

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

W a r u n k i p r e d p ł a t y :

w Warszawie:	{ <table border="0"> <tr> <td>rocznie.....</td> <td>rs. 5 kop. —</td> </tr> <tr> <td>półrocznie.....</td> <td>„ 2 „ 50</td> </tr> <tr> <td>kwartalnie.....</td> <td>„ 1 „ 25</td> </tr> </table>	rocznie.....	rs. 5 kop. —	półrocznie.....	„ 2 „ 50	kwartalnie.....	„ 1 „ 25	<table border="0"> <tr> <td>Na prowincyi</td> <td rowspan="3"> { <table border="0"> <tr> <td>rocznie.....</td> <td>rs. 6</td> </tr> <tr> <td>półrocznie.....</td> <td>rs. 3</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>i w Cesarstwie</td> </tr> <tr> <td>z przesyłką:</td> </tr> </table>	Na prowincyi	{ <table border="0"> <tr> <td>rocznie.....</td> <td>rs. 6</td> </tr> <tr> <td>półrocznie.....</td> <td>rs. 3</td> </tr> </table>	rocznie.....	rs. 6	półrocznie.....	rs. 3	i w Cesarstwie	z przesyłką:
		rocznie.....	rs. 5 kop. —													
		półrocznie.....	„ 2 „ 50													
kwartalnie.....	„ 1 „ 25															
Na prowincyi	{ <table border="0"> <tr> <td>rocznie.....</td> <td>rs. 6</td> </tr> <tr> <td>półrocznie.....</td> <td>rs. 3</td> </tr> </table>	rocznie.....	rs. 6	półrocznie.....	rs. 3											
rocznie.....		rs. 6														
półrocznie.....		rs. 3														
i w Cesarstwie																
z przesyłką:																

TREŚĆ: **Rozprawy.** Badanie nieczułości na barwy u służby dróg żelaznych. Skreślił dr. J. TALKO — Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. O przymiocie mózgu, przez FOURNIER'A. Podał dr. WŁ. GAJKIEWICZ. (dok.) — Streszczenia i wyciągi. Bakteryje wąglkowe. Nowy sposób wywołania gruźlicy u psów. — Kronika miejscowa. 25-letni jubileusz służby lekarskiej prof. SZOKALSKIEGO w Instytucie oftalmicznym. — Ogłoszenia.

Badanie nieczułości na barwy u służby dróg żelaznych ¹⁾.

Napisał dr. med. **Józef Talko.**

Sto lat dobiega od czasu jak JOHN DALTON (1794) zwrócił uwagę na nieczułość na barwy, której ulegał ten znakomity angielski chemik i fizjolog. Wada ta uznaną została przez lekarzy europejskich. Obecnie istnieje w oftalmologii nowy rodzaj cierpienia, zwany nieczułością na barwy (*colour-blindness* (BREWSTER), *Farbenblindheit*), lub też, jak Francuzi go zowią *daltonizmem* (PRÉVOST), a w nauce *dischromatopsią* (TAYLOR).

Przedmiot ten studyjowali przeważnie: SEEBECK (1837), SZOKALSKI (1839), WILSON (1855), FAVRE (1873), STILLING (1876), HOLMGREN (1877), COHN (1878), DONDERS, LEBER i wielu innych.

Do 1837 r. nieczułość na barwy zaliczano do dość wielkiej rzadkości, dopóki SEEBECK nie stwierdził, iż takowa często się zdarza.

SEEBECK ²⁾ w Berlinie dla zdemaskowania nieczułości na barwy między uczniami pewnej szkoły, używał rozmaicie zabarwionych kawałków papieru i szkieł farbowanych, w liczbie 300.

G. WILSON ³⁾ z Edynburga w tym celu pokazywał badanym jeden po drugim kawałek kolorowego papieru, lub też diagramy w piśmie ilustrowanem i zapytywał przy tem badanego o nazwisko widzianej barwy. Wadę tę dzielił on na trzy oddziały: a) przyjmowanie barwy czerwonej za zieloną, b) brunatnej za zieloną i c) niebieskiej za zieloną.

WILSON pierwszy wzbogacił naukę statystyką nieczułości na barwy: na 1154 badanych osób znalazł on dotkniętych tą wadą 65, t. j. 5,6 na sto czyli jeden chory na 17 zdrowych. WILSON również pierwszy zwrócił uwagę na to, iż mogą się zdarzać nieszczęśliwe wypadki na drogach

¹⁾ Referat ten w skróceniu przedstawił autor zarządowi drogi Nadwiślańskiej, jako konsultant — okulista tej drogi.

