



DZIENNIK LECARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GALĘZIOM · WMIĘJ ·
· TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.
Telefon 26-79.

Ogólnego zbioru Nº 2799.

SANTALOL
SALOL
UROtropINA

EUMICTINE

KAPSUŁKI
GLUTENOWE

ŚRODEK PRZECIWGONOKOKOWY
KOJĄCY

MOCZOPĘDNY

PRZECIWGNILNY

RZEŻĄCZKA

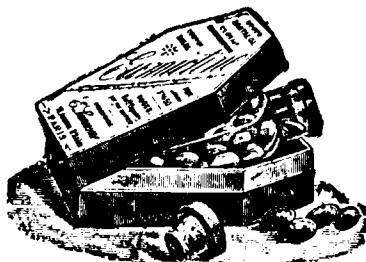
ZAPALENIE MIEDNICZEK

ZAPALENIE PĘCHERZA
MOCZOWEGO

ZAPALENIE
MIEDNICZEK I NEREK

ZAPALENIE NEREK

ROPOMOCZ



LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62 Rue de la TOUR w PARYŻU.
Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

Otrzymawszy znaczny transport z zagranicy, jesteśmy w możności
obniżyć cenę znanego powszechnie naszego przetworu

PHYTINY w kapsułkach,

wskutek czego cena jej detaliczna pod żadnym pozorem nie powinna
przenosić

Mk. 8 za pudełko.

PABJANICKIE TOWARZYSTWO AKCYJNE
PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO
w Pabjanicach.

Próby dla pp. lekarzy gratis i franco.



Najmniej trujący ze wszystkich równej skuteczności środków miejscowo
znieczulających

STOWAINA

NIE POWODUJE BÓLÓW GŁOWY, MDŁOŚCI, ZAWROTÓW GŁOWY CZY OMDLEŃ
Sposób użycia taki sam jak kokainy
UŻYWANIE JEJ NIE ZAGRAŻA PRZEJŚCIEM W NAŁÓG

KILKA PRZEPISÓW UŻYWANIA STOWAINY

Proszki przeciw gastralgi:	Balsam przeciw nadżarciu brodawek:	Maść przeciwko hemoroidom i fissurze ani (pęknięciu kieszki):
Rp. Stovaini..... 0,02	Rp. Stovaini..... 0,40	Rp. Stovaini..... 0,25
Magnes. ustae..... 0,60	Acidi borici..... 0,20	Adrenalini 1/1000
Cretae praep..... 0,40	Bism. subgall..... 3,00	3 kropli
Natrii bicarb..... 0,40	Bals. peruv. 11 kropli	Lanolini
M. f. p. d. t. d. n° 12	Lanolini	Vaselini aa 5 gr.
S. — 1 raz dziennie po jednym prosku po każdym jedzeniu. (Huchard)	Vaselini aa..... 10,0	(Huchard)

Les Établissements POULENC Frères, PARIS
Główny skład: WARSZAWA, Foksal, 13

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“ niniejszem zawiadamia W W. P.P. Doktorów, iż

„MOTO FER“

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp.
lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“.

[Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od 1819 r.

**Fabryka narzędzi chirurgicznych
Warszawa — Plac Małachowskiego [2 (róg Traugutta).**

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i po-
moce lecznicze.

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.

D-r Med. Bolesław Dębiński

Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

Metody kliniczno-laboratoryjne.

Praca nagrodzona na konkursie imienia D-ra Med. A. SOKOŁOWSKIEGO.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO i S-ki w Warszawie.

Cena m. 2.50.



WZGLĘD LECZNIKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·
POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Warszawa, d. 2 sierpnia 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2799

Z ODDZIAŁU CHOROBY SKÓRNYCH PRYMARYUSZA DRA M. ŚWIĄTKIEWICZA W KRAJOWYM SZPITALU POWSZECH-
NYM WE LWOWIE.

O LECZENIU OPARZEŃ.

Podał

Dr Zenon Grossek.

Na oddziale skórnym prymaryusza dra Michała Świątkiewicza od szeregu lat jest w użyciu sposób leczenia oparzeń zasadniczo różny od metod leczniczych, podawanych zwykle w podręcznikach. Ponieważ jednak sposób ten daje wyniki bardzo dobre, przeto należy go podać do wiadomości ogółu lekarzy.

Gdy mamy przed sobą świeży przypadek oparzenia, najpierw starannie i dokładnie a, możliwie bezboleśnie, oczyszczamy i odkażamy powierzchnię oparzenia. Następnie wyjąłowionymi nożyczkami obcinamy pęcherze (które przedtem zwłaszcza w obwodzie, należy najdokładniej oczyścić) i zdejmujemy w zupełności cały podniesiony naskórek, prowadząc cięcie tuż przy samym brzegu zdrowego naskórka. Staramy się nie zostawiać najmniejszych strzępków uniesionego naskórka, gdyż łatwo zauważyć można, że w miejscach, gdzie strzępki nieobciętego pęcherza przypadkowo pozostały, nagromadza się następnie surowica, a później ropa, i nawet ropienie w obwodzie dalej się rozszerza. Następnie oczyszczamy tak obnażoną powierzchnię z resztek surowicy, bądź to opłukując ją letnim roztworem wyjąłowionym fizyologicznym soli, bądź też osuszając ją przez wycieranie wyjąłowionymi płatkami gazy, które przykładamy, lekko przyciskając dłoń, i łagodnie je potem odejmuje i odrzucamy,

wystrzegając się wszelkiego tarcia, sprawiającego nieznosny ból.

Po osuszeniu oparzonej powierzchni przykrywamy ją płatkami wyjąłowionej gazy, powleczonymi maścią. Przytem należy zwrócić uwagę, aby gazę podczas powlekania jej maścią umieszczać na odkażonej podstawie, czynność tę wykonywać odkażonymi rękami i wyjąłowionym szpatelkiem (względnie wyjąłowionym nożem stołowym).

Należy uważać, zwłaszcza podczas pierwszego opatrunku, aby cała powierzchnia oparzona była dokładnie pokryta plasterem gazy, gdyż w razie przeciwnym wyższe warstwy opatrunku przyklejają się do brzegów rany i przywierają do nich tak ściśle, iż oddzielenie ich podczas następnego opatrunku sprawia choremu dotkliwy ból i często powoduje krwawienie.

Maści używamy rozmaitych. Dawniej najlepsze wyniki i najlepsze uśmierzanie bólu dawała nam maść następująca:

Rp. *Bismuti subnitrici* 9,0
Ac. borici 4,5
Lanolini 70,0
Ol. olivarum 20,0
M. f. ung.

Równie dobra bywała tańsza maść borowa podług przepisu:

Rp. *Ac. borici*
Cerae flavae aa 10,0
Vaselini flavi 100,0
M. f. ung.

W czasach wojennych, gdy apteka szpitalna nie mogła nam dostarczać ani lanoliny, ani kwasu bornego, musieliśmy się ograniczyć do namiastek, np.

Rp. *Cerae flavae 10,0*
Vaselini flavi 100,0
M. f. l. a. ung.

W tym wypadku konieczne do sporządzenia maści gotowanie dostatecznie ją wyjaławiało. Jednakowoż w przypadkach, gdy maści tej dostarczono z nieoczyszczonej wazeliny, zdarzało się, iż w otoczeniu oparzeliny wykwiatało *exanthema medicamentosum* szczególnie często, gdy do maści tej zamiast kwasu bornego braliśmy alsol.

Płaty gazy, powleczone maścią i ułożone na oparzonej okolicy ciała, przykrywamy zwierzchu watą Brunsa lub watą celulozową, przyczem staramy się szczególnie dobrze wypełniać watą załuki pomiędzy palcami i pod pachami (naturalnie każdy palec zawijamy osobno), a cały ten opatrunek przymocowujemy opaskami kalikotowymi, które w ostatnich czasach zastępowaliśmy paskami papierowymi.

Po założeniu takiego opatrunku chory doznaje wyraźnej ulgi i zazwyczaj zasypia.

Następne opatrunki, które należy zmieniać codziennie, a w cięższych przypadkach nawet dwa razy dziennie, odbywają się podobnie. Należy ciągle uważać na nowopowstające pęcherze i starannie je usuwać, jakoteż poprawiać i obcinać strzępy przy brzegach pęcherzy dawniejszych. Po kilku dniach podczas opatrunku stosujemy kąpiel w letniej wodzie, poprzednio przegotowanej.

