

GAZETA LEKARSKA

I. Z ZAKŁADU PATOLOGII OGÓLNEJ I DOŚWIADCZALNEJ WE LWOWIE.

Poszukiwania nad wpływem pokarmu przetłuszczonego na narząd trawienia oraz przemianę materyi.

Podał

Edmund Biernacki.

Ku uczczeniu X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Punktem wyjścia do poszukiwań poniższych były spostrzeżenia własne, ogłoszone niedawno na tem miejscu ¹⁾, nad żywieniem się naszej „burżuazyi”, a specjalnie fakt, iż ludzie należący do sfer zamożniejszych spożywają u nas bardzo dużo tłuszczu, wcale często 150 — 160 grm i powyżej na dobę i osobę, podczas gdy dyetetyka naukowa przy siedzącym trybie życia, jakże zazwyczaj pędzi inteligencya, uważa za prawidłowe 60 — 80 grm. „Przetłuszczenie” pokarmu można uznać za cechę charakterystyczną kuchni „burżuazyjnej” tem snadniej, iż ilości białka okazały się przeciętnie normalne [wahania około 100 grm.], zawartość zaś 130 — 150 grm. spotykała się wyjątkowo — a cyfry węglowodanów raczej za niskie, niż prawidłowe — w $\frac{1}{3}$ części wypadków poniżej 300 grm. Tym sposobem nienormalnie wy-

¹⁾ Jak się żywi inteligencya nasza? Gazeta Lekarska. 1906. Zur Ernährungsweise der wohlhabenden Klassen. Zentralblatt f. die gesammte Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels, 1906 Nr. 13.

soką wartość opałową — powyżej 3000 kal., jaką także prawidłowo przedstawia dzienne pożywienie naszej inteligencji, zasadniczo warunkuje nadmiar tłuszczu.

Przetłuszczenie pokarmu, wzgl. typ diety, w której zawartość tłuszczu przewyższa $1\frac{1}{2}$ do $2\frac{1}{2}$ raza zawartość białka, zdarza się wśród sfer zamniejszych, zdaje się, bardzo często, nietylko w Polsce. Np. równie wysokie cyfry, w poszczególnych wypadkach dochodzące do 280 grm. na dobę i osobę, i tak samo przy umiarkowanych ilościach białka (około 100 grm.) znajduję w publikacjach amerykańskiego „Office of Experiment Stations”, w których zebrane są liczne wykazy żywnościowe różnych klas i narodów, zamieszkujących Stany Zjednoczone ¹⁾. Bardzo prawdopodobnem jest, iż pokarm przetłuszczony równie często spożywanym bywa np. na Węgrzech lub w Rosyi.

A zresztą, jak wiadomo, duże ilości tłuszczu zalecają nieraz w celach terapeutycznych, że przypomnę choćby mleko przetłuszczone w praktyce dziecięcej. Otóż zarówno nakazy ostatniego rodzaju, jak przedewszystkiem pożywienie przetłuszczone, jako do pewnego stopnia stały warunek życiowy dla wielu ludzi, zwracać powinny na się uwagę coraz baczniejszą wobec okoliczności, iż w ostatnich czasach coraz więcej danych świadczy za możliwością roli tłuszczów w chorobowej przeróbce materji. A więc najpierw, głównie prace F. HIRSCHFELD'a ²⁾ ustaliły fakt, iż przy pożywieniu, składającym się wyłącznie z mięsa i tłuszczu, t. j. przy zupełnem wykluczeniu węglowodanów, zjawiają się w moczu ciała acetonowe [aceton, kwas aceto-octowy, kwas oksymasłowy]; przy dalszem opracowywaniu tego faktu wypowiedziano pogląd [przedewszystkiem GEELMUYDEN'a ³⁾, a po nim RUMPF ⁴⁾, A. MAGNUS-LEVY, L. SCHWARG, WALDVOGEL i in.], iż źródłem bezpośredniem ciał acetonowych nie jest rozpadające się białko, jak mniemano jeszcze do niedawna [v. NOORDEN, G. HONIGMANN], ale właśnie tłuszcz, wzgl. kwasy tłuszczowe [kwas masłowy].

Wraz z ciałami acetonowemi wydziela się przy wyłącznej dyecie mięsno-tłuszczowej, w ilości wzmożonej i amoniak; otóż z drugiej strony spostrzeżano zwiększenie ilości amoniaku w moczu po dodaniu dużych ilości tłuszczu [200 grm. masła] do pokarmu mieszanego, to jest zawierającego węglowo-

¹⁾ LANGWORTHY and MILNER, Investigations of the nutrition of man in the United States. Washington 1904. O poszukiwaniach amerykańskich zdawałem szczegółową sprawę w artykule: Postępy amerykańskie w dziedzinie dyetyki, Lwów. Tygodnik lekarski, 1907. Nr. 1.

²⁾ F. HIRSCHFELD. Beobachtungen über Acetonurie und das Coma diabeticum. Zeitschr. f. klin. Medicin. 1895. Bd. 28 i 1897, Bd. 31.

³⁾ GEELMUYDEN. Untersuchungen über Acetonkörper. Skand. Archiv. f. Physiologie, 1900. Tom 11. Wcześniej: Ueber Aceton als Stoffwechselprodukt. Zeitschr. f. physiolog. Chemie, 1897. Bd. 23.

⁴⁾ RUMPF i cała odnośna literatura p.: A. MAGNUS LEVY w C. v. NOORDEN'a, Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels, 1906, str. 181 — 192.

dany, albo też przy tego rodzaju pożywieniu przetłuszczonem, jakie żywienie śmietanką. Spostrzeżenia odnośnie najpierw poczynili na dzieciach CZERNY i KELLER ¹⁾, STEINITZ ²⁾, zaś na dorosłych SCHITTENHELM ³⁾ oraz SCHILLING ⁴⁾ W myśl tych spostrzeżeń głównie STEINITZ oraz SCHITTENHELM istotę działania dużych ilości tłuszczu sprowadzają na „acydozę” t. j. wzmożenie ilości kwasów w ustroju.

W celu bliższego wyjaśnienia zarówno powyższych jak i wielu innych nasuwających się w tej materii pytań, przedsiębrałem w ubiegłym półroczu zimowym szereg odnośnych spostrzeżeń eksperymentalnych: dokonane one zostały na psie, ważącym około 8 kilo, z zachowaniem tych wszystkich prawideł, jakie obowiązują przy badaniach nad przeróbką materii, wzgl. przy ściśle określaniu ilości pierwiastków pokarmowych wprowadzanych i wyprowadzanych. Zwracałem przytem głównie uwagę na zmiany, jakim ulegać może pod wpływem pokarmu przetłuszczonego stan rozczłonkowania azotu w moczu, t. j. na stosunek ilościowy wydzielonego mocznika, amoniaku, kwasów aminowych, wreszcie kw. moczowego [tutaj chodziło głównie o ilości bezwzględnej do całkowitej ilości azotu w moczu. Metoda ta badania, polegająca zasadniczo na podziale ciał azotowych na strącalne i niestrącalne przez kwas fosforowolframowy, pozwala bliżej wejrzeć w sprawy przeróbki materii. Poszukiwania, oparte na tej podstawie, a dotyczące przemiany zarówno normalnej jak patologicznej ogłosiło już szereg badaczyw [PFAUNDLER ⁵⁾, ASCOLI i GRAZIA ⁶⁾, v. JAKSCH ⁷⁾, A. LANDAU ⁸⁾, M. HALPERN ⁹⁾].

Plan ogólny poszukiwań moich polegał na tem, że najpierw badano przez pewien przeciąg czasu [5 — 8 dni] przemianę materii, przy żywieniu ściśle określonym jakościowo i ilościowo, a mało oddziaływającym na wagę zwierzęcia następnie czyniono to samo żywienie przetłuszczonem

¹⁾ CZERNY i KELLER. Zur Kenntnis der Gastroenteritis im Säuglingsalter. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1897. N. F. T. XIV, Z. 2 i 3. str. 274.

²⁾ F. STEINITZ. Zur Kenntnis der chronischen Ernährungsstörungen der Säuglinge. Jahrb. f. Kinderheilkunde, 1903, N. F. T. LVII. Z. 6. str. 689.

³⁾ SCHITTENHELM. Zur Frage der Ammoniakausscheidung im menschlichen Urin. Deutsch. Arch. f. klin. Medicin, 1903, T. 77. Zesz. 5 i 6, str. 515.

⁴⁾ TH. SCHILLING. Beiträge zur Frage der Amoniakausscheidung. Deutsch. Archiv f. klin. Medicin, T. 84. Zesz. 1 — 4, str. 311.

⁵⁾ PFAUNDLER. Ueber ein Verfahren zur Bestimmung der Aminosäuren im Harn. Zeitschr. f. physiolog. Chemie, 1900, Tom XXX. str. 75.

⁶⁾ ASCOLI i GRAZIA. Zur Vertheilung der Eiweisschlacken im Harn. Berlin. klin. Wochensch., 1901, Nr. 40.

⁷⁾ v. JAKSCH. Ueber die Vertheilung der stickstoffhaltigen Substanzen im Harne des kranken Menschen. Zeitschr. f. klin. Med., 1902, T. 47, str. 1.

⁸⁾ A. LANDAU. O rozczłonkowaniu azotu w moczu u ludzi zdrowych. Gazeta lekarska, 1903. Deutsch. Archiv f. klin. Medicin, 1904. T. 79, str. 417.