²⁾ POGGENDORF'S *Annalen d. Physik und Chemie*. Bd. XL II. Nr. 19.

³⁾ *Researches on colour-blindness* i t. d.

żelaznych i okrętach jedynie z tego powodu, że pomiędzy służbą znajdowali się dotknięci nieczułością na barwy. Wynikiem jego pracy było to, iż „*the Great Northern Railway Company*” wydała polecenie zbadania oczu, pod względem uczucia na barwy, wszystkich osób do obsługi tej drogi przeznaczonych.

We Francyi FAVRE z Lyonu zwrócił także swemi doświadczeniami uwagę towarzystw belgijskich i francuzkich dróg żelaznych. Jego sposób badania polega na tem, iż badany pokazuje się nitki wełniane (włóczka) rozmaitej barwy widma słonecznego i każe się wymieniać nazwisko każdej przedstawianej im barwy. Mylących uznaje się za dotkniętych chorobą, przy tem nie rozróżniający barw kardynalnych, zaliczają się do pierwszej kategorii, nierozróżniający zaś odcieni barw, do drugiej. Na 1050 osób służących przy drogach żelaznych F. znalazł 98 chorych (9,33%); dr. FERIS (1876) badając tym samym sposobem znalazł na 501 majtków 41 dotkniętych zboczeniem rozpoznawania barw. W memoryjale przedstawionym Paryżkiej Akademii nauk (3 Czerwca 1878), FABRE dowodzi że we Francyi znajduje się do 3-ech milionów (!) daltoników, że liczba kobiet dotkniętych tą wadą w przybliżeniu ma się do takichże mężczyzn, jak 1:10 i że 9 na 10 przypadków daltonizmu u młodych osób można wyleczyć (?) metodycznymi studjami barw.

X. GAŁĘZOWSKI dla określenia barwnej ślepoty zaproponował swoją tablicę: *échelle chromatique*, wedle doboru 12 zasadniczych barw dokonanego przez CHEVREUL'A, ułożoną w porządku barw widma słonecznego. Każda barwa zaczynając od czerwonej, a kończąc na fioletowej, ma 4 cieniowania¹⁾. Są to kwadraciki barwne przedstawione na tle białem na pół ar-

¹⁾ Pod nazwą odcieni barw rozumiemy to uczucie, które pochodzi z dodania białej, szarej lub czarnej lub z zasadniczego barwnego tonu (*Grundfarbenton*). Zasadnicze barwy widma słonecznego nie zawierają ani białej ani czarnej barwy (AUBERT). Mówią też: wyższy lub niższy ton (cieniowanie) danej barwy. Odcieniom odpowiadają także przejściowe mieszane barwy; i tak: między czerwoną i pomarańczową istnieją rozmaite odcienie żółto-czerwonej lub pomarańczowo-czerwonej; między pomarańczową i żółtą, odcienia czerwono-żółtej lub pomarańczowo-żółtej; zielono-żółta, zielono-błękitna; lub jeszcze delikatniejsze odcienia, np. między żółtą i błękitną: żółta, zielono-żółta, żółto-zielona, zielona, błękitno-zielona, zielono-błękitna, błękitna.

Szerokość i natężenie widma barwnego odpowiada akustycznym (muzycznym) drganom tonów. Widmo jednakże nie jest całą oktawą tonów: poczynając od czerwonej barwy (C), widmo kończy się fioletową barwą, która odpowiada kwincie, G; pozostałe 3 tony (A, H, c) oktawy odpowiadają poza s. ultrafioletowej barwie, mającej, jak twierdzi HELMHOLTZ, słaby kolor lawendowo-szary. (SCHEFFLER, *Physiol. Optik* 1864. 1 Bd. str. 37).

Najpiękniejsze akordy barw odpowiadają najdźwięczniejszym akordom muzyki: podobnie jak *do, mi, sol* tworzą najlepszą harmonię muzyczną, tak samo barwa czerwona, żółta i błękitna, wedle SCHEFFLER'A, robią dla oka przyjemne ustawienie barw w dziełach malarstwa, przemysłu i codziennego życia. Wedle PREYER'A połączenie przez malarzy włoskich barw: czerwonej, zielonej i fioletowej odpowiada w zupełności przewróconemu akordowi z g dur: *dgh* (PREYER, *die Verwandtschaft d. Töne u. Farben*, w *Jenaische Zeitschr. f. Med. u. Nat.* 1870).