Skoro wydzielina z powierzchni oparzonej zmniejszy się i oparzenie zacznie się pokrywać odradzającym się naskórkiem, naówczas przechodzimy do 10% maści dermatologicznej, którą w czasach wojennych zastępowaliśmy maścią kutitolową podług przepisu:

Rp. *Kutitoli 25.00—50.00*
Vaselini flavi 450.00—475.00
M. f. ung.

Gdy po kilku dniach uwidocznią się miejsca, uległe obumarciu (oparzenie III-go stopnia), wówczas zasypujemy je jodoformem lub pokrywamy maścią jodoformową 10%, albo też dla szybszego oddzielenia tkanek obumarłych stosujemy okład z octanu glinowego.

Wyrastającą następnie ziarninę, o ile buja nadmiernie, przyżegamy lapisem *in substantia* lub w roztworze i przykrywamy maścią dermatologiczną lub też przykładamy tamże, gdy ziarnina nie jest nadmiernie wybujała, maść lapisową.

W ostatnich czasach zaczęliśmy w tych przypadkach stosować z dobrym skutkiem maść protargolową podług Müllera:

Rp. *Protargoli 9.0*
solve in
Aq. destil. frigidae 15.0
misce cum
Lanolini anhydrici 36.0
adde
Vaselini flavi 30.0
*M. f. ung*¹⁾.

Modyfikacja wojenna tej maści (*Argenti proteini 10, Vasel. 90*) nie działała równie zadowalająco.

Opisany sposób leczenia oparzeń 2-go stopnia ma następujące zalety:

1) chory doznaje po założeniu opatrunku znacznej ulgi, skutkiem usunięcia dostępu powietrza do oparzonej powierzchni;

2) również i zmiana opatrunku bywa mało bolesna, ponieważ tłuste pokłady gazy z łatwością i bez bólu dają się oddzielać;

3) tego rodzaju opatrunek pozwala najskuteczniej usuwać wydzielinę z oparzonej powierzchni zrazu surowiczą, potem ropną, która z całej przestrzeni oparzonej wsiąka w opatrunek i z nim odchodzi; skutkiem tego ropienie możliwie się ogranicza i czas leczenia się skraca;

4) przestrzeganie zasad postępowania przeciwnilnego i beznilnego zapobiega występowaniu powikłań chorobami przyrannymi.

¹⁾ Rob. Müller, Bedeutung der Protargolsalbe für die Narbenbildung". Berl. klin. Wochenschr. 1907 str. 308.

Neuropathia acustica.

(O roli porażonych narządów błoniastych błędnika w ogólnym obrazie klinicznym nerwicy kontuzyjnej).

Przez

Bronisława Karbowskiego.

Odczyt, wygłoszony w Sekcji Neurologicznej Warsz. Tow. Lek. 19 października 1918 r.

(Dokończenie — patrz № 30).

Wiele z wyżej podanych objawów ogromnie jest zbliżonych do tych, jakie obserwujemy przy schorzeniach mózdzku, niektóre są zupełnie identyczne. Ciekawem jest, że i przy schorzeniach mózdzku bywa przeważnie atonia prążkowanego układu mięśniowego; obserwowano jednak i stężłość mięśni — katalipsę mózdkową (Babiński, Lewandowski) której istota ma polegać na braku rozluźnienia antagonistów (Solbrig, Grawet, Anton). Wpływ błędnika na prawidłową czynność antagonistów jest doświadczalnie stwierdzony. Ewald dowiódł, że przywodziciele, prostownicy i mięśnie nawrotne znajdują się pod wpływem błędnika z tejże strony; odwracacze i zginacze — pod wpływem błędnika strony przeciwnej. To samo stwierdził Högies (Neur. Centrbl. 1904 pag. 260). Istnieją również toniczne skurcze w formie ataków z silnymi zawrotami głowy pochodzenia mózdkowego. Mogą być skurcze jednej kończyny lub jednej połowy ciała (*Rothman: die Symptome der Kleinhirnerkrankheiten und ihre Bedeutung Mon. f. Ps. N. 1914, H. I.*).

Studia nad rolą drogi przedsionkowo-mózdkowej u ludzi zawdzięczamy przede wszystkim Barany'emu. Według autora tego od dróg, któremi przebiega dowolna innerwacja, odchodzą drogi uboczne do jąder mostu (*nuclei pontis*); od tych jąder, jako nowy neuron, biegną włókna przez *brachia pontis* do przeciwległej półkuli mózdkowej; tu neuron się rozpada i bocznicę jego w postaci włókien pną się do komórek Purkyniego (*Kletterfasern*). Droga przedsionkowo-mózdkową (według Kojalsa istnieje droga bezpośrednia między n. przedsionkowym a korą mózdkową; Kohnstam i Frenkiel negują istnienie połączenia między n. przedsionkowym a mózdzkiem) dochodzą impulsy od narządów przedsionkowych do komórek Purkyni'ego i w ten sposób spotyka się bodziec z narządów przedsionkowych z innerwacją z kory mózgowej. Bodziec ten z mózdzku przechodzi na rdzeń do *nucleus ruber* przez *brachia conjunctiva*; z *nucleus ruber* przez *tractus rubrospinalis* do komórek ruchowych

rdzenia. Oprócz wpływu bodźców przedsionkowych na dowolne ruchy drogą skomplikowaną przez mózdzek, istnieje droga prosta *vestibulo-spinalis*. Droga ta u ludzi w warunkach zwykłych odgrywa znacznie mniejszą rolę, niż droga przedsionkowo-mózdkowa; w każdym bądź razie w patologii klinicznej odnośne przejawy były nam dotychczas mało znane. Natomiast u ptaków i zwierząt drodziej przypada bardzo ważna rola. Dowiódł tego Ewald i inni autorzy swymi licznymi i bardzo przekonującymi doświadczeniami. Aczkolwiek objawy, wywołane bodźcami patologicznymi lub brakiem bodźców fizjologicznych, odchodzących drogą przedsionkoro-rdzeniową, były dotychczas rzadko obserwowane, istniał wszelako cały szereg obserwacji, w których uwydatnia się rola tej drogi. Urbantschitsch na zjeździe międzynarodowym w Budapeszcie w roku 1909-ym podał trzy obserwacje kliniczne, w których był *Ny* głowy. Wojaczek na zjeździe otolaryngologicznym w Kijowie demonstrował również analogiczny przypadek. Osobiście mam również jedną obserwację. Stein wykazał zapomocą ergografu i dynamometru osłabienie siły mięśniowej w cierpieniach błędnika po stronie równobocznej. Urbantschitsch (zjazd w Budapeszcie 1902, *Mon. für Ohr.* 1910) zapomocą oziębienia błędnika wywoływał drżenie kończyny dolnej po stronie drażnionego błędnika. Rheze (*Zeitschr. für Ohr. Bd. 70, 1914*) obserwował po sztucznym podrażnieniu błędnika połowiczne równoboczne drgawki, ogólne drgawki; przejściowo objaw Babińskiego w nerwicach urazowych. Wzmozona pobudliwość drogi przedsionkowo-rdzeniowej ma według Rheze'go wskazywać ogniska w ośrodkach rdzenia przedłużonego i w moście. Deganello i Stefani uznają również wpływ błędnika na układ mięśniowy bez udziału mózdzku.

W obserwowanym przeze mnie materiale, który dotyczy cierpień błędnika wskutek urazów dźwiękowych, wpływ pobudzający błędników na mięśnie prążkowane przez opuszkę i rdzeń pacierzowy był bardzo wido-

czny: obserwowałem nie tylko wahadłowe ruchy głowy lecz i przymusowe ruchy, w których ciało gwałtownie się obracało wzdłuż osi pionowej. Objaw Babińskiego obserwowałem niejednokrotnie w okresie pierwotnym bez sztucznego podrażnienia narządów błędnikowych. Objaw był dodatni tylko w ciągu pierwszych kilku dni, później znikał. Objaw Babińskiego w okresie pierwotnym u kontuzjonowanych obserwowali także Roussy i Shermitte (*Psychoneuroses de guerre* pag. 144). Według Rheze'go należało we wszystkich tych przypadkach przypuszczać zmiany organiczne w rdzeniu przedłużonym i w móście. Ogniska miały być w tych przypadkach bardzo małych rozmiarów, dlatego nie dały widocznych objawów klinicznych; stwierdzenie ich możliwym się staje według Rheze'go tylko zapomocą podniet sztucznych ze strony błędnika.