⁹⁾ M. HALPERN. O rozczłonkowaniu azotu w moczu w stanach chorobowych. Medycyna, 1903.

przez 6 — 12 dni, poczem znowu badano przemianę przez pewien czas [6 dni] przy dyecie pierwotnej. Na tem miejscu zwrócę zaraz uwagę, że właśnie dzięki dłuższemu trwaniu okresu tłuszczowego w moich doświadczeniach — w przeciwstawieniu do najczęściej stosowanych przez innych autorów okresów tylko trzydniowych — udało się stwierdzić pewne zaburzenia przeróbki, których by przy innych warunkach dowodnie wykazać się nie udało. By zaś umożliwić wprowadzanie dużych ilości tłuszczu przez czas dłuższy, wzgl. wykluczyć, o ile się to da, pewne wpływy uboczne, używałem do swych doświadczeń tylko najświeższego masła deserowego [niesolonego], które w Soxhlet'cie okazało się niemal w całości [99.5 — 99.8%] tłuszczem. Masła takiego dodawałem, stosownie do doświadczenia, po 40 i 50 grm. dziennie; całkowita ilość tłuszczu w pożywieniu stanowiła wtedy 50 — 60 grm., stosunek białka do tłuszczu — 1:1.5 — 1:2.5, czyli właśnie taki, jaki przedstawiają różne wykazy żywnościowe klas zamożniejszych. Równie i ilości bezwzględne tłuszczu — zważywszy, iż pies nasz wykazywał przeróbkę 2—2½ razy zwąwszy [około 100 kal. na kilo wagi], niż człowiek dorosły, odpowiadały 200 — 250 grm., które także można spotkać w pożywieniu ludzkim.

Co się tyczy szczegółów metodyki, to azot w moczu, kale, środkach spożywczych określany był według KJELDAHL'a, kwas moczowy — metodą LUDWIG-SALKOWSKI'ego — [w stadium ostatniem także określany jako azot], amoniak metodą SCHLÖSING'a [3-dniowe pochłanianie NH_3 przez $\frac{1}{5}$ normalny H_2SO_4]. Oprócz tego określony był azot w osadzie fosforowolframowym z 20 ctm. sz. moczu [strącano zawsze 40 ctm. sz. 10% roztworu kw. fosforowolframowego w 10% kwasie solnym w przeciągu 24 godzin, następnie w filtracie fosforowolframowym mocznik metodą SCHÖNDORF'a [ogrzewanie przez 6 godzin z kwasem fosforowym przy 150° C, następnie oznaczanie azotu KJELDAHL'em]. Po odciążeniu od ilości ogólnej azotu w moczu ilości mocznika + azot osadu fosforowolframowego otrzymywało się ogólną sumę „kwasów aminowych“.

Wszystkie te określenia wykonywane były codziennie, oprócz tego oznaczono ilościowo sumę zasad [KCl + Na Cl] metodą wagową krwi, zawartość chloru sposobem VOLHARD-SALKOWSHIEGO [z zachowaniem ostrożności, obowiązujących przy moczu psim] w połączonych 3 lub 6-dniowych porcjach moczu, stosownie do potrzeby. Co się tyczy kału, to tutaj dokonywano rozbiorów w porcjach zbieranych za całe okresy, które separowano przy pomocy węgla drzewnego: oznaczono zaś zawartość pozostałości suchej, azotu, tłuszczu [= wyciąg eterowy w aparacie SOXHLEA'a po uprzedniem zmydleniu tłuszczów przez zagrzewanie 5 grm. suchego kału z 1% roztworem HCl w alkoholu], wreszcie KCl + Na Cl w 10 grm. kału suchego. Większość rozbiorów, o ile tylko wystarczało materiału, dokonywano podwójnie — specjalnie w doświadcz. I i II wszystkie rozbiory, dotyczące azotu całkowitego oraz mocznika dokonywane były podwójnie; następnie także liczne rozbiory na KCl + Na Cl oraz chlor. Zresztą powtarzałem zawsze rozbiór, o ile zachodziło najdrobniejsze podejrzenie co do jego ścisłości. Wo-

gôle zgadzały się wszystkie określenia znakomicie — do $\frac{1}{10}$ ctm. sz. $\frac{1}{5}$ ługu normalnego przy oznaczeniach azotu.

Dodać wreszcie i tu należy, iż szczególnie z powodu określeń amoniaku, zachowane były wszelkie ostrożności ku uprzedzeniu rozkładu moczu: a więc cynkowe [wysuwalne] dno klatki, skośne cynkowe powierzchnie pod niem, tworzące w środku lejek, wyłożone blachą cynkową ściany klatki i t. d. codziennie były starannie mywane gorącą wodą, sam zaś mocz zbierano na tymol [kryształ w butelce, w lejku, przez który wpływał mocz i t. d.].

Pokarm przygotowywany był zawsze na jednakowej ilości wody — 800 ctm. sz. z 8 grm. = 7.846 g. bezwodnej soli kuchennej [używano preparatu chemicznie czystego]; tylko w okresie węglowodanowym w doświadczeniach III-m z powodu znacznych ilości ryżu podniesiono ilość wody do gotowania do 900 ctm. sz. w pierwsze 3 dni i 950 ctm. sz. w ostatnie trzy dni. Ponieważ czas gotowania nie mógł wypaść zawsze ściśle jednakowy, to i zawartość wody, wprowadzanej z pokarmem, nie była zawsze jednakowa; wahania nie przekraczały jednak 100 grm., jak mię przekonaly bezpośrednie ważenia porównawcze ugotowanego pokarmu w doświadczeniu I-m. Po za tem pies nie dostawał wody do picia, zresztą i nigdy niechciał pić.

Liczne własne rozbiory używanych środków pokarmowych dały następujące wyniki.

Mięso końskie: pozostał. suchej 23.88% [wahania 23.37% — 24.24%], azotu w 100 grm. mięsa 3.5072 grm. [wahanie 3.2474 — 3.6002 g.] co odpowiada mniej więcej 20 grm. białka¹⁾, tłuszczu [wyciągu eterowego] 4% [3.7% — 4.3%], KCl + Na Cl — 0.465 grm., Cl [obliczony na NaCl] — 0.067 grm.

Mięso wołowe [użyto tylko w ostatnim okresie doświadczeniach I-go] pozostał. suchej — 24.87%, azot — 2.8664% [= \pm 17 grm. białka], tłuszczu — 8%, KCl + Na Cl — 0.61 grm.

Mamałyga [kasza kukurydzana]: pozostał. suchej — 91%, azotu — 1.9554% [12 grm. białka], tłuszczu — 12%, węglowodany [określenie pośrednie przez odjęcie sumy białka tłuszczu i popiołów od pozostał. suchej] 66%, KCl + Na Cl — 0.235 grm., chlor [obliczony na Na Cl] — 0.07 grm.

Ryż: pozostał. suchej 90.75%, azot — 1.1602 g. [około 7% białka], tłuszczu 1%, węglowodany [okr. pośrednie] 81%, KCl + Na Cl — 0.235%, chlor 0.03%.

¹⁾ Obliczając cały azot mięsa na białko, otrzymamy przy 3.5072 grm. N białka $[3.5072 \times 6.25] = 21.92$ grm. białka. Nie cały jednak azot mięsa, ryżu, mamałygi i t. d. należy do białka, i, jak wykazały mi określenia tłuszczu, ilość rzeczywista białka niższą będzie od obliczonej w sposób powyższy około 10%. Np. przy substancji suchej 23.88, przyjmując cały azot za białko wypadnie na tłuszcz ledwie 23.88 — $[21.92 + 0.8 \text{ popiołu}] =$ około 1%, tymczasem oznaczenia bezpośrednie wykryły go około 4%.

[C. d. n.].

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH W SZPITALU ŚW. DUCHA.

Dwa przypadki jednostronnego uszkodzenia znacznej liczby nerwów czaszkowych.

Podał

Dr Stanisław Kopczyński

p. o. ordynatora oddziału.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 21).

Nerw dodatkowy, jak wiadomo, unerwia dwa mięśnie: mięsień czworoboczny (*m. trapezius s. cucullaris*) i mięsień mostko-obojęczyko-sutkowy (*m. sternocleidomastoideus*). Pierwszy z powyżej wymienionych mięśni znajduje się pod wyłączeniem niemal zawiadywaniem nerwu dodatkowego, drugi, zwłaszcza w części obojęczkowej, otrzymuje w pewnym stopniu unerwienie od górnych nerwów szyjowych; części: środkowa i dolna zostają również aczkolwiek w stopniu bardzo nieznacznym i nierównym unerwione przez nerwy szyjowe, dlatego też zdania rozmaitych autorów [np. REMAK'a, BERNHARD'a] co do udziału w porażeniu nerwu dodatkowego różnych części mięśnia czworobocznego są rozmaite. OPPENHEIM [l. c. str. 369] podaje, że w spostrzeganym przez niego przypadku, w którym—w celu usunięcia kurczu w dziedzinie nerwu dodatkowego, obustronnie nerw ten przecięto i spory kawałek z niego wycięto, mięsień mostko-obojęczyko-sutkowy po obu stronach uległ zupełnemu zanikowi, natomiast w mięśniu czworobocznym można było znaleźć wszędzie kurczliwe włókna, pomimo iż cały mięsień znajdował się w stanie wybitnego zaniku. Charakterystyczne dla porażenia tego nerwu ustawienie łopatki [t. zw. podług DUCHENN'a położenie huśtawkowe, „*mouvement de bascule*”, *Schaukelstellung* niemieckich autorów] było zaledwie zaznaczone. BALINT w swym przypadku, pomimo zupełnego braku środkowej dolnej części mięśnia czworobocznego również nie stwierdził najmniejszych zaburzeń ruchowych w dotkniętej kończynie, ani też jakichkolwiek wadliwości w ułożeniu łopatki. Wyrównanie owych braków autor objaśnia zastępczą czynnością innych mięśni.