Do praktycznego zastosowania CHEVREUL ułożył z 12-stu barw „krążek chromatyczny”; każda barwa ma 21 odcieni: od najciemniejszej do najjaśniejszej, co stanowi całko-

kuszu papieru; do ścisłego określenia siły wzroku w rozróżnianiu barw przeszkadza, do pewnego stopnia, kontrast rozpoznawanej barwy z otaczającymi.

Pragnął tego uniknąć STILLING¹⁾ z Kasselu (1876), który więcej niż inni lekarze niemieccy zajmował się tym przedmiotem. Zaleca on swoje tablice przedstawiające na osobnych 4 arkuszach, na czarnem tle jednako-wo jaskrawe litery: czerwone, zielone, niebieskie i żółte, odpowiadając 4-mu prostym (LEONARDO DA VINCI, 1651) czyli zasadniczym barwom (AUBERT)²⁾. Tablice umieszczone być powinny w dobrem świetle dla usunięcia światła odbitego. Wielkość liter tych tablic odpowiada wielkości liter tablic SNELLEN'A.

Piąta jego tablica, gdzie litery kolorowe są wypisane na błyszczącym tle barwnym (np. czerwone na zielonem, zielone na brunatnem i t. d.) służy do badania wszystkich rodzajów ślepoty na barwy; dzieli się ona na 4 poprzeczne pasy tła rozmaitej barwy, takiegoż natężenia jak drukowane na nich litery barwne. Kto nie rozróżnia liter na żadnym pasie takiej tablicy, ten jest zupełnie ślepy (nieczuły) na barwy; nie rozróżniający na 1-ym, 2-im i 3-im pasie uważa się za ślepego na czerwono-zieloną barwę (*Rothgrünblindheit*); nie rozróżniający na 3-im i 4-ym jest ślepy na niebiesko-żółtą barwę (*Blaugelblind*); bywają i tacy, którzy rozpoznają 1 i 4 pas, a 2 i 3-go nie; tacy są nieczuli na barwę czerwono-zieloną (*Rothgrünblind*) ze skróconem widmem.

Rozumie się, iż przy tem badaniu jedni okażą się zupełnie ślepymi na wszystkie barwy, lub też tylko na czerwono-zieloną i niebiesko-żółtą; inni okażą tylko zmniejszoną czułość na wszystkie barwy, lub tylko na czerwono-zieloną i niebiesko-żółtą.

COHN przekonał się że przy użyciu tych tablic łatwo można znaleźć ślepotę barwną nawet u zupełnie zdrowych intelligentnych ludzi, którzy dobrze nazywają barwy i doskonale dobierają barwy włóczki. Zależy to głównie od „niezwykłego” tonu barw tych tablic, a do tego jeszcze błyszczących.

Ślepotą czerwono-zieloną (*Anerythropsia*, *Aglaucopsia*) wyraża się tem, iż widmo zdaje się składać tylko z żółtej i niebieskiej barwy, lekko przerywanej szarą; tkaniny zabarwione wydają się zwykle niebieskimi, żółtymi lub szaremi. Barwa szara będzie identyczną z niebiesko-zieloną i purpurową.

Dla osobnika dotkniętego ślepotą żółto-niebieską (*Akyanopsia* (GOETHE), *Axanthopsia*) widmo słoneczne czyli smuga barwna zdaje

witą gammę, w której barwa zasadnicza zajmuje miejsce środkowe. Otóż z tych to gamm każdej barwy dr. GAŁĘZOWSKI do swej tablicy chromatycznej użył odcieni Nr. 1, 5, 10 i 15. (CHEVREUL *Des Couleurs et de leurs applications aux arts industriels à l'aide des cercles chromatique*. Paris 1864.)

¹⁾ *Beiträge zur Lehre von den Farbenempfindungen* (p. nadzwyczajny dodatek do *Zehender's Monatsbl. f. Augenheilkunde XIV Jahrg.*).

²⁾ W najnowszej genialnej teorii barw, HERING z Pragi przyjmuje również te 4 zasadnicze barwy, nie zgadza się bowiem z teorią HELMHOLTZ'A, o której niżej (p. jego *Grundzuegen einer Theorie des Farbensinnes* 1874).

się być zieloną, czerwoną lub szarą, jak również i tkaniny zabarwione. Identyčną z szarą bywa tu zielonawo-żółta i czerwono-niebieska. Ostatni rodzaj ślepoty rzadziej się spotyka niż pierwszy.

Zupełna ślepotą na barwy (*Achromatopsia*) spotyka się stosunkowo najrzadziej i dla tego mało jest zbadana.