Niema danych do przypuszczania w moim materiale wylewów krwawych lub ognisk nekrotycznych. Niezwykle silna reakcja ze strony układu mięśniowego prądkowanego jest raczej wyrazem upośledzenia lub łraku mechanizmów hamujących. Barwne obrazy kliniczne obserwuje się wyłącznie u ludzi z bardzo pobudliwym układem nerwowym; pod wpływem wstrząsu psychicznego i fizycznego zdolność układu nerwowego do czynności kompensacyjnych bez wątpienia się zmniejsza i ośrodki, do których dochodzą pobudzenia od błędników, całą swoją energię nerwową wyładowują bez wpływów hamujących ze strony innych ośrodków. Pozostaje jeszcze do omówienia cały szereg objawów, które powstają drogą *vestibulo-nuclearis*, t. j. od błędnika przez tylny pęczek podłużny do jąder mięśni gałek ocznych. V. Urbantschitsch był jednym z pierwszych, który wykazał, że narząd słuchu (błędnik) ma wpływ odruchowy na aparat mięśniowy gałek ocznych. Dokładne badania nad tą sprawą zawdzięczamy Barany'emu i nie ulega już obecnie żadnej wątpliwości, że istnieje ścisła łączność między narządami nerwu przedsionkowego a sprawnością ruchów gałek ocznych, jako też tak ważną dla centralnego widzenia oftalmostatyką. W przypadkach, obserwowanych przeze mnie, był cały szereg ciekawych objawów ocznych — czynnościowy niedowład mięśnia odwodzącego, przymusowe położenie gałek ocznych, przymusowe ruchy gałek ocznych (objaw Zacharczenko). Poza tymi, mniej więcej znanymi objawami, których doświadczałnie dowiódł Bietl (*Arbeiten aus dem Neurolog. Institut v. Obersleiner 1907, 14*), które kli-

nicznie badane były przez Sachsa, Neumana Barany'ego, Friedricha, obserwowałem cały szereg objawów, nieznanych jeszcze w zaburzeniach błędnikowych, a mianowicie: *diplopia monocularis*, *poliopia monocularis*, rzadziej *macropsia* i *micropsia* w połączeniu z achromatopsją. Na diplopię monokularną zwróciłem uwagę przypadkowo podczas badania drżenia gałek ocznych u kontuzjonowanych. Pierwsza obserwacja dotyczy chorego, który miał prawostronne porażenie ciała. Chory ów, za każdym razem, kiedy spoglądał w prawo z odwiezionymi gałkami ocznymi, miał wrażenie dwojenia przedmiotów. Na razie można było przypuszczać, że ma się do czynienia z objawem niejednokrotnie obserwowanym w cierpieniach błędnika — że dwojenie jest binokularne. Szczegółowe badanie wykazało wszelako, że diplopia jest monokularna i dotyczy wyłącznie prawego oka.

Badania, przeprowadzone na większym materiale, wykazały, że *diplopia resp. poliopia monocularis* jest objawem względnie stałym we wczesnym okresie nerwicy kontuzyjnej; że w lekkich przypadkach *diplopia monocularis* występuje wyłącznie przy odwodzeniu gałki ocznej, w ciężkich przypadkach — niezależnie od położenia gałki ocznej. w przypadkach bardzo ciężkich bywa poliopia monokularna związana z objawem „*la marche des objects*“, t. j. chory, patrząc na jeden przedmiot ma wrażenie, że widzi kilka takich przedmiotów w ruchu.

Dalsze badania wykazały, że dwojenie stosuje się wyłącznie do przedmiotów niewielkich rozmiarów np.: palec, pałeczka. Przedmioty większe nie dają dwojenia, lecz wydają się powiększonymi w swoich rozmiarach, t. j. występuje makropsja. Diplopia i poliopia stale są związane z achromatopsją. Z chwilą gdy znika diplopia nie dostrzegamy więcej achromatopsji. Objawy diplopii i poliopii są objawami przejściowymi i równocześnie z całym zespołem nerwicy kontuzyjnej w ciągu kilku lub kilkunastu dni znikają. W pojedynczych bardzo ciężkich przypadkach u ludzi nerwowo mało odpornych cały zespół objawów trwa dłużej.

Dla wytłomaczenia interesujących nas objawów ocznych należało przedewszystkiem wykluczyć te zmiany w środowiskach załamujących, które mogą dać zdwojenie przedmiotów. Badania, przeprowadzone przez okulistów (dr Borowski, Filipow) nie wykazały zmian odnośnych: nie było podwójnej źrenicy, nie było również astygmatyzmu. Tło historyczne można było wykluczyć. Przeciw

psychicznemu pochodzeniu przemawiają wyżej podane osobliwości interesujących nas objawów i przebieg kliniczny; nie było też zasadniczej cechy histeryi t. j. objawów tych nie można było dowolnie wywołać lub usunąć.

Wobec tego należało szukać wytłumaczenia dla tych objawów w zupełnie innej dziedzinie. Bliższa analiza klinicznego materiału wykazała, że istnieje paralelizm między stopniem uszkodzenia narządów przedsionkowych a interesującymi nas objawami ocznymi.

Stwierdzono, że w przypadkach, w których mamy porażenie jednego błędnika, objawy diplopii spostrzegamy wyłącznie po stronie równobocznej, zaś w przypadkach, w których ucierpiały tylko narządy, odbierające wrażenia słuchowe—ślimak—objawów diplopii lub poliopii nie było. Stąd wynika, że przyczyny dla interesujących nas objawów należy szukać w porażeniu narządów przedsionkowych. Dla rozwiązania zagadnienia ważnym też było spostrzeżenie moje, że w przypadkach, w których były objawy diplopii lub poliopii, nie było widocznego *Ny* gałek ocznych, pomimo bardzo wybitnych objawów niesprawnej czynności narządów przedsionkowych.

Fakt ten nasuwa przypuszczenie, czy nie mamy w przypadkach tych do czynienia ze swoistą odrębną formą zaburzenia oftalmostatyki błędnikowej, a mianowicie z drżeniem o tak małej amplitudzie, że nie w stanie jesteśmy drżenia tego dostrzedz, amplituda ta wystarcza jednak, ażeby sposobem kinematograficznym powstało wrażenie dwojenia przedmiotów małych rozmiarów. Chodziłoby wówczas o rozszerzenie fizyologicznej amplitudy wahań linii wzrokowej, czem też Noiszewski tłumaczy objawy diplopii i poliopii monokularnej, w rzadkich przypadkach, znanych już z czasów przedwojennych. Na wahania linii wzrokowej zwrócili jeszcze uwagę w drugiej połowie zeszłego stulecia Humboldt, Charpentier, Schweizer. Dodge w r. 1908-ym dowiódł dokładnymi metodami istnienia drżenia gałki ocznej podczas fiksacji. Jeżeli uwzględnimy wybitny wpływ narządów przedsionkowych na czynność aparatu mięśniowego gałek ocznych, to nie wyda nam się dziwnym, że zaburzenia w czynności narządów tych spowodować mogą rozszerzenie amplitudy fizyologicznej wahań linii wzrokowej. Takie ujęcie patogenetyczne tłumaczy nam wszystkie wyżej wymienione osobliwości interesujących nas objawów ocznych. Należy tylko pamiętać o tem, że każdy ruch drgający jest wahadło-

wym i ma zmienną prędkość. Największa jest prędkość wówczas, kiedy przechodzi przez środek, zmniejsza się w miarę powiększenia odchylenia. Gdy odchylenie jest największe, prędkość ruchu = 0. Oto przy większej ilości drgań na sekundę (od 6 — 12) nie będzie apercepcyi dla momentu przejścia gałki ocznej od maksymalnego dodatniego odchylenia do ujemnego i odwrotnie; apercepcya będzie natomiast wyłącznie dla momentu, kiedy prędkość ruchu = 0. Ilością drgań na sekundę i wielkością amplitudy można też objaśnić makropsyę i mikropsyę.

