDESCHI, LABORDE) papayotynie i papainie (ROSSBACH), jodoformie (CEMARQUAY), alkoholu i chloroformie (BENEKE). Te ostatnie dwa środki BENEKE zalecał w celu ograniczenia wzrostu i rozpadu nowotworu, ponieważ rozpuszczają one myelinę, której jakoby w guzach dużo się znajduje.

Poza tym stosujemy obecnie względnie do indywidualnych właściwości wypadku ortoform (C. W. ALLEN), kseroform, formalinę, alun sproszkowany, rezorcynę (BOECK), nadmanganian potasu, amylum, maści z ołowiem, cynkiem, bismutem, borem; odwary i wyciągi z *Carduus benedictus*, *Lignum santal*. (CZERNY) i t. d.

U w a g i k r y t y c z n e .

Streszczone powyżej sposoby leczenia nowotworów złośliwych, posiadają małe bezpośrednie znaczenie praktyczne wobec faktu, iż w żadnym ze znanych dotąd preparatów nie zdołano stwierdzić swoistego wpływu na chorobę raka.

Jednakże byłoby błędem lekceważyć na tej zasadzie dotychczasowy dorobek naukowy. Nie mówiąc już o zastosowaniu wielu systematów zewnętrznych i wewnętrznych przy traktowaniu gazów, których dla jakichbądź przyczyn nie możemy, lub nie chcemy operować, nie wspominając o pewnej roli, jaką metody te grają w pooparacyjnym zapobiegawczym leczeniu, musimy się zgodzić na to, że analiza zbieranego przez setki lat materiału może nas ustrzedz od wielu omyłek i bezowocnej pracy. Powierzchnowy rzut oka wystarczy, aby się przekonać, że bardzo rzadko stosunkowo „odkrywcy“ i „wynalazcy“ torowali nowe drogi. Przeważna liczba doniesień o środkach leczących raka polegała na odświeżaniu starych pomysłów, lub stwarzaniu im analogicznych. Próby takie, wyłącznie empiryczne, możnaby zaliczyć, jeżeli nie do świadomej szarlataneryi, to przynajmniej do bardzo nieudolnych, naiwnych doświadczeń i łudzenia się bezkrytycznego. Mnóstwo takich pseudo-swoistych środków zalecano wskutek powierzchownych badań i spostrzeżeń. Wspominaliśmy już o kategorii lekarstw, które zawdzięczają swe istnienie fałszywemu rozpoznaniu raka. Znacznie obszerniejszy dział bezcelowych i bezużytecznych preparatów przeciwrakowych powstał wskutek łączenia w jedną grupę kliniczną raków skórnych i głębszych. Ogólnie jest rzeczą znaną, że raki skórne szczególnie u osób starych, należą do łagodnych i przewlekłych cierpień. W wielu podobnych przypadkach można nawet osiągnąć wyleczenie, przyczem dość objętym jest rodzaj środka stosowanego. Jednakowe wyniki dają w tym razie i metody żrące i chirurgiczne, leczenie światłem, a nawet toksyny róży, lub kankroina, ponieważ gra tu główną rolę nie swoistość czynnika, a specjalne właściwości owróżdzenia i podrażnienia go w jakibądź sposób. Nie należy wszakże otrzymanych stąd danych przenosić w całości na raki głębokie, znajdujące się w innych warunkach anatomicznych i mające inny przebieg kliniczny. Tymczasem $\frac{9}{10}$ środków zalecono do użycia na zasadzie spostrzeżeń nad rakami skórnymi. Z tych względów okazuje się niezbędnem rozpatrzenie wartości teoretycznej i praktycznej głównych kierunków leczniczych.

Do celów praktycznych najlepiej nadaje się podział wszystkich metod na dwie kategorie: grubo-empiryczną i racjonalną, wypływającą logicznie z przyjętych w chwili obecnej hipotez i teorii.