Spostrzegalem w Kijowie (1863) pewnego weterynarza K., od urodzenia dotkniętego achromatopsią obuoczków (jak to zwykle bywa): nie rozpoznawał on barw pierwotnych lecz tylko białą, popielatą i czarną, tak np. mówił, że wypustki (brzegi) jego surduta są czerwone, lecz dla tego jedynie że mu mówiono o czerwonej barwie wypustek jego wojskowego surduta; dla niego takowe zdawały się być tylko jaśniejszymi od czarnego lub ciemno-zielonego sukna. Takim również sposobem rozpoznawał on i maście koni, sądząc z odcieni między jasnymi i ciemnymi barwami ich włosów. Czarne pismo nazywał „bardzo jaskrawem”, pismo czerwone i błękitne „jaskrawem”, żółte „bladem”, zielone i pismo olówkowe „jeszcze bledszem”. Achromatyk ten w wysokim stopniu był krótkowidzem: bez szkła czytywał książkę w odległości 2 — 3'' t. j. prawie dotykając nosem. W prawym oku znalazłem cząstkowe zmętnienie tylnej korowej warstwy soczewki, przy jednoczesnej *staph. posticum* obu gałek w średnim stopniu.

Wszystkie te rodzaje ślepot barwnych można wywołać zapomocą szkła zabarwionych: przez ciemno błękitne wpadające w fiolet prawidłowe oko widzi przedmioty w takiej barwie jak oko z czerwono-zieloną ślepotą (daltonizm); patrząc przez szkło czerwone barwy znikają jak przy *achromatopsii*: czerw., pomar., i żółta stają się jasnymi lub czerwono-szarymi, jak i biała; szkło zielone robi *akyanopsię* (nierozpoznawanie błękitnej): rozróżniają się biała, żółta i czarna, łatwo zaś mieszają się błękitna i czerwona (SCHEFFLER, *l. c.* Bd. II str. 366).

Najważniejszą jest ślepotą czerwono-zieloną tak z powodu swojej częstotści jak i znaczenia, jakie ma dla służących przy drogach żelaznych i na okrętach. Dla majtków jednakże również ważna jest ślepotą żółto-niebieska, gdyż okręty wojenne mają także sygnały niebieskie i żółte.

W 1878 r. STILLING, przeciwnik teorii YOUNG-HELMHOLTZ'A, wydał inne tablice chromatyczne, służące do badania wrażliwości na barwy u służby przy kolejach i na okrętach ¹⁾. W 1-ym zeszycie mamy tablice służące do określenia ślepoty czerwono-zielonej (szczeg. przy drogach żelaznych), w 2-m tablice dla rozróżniania ślepoty niebiesko-żółtej, szczególnie u majtków. Na 1-ej tablicy zeszytu 1-go przedstawione są kwadraty barwy czerwonej, zielonej, niebieskiej, żółtej, szarej i fioletowej. Dotknięci ślepotą czerwono-zieloną przyjmują za jedno barwę ciemno-czerwoną z ciemno-brunatną, mocno zieloną z matowo-gliniasto-żółtą, ceglasto-czerwoną z matową złocisto-żółtą, szarą z różową (barwne te kwadraciki mieszczą się jeden przy drugim na fig. 1, 2, 5 i 6 tablicy I-ej).

Dotknięci ślepotą niebiesko-żółtą poczytują jedne barwy za drugie przedstawione na fig. 3, 4 i 7 tej samej tablicy. Barwa żółta zmieszana

¹⁾ *Die Prüfung des Farbensinnes beim Eisenbahn—u. Marinepersonal* (z tablicami). Cassel. Dwa zeszyty.

z niebieską będzie zielono-żółtą, jeżeli jednocześnie łączy się z szarą, nie zielono-żółta wydaje się czerwawą i łatwo może być wziętą za różową. Mocno złocisto-żółta wydaje się mocno czerwoną. To znaczy iż barwa żółta i czerwona w obu rodzajach ślepoty są barwami przyjmowanymi jedna za drugą: dotknięci ślepotą czerwono-zieloną, barwę czerwoną przyjmują za żółtą, ślepi zaś na niebiesko-żółtą, żółtą za czerwoną.