Słuszność tego rozumowania potwierdzają pośrednio następujące ciekawe spostrzeżenia: w przypadkach z jednostronnem porażeniem i diplopią monokularną jednego tylko oka chorego, patrząc binokularnie na długą barwną wstążkę, widzieli wstążkę przepołowioną, a mianowicie połowę, odpowiadającą choremu oku, widzą bezbarwnie szarego koloru, drugą połowę odpowiadającą zdrowemu oku — w barwie naturalnej. Zjawisko to wydawało się bardzo dziwnem i na razie nie do wytłumaczenia, gdyż achromatopsya jednego oka przy binokularnem widzeniu nie powinna była dać przepołowienia, lecz przedmiot powinien byłby, jak to bywa przy widzeniu stereoskopijnem mieć barwę mieszaną. Przepołowienie zaś możliwe jest wyłącznie przy zezie. O ile jedna z gałek ocznych znajduje się w drżeniu lub też ma rozszerzoną amplitudę wahań linii spojrzeniowej, widzenie binokularne będzie naruszone i będzie w słabym stopniu wyrażony zez. Czy możliwe jest drżenie jednej gałki ocznej wobec niezwyczajnie wyrobionego skojarzenia obu gałek ocznych? Jest to możliwe. Przekonałem się o tem w dwóch przypadkach, w których miałem możność obserwować drżenie migawkowe tylko jednej gałki ocznej. W przypadkach tych była diplopia monokularna.

Należy pamiętać jeszcze o jednym objawie, który stale związany jest z głuchotą i który był szeroko omawiany w literaturze — jest to niemota. Nawet ci, którzy nie widzą zasadniczej różnicy między nerwicą urazową czasu pokojowego a nerwicami urazowymi wojennymi, podkreślają głucho — niemotę jako objaw nowy, nieznany w zespole nerwicy urazowej. Traktując cały zespół objawów, występujący po wybuchu pocisków na bliskiej przestrzeni, jako cierpienie *par excellence* idyogenne, większość autorów uważa i niemotę za objaw histeryczny.

Dla zrozumienia istoty mutizmu w t. zw. nerwicy kontuzyjnej koniecznem jest u-

względnie zaburzeń mowy wogóle. Badanie mowy u kontuzyjowanych z przebiegiem łagodnym wykazuje poważne zaburzenia. Mowa u takich chorych jest powolna, źle modulowana, niewyraźna; artykulacja jest wadliwa, aczkolwiek budowa słów — prawidłowa. W przypadkach cięższych oprócz wspomnianych osobliwości stwierdzamy trudność w wypowiedzianiu dłuższych zdań; niekiedy całe zdanie zastąpione bywa jednym wyrazem. Mowa jest dla chorych męcząca. W bardzo ciężkich przypadkach kontuzyjowani, którzy mowy nie utracili, posilkują się nią niechętnie; często chętniej dają odpowiedź na piśmie.

Do odrębnych zaburzeń w mowie odnieść należy jąkanie się. O ile w sprawie niemoty istnieje wśród badaczy jednomyślność co do historycznego charakteru tego objawu, o tyle niema jednomyślności w zapatrywaniach na dysartrię, objawiającą się w jąkanii. Godnym jest uwagi zupełny brak obserwacji, w którychby objawy dysartri nagłe zniknęły w przeciwieństwie do niemoty.

Prof. Dawidenkow zwraca uwagę na stopniowe ustąpienie tych zaburzeń w mowie i znajduje w całym przebiegu cechy charakterystyczne dla postafazyjnej dysartri: zwolnienie mowy, brak modulacji, udwój sylab, w typowych wypadkach brak objawów spastycznych ze strony mięśni mimicznych i brak spazmów diafragmy (Prof. Dawidenkow O rezidualnych symptomach motorniej afazji w swięzi s woprosom o dizatrii kontużen-nych).

Wyżej opisane objawy dyzartri wykazują nam, że w przypadkach, w których stwierdzają zupełną niemotę, ważną, prawdopodobnie decydującą rolę odgrywają momenty mechaniczne, podrzędną rolę momenty psychiczne. Badania nad niemotą wykazują cały szereg osobliwości. Stwierdza się przede wszystkim, że niemota czyli mutismus bywa wyłącznie u takich chorych, u których stwierdzamy jednocześnie głuchotę. Stale stwierdzamy w głuchoniemocie parę mięśni mimicznych: fałdy są wygładzone, chorzy nie mogą szczelnie zamknąć ust, nie mogą nadąć policzków, nie mogą gwizdać. Paretyczne objawy stwierdzamy przy badaniu ruchów języka: ruchy są ograniczone i bardzo zwolnione, niekiedy chorzy nie mogą wysunąć języka dalej, niż do *vestibulum oris*. Oddech u chorych dotkniętych głuchoniemotą jest powierzchowny, głęboki wdech jest niemożliwy. Prof. Mott stwierdził rentgenograficznie, że diafragma przy wdechu niedostatecznie

się opuszcza. Widzimy oto w narządach, które biorą czynny udział w mowie, objawy paretyczne lub asteniczne, jakie stwierdzamy w całej prężkowanej muskulaturze. Rzadziej obserwujemy przypadki, w których jest nadmierne unerwienie (*hyperkinesis*). W dyskusji, która się odbyła w berlińskim towarzystwie laryngologicznym 14-go Grudnia 1917 r. nad bezgłosem czasu wojennego (*Kriegsaphonie*), w której brali udział również neuropatolodzy, wyświetlono, że w wielu przypadkach niema objawów historycznych, że stosowanie silnego prądu nie daje żadnego wyniku leczniczego, zdarzały się natomiast wypadki śmierci.

Gutzman i Kiljan przeciwstawili zdanie swoje poglądom neuropatologów, że w afoniach wojennych są zaburzenia w czynności mięśni krtaniowych, jak również zaburzenia oddechu.

Gutzman, który był referentem tej sprawy, odróżniał dwie formy: 1) atoniczno-hypokinetyczną i 2) spastyczno-hyperkinetyczną. Agrafii w przypadkach głuchoniemoty nigdy nie obserwowałem — charakter pisma był bardzo zmieniony.

Dawidenkow po zanalizowaniu całego szeregu przypadków dyzartri w nerwicy kontuzyjnej znalazł wszystkie cechy, jakie Monakow podkreśla jako pozostałości afazji, wywołanej ogniskiem w ośrodku Broca. Dawidenkow przypuszcza zmiany organiczne w ośrodku Broca nawet u tych kontuzyjowanych, u których niema porażenia dróg piramidalnych.

W materyale, który miałem pod swoją obserwacją, nie było żadnych danych, aby przypuszczać ogniska krwawe. Zaburzenia mowy dadzą się wytłumaczyć raczej jako dyzartria lub anartria, zbliżona do rzekomoopuszkowej. Przemawia za tem niesprawność ruchów, które nie są związane z mową (o tem wyżej była już mowa); żucie i akt połkowy również nie są zupełnie normalne. Dyzartria resp. anartria wywołana jest astenią, ataksją, dysmetrią grup mięśniowych, aktywnie lub biernie biorących udział w mowie; są to te same zaburzenia, jakie stwierdzamy w całym układzie mięśniowym.

Czy błędnik może wpłynąć na czynność mięśni krtaniowych, szczękowych i języka? Być może. Ewald stwierdził osłabienie mięśni szczękowych, języka i strun głosowych — o czem wyżej już była mowa. Oprócz momentu mechanicznego ważną rolę w niemocie odgrywają niezawodnie i czynniki psychiczne. Kontuzyjowani są apatyczni, przygnębieni; widzimy u nich zahamo-

wanie procesów kojarzeniowych, beczynność umysłową. Ważniejszym jednak momentem, niż brak czynności umysłowej, jest brak pobudek do mowy. Mowa pobudzona zostaje przeważnie wrażeniami dźwiękowymi. Obrazy dźwiękowe spojone są w naszej świadomości z obrazami motorycznymi. W głuchocie na skutek urazu dźwiękowego, który poraża prawdopodobnie również i ośrodek Wernickego mowa nie zostaje pobudzona wrażeniami słuchowymi, następstwem czego bywa *logasthenia*.

Niemota w t. zw. nerwicy kontuzyjnej bywa przeważnie pochodzenia niehisterycznego. Zostaje ona wywołana przez wadliwe oddziaływanie niesprawnie funkcjonujących błędników na ośrodki koordynacji, na napięcie odnośnych grup mięśniowych; powtórę wpływa na to brak pobudki ze strony wrażeń słuchowych. Zaburzenia mowy w cierpieniach narządu słuchowego opisał Urbantschisch (*Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde* XXV s. 200). Lucae podał również przypadek krwotoku błędnika z zaburzeniami mowy.

Widzimy, że patogeneza zjawisk mięśniowo-ruchowych i wzrokowych, jak również patogeneza niemoty dają się dostatecznie udowodnić; inaczej się przedstawia sprawa patogenezy zjawisk strony czuciowej. Uzależnienie między stopniem porażenia błędnika a objawami czuciowymi istnieje bezwarunkowo, nie łatwo jednak uzasadnić zależność między porażeniem błędnika a objawami hipestesji lub anestezji.