Do pierwszego działu należy większość środków znanych. Typowym przykładem są pojawiające się co czas jakiś w kilkunastoletnich odstępach preparaty roślinne, proszki, wyciągi i napary. Niektóre z nich (*Condurango*, jaskółcze zielenie) zyskiwały sobie szeroki rozgłos jedynie dzięki powadze autorów, lub pomyslnemu zbiegowi okoliczności. Toż samo można powiedzieć o mineralnych pierwiastkach. Większość ich utrzymuje się w spisie leczniczym dzięki tradycji, pomimo, że wpływu na raka nie mają żadnego. W pierwszej linii należy tu postawić arsenik, który należałoby raz na zawsze wykreślić z liczby środków przeciwnowotworowych. Osobiście stosowałem go przy leczeniu raków i mięsaków w wielu przypadkach w postaci wstrzykiwań, penzlowań (CERNY) i wewnętrznie. Rezultaty otrzymane nie różniły się od tych, jakie udaje się osiągnąć przy innem leczeniu, tak, że wobec trujących własności arsenu, bynajmniej nie można mu przyznać pierwszeństwa.

Leczenie raka toksynami różnych drobnoustrojów (szczepienie róży, malarji, metoda COLER'a, surowica EMMERICH'a-SCHOLI'a) z punktu widzenia na-

ukowego nie różni się w gruncie rzeczy od innych prób empirycznych (trau, węgiel zwierzęcy, alun wewnętrznie i t. d.). Metoda ta jest jedynie więcej złożona, ostateczny efekt—podrażnienie owrzodzeń skórnych i głębszych guzów zaciemnia obraz ogólnego odczynu gorączkowego, zależnego od wprowadzonych toksyn i nie mającego związku z rakiem.

Wśród tego działu lecznictwa widzimy różne bardzo kierunki podrzędne: część doświadczeń odnosi się do leczenia raka toksynami róży, część druga (EMMERICH-SCHOLL) polega na wstrzykiwaniu choremu surowicy zwierząt uodpornionych hodowlami róży, a n t y t o k s y n. Do tej kategorii zaliczamy i doświadczenia ZIEMACKIEGO.

Bakteryoterapia guzów złośliwych w znaczeniu powyższem oświetlona została dostatecznie wielką liczbą prób, które składają się na wyrok w zupełności potępiający tę metodę, jako zupełnie bezskuteczną i niebezpieczną.

Pożądanego rozwiązania kwestyi leczenia raka w przyszłości możemy oczekiwać jedynie od prób racjonalnego leczenia. Wobec ciemnej dotąd etyologii guzów złośliwych wszelkie rozumowania na ten temat nie mogą wyjść ze sfery przypuszczeń i luźnych hipotez. W każdym razie w chwili obecnej zarysowały się wyraźnie trzy poglądy na tę gałąź patologii: teoria pasożytnicza, teoria skazy ogólnej, teoria pierwotnie miejscowego zwyrodnienia nabłonka.

Teoria pasożytnicza, licząca dziś obszerne koło zwolenników, nie zdołała dotąd ustalić pasożyta raka, pomimo wielokrotnych doniesień. Praktyczne próby leczenia opierały się na zasadzie traktowania guza jego własnymi toksynami (ADAMKIEWICZ, RICHTET i HÉRICOURT) lub też antytoksynami, wytwarzanymi w surowicy krwi zwierząt, uodpornionych wstrzykiwaniami miazgi nowotworów i hodowli domniemanych pasożytów raka. Leczenie toksynami zostało dziś zupełnie zarzucone, podobnie jak leczenie tuberkuliną. Szczególniej trudno się zgodzić na zasady postępowania, proponowane przez ADAMKIEWICZA. Uznając w całości jego zasługi pierwszeństwa w tej dziedzinie pomysłów leczniczych, nie możemy uwierzyć w tożsamość neuryny z toksynami guzów rakowych, tożsamość, stwierdzoną powierzchownymi doświadczeniami na zwierzętach. Pomimo uprzejmych zapewnień autora, praktyczne znaczenie kankroiny równa się zeru, gdyż, jak wspominaliśmy już, odczynu, osiągniętego w rakach skórnych przy jej pomocy, nie możemy kłaść na karb jej swoistych własności, kilka zaś przypadków, leczonych za granicą kankroiny, jakie mieliśmy sposobność oglądać w Warszawie, zakończyło się bardzo niepomysłnie.