Godnemi też uwagi są wspomniane wyżej dwa przypadki KRAEEMANN'a, w których wskutek pęknięcia podstawy czaszki uległ porażeniu w pierwszym przypadku nerw IX i XI, w drugim nerw IX, X i XI. W obu położenie ło-

ątek było niemal prawidłowe. Autor twierdzi, że górna część mięśnia czworobocznego, t. zw. włókna REMAKA, otrzymują inerwację wyłącznie od nerwów szyjowych i przypomina, że u niższych zwierząt włókna owe stanowią odrębny mięsień, t. zw. *m. ceido-transversalis*.

Nasz I przypadek przedstawia klasyczne DUCHENN'owskie porażenie nerwu dodatkowego. Być może dlatego, że uszkodzenie tego nerwu nastąpiło bardzo wysoko (tuż pod *for. condyl. anter*), być może wskutek indywidualnego rozdziału inerwacji, cały mięsień czworoboczny uległ niemal zupełnemu zanikowi, jak to opisane było powyżej i jak o tem świadczy załączona fotografia. Położenie łopatki huśtawkowe było wyrażone klasycznie, zgodnie z rysunkiem DUCHENN'a, podawanym przez OPPENHEIM'a [patrz *loco citato* rys. I]. Podobne ustawienie łopatki przy porażeniu nerwu dodatkowego spotkałem w opisie przytoczonego powyżej przypadku SIMERKI; dziwnie tylko autor tłumaczy odstawanie wewnętrzznego brzegu łopatki zwiększoną czynnością mięśnia równoległobocznego (*m. rhomboidei*). Wszak mięsień ten zbliża wewnętrzne brzegi łopatek do siebie, jeno sam, bez pomocy mięśnia czworobocznego, czynności tej podjąć nie jest w stanie i ustępuje przewadze mięśni, odciągających łopatkę ku zewnątrz i ku przodowi.

Nasz II przypadek dowodził może, że nawet zupełne porażenie nerwu dodatkowego WILLIS'a i zupełny zanik mięśnia czworobocznego nie powoduje jeszcze huśtawkowego ustawienia łopatki. Czy odgrywają tu rolę indywidualne wahania w unerwieniu mięśni łopatki i w zdolności przystosowania się do nowych warunków — trudno przesądzać. Przypadki jednak BALINT'a, OPPENHEIM'a, KBAHEMANN'a i mój drugi świadczą, że ustawienie łopatek według opisu DUCHENN'a w niewątpliwych przypadkach porażenia nerwu dodatkowego może nie zachodzić.

Przy ruchach oddechowych pas barkowy w obu naszych przypadkach unosił się nieco. Tymczasem, przy kompletnym zaniku górnej części mięśnia czworobocznego pas barkowy ma pozostawać nieruchomym. Być może więc i w naszych przypadkach niektóre włókna z górnej części tego mięśnia ocalały, albo też czynność tę zastępczo wziął na siebie przerośnięty nieco mięsień unoszący kąt łopatki (*m. levator anguli scapulae*).

Widzieliśmy też, że w obu przypadkach poruszanie głową odbywało się swobodnie we wszystkich kierunkach, czyli, że mięśnie głębokie karku szyi zastępowały w czynności nieistniejące po stronie prawej na pozór tak ważne mięśnie, jak czworoboczny i mostko-obojęczyko sutkowy.

Porażenie kompletne w naszych przypadkach nerwu błędnego po jednej stronie, które przede wszystkim zaznaczyło się w całkowitem jednostronnem porażeniu wszystkich mięśni krtani, w znieczuleniu błony śluzowej połowy nagłośni i górnej części krtani, wykazało, iż organizm do jednostronnego braku tego tak ważnego nerwu może się jednak przystosować. Nieznaczne przyspieszenie czynności serca przy miarowym tętnie, lekka chrypka w głosie, pewna trudność w głośniejszem mówieniu — oto jedyne podmiotowe oznaki uszkodzenia tego nerwu. Oczywiście nie wspominam

tu o porażeniu mięśni miękkiego podniebienia i gardzieli, gdyż to zależy od jednoczesnego uszkodzenia nerwu IX, X i XI. Zaburzeń żołądkowokiszczkowych, wzdęcia, odbijania gazami, stałego zatwardzenia i t. p. objawów niedostateczności ruchowej, o których wspomina BALINT, w żadnych z naszych przypadków nie spostrzegaliśmy.

Na szczególną uwagę zasługuje w naszym pierwszym przypadku uszkodzenie nerwu języko-gardzielowego. Porażenia w obrębie wyłącznie tego nerwu dotychczas nie obserwowano wcale, stąd brak stałych i pewnych poglądów na jego czynność fizjologiczną. Jako oznakę uszkodzenia obwodowego tego nerwu przyjmujemy: znieczulenie górnej połowy gardzieli, zniesienie smaku na tylnej części języka, na podniebieniu i pewne trudności w łykaniu.

Za pewnik ustalony należy uważać to, iż włókna smakowe z tylnej części języka i z podniebienia biegną w kierunku dośrodkowym początkowo w nerwie języko-gardzielowym, i zapewne wchodzą wraz z nim do opuszki. Niektórzy przypuszczają, iż nawet włókna smakowe z tylnej części języka i z podniebienia przechodzą następnie z nerwu języko-gardzielowego do nerwu trójdzielnego i tam biegną w kierunku dośrodkowym, większość jednak autorów z tem się nie zgadza, a przypadek BALINT'a również temu przeczy; pewna nawet liczba badaczy np. (BRUECKE) twierdzi, że i włókna ze struny bębenkowej (*chorda tympani*), która, jak wiadomo, zaopatruje we włókna smakowe dwie trzecie przedniej części języka, przechodzą następnie za pośrednictwem *n. petrosus superficialis minor* i nerwu JACOBSON'a do pnia nerwu języko-gardzielowego. Za najważniejszy dowód twierdzenia tego badacze ci podają przypadki, w których pomimo uszkodzenia centralnych części nerwu trójdzielnego smak na języku pozostał nienaruszonym.

ERB, SCHIFF i inni, opierając się zwłaszcza na tych przypadkach, w których nerw trójdzielny lub zwój GASSER'a uległ wycięciu, dowodzą, iż przebieg nerwów smakowych podlega indywidualnym wahanom.

Nasz I przypadek, w którym nerw języko-gardzielowy został uszkodzony, a nerw trójdzielny i nerw twarzowy pozostały nietkniętymi, a mimo to smak nie tylko na tylnej, lecz i na przedniej części prawej połowy języka pozostał zniesiony, świadczy, że włókna ze struny bębenkowej być może biegną w kierunku dośrodkowym zgodnie ze zdaniem BRUECKE'go w pniu nerwu języko-gardzielowego.

Zastrzeżyliśmy się „być może”, a to dlatego, że w naszym pierwszym przypadku mieliśmy jeszcze prawostronną głuchotę, którą tłumaczymy przypuszczalnym wylewem krwi do błędniaka ew. do jamy bębenkowej. Otóż przez ową jamę bębenkową przechodzi zarówno *chorda tympani*, jak i *nervus petrosus superficialis minor*, a także i nerw JACOBSON'a. Rzecz oczywista, że nie jest też wykluczona możliwość uszkodzenia owych tak delikatnych nerwów przez przypuszczalny krwotok do jamy bębenkowej.

Obecność szmerów i szumu w lewym uchu przy zupełnej głuchocie

w naszym drugim przypadku nie przedstawia nic osobliwego, świadczy tem bardziej o nerwowem pochodzeniu głuchoty.

Pewne osłabienie czucia dotykowego w obrębie całej prawej połowy języka [pierwszy nasz chory czuł tutaj dotknięcie pędzelkiem „jak przez muślin”] wobec braku w tej okolicy zaburzeń czucia bólowego skłoniłmy tłumaczyć uszkodzeniem nerwu języko-gardzielowego i podjęzykowego, bez uciekania się do przypuszczenia, iż nerw językowy (*n. lingualis*) uległ tu jakiemuś uszkodzeniu. Notowane są nawet przypadki (LEWIN cyt. u LANDAU'a), że nawet wyłącznie uszkodzenie nerwu podjęzykowego dawało pewne zaburzenia czucia dotykowego w porażonej połowie języka, aczkolwiek czystość tych przypadków została kwestjonowaną (ERB). Wybitne zmiany odżywcze w porażonych mięśniach zapewne także wywarły swój wpływ na stan i czynność ciałek dotykowych w błonie śluzowej języka.

O przypuszczalnych przyczynach porażenia nerwu słuchowego i niedowładu nerwu odwodzącego po stronie prawej w pierwszym przypadku wspominaliśmy wyżej.

Uszkodzenie pozostałych nerwów w drugim przypadku nie wymaga specjalnego wyjaśnienia i nie przedstawiała szczególnych osobliwości klinicznych. Uderza dziwne zaatakowanie wyłącznie nerwów w jednej półkuli i w tak znacznej liczbie. Przypadki podobne istotnie należą w literaturze do unikatów. Znane mi są wszystkiego trzy podobne przypadki: ROZENTHALA, ADAMKIEWICZA a zwłaszcza NONNE'go. ROZENTHAL¹⁾ opisał przypadek, dotyczący 18 letniego chłopca, który na kilka miesięcy prze śmiercią zaczął doznawać bólów głowy, stracił wzrok w prawym oku, słuch w lewym uchu, doznawał nerwobólu nerwu trójdzielnego lewego wraz ze znieczuleniem tejże połowy twarzy, oprócz tego stwierdzono u niego porażenie lewego nerwu okoruchowego i nerwu twarzowego, osłabienie siły ruchowej kończyn. Sekcja wykazała guzy o charakterze mięsaka, rozrzucone w narządach wewnętrznych, w kanale kręgosłupa i na podstawie czaszki, zmętnienie i nacierzenie nowotworowe opon i oddzielne guziki, obrastające niemal wszystkie nerwy czaszkowe po stronie lewej.