Że mamy tu do czynienia z objawem czynnościowym a nie organicznym, dowodzą tego następujące fakty: 1) obniżenie czucia lub znieczulenie w sferze bólowej, cieplikowej i dotykowej połączone jest z zaburzeniami smaku i ruchu; 2) Znieczulenie lub obniżenie czucia kojarzą się przeważnie z zupełną głuchotą; 3) W bliższych częściach kończyn znajdujemy silniejsze zaburzenia niż w bardziej oddalonych; 4) Daje się zauważyć wybitniejsze porażenie czucia bólowego, cieplikowego i dotykowego niż czucia stereognostycznego i mięśniowego; 5) Umiejscowienie nie odpowiada przebiegowi nerwów czuciowych.

Charakterystycznym jest dla zaburzeń w sferze czuciowej u kontuzyjonowanych, że znieczulenie całkowite lub połowiczne obejmuje tylko głowę lub też głowę, klatkę piersiową i górną kończynę, rzadziej całe ciało za wyjątkiem okolicy, obejmującej część łędźwiową i brzuch. W bardzo ciężkich przypadkach bywa znieczulenie całego ciała. Typo-

we historyczne umiejscowienie, np. znieczulenie prawej połowy twarzy i lewej ręki lub też inne kombinacje widziałem tylko przejściowo, kiedy znieczulenie lub poniżenie czucia było już w zaniku. Podkreślam, że typowym jest silniejsze porażenie i stałe porażenie głowy. Nie mam również spostrzeżeń, w których byłoby porażenie dolnych kończyn bez porażenia głowy, klatki piersiowej i górnych kończyn. Odruchy ze strony śluzówek i odruchy skóry są osłabione, niekiedy zniezione.

Podobne umiejscowienie znieczulenia lub obniżonego czucia podaje u zatrutych gazami Idelson. Autor ten podkreśla analogię w umiejscowieniu zaburzeń czuciowych w zatruciu gazami i w nerwicy kontuzyjnej. Dochodzi on do wniosku, że zaburzenia te muszą mieć jako podkład anatomiczny drobne liczne wylewy krwawe, u zatrutych gazami pochodzenia toksycznego, u kontuzyjonowanych—na tle urazu mechanicznego. Po ogłoszeniu pracy Idelsona przeprowadziłem osobiście badanie nad 250-ma zatrutymi gazami. Rzecz dziwna, okazało się, że analogiczne do kontuzyjonowanych zaburzenia czucia były wyłącznie u tych, u których były również zaburzenia słuchu. Z wywiadów wynikało też, że byli oni jednocześnie kontuzyjonowani. Jest to bardzo prawdopodobne, gdyż podczas ataków gazowych bywa jednocześnie huraganowy ogień, chodzi bowiem zwykle o zniszczenie aparatów, produkujących gaz, jak również o rozproszenie obłoków gazowych. Obserwacje przeprowadzone na całym szeregu rannych w głowę, nie wykazały nigdy widocznych zaburzeń czucia z analogicznym umiejscowieniem ¹⁾.

Niejednokrotnie natomiast miałem sposobność widzieć podobne umiejscowienie znieczulenia i poniżonego czucia w cierpieniu Meniera, w nerwicy urazowej z uszkodzeniem błędnika, w przypadku surowiczej sprawy błędnika na skutek oparzenia kwasem siarczanym jamy bębnekowej. Bardzo przekonującym był również przypadek, w którym rozpoznałem *labyrinthitis serosa* wskutek umiejscowionej sprawy ropnej w kanale poziomym. Prócz całego szeregu objawów w sferze ruchowej, po stronie równobocznej było również połowiczne znieczulenie. Po o-

¹⁾ Falta Marcel. (*Med. Klinik* 49 p. 1296. 1917 r. Empfindungsstörungen bei Labyrinthtaubheit nach Granatexplosion) również zwraca uwagę na współzależność między głuchotą a zaburzeniami w sferze czuciowej.

peracyi słuch powrócił, wszystkie objawy wraz z połowicznym znieczuleniem znikły. Przypadek ten był przed operacją i potem badany przez neurologa, dra Mayzla.

Przypadki, w których przy schorzeniach błędnika były jednocześnie zaburzenia czucia tegoż typu, co u t. zw. kontuzyonowanych, nie ograniczają się mojemu własnym obserwacjom. O zespole Menièra znalazłem w literaturze cały szereg analogicznych przypadków.

1) Przypadek Frankla-Hochwarta (Patologie et Therapie. Bd. XII pag. 119). Kilka dni po typowym ataku Menièra, kiedy samopoczucie chorego było już dobre, pozostała tylko głuchota. Chory spostrzegł podczas golenia, że czuje brzytwę po prawej głuchej stronie gorzej niż po lewej, gdzie słuch był normalny. Badanie wykazało: obniżenie czucia w obrębie prawego trójdzielnego nerwu; powonienie z tej że strony przytępione. Twarz zlekka niesymetryczna (wrodzone?).

2) Przypadek Raynaud'a. Zdrętwienie lewej górnej kończyny; przy badaniu stwierdzono obniżenie czucia. Paraesthesia była również w przypadku Weila.

3) W przypadku Charcot (pseudo-meniérowski zespół objawów Frankl-Hochwart pag. 20) były typowe objawy Menièra. Niema wprawdzie wzmianki o głuchocie, podany jest szum i świst w uchu. W nocy chora wypadła z łóżka. Kierunek padania—wprawo. Po prawej też stronie był połowiczny bezwład i połowiczne znieczulenie.

4) W przypadku Urbantschitscha (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. T. XXVI* str. 218) podczas sprawy kataralnej w prawym uchu obserwowano niedowład nerwu twarzowego, górnej i dolnej kończyny, poniżenie czucia po tej samej stronie. W tym przypadku obserwowano też afazję ataktyczną.

5) W przypadku v. Steina (Prace z kliniki Baranowej 1903 roku str. 450) po urazie głowy zanotowana głuchota, zawroty głowy, zamiarowe drżenie, jękanie, znieczulenie w obrębie nerwu trójdzielnego, n. *auricularis major* i n. potylicznego. Znieczulenie objaśnia Stein pęknięciem czaszki. Jeżeli pęknięcie podstawy objaśniłoby jeszcze uszkodzenie zwoju Gassera, to nie tłumaczy nam to znieczulenia w obrębie n. potylicznego.

6) Przypadek dra Ernsta Urbantschitscha (*Mon. f. Ohrenheilk. 1910. s. 1*). Przetoka lewego błędnika. Przy próbie przetokowej nystagmus głowy. Badanie neurologiczne pr. doc. Hirschla wykazało: prawa żrenica nieco szersza niż lewa. Czasami lekka lewostronna *hemihyphaesthesia*. Histerya nie może być

dowodzona, ale nie może również być wykluczona¹⁾. Urbantschitsch obserwował niejednokrotnie w ropnych sprawach błędnika poniżenie czucia w obrębie n. trójdzielnego wraz z upośledzeniem smaku i węchu. Podkreśla on, że z poprawą sprawy usznej znikają objawy przytępienia czucia. Chavanne i de Stella również spostrzegali przy upośledzeniu słuchu przytępienie czucia (*Monatschr. f. Ohr. 1910 str. 1186*).

Kolesnikow również znalazł u głuchoniemych zaburzenie czucia na głowie i klatce piersiowej.

Nörregard. (Posiedzenie duńskiego Tow. Otolaryngol. 16-go marca 1910, *Monatschr. f. Ohr. 1910 pag. 1191*) w odczycie swoim: „O przytępieniu czucia ucha zewnętrznego w cierpieniach narządu słuchowego“ podaje spostrzegane przez siebie zboczenie i upośledzenie czucia ucha zewnętrznego i przylegającego obrębu.

Zmiany czucia stwierdza się niekiedy na: *regio masseterica, arcus zygomaticus, temporalis, regio mastoidea*. Umiejscowienie przytępionej powierzchni nie odpowiada przebiegowi nerwów czuciowych.