Surowice RICHTET'a i HÉRICOURT'a, BRA, WŁAJEWA i DOYEN'a, otrzymywane w sposób analogiczny do surowicy przeciwdyfterytycznej, nie dały dotąd wyraźnych praktycznych rezultatów. Leczenie to znajduje się jednak dopiero w kolebce i stanowczego sądu o niem wydać nie można.

Udowodnienie doświadczałne hipotez SAJOUS lub CROOKE ADAMS'a jest jeszcze trudniejsze niż teorii pasożytniczej. Z pewnego oddalenia poglądy te budzą nieufność swem blizkiem pokrewieństwem z patologią humoralną. Blizsze rozpatrzenie nie daje nam ani jednego przekonującego dowodu, któryby przemawiał za nimi. Dlatego też jest wątpliwem, ażeby się znalazł lekarz, polegający wyłącznie na praktycznych wskazówkach leczniczych, głoszonych przez powyższych autorów.

Zupełnie odrębny dział lecznictwa przeciwrakowego stanowią metody zewnętrzne, t. zw. „żrące“ (*par excellence*) i leczenie energią promienistą. W terapii zajęły one obszerne miejsce, dzięki doskonałym rezultatom, jakie osiągnąć można w leczeniu raków skórnych. Fakt ten sprawił, że każdemu bez wyjątku czynnikowi fizycznemu, czy chemicznemu, stosowanemu zewnętrznie przypisywano swoiste własności. W czasach ostatnich los ten spotkał promienie

X i emanacje radium. Wydaje się nam jednak, że jest to złudzeniem. Owrzodzenia złośliwe skóry bezwątpienia goją się pod wpływem promieni X i BECQUEREL'a, lecz proces zabliznienia nie różni się niczem od rezultatów, osiągniętych innymi metodami żrącymi. W znanych mi przypadkach, leczonych światłem, blizny po rakowcach nie odznaczały się ani trwałością wyjątkową, ani szybkością powstawania.

Niektóre owrzodzenia goiły się jedynie po wyskrobaniu, w innych skuteczniej działał chlorek cynku, lub termokauter i t. d.; stąd okazują się, że bliższe warunki rozpadu i gojenia się guzów złośliwych są nam zupełnie nieznane, a przy leczeniu owym niewiadomo czynniki grają dość poważną rolę.

Metodom żrącym jest bardzo pokrewnym olbrzymi dział lecnicztwa, który się rozwinął głównie w ostatnim stuleciu—wycinanie doszczętne guza. Na rozwój tej gałęzi leczenia raka wpłynęły teorie o miejscowym pierwotnym początku raka, rozkwit chirurgii ogólnej i łatwość usunięcia na tej drodze najdośćkuczliwszych objawów choroby.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

75. F. Friedmann. Zmiany w ustroju, zależne od wieku i ich leczenie.

Istota inwolucyi ustroju. Istotne zmiany w ustroju przy starzeniu się polegają na przeobrażeniach wstecznych. Pod tą ostatnią nazwą rozumiemy zmiany degeneracyjne komórki, dotyczące głównie wielkości jej i kształtu, jak również zachowania się chemicznego i względem barwników. Ogólnie biorąc, uważać można za cechę charakterystyczną przemian wstecznych postępujące zmniejszanie się zawartości wody w tkankach obok względnego przyrostu części stałych. Stosunek ten wyrażony został przez SEILER'a słowami: *rigiditas senectutis perpetua comes*. Możemy rozróżnić fizyologiczne postaci przeobrażeń, zachodzące przeważnie w ustroju rosnącym, oraz postaci patologiczne, napotymane głównie w organizmie dorosłym.

A. Fizyologiczne postaci przeobrażenia wstecznego.

Główną rolę gra tutaj zmiana własności morfologicznych [w mniejszym stopniu chemicznych] elementów tkankowych. Ubytek masy protoplazmatycznej odbywać się może w sposób rozmaity:

a) komórka zmniejsza się w rozmiarach, przyczem: 1) konfiguracja jej zostaje zachowana, albo też 2) ulega zmianie.

b) komórka w ten sposób zmienia swój kształt, że czyni wrażenie mniejszej:

- 1) przemiana komórek pełzakowych w nieruchome,
- 2) przemiana obfitującej w zaródź komórki w okrągłą lub owalną,
- 3) przeistoczenie bogatej w zaródź komórki w wydłużoną, wrzecionowatą lub nitkowatą [komórka zwojowa, komórka ependymy],
- 4) spłaszczenie komórek sześciennych, cylindrycznych lub okrągłych [zrogowacenie, wytwarzanie się komórek mięśniowych],
- 5) przeobrażenie komórek w włókna,
- 6) zlanie się kilku komórek w jedną (*syncytium*);

c) zachodzą zmiany w budowie, polegające na zmianie oddziaływania chemicznego. Dzieje się tak:

1) gdy obfitująca w zaródź komórka ziarnista ubożeje w zaródź, otrzymuje wodniczki (*vacuolae*) i nie przyjmuje barwników,

2) gdy komórka drobnoziarnista staje się jednolitą (*homogen*) i jednostajnie silnie się barwi [przeobrażenie szkliste],

3) gdy zaródź i jądro jednakowo silnie przyjmują barwniki jądrowe;

d) komórka staje się uboższą w zaródź dzięki wgłębieniom i wydzielinom:

1) przemiana komórek nabłonkowatych (*epithelioid*), jak np. fibro, chondro-, osteoblastów, w komórki tkanki łącznej,

2) przeistoczenie komórek nabłonkowych w śluzowe lub tłuszczowe;

e) w pewnej warstwie komórek powstają luki;

f) w komórce powstają zmiany chorobowe [nekrobiotyczne].

B. Patologiczne postaci przeobrażenia wstecznego.

W sprawach, należących tu, główną rolę grają, pomijając zanik prosty, zmiany chemiczne elementów tkankowych, mniej zaś zmiany morfologiczne. Przeobrażenia te występują także, jak to poniżej zobaczymy, przy inwolucji fizyologicznej. Należące tu postaci są następujące:

a) Zanik prosty, zachodzący również przy inwolucji fizyologicznej i kombinujący się często z zwyrodnieniem tłuszczowym lub barwnikowym. Występuje on w późnych okresach inwolucji, jako zanik starczy mięśni, gruczołów, w mniejszym stopniu kości i układu nerwowego. Co się tyczy anatomicznego zachowania się dotkniętych części, spostrzegamy nie tylko zmniejszenie objętości, lecz i wysuszenie. Przy zaniku pewnego narządu cierpi głównie miąższ, przez co przewagę otrzymuje tkanka śródmiąższowa.

b) Zwyrodnienie tłuszczowe, które odróżniać należy od nacieczenia tłuszczowego. Łączy się ono często z zanikiem. Dochodzi tu często do zniknięcia jądra i otoczki, do wytworzenia kul ziarnistych. Tłuszcz po rozpadzie komórki albo wsysa się, albo też przeobraża się w kryształki [margarynowe, cholestearynowe]. Występowanie zwyrodnienia tłuszczowego jest wyrazem wyższego stopnia zakłócenia odżywiania, gdyż tylko ograniczone utlenianie uważać możemy za przyczynę rozpadu białka z odszczepieniem tłuszczu i wydzielaniem zawierających azot wytworów rozszczenia [mocznik, kreatyna]. Dotknięte bywają zwłaszcza w starczych stopniach inwolucji przedewszystkiem tkanki ubogie w naczynia albo pozbawione tychże, jak śródbłonki, rogówka i soczewka, chrząstka, później także obfitujące w naczynia tkanki, jak mięśnie, gruczoły i kości. Anatomiczne zachowanie się dotkniętych tkanek polega początkowo na zwiększeniu objętości z zmniejszeniem spoistości oraz żółtem zabarwieniem, później na zmarszczeniu.

c) Zmętnienie ziarniste, występujące jako zjawisko wstępne rozpadu tłuszczowego głównie w narządach gruczołowych. Przy wyższych stopniach tego zwyrodnienia znika prawidłowa budowa komórek [ziarenka ALTMANN'a]. Anatomicznie tkanki okazują przekrwienie, obrzmienie i zmniejszoną przezroczystość.

d) Przeobrażenie węglowodanowe odgrywa ważną rolę w życiu zarodkowym.

e) Zwyrodnienie śluzowe występuje na rozmaitych błonach śluzowych [nieżyty starcze], w gruczołach, jak również w tkance łącznej, chrząstkach i kościach.