ADAMKIEWICZ²⁾ opisał przypadek, w którym guz (rak), wychodzący z *antrum Highmori* i wrastający do czaszki, uszkodził nerwy czaszkowe po jednej stronie, począwszy od II aż do XII włącznie.

NONNE³⁾ w d. 8 Maja 1905 r. na posiedzeniu wydziału biologicznego Towarzystwa Lekarskiego w Hamburgu przedstawił preparat anatomiczny czaszki i mózgu, pochodzący od 26 letniej kobiety, która na 8 lat przed

¹⁾ A. ROZENTHAL. O rzadkim wypadku nowotworów wtórnych na podstawie czaszki. Gazeta Lekarska. 1880.

²⁾ ADAMKIEWICZ. Wiener Medicin. Wochenschrift 1889 Nr. 4.

³⁾ Patrz: Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins in Hamburg. Neurologisches Centralblatt. 1906, Nr. 12, str. 591.

śmiercią zaczęła doznawać chryпки, mrowienia i bólów w lewej połowie twarzy, dwojenia w oczach, osłabienia siły w lewym ramieniu i duszności, a od 2-ch lat napadów podobnych do padaczki. Podczas badania znaleziono po stronie lewej: źrenica lewa szersza, niż prawa, leniwie oddziałująca na światło i na przystosowanie, niedowład lewego nerwu odwodzącego i m. prostego górnego, opuszczenie lewej powieki, osłabienie pobudliwości na ból w obrębie I i II gałązki nerwu trójdzielnego, głuchotę nerwową lewostronną, niedowład w mięśniu mostko-obojeżyko-sutkowym, niedowład lewego nerwu twarzowego, przyspieszenie tętna i połowiczny zanik języka. W kącie lewej żuchwy mocno powiększone gruczoły (*carcinoma alveolare*). Ataki nerwowe polegały na lekkich ogólnych drgawkach bez utraty przytomności, niekiedy znów chora na chwilę traciła przytomność, nie doznając drgawek. Chora przypadkowo zmarła wskutek zapalenia płuc.

Na preparacie anatomicznym widać było, jak nowotwór [rak] wypełniał podstawę lewej tylnej jamy czaszkowej i wrastał we wszystkie nerwy czaszkowe za wyjątkiem n. I i II. Uległy też nacieczeniu rakowatemu kości: klinowa i potylicowa. Istota mózgu wolna była od przerzutów nowotworu.

Przypadek NONNE'go, w którym na uwagę zasługują: nadzwyczaj wolny przebieg choroby, jednostronność sprawy chorobowej i napady drgawek bez wyraźnego ucisku na mózg, podobny jest bardzo do naszego drugiego przypadku. Nasz jednak przypadek przedstawiał sprawę porażenia jednostronnego nerwów czaszkowych posuniętą znacznie dalej: tam bowiem, gdzie u NONNE'go był niedowład, w naszym przypadku mieliśmy bezwład w połączeniu z zanikiem [np. nerw twarzowy, nerw dodatkowy], a nawet pierwsze dwa nerwy czaszkowe [powonieniowy i wzrokowy] uległy również uszkodzeniu.

Napady nerwowe w naszym drugim przypadku nosiły inny charakter: chodziło w nich prędeż o nagłe wzmożenie ucisku na ośrodki krążenia krwi lub oddechu, położone w rdzeniu przedłużonym; za tem bowiem przemawiało każdorazowe silne zblednięcie chorej, obfity zimny pot, zanik tętna, toniczne napięcie mięśni w całym ciele, brak drgawek klonicznych.

Nowotwór w naszym przypadku najprawdopodobniej rozwinął się początkowo na lewej stronie szyi, a następnie wzdłuż naczyń krwionośnych i limfatycznych dał przerzuty przez otwory w czaszce na jej podstawie.

III. Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH NERWOWYCH dra FLATAUA W SZPITALU ŻYDOWSKIM NA CZYSTEM.



DWA PRZYPADKI ALEKSYI.

Podał

Władysław Sterling.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 21].

W związku z zaburzeniami tego rodzaju stoi pewne niezmiernie zajmujące stanowisko, które mogliśmy spostrzeżać u naszego chorego. Mianowicie podczas gdy chory wszystkie przedmioty konkretne trójwymiarowe rozpoznaje trafnie i zdaje sobie dokładnie sprawę z ich znaczenia, jest on najzupełniej niezdolny rozpoznać najprostsze rysunki. Tak np. nie mógł rozpoznać rysunków wyobrażających dom, drzewo, chorągiew. Nie jest to optyczna afazya względem rysunków, przy której przedmioty zostają rozpoznane na drodze optycznej, lecz nie mogą być określone odpowiednią nazwą—wobec rysunków tych chory nasz zachowuje się, jak dziecko, które je widzi poraz pierwszy i nie domyśla się nawet, że są to symbole znanych mu przedmiotów.

Również zatracona została zdolność rozpoznawania różnic w pewnych nieskomplikowanych rysunkach tak np. rysunki  i  uznał za tożsame, nie upatrując w nich żadnej różnicy. Toż samo: Δ , \square . Również nie zdaje sobie dokładnie sprawy z kierunku linii — nie odróżnia np. kątów na przeciwnych $<$ i $>$.

Co się tyczy kolorów, to nie doszliśmy przy badaniu do wyników określonych — być może były pewne nieznaczne zaburzenia w odróżnianiu odcieni barw.

Przechodząc z kolei do samych zaburzeń zdolności czytania — podkreślić musimy przedewszystkiem fakt, że zwykłego druku książkowego chory nie rozpoznawał absolutnie; przy reprodukowaniu pokazanych wyrazów chory wydaje szereg dziwacznych dźwięków (tub, tub, buf, buf), przypominających dźwięki, jakie wydają chorzy z afazyą ruchową.

Również i liter nie rozpoznawał zupełnie, a właściwie dawał najzupełniej błędnie określenia wskazanych liter. Że chodziło tu nie tylko o brak możności wynalezienia odpowiedniej nazwy dla litery, lecz i brak pojmowania wewnętrznego symbolu zgłoskowego, dowodzi tego fakt, że, kiedy kazano mu wynaleść

na stronie określonej literę — nie był w stanie tego zrobić. Określenia wskazywanych liter dawał na chybił trafił. Znacznie lepiej jednakże przedstawiała się zdolność czytania, kiedy było pisać wielkimi literami na tablicy pojedyncze litery, sylaby i wyrazy, przyczem chory nie patrzył na rękę piszącego. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że główną rolę w tej różnicy odgrywała wielkość demonstrowanych liter, gdyż, zmniejszając stopniowo wielkość liter, pisanych na tablicy — otrzymywaliśmy wyniki coraz to gorsze. Nadmienić przytem muszę, że siła wzroku chorego była zupełnie normalna. Być może jednakże, że pewne znaczenie miał tutaj także fakt, że litery lub sylaby pisane były oddzielnie, nie mąciły więc choremu procesu spostrzegania obrazu wzrokowe sąsiednich liter i wyrazów, co mogło mieć miejsce przy czytaniu z drukowanej strony.

A więc przy badaniu tego rodzaju przedewszystkiem uderza fakt, że ogromna większość liter była przez chorego prawidłowo nazwana. Zdarzały się wprawdzie czasem odpowiedzi błędne, lecz chory po daniu takiej błędnej odpowiedzi — sam zwracał uwagę, że popełnił błąd; przy zapytaniach sugestywnych okazywało się, że chory dobrze wiedział, o jaką literę tu chodzi, a przy wymówieniu istotnej nazwy litery chory radośnie i z uczuciem ulgi potakiwał

Nadmienić muszę, że błędne odpowiedzi, jakie dawał czasem nasz chory — miały pewien specjalny charakter: tak np. zamiast rosyjskiego H wymienia H, zamiast P — B —, nie mógł znaleźć nazwy dla niezupełnie dokładnie napisanej litery Y — wszystko to są zamiany zbliżonych do siebie kształtem obrazów wzrokowych, są to zaburzenia zdolności spostrzegania typu wzrokowego, podobne do tych, jakie opisałem przy porażeniu postępującem z właściwą zaś a l e k s j ą nie mają one nic wspólnego. Tak więc musimy uważać za fakt ustalony, że litery na drodze wzrokowej były rozpoznawane — nazywane w przeważnej większości, że więc *alexia litteralis* nie miała miejsca.

Co się tyczy s y l a b i krótkich j e d n o s y l a b o w y c h w y r a z ó w — to wyniki badania nie zawsze były jednakowe. Wogóle jednakże powiedzieć można, że większość demonstrowanych sylab chory nie tylko poznawał, lecz i nazywał trafnie. Zdarzało się często, że przy demonstrowaniu sylaby — chory nie mógł jej przeczytać — po namyśle jednakże dawał trafną odpowiedź. I tutaj pomyłki, które popełniał, świadczyły o zamianie zbliżonych do siebie obrazów wzrokowych lub dźwiękowych (FE zamiast PE, MA zamiast NA), lecz nie o właściwej aleksji.

Natomiast obraz zmieniał się djametryalnie skoro tylko w grę wchodziły wyrazy — nawet jednosylabowe. Tak np. chory, który odrazu odczytał sylabę BO, nie mógł sobie absolutnie dać rady z wyrazem BOPB, powtarzając uporczywie: wpo6, wpo6... Pokazane oddzielnie sylaby chory niejednokrotnie poznaje natychmiast, lecz już dwusylabowego wyrazu, złożonego z tylko co bezpośrednio przeczytanych sylab — odczytać nie może.