Meyer przypuszczał początkowo, że przyczyna leży w jakimś oddziaływaniu na nerwy czuciowe. Okazało się jednak, że zatkanie zewnętrznego przewodu wywołać można takie same zboczenia czucia. Mygind obserwował u siebie samego zboczenie czucia w ostrym katarze trąbki Eustachego. Nörregard dochodzi do wniosku, że przyczyny przytępionego czucia szukać należy w nerwie słuchowym i określa to jako *hypacusis* lub *paracusis* danego obrębu. Ciekawem jest określenie tego rodzaju zboczeń czucia przez różnych autorów: Itard określa to jako *engourdissement*, Urbantschitsch — *Taubesgefühl*, Nörregard — wyrazem duńskim, który odpowiada uczuciu zamrożenia. Badacze podkreślają, że objaw ten może zniknąć i znowu się zjawiać. Tacy chorzy w obrębie porażonych miejsc bardzo słabo odczuwają zimno. Czucie bólowe może być zachowane lub w słabym stopniu upośledzone. Za pomocą cyrkla Webera stwierdza się powiększenie czucia (*Fühlkreise*)²⁾. W najnowszym

¹⁾ W przypadku Earany'ego, który był demonstrowany na posiedzeniu wied. Tow. otol. 29.XI. 1909 podana jest również *hypoesthesia* po stronie chorej. *Mon. f. Ohr. 1910 r. pag. 51*.

²⁾ Zaburzenia czucia w wewnętrznym przewodzie i w przebiegających obrębach stwierdził również Rhese. Hoffman zwraca uwagę na zaburzenia czucia cieplikowego. (*Rhese Kriegsverletz. d. Ohr. pag. 68*).

czasie ukazała się praca Gütticha (Passows Beiträge T. X Z. 1): *Ueber einen Zusammenhang des Temperaturempfindens der Haut mit dem Vestibularapparat*. Z 26-ciu obserwowanych przypadków, gdzie narządy przedsionkowe były nieczynne, Güttich znalazł w 22-ch zaburzenia w odczuwaniu ciepłoty. Według Gütticha związek narządu przedsionkowego z kończynami równobocznymi jest silniejszy, niż z kończynami strony przeciwnej.

Przytoczona kazuistyka i wspomniane prace wykazują nam, że badacze dawno już zwrócili uwagę na zaburzenia w sferze czuciowej w cierpieniach narządu słuchowego. zwłaszcza w cierpieniach błędnika. Ciekawym jest, że w pracach doświadczalnych Bagińskiego, które miały wykazać, że zaburzenia w sferze ruchowej po zniszczeniu lub podrażnieniu błędnika nie są stałe, autor ten stwierdził zwężenie żrenicy i znieczulenie rogówki. To ostatnie stopniowo znikło.

Na sekcji nie znaleziono zmian w ośrodkowym układzie nerwowym; w błędniku stwierdzono sprawę zapalną, w późniejszych okresach zmiany bliznowate. Wobec tego że nerw trójdzielny nie mógł być uszkodzony, niema wytłumaczenia dla zwężenia żrenicy i znieczulenia rogówki. Bagiński, jak również Böttcher i Tomaszewicz przypuszczają u tych zwierząt wzmocnienie ciśnienia wewnątrzczaszkowego lub też zaburzenia w krwiobiegu.

Prócz zaburzeń w sferze czuciowej, t. j. czucia bólowego, cieplikowego i dotykowego we wszystkich obserwowanych przezemnie przypadkach był brak lub też upośledzenie smaku i powonienia. Brak smaku i powonienia obserwowałem tylko wówczas, kiedy było znieczulenie lub upośledzenie czucia w obrębie nerwu trójdzielnego.

Z chwilą gdy znikło znieczulenie, zjawiał się smak i powonienie. Że istnieje łączność między czynnością nerwu trójdzielnego a powonieniem, zdaje się nie ulegać wątpliwości. Krause po usunięciu zwoju Gassera we wszystkich przypadkach obserwował upośledzenie powonienia. Badania przeprowadzone były bardzo dokładnie. Krause nie zgadza się, żeby przyczyna upośledzenia węchu leżała w zmianach wydzielniczych, gdyż upośledzenie zmysłu tego spostrzegano również w przypadkach, w których łzawienie było normalne.

Czy zasadniczo możliwe jest powinowactwo i tak daleko idąca zależność czynnościowa, jak to wynika z moich obserwacji? Psychofizjologia i psychopatologia dają dużo przykładów, z których można wnioskować, że

każde poszczególne wrażenie i uczucie zmienia się pod wpływem innych wrażeń i uczuć. Jest to prawo względności, które brzmi: dwa jednocześnie odbierane wrażenia wzajemnie na siebie oddziałują i wzajemnie się przeciwstawiają. Prawo to opiera się na bardzo zawiłych procesach fizjologicznych — mamy tu prawdopodobnie do czynienia z rodzajem interferencji. Współzależność czynnościowa między narządem słuchu a wrażliwością powierzchni ciała wydaje się prawdopodobną chociażby z tego względu, że narząd słuchu i narządy czucia dotykowego powstały pod wpływem jednego i tego samego rodzaju energii. Różnica polega na tem, że uczucie dotykowe wywołane jest bezpośrednim oddziaływaniem ciała fizycznego na skórę, wrażenie słuchowe — pośrednio zapomocą fal dźwiękowych. Spornem jest naogół, czy tworzy niższej organizacyi słyszą i czy wrażenia dotykowe nie są dla nich tem, co my uważamy za wrażenia słuchowe. U dekapoden przy odbieraniu wrażeń słuchowych drgają nie tylko włoski torebki słuchowej, lecz również obserwuje się odruchy ze strony włosków, pokrywających niektóre miejsca powierzchni ciała (Vitus Graber: *Die hordotonalen Organe und das Gehör. Arch. f. micr. Anatomie. T. XXI i XX*). Jeżeli nadomiar uwzględnimy rolę narządu słuchowego w życiu emocjonalnem i rolę jego w powstawaniu uczucia estetycznego, to współzależność czynnościowa u niektórych osobników nie wyda nam się tak bardzo nieprawdopodobną. Przy badaniu wyższych funkcji mózgowych metodami apsycho logicznymi, ważną rolę odgrywają odruchy dźwiękowe. Zapomocą odruchów dźwiękowych szkoła Pawłowa studjuje powstanie, hamowanie i ugastanie odruchów warunkowych; chodzi o zanalizowanie łączników czynnościowych między sferą słuchową a ośrodkami ruchowymi, naczynioruchowymi i czuciowymi. Odruchy niegdyś warunkowe przez nawyknięcie w procesie rozwoju filogenetycznego zakorzeniły się i stały się bezwarunkowymi.

Stałym objawem w okresie pierwotnym w t. zw. nerwicy kontuzyjnej jest utrata przytomności lub zamroczenie. Żrenice są zazwyczaj bardzo rozszerzone, na światło reagują. W bardzo ciężkich przypadkach bywa brak odruchów ze strony skóry i śluzówek. Stan bezprzytomny trwa od kilku godzin do kilku dni. Kontuzyjonowani przeważnie tracą przytomność bezpośrednio po wybuchu. Mam jednak kilka obserwacji, w których utrata przytomności nastąpiła po kilkunastu minutach. Przekłucie lędzwiowe, zastosowane w

60-ciu przypadkach, wykazało wybitne wzmoczenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, Wypuścić można od 25 — 35 cm., przyczem zawsze widoczna jest natychmiastowa poprawa. Badanie płynu nie wykazało zmian jakościowych. Ilość białka waha się między 0,8‰ do 1,2‰.

Silne podrażnienie błędników daje zamroczenie, niekiedy utratę przytomności. Podczas napadu Menièra obserwowano niejednokrotnie stan bezprzytomny. Sahli przypuszcza, że w ciężkich przypadkach porażenia błędnika może nastąpić nagłe porażenie zmysłu przestrzeniowego (*Raumvorstellung*). Ustają wówczas procesy kojarzeniowe, następstwem czego może być utrata przytomności. Wobec stwierdzonego wzmocnienia ciśnienia wewnątrzczaszkowego wątpliwem jest, czy chodzi tu wyłącznie o porażenie zmysłu przestrzeniowego. Prawdopodobniejszem jest, że ważniejszą rolę odgrywają zaburzenia w krwiobiegu i wzmoczone ciśnienie wewnątrzczaszkowe. Wzmagające się stopniowo ciśnienie wewnątrzczaszkowe tłumaczy nam przypadki, w których utrata przytomności nie występuje bezpośrednio po wybuchu. Ciekawe jest, że

Babiński w cierpieniu Menièra stwierdził wzmoczone ciśnienie (?) i poprawę po przekłuciu lędźwiowem (*These de Paris 1903* Gustave Lumineau). Osobiście stosowałem przekłucie lędźwiowe w dwóch przypadkach surowiczej sprawy błędnika po oparzeniu ucha środkowego kwasem siarczanym. W obydwóch przypadkach były silne bóle głowy, zawroty głowy, niepokój, bezsenność. Po wypuszczeniu 20 cm. nastąpiła wybitna poprawa; chorzy natychmiast zasypiali i w ciągu kilku dni wyzbywali się przykrych podmiotowych objawów.