f) Zwyrodnienie klejowe spotyka się przeważnie w gruczole tarczowym, lecz także w chrząstkach żebrowych, nabłonku nerkowym i błon śluzowych przy wyższych stopniach inwolucji. Powstanie luku starczego (*arcus senilis*) polega na odkładaniu się substancji koloidalnej wewnątrz najpowierzchniejszych warstw rogówki, blisko brzegu tejsze.

g) Z wyrodnienie szkliste zdarza się przy inwolucyi patologicznej bardzo często. Umiejszcawia się głównie w naczyniach, w błonie wewnętrznej większych i zewnętrznej drobniejszych tętnie [naczyń mózgowych].

h) Z wyrodnienie skrobiowate występuje często łącznie z zwyrodnieniem tłuszczowem i szklistem. Przy przeobrażeniu wstecznem, zależnem od wieku, gra ono rolę podrzędną. *Corpora amylacea*, występujące tak często w późnych okresach inwolucyi, nie wspólnego nie mają z wytworem tego zwyrodnienia, jak również ze skrobią roślinną. Powstają one przez bezpośrednie przeistoczenie komórek. Znajdujemy je najczęściej w neuroglii, prawie stale przy wyższych stopniach inwolucyi w ependymie komór mózgowych, dalej w gruczole krokowym, gdzie są często ciemno pigmentowane.

i) Z wyrodnienie barwnikowe stanowi prawie zawsze zjawisko częściowe zaniku oraz innych postaci przeobrażeń wstecznych. Barwnik jest pochodzenia miejscowego, albo też krwiopochodny. Wytwarzanie się barwnika w sercu, wątrobie, nerkach, nadnerczach i jądrach jest zjawiskiem prawidłowem, które jednak wzmaga się z wiekiem. Tak samo rzecz się ma z barwnikiem mózgu (*substantia ferruginea*, *locus coeruleus*), przyczem zwyrodnienie idzie ręką w rękę z zanikiem komórek zwojowych [zanik barwnikowy.] Brunatny zanik serca przy uwiąznię starczym również należy do zaników barwnikowych.

k) Zwapnienie pozostaje w pewnym stosunku do zwyrodnienia szklistego i tłuszczowego. Występowanie tego zwyrodnienia jest oznaką wydatnego uszkodzenia życia tkanek. Odkładanie się soli wapiennych jest zjawiskiem wtórnem i następuje albo skutkiem ubytku środków rozpuszczających [wolny kwas węglowy] w następstwie zaburzenia czynności oddechowej komórek, albo też skutkiem względnego przyrostu soli wapiennych w ustroju. Spotykamy zwapnienie w soczewce, chrząstkach, szklisto przeistoczonej substancji podstawowej błony wewnętrznej i środkowej ścian naczyniowych, niekiedy także w komórkach zwojowych. Wspomnieć tu także należy o wytwarzaniu się złogów, które polega na wypadaniu związków nierozpuszczalnych [sole wapienne, moczowe] z wydzielin i wydalin ustroju.

l) Stwardnienie łącznotkankowe występuje przy zaniku oraz większej części postaci degeneracyjnych, dotyczących głównie mięszu narządów. Ponieważ komórki ginące działają jako ciała obce, to skutkiem drażnienia dojsz do bujania tkanki śródmięszkowej. Ta postać sklerozy włóknistej odznacza się układem ogniskowym i przez CHARCOT'a i MARTIN'a opisana została jako dystroficzna postać sklerozy. Występuje ona w następstwie wywołanej przez *endarteritis obliterans* niedokrwistości miejscowej. Druga postać sklerozy powstaje na drodze naczyniowej wskutek rozprzestrzeniania się, często w kształcie promieni, podrażnienia zapalnego z naczynia na przylegającą tkankę [DEBOVE i LETULLE]. Ta postać [okołonaczyniowa] znajduje się zawsze w sąsiedztwie zwyrodniałego naczynia i ma układ smug, pasów [nerka, rdzeń, serce, wątroba]. Wreszcie trzecia postać powstaje z otoczki narządów [postać wewnątrztorbkowa] i spotyka się najczęściej w sercu, wątrobie i nerkach.

S. Pechkranc.

[C. d. n.].

Wiadomości bieżące.