Tak więc, jakkowik pojedyncze litery i sylaby, obudzały w chorym wspomnienia obrazów dźwiękowych, lecz nie następowało zlanie się tych obrazów

w jeden obraz dźwiękowy słowa. Pod tym względem przypadek niniejszy stanowi zupełne przeciwieństwo do przypadku STORCH'a (pierwszego z dwu opisanych w r. 1903), z którym chory z wielką trudnością rozpoznawał litery, lecz skoro już rozpoznał trafnie litery danego wyrazu, to samo złożenie wyrazu nie sprawiało mu żadnej trudności; co więcej chory — nawet w tej fazie choroby, kiedy liter zupełnie nie rozpoznawał — mógł sylabizując złożyć słowo, jeżeli mu było nazywać pojedyncze litery. Coś podobnego miało miejsce i w przypadku HINSTEELWOOD'a (znanym mi tylko z referatu), w którym chory litery poznawał dobrze, natomiast słowa mógł czytać (i to krótkie) tylko wtedy, kiedy sylabizując — z trudem wymawiał głośno literę po literze.

Nadmienić muszę, że w przypadku naszym zawodził manewr, którym posługiwał się LEUBE w swoim przypadku, a mianowicie odwrócenie w trakcie czytania wzroku chorego od czytanego wyrazu. Dowodzi więc przypadek nasz, że przy czytaniu patologicznem nie zawsze spotykamy się z typem sylabizowania [jak to zresztą już doświadczalnie dowiedli GOLDSCHIEDER i MÜLLER], lecz że wyraz często zostaje percepowany optycznie, jako całość i w ten sposób następuje obudzony jego obraz dźwiękowy, że wreszcie znaki pisarskie, jako pojedyncze elementy, odgrywają w tej sprawie rolę podrzędną.

[D. c. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Z Kongresu Balneologicznego w Berlinie w r. 1907.

48. Dr. E. Tobias (Berlin). O leczeniu fizykalnem biegunki nerwowej.

Mowa tu o formie chorobowej, opisanej przez TROUSSEAU'a i powodowanej przez trojakiemu rodzaju przyczyny: 1) idyosynkrazję co do niektórych pokarmów; 2) psychiczne podrażnienie np. przez uczucie strachu, naglej radości i t. d.; 3) oddziaływanie na przewód pokarmowy ze strony innych narządów [tu należą przypadki biegunki przy cierpieniach narządów płciowych kobiecych, mlecza pancerzowego, dalej w chorobie BASEDOW'a, neurastenii seksualnej i t. d.]. Główny symptom biegunki nerwowej polega na nierównomiernem występowaniu rozwolnienia, tak że chory i podczas normalnego stolca nadaje się do leczenia. Choroba ta ma pewien związek z zawodem—spotyka się zwłaszcza często u uczniów [trwożliwego charakteru], aktorów, graczy giełdowych, lekarzy i t. d. Dotychczas chorym takim przepisywano makowiec, zalecano spokój, dyetę, wystrzeganie się podnieceń, a jednak są to środki krótkotrwałe działające. Działanie terapii fizykalnej może być bardziej długotrwałe, gdyż wpływa na właściwą przyczynę choroby—system nerwowy. Należy rozpocząć od wanny 32° C. z ochładzaniem wody do 2—3° w samej wannie, ciepłotę następných kąpeli można szybko obniżać aż do 27° C. Można

też zastosować prysznic 35° C. w przeciągu 3 min., potem krótko 20°. Jednocześnie zaleca się zawiąanie w mokre prześcieradła o temp. 20° C., potem po rozgrzaniu się krótki zimny prysznic. Autor ostrzega przed kąpielami nasiadowymi, które chorzy źle znoszą i które w sanatoryum, zarządzanem przez prelegenta, nie dały dobrych wyników. Kuracja trwa 3—4 tygodni.

Dyeta podczas choroby obowiązuje, jakkolwiek nie mamy tu do czynienia z niezżytem kiszek. Zalecać należy mleko i tłuszcze, oraz mączne potrawy, ograniczyć mięso, zabronić korzeni i alkoholu. Co do leków wewnętrznych, są one prawie zbyteczne; bromu stanowczo nie można zalecać, wody mineralne zbyteczne. Najwyżej arsenik lub kuracya rycynowa według PENZOLDT'a.

49. Dr. L. Steinsberg (Franzensbad). Leczenie blednicy za pomocą gorących kąpeli błotnych.

Autor, opierając się na teorii blednicy NOORDEN'a i doświadczeniach FRAENKEL'a i DOBROWOLSKIEGO, dotyczących działalności jajników, jako gruczołów t. zw. „*Innensekretion*”, traktuje blednicę jako chorobę poniekąd „ginekologicznego” pochodzenia; mianowicie jajniki, jako narządy „hemopoetyczne”, wskutek pewnych zmian chorobowych, nie dają bodźca narządom krwiotwórczym i dzięki temu powstaje charakterystyczny obraz w krwi i przemianie materii ustroju. Z tego względu poczynione ostatnie próby stosowania w blednicy organo-terapii być może mają widoki powodzenia. W każdym razie kuracya żelazem może być uważana tylko za symptomatyczną i w wielu wypadkach nawet niekonieczną [ostatnia publikacya GRAWITZ'a, który dowodzi, że nieraz wystarczają hydroterapeutyczne i dyetetyczne przepisy]. W każdym razie, jeśli uważać narządy płciowe jako pierwotne ognisko choroby, można w blednicy z powodzeniem stosować leczenie miejscowe za pomocą balneoterapii. Już GRAWITZ zalecał przy blednicy gorące wanny z następczem poceniem się i zaznaczał wyższość gorących kąpeli nad chłodnemi. Autor podaje przebieg choroby 23-ch przypadków blednicy, w których stosował z powodzeniem gorące kąpiele błotne o temp. 38—39° C. w przeciągu 8—20 min. 3—4 razy tygodniowo. Pozycya w wannie pół leżąca, zanurzenie w wannie sięga do mostka; na głowę zimny kompres. Po wannie błotnej daje się krótką kąpiel 35° w celu obmycia, potem zawiąja się chorą do należytego pocenia. Po wannie zaleca się dwugodzinne leżenie. Kuracya trwa 5—6 tygodni. Zrozumiałego spadku wagi ciała nie należy się obawiać. W demonstrowanych przypadkach systematycznie badano krew i przemianę materii chorych i już po 1½ tygodniowej kuracyi zauważono pomyślne wyniki co do liczby krwinek, ilości wydzielanego chloru i azotu i t. d.

50. Dr. Immelmann (Berlin). O leczeniu przewlekłego niezżytu oskrzeli i dychawicy za pomocą promieni Roentgen'a.

Do stosowania promieni ROENTGEN'a przy *Bronch. chronica* w celu leczniczym doszedł drogą przypadku SCHILLING [Norymberga], który prześwietlał pewnego pacyenta, cierpiącego na dychawicę w celu dyagnostycznym i dowiedział się na drugi dzień, że ataki astmy u chorego nagle ustały. SCHILLING objasnia to oddziaływaniem promieni ROENTGEN'a na bujanie nabłonka w ścianie oskrzeli.

Prelegent podaje rezultaty swoich doświadczeń w 10-u przypadkach niezżytu przewlekłego i astmy—w których stosował prześwietlanie promieniami R. w celu leczniczym, wszędzie z dobrym skutkiem. Jeden z pacjentów cierpi na dychawicę od lat 10-ciu, obecnie po 4-ch prześwietlaniach znikły wszelkie skargi, u innego znacznie zmniejszyła się duszność i nawet obiektywnie wykazano poprawę. Prelegent stosował prześwietlanie naprzemian

z przodu i z tyłu w ciągu minut 10-u, nie dłużej, gdyż w tym razie występują nieprzyjemne oddziaływania uboczne.

51. Dr. A. Martin (Zürich). Z historii balneologii.

Kwestya jest warta rozpatrzenia, gdyż z dawnych wierzeń i poglądów da się pewne korzystne wnioski wyprowadzić. Dawna wiara w skuteczność wód mineralnych opierała się na przekonaniu w siłę leczniczą minerałów, ich ilości i ceny [np. wiara w źródła „ze złotem”]. Od czasu PARACELS’a poczęto większą wagę przypisywać siłom działającym w wodach mineralnych, w tym celu rzucano do źródeł magnesy, siarkę i t. p. Nowa era powstaje dla balneologii od czasu SCHEUCHZER’a i HOFFMAN’a, którzy kładli nacisk na „subtelność” cząsteczek wody mineralnej, która może się przedostać do najdrobniejszych naczyń i swój skutek wywrzeć. Tu przeciwnie nadmierna ilość minerałów nie jest pożądana. Dalej HUFELAND, STEIN siłę leczniczą przypisują magnetycznym fluidom, które powstają przez zetknięcie się ciała kąpiącego się z wodą i wogóle wygłaszali poglądy pokrewne dzisiejszym o radioaktywności.

Na skuteczne działanie temperatury zwrócili uwagę lekarze praktyczni, nie zaś badacze laboratoryjni, którzy właśnie kwestyonowali to działanie, stąd przestroga dla dzisiejszych poszukiwań terapeutycznych. Dalej prelegent opisuje kilka metod wodoleczniczych, dawniej używanych, a dziś godnych przypomnienia.