Widzimy, że prawie cały zespół objawów, obserwowany w t. zw. nerwicy konduzyjnej, można objaśnić porażeniem czynności błędników. Większość objawów w sferze ruchowej z mniejszem wprowadzie nasileniem była już obserwowana w cierpieniach błędnika, te zaś których nie spostrzegano dają się również objaśnić po uwzględnieniu danych fizyologicznych. Narazie trudno jest tylko uzasadnić współzależność między objawami w sferze czuciowej a porażeniem błędnika.

Dział sprawozdawczy.

18. B. Aschner. Zachorzenia gruczołów wewnątrzwydzielniczych u kobiet i ich znaczenie dla ginekologii i akuszerii, str. 418 rys. 42. Wiesbaden 1918.

Nader aktualny dział zaburzeń wewnątrzwydzielniczych został w ogólnych zarysach wielokrotnie w ostatnim dziesięcioleciu opracowany. Dość wspomnieć o podstawowym dziele Biedla, o wielkiej monografii Falty, o zbiorowych podręcznikach Mohr-Stähelina, dodatku do zbiorowego dzieła Nothnagla i podręcznika organoterapii, Wagner-Bayera. Specjalnie przez autora poruszany temat ma też znane poprzedniczki w monografiach Nowaka z r. 1910 i Seitza z r. 1913. Zaslugą autora jest, że uzupełnił piśmiennictwo do ostatniej chwili i rozpatrzył je krytycznie, opierając się w wielu miejscach na własnych wieloletnich badaniach doświadczalnych i klinicznych, zwłaszcza na stwierdzonych przez się w międzymózdu, ośrodku trzew brzusznych i ośrodku, rządzącym przemianą materii. Drugą, niemniejszą zasługą A. jest wprowadzenie za przykładem Bauera i Martinsa pojęcia ustrojowości, momentu konstytucyjonalnego, do dziedziny chorób wewnątrzwydzielniczych. Byłoby jeszcze większą zasługą autora, gdyby potrafił, jak to zapowiada we wstępie, przeprowadzić ściśle, wszędzie i przekonywająco to pojęcie konstytucji, mogące wyswietlić i uprościć zrozumienie

wielu zawitych problemów w tej dziedzinie.

Ilustracje barwne licznych preparatów ludzkich i zwierzęcych ułatwiają znakomicie zrozumienie zmian, zachodzących w poszczególnych narządach (wątrobie, śledzionie, przysadce, tarczycy i t. d.) podczas ciąży, wskutek porodu i po kastracji. Zaslugują na wyróżnienie ryciny: a) jajnika w końcu ciąży z wybitnie ukształtowanym gruczołem wewnątrzjajnikowym (*interstitielle Eierstocksdrüse*), b) sztucznego rozrastania sutki i wydzielania mleka po wstrzykiwaniach wyciągu łożyska, c) infantylizmu narządów rozrodczych po wycięciu przysadki i d) porównawcze rysunki gruczołu szyszkowatego (*glandula pinealis cerebri*) dziewcząt, ciężarnych i bezpłodnych bawołów.

A. zaczyna książkę od omawiania problemu ustrojowości w ginekologii i położnictwie oraz rozwoju historycznego tej koncepcji naukowej, przechodząc stopniowo do nowych zagadnień w tej dziedzinie, jakoto sprawy gruczołu wewnątrzjajnikowego, krwawień jajnika, łożyska, do teorii zmian, zachodzących podczas ciąży w ustroju, stosunku jajnika do układu sympatycznoanatomicznego, do funkcji wewnątrzwydzielniczej wątroby, śledziony i narządów moczopłciowych, uchodzących za narządy jedynie zewnątrzwydzielnicze. Bliskie pokrewieństwo między różnymi anomaliami konstytucyjnal-

nemi utrudnia nierzadko segregowanie kliniczne eunuchoidyzmu, pseudohermafrodytyzmu, infantylizmu, *status hypoplasticus*, *status thymicolymphaticus*, *habitus asthenico-enteroptoticus* i t. p. Wielce ciekawy jest wpływ tych anomalii na rozwój i czynność narządów rodnych (*amennorrhoea*, *sterilitas*, krwawienia jajnika, toksykozy podczas ciąży) i związek ich z kształtowaniem się miednicy kobiecej.

W części szczegółowej podręcznika A. zaczyna od krwawień jajnika (młodzieńczy, wieku dojrzałego i okresu przekwitania), ciała żółtego (*corpus luteum*) i mięśniaków macicy, jako choroby ustrojowej, i przechodzi do błednicy i osteomalacji, chorób zależnych przede wszystkim od jajnika.

W dziale o niedorozwoju i przeroście jajnika poruszona jest sprawa towarzyszących wrodzonych zaburzeń wegetacyjnych w rodzaju rachityzmu, chondrodystrofii, gigantyzmu i kretynizmu. Rozdział o wczesnym i późnym trzebieniu prowadzi do eunuchoidyzmu kobiecego wrodzonego, nabytego i późnego oraz do pokrewnego obojnactwa rzeczywistego i wrzekomego z bardzo licznymi odmianami tychże. Okres przekwitania wczesnego i opóźnionego i wpływ nań organo- i rentgenoterapii zamyka tę część książki.

Osobny rozdział poświęca A. chorobom łożyska i wpływowi ich na fizjologiczną i patologiczną przemianę materii (białkomocz ciąży, nerka ciężarnych, eklampsja, toksykozy aneklamptyczne, jako wymioty, płasawica, dermatozy, choroby gruczołów i układu nerwowego).

Na ostatnich 50 stronicach porusza autor pogranicza swojego tematu dość umiejętnie i ze znajomością rzeczy; choroby mózgu i zaburzenia wewnątrzwydzielnicze wszystkich gruczołów ustroju w ich stosunku do spraw seksualnych (choroba Basedowa, Addisona, śluzozbręk, tężyczka, stan limfatycznograsicy, akromegalia, gigantyzm przysadkowy, karłowatość przysadkowa, *dystrophia adipogenitatis*, *diabetes pancreaticus*, *anaemia perniciosa gravidarum* i t. d.).

Zwłaszcza ostatni rozdział wymaga dla chcącego go krytycznie analizować dobrej znajomości rzeczy i literatury przedmiotu.

Jak dalece temat jest aktualny, opracowanie sumienne, a materiał do przestudowania ogromny, dowodzi spis samej literatury, zestawiony z iście benedyktyńską cierpliwością, a zajmujący 82 strony druku.

H. Higier.

Wiadomości bieżące.

— W d. 27 lipca odbyło się uroczyste poświęcenie i otwarcie szpital. wojskowego przy ulicy Nowowiejskiej. Szpital ten, nazwany Mokotowskim, ufundowany został kosztem około miliona marek przez Magistrat m. Warszawy; w ciągu pół roku przerabiano gniach dawnych koszar wojsk rosyjskich, i przyznać należy, że przerobiono go celowo i umiejętnie. Rzecz naturalna, że wiele braków, jakie z konieczności powstać musiało, zależy właśnie od tego, że nie nowy gmach postawiono, lecz przebudowano stary, na inny cel przeznaczony; mimo to całość przedstawia się imponująco, dzięki bardzo starannemu urządzeniu wewnętrznemu i zaopatrzeniu szpitala w liczne przyrządy i pomoce, pochodzące przeważnie z darów instytucji i misji zagranicznych, specjalnie amerykańskich.

Poświęcenia w obecności p. Naczelnika kraju oraz liczного grona osób urzędowych i przedstawicieli świata lekarskiego dokonał J. E. biskup polowy wojsk polskich, ks. Gall.

— Uchwalenie przez Sejm ustaw sanitarnych. W d. 19 lipca r. b. Sejm uchwalił opracowane przez Ministerium Zdrowia Publicznego: 1-o zasadniczą ustawę sanitarną, 2-o ustawę o przymusowym szczepieniu ospy, a w dn. 24 lipca 3-o ustawę o zwalczaniu chorób zakaźnych.