— W Warszawie powstał nowy zakład ważnego społeczno - lekarskiego znaczenia. W miejsce dotychczasowego skromnego zakładu przy ul. Bagatela, kol. Dydryński stworzył na nowem terytorium zakład na wielką skalę, w specjalnie w tym celu zbudowanym gmachu, w którym zostały uwzględnione wszelkie najnowsze wymagania higieniczno - lekarskie. Budynek został wzniesiony na obszernym placu, zdala od fabryk i zgiełku wielkomijskiego, odsunięty dość daleko od ulicy. Od frontu, od ulicy, a także od tyłu poza zakładem, znajdują się ogródki. Front budynku zwrócony jest na południe.

Gmach składa się z sześciu kondygnacji. W najniższej, znajdującej się na poziomie ziemi, mieści się zakład hydropatyczny. Na parterze [wysokim] znajduje się mieszkanie właściciela zakładu, poczekalnia dla interesantów i lokale administracyjne. Na 1 em, 2-iem i 3-iem piętrze pokoje dla chorych; na czwartem piętrze znajduje się wielka sala do rozrywek, zabaw [czytelnia, fortepian, gry towarzyskie i t. p.], oraz pomieszczenia pomocnicze. Zakład hydropatyczny mieści się w wielkiej o 4-ch oknach sali; posadzka terrakotowa; ściany do wysokości 1,5 metra wyłożone kaflami, powyżej malowane farbą mineralną. Tu znajdujemy: 1) katedrę WINTERNITZ'a [natryski górne, boczne, dolne, szkockie, nasiodówki z natryskiem dolnym i t. p.]; 2) szafkę do kąpeli parowych [suchych i wilgotnych]; 3) kąpiel piaskową [przrząd skonstruowany przez właściciela zakładu]; 4) wanny do zabiegów wodoleczniczych. Obok sali tej znajduje się rozbieralnia, składająca się z sześciu kabinek zamykanych, odpowiednio umeblowanych. Na tejże kondygnacji znajdujemy: a) gabinet elektroterapeutyczny [przrządy do elektroterapii, masażu i fototerapii]; b) salka z przrządami do kąpeli świetlnych [światło elektryczne]; instalacja do kąpeli kwasowęglanych; c) kąpiele elektryczne [prąd stały, przerywany i sinusoidalny]; d) sala gimnastyczna [niektóre przrządy ZANDER'a, przrządy do gimnastyki FRENKEL'a i t. d.].

Pokoje dla chorych zakład posiada 35, z tych 11 na 3-iem piętrze przeznaczono dla chorych ciężkich i chirurgicznych. Pięć pokoi oddzielnych w oficynie, łączącej się z głównym gmachem, służy jako salki izolacyjne, z których dwie z oddzielnem wejściem przeznaczono na przypadek pojawienia się choroby infekcyjnej, trzy zaś pokoje zarezerwowane są dla chorych niespokojnych. Pokoje dla chorych znajdują się po obu stronach korytarzy podłużnych [idących równolegle do ulicy]. Większość pokoi ma podwójne drzwi na korytarz, co zapewnia choremu możliwość ciszę i spokój.

W umeblowaniu pokoi, podobnie jak i w innych urządzeniach, widać wszędzie celowość, myśl, nawet w najdrobniejszych szczegółach. Meble gustowne, dębowe, malowane na jasny kolor; wszystkie meble stolarskie pokryte są brunoliną, która pozwala na wycieranie mokrą ścierką, przyczem mebel nie traci ani barwy, ani połysku. Miękkie meble [fotele, otomany] pokryte są pokrowcami pralnymi; pokrowce zmienia się, ilekroć zjawia się nowy chory. Każdy chory ma w swoim pokoju w oddzielnych koszykach bieliznę stołową oraz noże, widelce, łyżki [znaczone numerem pokoju]. Prócz zwykłych przycisków nad łóżkiem do dzwonków elektrycznych, dodaje się chorym cięższym dodatkowe przrządy, które dołącza się do przycisków ściennych i stawia się na stolikach nocnych. Przrząd taki składa się z dzwonka i telefoniku, zapomocą którego chory może porozumiewać się z służbą bez wzywania jej do pokoju.