Ponieważ, jak wykazano wyżej, w pocz. XVIII stulecia skuteczność wody leczniczej przypisywano „subtelności” jej cząstek, więc sądzono, iż im więcej się wody wypije, tem łatwiej potrafi ona „wymyć” z najodleglejszych części ustroju wszelkie niepotrzebne lub szkodliwe substancje. ZIMMERMAN opisuje, że jeden chory w Pfäfers, cierpiący na hypochondryę, wypijał dziennie 35 dużych kufli wody mineralnej i kąpał się 8 godzin dziennie — i w przeciągu 7 tygodni wyleczył się zupełnie. Można byłoby przypomnieć o tym sposobie i dziś w tych razach, gdzie chodzi o przepłukiwanie ustroju — oczywiście nie można by było zalecać tak wielkiej ilości wody, lecz stopniowo dojść do pewnego maximum.

Drugi dawny zwyczaj — to kąpiel długotrwała. Brano kąpiel po 5—6 godz. dziennie i jak notują kroniki niektórych miejscowości leczniczych — z dobrym skutkiem. Z tegoczesnych autorów, długotrwałe wanny stosuje KELLOGG i utrzymuje, że przy usilnej pracy umysłowej sen w wannie w przeciągu kilku godzin, bardziej wpływa na wypoczynek, niż przespanie całej nocy w pościeli. Jednak, przy stałym używaniu kąpeli długotrwałych występują pewne objawy: ogólne osłabienie, brak apetytu i co ciekawsza, wracają dawne skargi np. u artrytyków lub podagryków. Dowód to, że procedury hydroterapeutyczne mogą wpływać nawet na głębiej znajdujące się tkanki ustroju. Prelegent zaleca wypróbowanie tego środka u chorych z gośćcem stawowym przewlekłym, u których długość pozostawania w wannie można stopniowo podnosić do 1 godz.; przy temp. obojętnej i małej zawartości soli mineralnych wysypki następczej można się nie obawiać.

52. Dr. Hirsch (Nauheim). O wadach serca.

Prelegent podał ostatnie wyniki wiedzy lekarskiej dotyczące tego przedmiotu. Stosunek chorób sercowych do innych chorób wynosi 8—9% co do częstości. Wielka liczba wad serca nie bywa rozpoznawana za życia [według EULENBURG’a stosunek nierozpoznanych do rozpoznanych wynosi 5:1]. Co do etyologii — ostatnie dane statystyczne określają częstość ostrego gościa stawowego, jako odsetkę 55% [obliczenie GUTTMAN’a]. Niedomykalność zastawki dwudzielnej zdarza się u 65—70% wszystkich przypadków [NOTNAGEL]. Re-

kowanie, jak wykazał JÜRGENSEN, nie zależy dziś od określonych rodzajów wad, lecz przede wszystkim od indywidualizmu chorego. Zwłaszcza pomyslna prognoza dotyczy wad nabytych we wczesnej młodości; tu możliwe jest nawet kompletne wyleczenie — *restit. ad integrum* [ROMBERG]. U kobiet wogóle rokowanie jest lepsze niż u mężczyzn; komplikacja niedomykalności zastawek przez zwężenie ujścia zwykle poprawia rokowanie [LEYDEN, BAMBERGER]. Co do terapii wad serca ważnymi są zabiegi fizykalne, jak np. kąpiele słone z kwasem węglowym, podobnie działające jak naparstnica, należy tylko je umiejętnie dawkować, podobnie jak ruch fizyczny, który może służyć za czynnik leczniczy ćwiczenia serca (*Herzübung*) z jednoczesnym oszczędzaniem go przez ostrożne zalecanie (*Herzschonung*). W okresie niewyrównania posiadamy potężny środek — naparstnicę, którą lepiej stosować w niektórych preparatach jak digalen, nie posiadających własności kumulatywnych.

53. Dr. Groedel (Nauheim). Doświadczenia nad kąpielami z kwasem węglowym.

Autor przeprowadził badania nad szeregiem osób i doszedł do pewnych stałych wyników:

1) Kąpiel gazowa z kwasem węglowym nie wpływa na ciśnienie krwi oraz na oddech, tętno zaś w znacznym stopniu przyspiesza [o 8 do 20 uderzeń na min.]. Dlatego też kąpiel taką można uważać za łagodną procedurę cieplną bez wpływu na ciśnienie krwi, co dotychczas niektórzy podawali w wątpliwość.

2) W kąpeli gazowej odgrywa rolę specjalny czynnik, zanotowany już przez SENATOR'a i FRANKENHAUSER'a i nazwany przez nich „kontrastowem termicznym oddziaływaniem (*termische Kontrastwirkung*). Działanie to polega na tem, że z jednej strony ciało ludzkie odczuwa wodę w kąpeli o temperaturze niższej od obojętnej, jako zimną, a z drugiej, że pęcherzyki kwasu węglowego przy zetknięciu się z powierzchnią skóry, działają jako podrażnienie cieplne.

3) Czynnik ten jest głównym powodem podnoszenia się ciśnienia krwi, które zwykle dotychczas obserwowano przy stosowaniu kąpeli gazowych. Autor uniknął tego przez następującą procedurę. Chory wstępuje do wanny powoli [uniknięcie nagłej różnicy pomiędzy temperaturą pokoju i wanny]: ciepłota wanny waha się od 33—34° C. [uniknięcie kontrastu pomiędzy temperaturą wody i czuciami termicznymi, wywoływanymi przez pęcherzyki gazowe]; spokój podczas przebywania w kąpeli [zmniejszenie oddziaływania pęcherzyków]; zalecanie pół-kąpeli [by zmniejszyć powierzchnię podrażnienia].

4) Wogóle przez odpowiednie modyfikacje kąpeli można ten kontrast termiczny dowolnie wzmacniać lub osłabiać w zależności od wskazań leczniczych.

54. Dr. Baur. Czy kąpiele z kwasem węglowym są przeciwwskazane w razie wysokiego ciśnienia w systemie krwionośnym?

Wielu autorów ostrzega przed stosowaniem kąpeli z kwasem węglowym w wadach serca z wysokim ciśnieniem systemu krwionośnego, gdyż kąpiele te ciśnienie jeszcze bardziej podnoszą. Autor przeprowadził badania u 80 chorych i doszedł do innych wyników, a mianowicie.

1. Kuracya kąpielami słonymi z kwasem węglowym prowadzi w 75% przypadków do spadku ciśnienia w systemie krwionośnym. Wznoszenie się ciśnienia ma miejsce tylko w razie niskiej temperatury wody i jest ono tem mniejsze, im bliżej temperatura kąpeli zbliża się do obojętnego punktu (34—35°C. według Strasburgera). W tych 25% przypadków, w których autor

sposzrzegł podniesienie się ciśnienia, tem niemniej ogólny stan chorych poprawił się, tak że wogóle kąpiele z kwasem węglowym nie są przy wadach serca przeciwwskazane.

2. Kąpiel słona z kwasem węglowym prowadzi do długotrwałego rozszerzenia się naczyń skórnych i do zwolnienia działalności serca. Podobnie, jak pod wpływem naparstnicy, w tym razie serce otrzymuje podniecie do intensywniejszej pracy, nadto w pomyślnych warunkach: przy zmniejszonym oporze w krwiobiegu i zwolnieniu skurczów mięśnia sercowego.

3. W tych przypadkach, w których otrzymuje się wzmożenie ciśnienia, nie jest to bez korzyści, jak i w kuracyi naparstnicowej. Należy być jednak ostrożnym w stosowaniu tych kąpielei przy marskości nerek i białkomoczu, spowodowanego przez miażdżycę naczyń krwionośnych.

4. Wogólności kąpiele to można z pożytkiem stosować w wadach serca z ciśnieniem wzmożeniem i w przypadkach niewydolności serca (umiarkowanego stopnia).

55. Dr A. Loebel. Wskazania kąpielei błotnych w przewlekłych cierpieniach nerek.

Głównie zaleca autor kąpiele błotne przy marskości nerek, a to z następujących powodów:

1. Ciśnienie w systemie krwionośnym w marskości nerek jest wysokie. Kąpiele błotne zniżają je o 30—50 mm Hg. przy niskiej temperaturze kąpielei i o 40—70 mm Hg. przy wysokiej.

2. Wysokie ciśnienie w marskości nerek prowadzi do rozszerzenia i przerostu serca z następnem jego zwiotczeniem. Kąpiele błotne wywołują zwolnienie tętna po przeciągu 24 minut kąpielei o temperaturze obojętnej. Kąpiele z temp. sięgającą ponad 39°C. wywołują przyspieszenie tętna, które po ukończeniu kąpielei przechodzi w zwolnienie.

3. Marskość nerek wskutek utrudnienia krwi obiegu prowadzi do duszności i ujemnie wpływa na regenerację krwi. Kąpiel błotna o temp. od 35°C. do 42° prowadzi do długotrwałego zwolnienia liczby oddechów. Kąpiel o innej temperaturze wpływa na zwolnienie krótkotrwałe (po 1 godz. oddech wraca do normy).

4. Marskość nerek prowadzi przez stałą utratę białka w moczu do niedokrwiistości. Według Tuszka kąpiel błotna jest bodźcem dla krwiotwórczych narządów; zawartość hemoglobiny na razie spada, potem podnosi się o 20% i trwa tak przez czas dłuższy; to samo dotyczy białych ciałek krwi.

5. Marskość nerek cechuje wzmożenie się wydzielania moczu. Według Koranyi'ego diureza przy stosowaniu kąpielei błotnych spada o 10%.

Wreszcie za wskazanie do stosowania kąpielei błotnych przy marskości nerek służy ogólna miażdżycza ustroju, w razie której mogą być one stosowane nie jako środek symptomatyczny, lecz przyczynowy, o ile tylko ciśnienie w systemie krwionośnym nie przechodzi pewnych granic.

56. J. Siebelt. O leczeniu powikłań rzeżączki przewlekłej.

Do leczenia zapomocą balnoterapii nadają się dwa rodzaje powikłań: cierpienia stawów pochodzenia rzeżączkowego i zmiany w narządach płciowych kobiecych.