Aczkolwiek wszystkie te ustawy, opracowane przez Ministerium, są nader ważne, to jednak najważniejsza z nich jest pierwsza, jako podstawowa ustawa sanitarna, będąca wyrazem pewnego programu i zasad, jakimi kierować się będzie Ministerium Zdrowia Publicznego w sprawach zdrowo-

tnych i do jakich zastosowywać się muszą w Polsce zarówno osoby, jak i instytucje.

Do dokładniejszego omówienia ustawy tej jeszcze powrócimy. Dzisiaj tylko stwierdzić musimy, że z chwilą uchwalenia przez Sejm zasadniczej ustawy sanitarnej, z tym momentem, kiedy zacznie ona obowiązywać, wiele zamiarów, projektów i poczynañ w celu uzdrowotnienia i poprawy wogółę stosunków sanitarnych, w jaknajszerszym słowa znaczeniu, w Państwie Polskiem, znajdzie punkty oparcia i ułatwienia.

Sam pomysł ułożenia takiej „zasadniczej ustawy sanitarnej“ jest własnością obecnego p. Ministra d-ra T. Janiszewskiego.

Projekt tej ustawy był rozważany nasamprzód w Ministerium, następnie przez Najwyższą Radę Zdrowia przy Ministerium, wreszcie, przez Komisję Sanitarną Sejmową.

P. Minister Zdrowia Publicznego w swem przemówieniu z trybuny sejmowej w d. 19 lipca r. b. z powodu przedłożenia ustawy tej do zatwierdzenia Sejmu, między innemi powiedział:

Nowe zadania polityki sanitarnej wymagają nowych reform prawnych, ujęcia nowych stosunków w nowe i odpowiednie normy prawne. Takim ujęciem prawnem zadań administracji sanitarnej jest projekt ustawy, przedłożony dziś Wysokiemu Sejmowi do uchwały.

Rząd, przedstawiając go w swoim czasie Sejmowi w formie dekretu Naczelnika Państwa z dn. 8 lutego 1919 roku, przyjął przy układaniu go następujące zasady:

1) Każda czynność na polu zdrowotnem powinna mieć podstawę prawną, żeby z jednej strony ludność wiedziała dokładnie, do czego jest obowiązana, a z drugiej strony, żeby o ile możliwości usunąć wszelką samowolę organów wykonawczych.

2) Należy rozgraniczyć i określić zadania i obowiązki oraz prawa Rządu z jednej strony, a gmin z drugiej. Rządowi przysługuje prawo nadzoru, kontroli i inicjatywy — gminom przypada bezpośrednie wykonawstwo.

3) Rząd pragnie popierać jaknajwiększy rozwój instytucji samorządnych, jednakowoż nie może przeoczać istotnego stanu rzeczy, że gminy nasze w wielu okolicach Państwa wskutek dotychczasowej przymusowej nieczynności nie zdołały rozwinąć swojej pracy i często nie dorosły do zadań, które je czekają. Rząd zatem powinien mieć możliwość zmuszania gminy do pracy. Z drugiej strony Rząd powinien wspierać te gminy, które chciałyby pracować, a są finansowo za słabe, by podołać zadaniom, włożonym na nie przez ustawy.

4) Koszty zarządzeń, które dotyczą się interesów całego Państwa, ponosić powinien częściowo Rząd, a osobne ustawy określa wysokość tego udziału rządowego.

5) Cała ta ustawa ma być tylko ustawą ogólną, określającą zasady administracji sanitarnej, na jej podstawie wydawane będą szeregi ustaw szczegółowych.

Wyłuszczone zasady zostały w całości i bez zmian zachowane w przedłożonej ustawie.

Różnice pomiędzy dekretem z dnia 8 lutego 1919 roku a obecną ustawą są jedynie natury drugorzędnej, dotyczą one raczej form. W de-

krete nie wymieniono szczegółowo spraw, należących do kompetencji Ministerstwa Zdrowia Publicznego, a wymieniono tylko sprawy, należące do obowiązków ciał samorządowych, bo sprawy, dotyczące kompetencji Ministerstwa Zdrowia Publicznego, zostały umieszczone w osobnej ustawie, obejmującej organizację państwową służby zdrowia; służyły one za podstawę do ułożenia paragrafu 2 ustawy. Inne zmiany nieistotne, przeważnie redakcyjne, zrobione zostały po porozumieniu się i ze współdziałaniem Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie. Od dn. 20. VII. do 26. VII. 1919 było zachorowań: na ospę 0, odrę 6, szkarlatynę 10, dur plamisty 51 (w tem 25 mężczyzn i 26 kobiet, 41 chrześcian i 10 żydów), dur brzuszny 25 (w tem 11 mężczyzn i 14 kobiet, 21 chrześcian i 4 żydów), dyzenterję 8, gorączkę powrotną 1, dyfteryt 3, dżętwicę karku 5, zimnicę 8. Najwięcej przypadków duru plamistego było: w 5 okręgu — 9, w, 15 i 18+25 — po 5, w 13 — 7, w 3 i 7 — po 4, w 11, 14 i 24 — po 3, w innych cyfry pomniejsze.

NEKROLOGIA.

Dr Czesław Barszczewski, lekarz wolnopraktykujący i rentgenolog, zmarł w Warszawie d. 26 lipca r. b. w wieku lat 56.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Zenon Grossek. O leczeniu oparzeń.	363	rzenia gruczołów wewnątrzwydzielniczych	
Bronisław Karbowski. Neuropathia acustica (dok.)	365	i ich znaczenie dla ginekologii i akuszerji	372
Dział sprawozdawczy. 18. B. Aschner. Zachowanie		Wiadomości bieżące	373
		Nekrologia	374

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5¹/₂ do 7-ej.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie Mk. 54, półrocznie Mk. 27; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 60, półrocznie M. 30. Cena numeru pojedynczego 2 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej m. 2.25, na ostatniej M. 2 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.75.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Fallek — Bonerowska 11.

Na Francję wyłącznie M-r Gray de Courcy. Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.

Odbito czcionkami Drukarni Krajowej (W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski). Żelazna 89. Tel. 188-70.

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów

C. VOGEL'A

w tłumaczeniu Popiela i Zweigbauma

z 214 rysunkami w tekście.

Cena marek 10.

Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych

przekład odczytu prof. A. Dieudonné'go.

Cena m. 1.50.

O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem.

Przez Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego.

Cena m. 2.

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

przez dra med. H. N u s b a u m a.

Cena m. 6.25.

Dyagnostyka chirurgiczna

przez dra Romana Jasińskiego.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i dla studentów cena zniżona m. 4.

Choroby serca

przez prof. O s k a r a W i d m a n a.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów i studentów m. 4.

PSYCHIATRYA

przez dra R o t h e g o.

Cena m. 4.50. Dla prenumeratorów i studentów m. 2.50.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i w księgarniach. Po cenie zniżonej nabywać można tylko w Administracji.

Dr Reichstein

ordynuje w CIECHOCINKU, willa „ADAMA”.

SILV-OZON
„MOTOR”

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR”
Marszałkowska 23.

KRYNICA

Pensjonat Dra ZARZYCKIEGO
otwarty.

SALMET
„MOTOR”

(Balsam Methyl Salicylici comp.).
Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu
Warszawskie Tow. Akcyjne
„MOTOR”.

Nałęczów

Zakład leczniczy cały rok otwarty.
Źródło szcawły żelazistej
radioaktywne.

Kąpiele kwasowęglowe, ciechocińskie, igliwiowe, żelaziste, błotne, słoneczne i elektryzacja. Choroby wewnętrzne i nerwowe. Kuchnia dyetetyczna. Pociąg z Warszawy o g. 10.45 rano. Informacje w biurze architekta S. Grochowicza, Mokotowska 45, od 3 — 5 po poł.

Dyrektor Dr Gliński.

KSIĘGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9
poleca jako nowość na czasie:

Dr med. i fil. **STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI**

== DUR WYSYPKOWY

(tyfus plamisty).

Stron 230, z 70 rysunkami w tekście.

Cena Mk 8.

Polska Krajowa

LOTERYA

= Klasyczna =



Warszawa

R.G.O.

Kredytowa 4.

! Największa Polska Loteria !

70,000 losów, 35,000 wygranych i 17 premii.

Wielka wygrana: 500000 mk.

SUMA
WYGRANYCH
W JEDNEM PÓLROCZU

11 milionów 592,000 mk.

Ciągnięcie I kl. — 14 i 16 sierpnia, II kl. — 12 i 13 września, III kl. — 7 i 8 października, IV kl. — 5 i 6 listopada, V kl. od 29 listopada do 22 grudnia 1919 r.

Co drugi los wygrywa!