Z wewnętrznych urządzeń gmachu podnieść należy: 1) ogrzewanie centralne — wodne całego gmachu [łącznie z klatkami schodowymi, korytarzami]; 2) wentylację centralną. Powietrze zewnętrzne sprowadzone zostaje oddzielnym kanałem do specjalnej komory, gdzie ulega ogrzaniu i zwilżeniu, a następnie kanałami dostaje się do wszystkich pokoi i korytarzy. Każdy pokój posiada trzy otwory wentylacyjne: jeden wpustowy, a dwa wyciągowe. Klozety, kuchnia i sala hydropatyczna posiadają wentylację tylko wyciągową. Wentylacja obrachowana jest w ten sposób, że w ciągu godziny następuje dwukrotna zamiana powietrza w całym gmachu; 3) oświetlenie elektryczne; 4) windę elektryczną na wszystkie piętra.

Zakład przeznaczony jest dla chorych wewnętrznych, nerwowych i chirurgicznych; nie są przyjmowani do zakładu chorzy zakaźni i umysłowi. Uwzględniono tu kurację dyetetyczną, jako jeden z ważnych środków leczniczych. W tym celu właściciel zakładu umiejętnie i szczegółowo opracował odpowiednią organizację administracji i kuchni, która umożliwia praktyczne przeprowadzenie tego tak trudnego zwykle zadania.

Jak wspomnieliśmy już, na 3-iem piętrze znajdują się dla użytku chorych chirurgicznych specjalne sale, urządzone według wskazówek i planu kol. WŁ. KRAJEWSKIEGO: 1) łazienki dla przygotowania chorych do operacji; 2) pokój opatrunkowy, a zarazem salka operacyjna dla przypadków ropnych; 3) pokój sterylizacyjny; 4) sala operacyjna dla czystych operacji i laparotomii. Nie wchodząc w szczegółowy opis tych sal, zaznaczymy tylko, że znajdujemy tu ostatni wyraz wymagań współczesnej chirurgii, że wszystko, nawet najdrobniejsze szczegóły, zostało tu obmyślane celowo i z planem, że nie oszczędzono tu kosztów, ni pracy, by urządzenia chirurgiczno-operacyjne postawić na niepraktykowanej dotąd u nas stopie.

— Prof. nadzwyczajny dermatologii na Uniwersytecie Jagiellońskim, dr WŁADYSŁAW REISS mianowany został profesorem zwyczajnym.

— Profesorowie nadzwyczajni Uniwersytetu lwowskiego: dr STANISŁAW BĄDZYŃSKI i dr WŁODZIMIERZ SIERADZKI mianowani zostali profesorami zwyczajnymi.

— Doc. dr WINCENTY ŁĘPKOWSKI otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego dentystryki na Uniw. Jag.

— Prof. NAUNYN opuszcza stanowisko dyrektora kliniki w Strasburgu. Na jego miejsce obrany został prof. KREHL z Tybingi.

— Profesorem psychiatrii w Bonn na miejsce PELMAN'a mianowany został prof. A. WESTPHAL z Gryffii.

— Katedrę farmakognozyi na Uniwersytecie Wiedeńskim obejmuje prof. J. MOELLER z Grazu.

— Z m a r t i: dr ZENON CYWIŃSKI w Wilnie, dr STEFAN MARYNOWSKI w Zawierciu, dr STANISŁAW KAKOLEWSKI w Suwałkach, prof. NIELS FINSEN, kierownik zakładu fotoleczniczego w Kopenhadze.

O G Ł O S Z E N I E.

— **Komitet Kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych** ma honor zaprosić wszystkich Członków Kasy Wsparcia na ogólne posiedzenie odbyć się mające w Piątek, dnia 14-go października r. b. o godz. 8½ wieczorem, w Sali posiedzeń Towarzystwa Lek. Warsz. [ul. Niecała Nr. 7].

Na zebraniu tem Komitet, w myśl § 13 ustawy, złoży Członkom Kasy publiczne zdanie sprawy ze swych czynności za rok 1903.

Egzemplarz sprawozdania przesłany został każdemu z Członków Kasy.

Zarządzający Kasą Wsparcia *Dr M. Jakowski.*

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Довод. Цензурою, Варшава, 23 Сент. 1904. Друк К. Ковалевського, Варшава, Мазowiecka 8.