Co do pierwszych—można zalecić z pożytkiem stosowanie kąpielei błotnych o temperaturze wysokiej—można stopniowo dojść do 45°C. Pożądanym jest masaż chorego stawu w samej wannie. Nawet najbardziej zastarzałe sprawy mogą ustąpić leczeniu zwłaszcza po 2—3 krotnem powtórzeniu kuracyi.

Te same kąpiele można zalecić przy cierpieniach narządów kobiecych pochodzenia rzeżączkowego. Subiektywne skargi (ból w krzyżu) znikają szyb-

ko. Wpływ na zmiany anatomiczne w narządach daje się zauważyć po dłuższym stosowaniu leczenia. Najbardziej uporczywe są nieżyty błony śluzowej. Dla tych ostatnich bardziej skuteczne są kąpiele z igliwia we Flinsbergu.

Zniechęcenie się wielu autorów do stosowania balneoterapii w tych cierpieniach wskutek złych wyników, autor tłumaczy nieprzestrzeganiem przepisów lekarskich przez pacjentów w zakładach leczniczych, do których niektórzy jeżdżą nie tylko dla leczenia, ale i dla zabawy.

57. Dr. Rotschild. (Soden). O stanowisku otwartych miejscowości leczniczych w walce z gruźlicą.

Jeszcze do niedawnego czasu posyłano chorego na gruźlicę do pierwszego lepszego zakładu leczniczego, a ponieważ liczba chorych tuberkulicznych jest olbrzymia (DETTWEILER przyjmuje dla Niemiec 1 mil. stale chorych na gruźlicę), więc i kąpielowe zakłady kuracyjne ubiegały się o to i konkurowały ze stacyami klimatycznymi. Dziś jednak należy potępić takie postępowanie, a zdarza się jeszcze i obecnie, że lekarz ulega wielu chorym na gruźlicę, którzy czują pewne „odium” do specjalnych zakładów dla tuberkulicznych i dążą do otwartych miejscowości leczniczych. Należy zezwalać na przebywanie w otwartych miejscowościach leczniczych tylko chorym z lekkimi objawami „*Phthisis incipiens*”, z płwociną pozbawioną laseczników, pleurytykom w okresie zdrowienia i t. p., których trudno ze względu na „psychiczną kurację” trzymać w zakładach specjalnych. Chorych zaś z niewątpliwymi oznakami suchot, którzy przedstawiają pewne niebezpieczeństwo dla ogółu, bezwarunkowo nie należy dopuszczać do zakładów kąpielowych otwartych. Więc formułuje autor: „jawna gruźlica do zamkniętych zakładów, gruźlica ukryta lub ustępująca do miejscowości otwartych”.

58. Dr. Fisch (Francensbad). O leczeniu otyłości.

Ideał kuracji odtłuszczającej opiera się, według EBSTEIN'a, na wymaganiach:

1) aby przy leczeniu znikał z ustroju tylko tłuszcz, w przeciwnym razie łatwo powstaje wychudzenie charłacze z wtórnem osłabieniem mięśnia sercowego, 2) aby była możliwie łatwa do przeprowadzenia dla pacjenta, 3) aby działanie odtłuszczające było możliwie długotrwałe i po zaprzestaniu kuracji.

Najważniejszym w kuracji jest dyeta. Przytem dawniejszy podział pokarmów na odtłuszczające i nie odtłuszczające dziś nie uważa się za racjonalny. Wszelki pokarm przetwarzający się w ustroju w jednostki cieplne, może wpływać na ilość tłuszczu. Dla diety odtłuszczającej o obowiązkowym jest jeden warunek: aby dopływ kalorii do ustroju był mniejszym od ich zużycowania. Autor najbardziej się przechyla do diety EBSTEIN'a (pokarmy z dużą zawartością tłuszczu, a małą białka), dopełniając ją przez zalecanie ruchu fizycznego, jednak nie forsownego. Jazdy na rowerze, zalecaney przez ALB'a i turystyki, zalecaney przez Beck'a, autor nie radzi stosować, gdyż zawsze spostrzegał przytem powikłania ze strony czynności sercowej.

Z zabiegów balneoterapeutycznych na uwagę zasługują kąpiele słone z kwasem węglowym, pomyślnie oddziaływające na przemianę materii. Wody mineralne alkaliczne, podawane wewnątrz w celu czyszczącym, dziś powoli wychodzą z użycia ze względu na częste powikłania ze strony systemu naczyniowego. Z nowszych preparatów autor zaleca Esencję Spermini — Pöhl, która wzmagą w ustroju sprawę utleniania, oraz obniża ciśnienie w systemie krwionośnym, co jest wskazane u osób otyłych.

Berlin w kwietniu.

Dr. Tad. Jaroszyński.

LIST OTWARTY.

Szanowny Panie Redaktorze,

W № 18 Gazety Lekarskiej pomieszczona została w rubryce Wiadomości bieżących wzmianka, przeciwko której stanowczo muszę zaprotestować. Z powodu mojego odnośnika w życiorysie, który brzmi: „Życiorys niniejszy, zgodnie z wolą zmarłego był przeznaczony do Gazety Lekarskiej, z powodów jednak odemnie niezależnych, tamże nie został pomieszczony“. Redakcja Gazety powiada od siebie co następuje: „Ubolewamy niezmiernie, że Gazeta Lekarska pozbawioną została t e g o nekrologu i że przedśmiertna wola ś. p. Krajewskiego nie z winy Redakcji G. L. nie została spełnioną“. Oczu moim nie wierzę. Życiorys tak jak go wydaliśmy, bez zmiany jednego słowa, był złożony w Red. Gaz. Lek. i przez nią nieprzyjęty. Jakim więc sposobem Gaz. Lek. twierdzić może, że pozbawiona została t e g o nekrologu.

Wynikałoby z tego, że ja inny nekrolog złożyłem Gazecie, a inny wydrukowałem. Tego nie uczyniłem i nie mogę się zgodzić aby Gazeta winę niewypełnienia woli ś. p. Kr. z siebie na mnie zrzuciła, a przytem rzuciła na mnie cięń podejrzenia, że inaczej zrobiłem niż mówię.

Z szacunkiem.

Teodor Dunin.

Z notatki umieszczonej w № 18 nie wynika bynajmniej aby kol. DUNIN złożyć miał inny artykuł aniżeli ten, który ogłosił drukiem. Natomiast wymaga sprostowania oświadczenie kol. DUNINA, że artykuł ten nie został przyjęty. Redakcja udała się z prośbą do autora o wykreślenie paru zdań, mogących dać powód do polemiki, której przy wspomnieniu pośmiertnem należałoby jaknajstaranniej unikać.

Kol. DUNIN sam zażądał zwrotu artykułu. Rękopis został odesłany d. 23-go marca r. b. z listem redaktora, którego to listu zakończenie powtórzone zostało w № 18 Gazety Lekarskiej.

Wiadomości bieżące.

— Komitet wystawy przyrodniczo-lekarskiej i higienicznej X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1907 zawiadamia wszystkich wystawców, że otwarcie wystawy nastąpi nieodwołalnie w terminie pierwotnie ustanowionym t. j. 16-go czerwca r. b.

Wobec tego przypomina tenże Komitet P. T. wystawców, że w myśl postanowień regulaminu winni oni swe okazy dostarczać na plac wystawy w czasie od 1-go do 10-go czerwca, gdyż po upływie tego terminu nadesłane okazy mogą zostać zwrócone, względnie niekorzystne ich pomieszczenie będą musieli wystawcy przypisać opóźnieniu ich wysłania.

— Sprawa otwarcia szpitala przy ul. Spokojnej znowu została wstrzymana. Tymczasem epidemia nie tylko nie ugasa, lecz z większą siłą zaczyna się szerzyć. W zeszłym tygodniu według danych urzędowych było 158 świeżych przypadków. Rozumie się, że to są tylko te przypadki, które łatwo było stwierdzić. Jeżeli przyjmujemy na uwagę fakt, że rozpoznanie gorączki powrotnej po przebytych kilkudniowym napadzie nastęrcza znaczne trudności, to można dojść do przekonania, że wielu tego rodzaju osobników przebywa w mieszkaniach ciasnych, szerząc infekcję. Dodać do tego należy, że szpital św. Stanisława z powodu braku miejsc nie przyjmuje nie tylko chorych na inne choroby zakaźne, tyfus wysypkowy, szkarlatynę i t. d., a nawet zmuszony jest do odmówienia przyjęcia chorego na ospę, jak to miało miejsce w zeszłym tygodniu, to okazuje się, że wkrótce może zająć nagląca potrzeba otwarcia szpitala nie na 100 lecz daleko większą liczbę łóżek.

Dowiadujemy się, że Rada miejska dobr. publicznej na wniosek Inspektora szpitali warszawskich wystąpiła do magistratu z protestem przeciwko przewlekaniu sprawy pierwszorzędnej wagi pod względem sanitarnym.

— Kongres międzynarodowy laryngologiczno-rynologiczny odbędzie się w Wiedniu d. 25—25 kwietnia r. 1908. Komitet organizacyjny urządza wystawę dotyczącą laryngologii, rynologii, oesofagoskopii i bronchoskopii. Prezesem kongresu jest prof. O CHIARI, sekretarzem prof. M. GROSSMANN.

— Jako kandydaci na następcę GARRÉ'go, który objął klinikę chirurgiczną w Bonn, wymienieni prof. LEXER z Królewca i pierwszy asystent GARRÉ'go dr ANSCHÜTZ.

— Składki na pomnik M. Nenckiego. [Spis I-szy].

Wydział gospodarczy X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich oraz komitet pomnika podają do wiadomości, iż na pomnik M. NENCKIEGO wpłynęły już do 21-go maja 1907 r. następujące datki: od Tow. przyrodników im KOPERNIKA we Lwowie 100 k., na wniosek p. Mag. farm. K. SKLEPIŃSKIEGO: od gremium aptekarzy gal. wsch. 50 kor. od koła aptekarzy lwowskich 50 k., na listę p. prof. dr Br. Radziszewskiego: prof. dr Br. Radziszewski 30 k., p. Wł. Leppert [Warszawa] 250 k. 65 gr., p. doc. dr. St. Opolski 20 k., dr Bolland ze składek zebranych w Tarnopolu 30 k. — razem 330 k. 65 gr. Na listę p. prof. St. Kostaneckiego [Bern-Szwajcarya] prof. dr. St. Kostanecki 45 k. p. prof. dr Tambor [Bern] 10 k., p. dr. Wiktor Lampe [Bern] 10 k. — razem 65 k. Na listę p. dyrektora szpitala dra I. Starzewskiego: dr I. Starzewski 2 k., p. dr I. Krzyszkowski 2 k., p. dr W. Arnold 2 k., p. dr M. Świątkiewicz 2 k., p. dr W. Opolski 2 k., p. dr Eug. Wajgel 2 k. — razem 12 k. Na listę p. prof. dra A. Becka: p. prof. dr G. Ziembicki 20 k., p. dr F. Obtulowicz 5 k., p. dr O. Pisek 5 k., p. prof. dr W. Szymonowicz 20 k., p. dr. R. Rencki 20 k., p. prof. L. Rydygier 20 k., p. Marya Strzelecka 1 k., p. prof. dr Em. Machek 20 k., p. doc. dr. A. Sołowij 5 k. — razem 116 k. Na listę p. prof. dra St. Bądryńskiego: p. prof. dr St. Bądryński 100 k., p. prof. dr. L. Popielski 50 k., p. prof. dr A. Beck 20 k., p. prof. dr W. Sieradzki 20 k., p. prof. dr W. Łukasiewicz 20 k., p. prof. dr A. Mars 20 k., p. prof. dr H. Halban 20 k., p. prof. dr J. Raczyński 20 k., p. prof. dr J. Prus 20 k. p. prof. dr Kučera 10 k., doc. dr A. Bednarski 10 k. — razem 310 k. Od dra Kazimierza Orzechowskiego [Wiedeń] 20 k.

Składki przyjmuje dalej sekretarz w. gosp. Zjazdu a skarbnik komitetu pomnika, docent dr Adam SZULISZAŃSKI [Lwów, Jagiellońska 8].

Collargol

Doskonały środek leczniczy w zakażeniach septycznych, w sprawach połogowych, jako też środek zapobiegawczy przeciw gorączce połogowej. Stosuje się dożylnie (bez objawów ubocznych) per rectum i per os; do wcierania jako Uguentum Credé. Również nadaje się do opatrunku ran, do leczenia chorób oczu pochodzenia zakaźnego i do przemywania pęcherza.

Omorol

Zupełnie pozbawione działania drażniącego połączenie srebra z białkiem, stosuje się w przypadkach zapalenia błon śluzowych gardzieli (angina, diphtheritis) i narządów płciowych i w zakażeniu łącznicy i rogówki.

Salit

Płynny związek salicylowy. Tani, szybko działający środek do wcierania we wszelkiego rodzaju chorobach pochodzenia gośćcowego. Najmniej drażni skórę; nie posiada działania ubocznego na narządy wewnętrzne.

Próby i literaturę dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno, lub przedstawiciel

Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

**D Y M A L**

Proszek do suchej antyseptyki; bez zapachu, nie trujący, nie drażni i organiczna wydzielin. Pożyteczny w ranach, oparzeniach, poceniu się, przentui i innym dolegliwościach skóry. Zasługuje na wyróżnienie w porównaniu z innymi surogatami jodoformu, szczególnie ze względu na taniość.

E S T O R A L

Środek przyjemny przeciw Katarowi.
Literatura: „Heilmittel-Revue“, Luty 1906.

L I G O S I N

-Natr Środek wypróbowany przeciw rzeżączce macicy
-Chinin. Nietrujący i niedrażniący środek antyseptyczny.

Próby literatura wysyła się P. p. lekarzom bezpłatnie.

D-r Wacław Kraszewski

b. ordynator szpitala we Włocławku, ordynuje w bieżącym sezonie w Wysowej (Galicya), jako lekarz zakładowy.

Le Valerianate de Pierlot

(Waleryanat amonu Pierlot).

Działa uśmierzająco w chorobach nerwowych

Nerwice

Newralgie

Neurastenia

Dawka: 2 lub 3 łyżeczki
od herbaty, rano
i wieczorem do $\frac{1}{4}$ części wody o-
cukrzanej.

Literatura: Bouchardat, Tr. Pharm., strona 300.

Gibler, Com. du Codex. strona 813. Trousseau, Thérap., page 214. Charcot
Clinique de la Salpêtrière.

LANCELOT et C-o. Rue St. Claude, №26, Paris. Główny przedstawiciel na całą
Rosyję W-ny POMMIER, St.-Petersburg, Furshtadskaja № 8.

Składy w St.-Petersburgu: Sztol i Szmidt, ul. Gogola № 11, i w Rosyjskiem
Towarzystwie Farmaceutycznym, Kazańska № 12.

KROWIANKA ^{OSPA} _{OCHRONNA}

w Warszawie, DANIŁOWICZOWSKA 8. Telef. 528.

Instytut D-ra Tchórznickiego.

D-r F. Chłapowski

ordynuje i w tym roku w KISSINGEN

Prinz-Regentenstr. 1. w podw., gdzie ma też pensjonat dyetetyczny.

Docent Uniwersytetu Lwowskiego

D-r E. Biernacki

ordynuje w r. b. w Karlsbadzie od dnia 2-go Maja.

Adres zwykły: Alte Wiese, dom „NIZZA“ (z tyłu za Nastopilem).

W KUDOWIE ordynuje jak zazwyczaj

D-r Jan BRODZKI

b. asyst. prof. Leydena kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechano-terapii.

Uznane za najlepsze i wypróbowane mydła lekarskie są przetłuszczone

Mydła D-ra Eichhoffa.

Jedyny uprawomocniony fabrykant:

Ferd. Mühlens w Kolonii n/R. i w Rydze.

W dowód prawdziwości na każdym kawałku jest napis czerwony
D-r Eichhoff.

Królewskie Zdrojowisko Kissingen

Zdrojowisko pierwszorzędne

Leczenie wewnętrzne i kąpielami

Kąpiele solankowe,
obfitujące w kwas
węglowy.

RAKOCZY

Pandur
Maxbrunnen

Kąpiele mineralne i borowinowe, tężnie.

Sezon od 15 kwietnia do 31 października.

Przesyłka wód mineralnych: Zarząd Król. kąpeli mineralnych, zagranicę
za pośrednictwem aptek i składów materiałów aptecznych.

Prospekty: Związek kąpielowy.

BAD OEYNHAUSEN (Westfalia)

godzina za Hannowerem, 5 godzin za Berlinem.

Podczas lata ordynuje Porta str 1

D-r Stanisław Janta-Połączyński.

D-r W. Biesiekierski

ordynuje przez lato w Ciechocinku, pensjonat Zachęta.

KREUZNACH

Sezon od 1 maja do 30 września.

Źródła jodo-bromo-litowe o silnem działaniu z zawartością czynnego rodu. Wszystkie nowe środki lecznicze ze i doskonale urządzenia sanitarne.

WSKAZANIA: choroby kob et i dzieci, żoły, brzywica, choroby skóry, serca, pedagra i gościec.

Wysyła się ług z Kreuznachu.

Prospekty otrzymać można od Dyrekcyi zdrojowej gratis i franko.

POHULANKA

KLIMATYCZNA STACYA
LEŚNA POD DYNABURGIEM.

hrabiego Jana Plater-Zyberka.

Pensyonaty, wille. Nowa Wodolecznica. Kumys. Kefir.

LUFTBADY metody D-ra Lahmann'a. GIMNASTYKĘ SZWEDZKĄ leczniczą i zdrowotną od 1 — 14 marca prowadzić będzie p. Wanda Falkowska.

Zwracać się o szczegóły: St. Liksna Witeb. gub. Kurort Pohulanka.

D-r Stefan Filipkiewicz

ordynuje jak lat ubiegłych w **CIEPLICACH TRĘNCZYNSKICH** od 1 maja, na żądanie wysyła broszury i poleca pierwszą polską wille „**Batory**”.

W **KISSINGEN**, Ludwigr. 16, praktykuje jak lat ubiegłych

Dr. med. J. Maciejewski

Przyjmuje chorych w swoim prywatnym pensyonacie z całodziennem utrzymaniem od 4 — 6 rubli. Kuchnia dyetetyczna (także i dla eksternistów). Kąpiele lecznicze wszelkiego rodzaju elektroterapia, masaż czynny, wibroyejny i ręczny.

Zimą praktykuje w **WIESBADENIE**.

D-r O. Lang

ordynuje jak w latach poprzednich w **R a b c e**.

Poszukuję współpraczkę lub współpracnika

lekarza do zakładu leczniczego oddawna istniejącego.

Adresy z krótkiem curriculum vitae nadsyłać pod adresem: Biuro dzienników Ungra, **Wierzbowa 8**, dla „Lekarza”.

Bad Reichenhall ordynuje jak zwykle **D-r W. SADOWSKI**

Willa Schönheim.

Doktór PRZYREMBEL

praktykuje w Ciechocinku choroby chirurgiczne.