Dla określenia cząstkowej nieczułości na barwy, w razach nierozróżniania odcieni lub nawet tonów barw, szczególnie u osób inteligentnych, STILLING proponuje odrębne (niebłyszczące jak pierwej, co jest znacznie lepszem) tablice: na tle jednostajnej barwy kresłą się litery lub znaki innej barwy, przyjmowanej przez chorych za jedno z pierwszą; jak tło tak i litery składają się z oddzielnych kwadracików w celu uniknięcia wpływu obrysów; oprócz tego kwadraciki tła są rozmaitych odcieni danej barwy, gdyż wedle stopnia wrażliwości na jednorodne (*homogen*) światło, kwadraciki składające litery będą się wydawać jaśniejszemi lub ciemniejszymi. Dla rozpoznania ślepoty czerwono-zielonej kwadraciki liter są czerwone lub różowe (5 tablice); niebiesko-żółtej, kwadraciki żółte — lub zielone na tle niebieskiem i czerwonym (3 tablice). Rozumie się, iż kto łatwo i na pewnej odległości poznaje takie litery czyli znaki, ten bezwzględnie posiada prawidłową wrażliwość 4-ch barw kardynalnych. Kto zaś rozpoznaje to z trudnością, tego wrażliwość na barwy jest osłabiona. Ten zaś kto zupełnie nie może ani liter ani znaków rozpoznać, cierpi na zupełną nieczułość na barwy.

COHN bardzo chwali niedawno wydane tablice DAAE'GA z Kragerø w Norwegii, jak również tablice kolorowe SNELLEN'A.

Dla wykrycia obu rodzajów ślepot barw sygnałowych zielonej i czerwonej, DAAE ¹⁾ używa tablic z 10 poziomie ułożonemi rzędami barw, z których każdy zawiera 7 barw (nitki włóczki). W niektórych rzędach ułożone są jednego i tego samego rodzaju barwy, podług ich odcieni: Nr. 3 (purpurowa), 7 (zielona) i 9 (czerwona). W innych rzędach barwy są pomieszane. Badanie robi się podczas dnia, przy dobrem oświetleniu. Kto na zapytanie wybiera tylko barwne rzędy pierwszego rodzaju, i rozpoznaje nawet cieniowania barw, ten posiada dobre chromatyczne czucie. Jeśli zaś badany rozpoznaje rzędy z barwami pomieszanemi jako jednobarwne, taki jest dotknięty barwną ślepotą. U nierozpoznającego obu rodzajów tych barwnych rzędów poczucie barw, jako nie określone, musi być kilkakrotnie badaniem, dla osiągnięcia stanowczego wyniku. Na 413 uczących się (205 chl. i 208 kob.) DAAE znalazł 10 chłopców z zieloną i czerwoną ślepotą i 16 (w tej liczbie 5 kobiet) z osłabionem czuciem chromatycznym.

STILLING przed wydaniem swoich tablic, proponował badanie barw-

¹⁾ Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde herausg. v. dr. HIRSCHBERG 1878, Jan. u. April.

nej ślepoty za pomocą „kontrastów” (barw dopełniających) spostrzeganych na barwnych cieniach¹⁾. Badanie można robić podczas jasnego dnia słonecznego, przepuszczając światło przez otwór w okiennicy, lub też przy lampie w ciemnym pokoju. Pomędzy światłem słońca lub lampy i arkuszem białego papieru, wiszącym na przeciwległej ścianie, trzyma się szkła kolorowe; jeśli po za szkłem trzymać przedmiot rzucający cień na papier np. ołówek, to część jego cienia, odpowiadająca barwie szkła, będzie barwy nie czerwonej, lecz dopełniającej: przy badaniu szkłem czerwonym, cień będzie zielony i odwrotnie, przy badaniu szkłem błękitnym, żółty i odwrotnie. A więc, jeśli badany widzi cień czerwony przy przepuszczeniu światła przez szkło zielone i zielony przy użyciu szkła czerwonego, osobnik taki prawidłowo odczuwa obie te barwy. Podobny wynik wyprowadzić też można przy badaniu szklami błękitnymi i żółtymi. Ma się rozumieć, iż za pomocą 2-ch tylko szkieł: zielonego i błękitnego łatwo i szybko można się przekonać czy oko posiada prawidłowe chromatyczne czucie: jeśli przy pewnym barwnym oświetleniu poznaje się kontrastowa (antagonistyczna) barwa cienia, oko takie prawidłowo odczuwa daną zasadniczą barwę; skoro zaś cień okaże się ciemnym, niezabarwionym, wtedy oko na barwę zasadniczą będzie nieczułe lub też mało czułe. Jest to t. z. *Farbenschatenversuch*, sposób, który, jak sam STILLING twierdzi, czasami prowadzi do fałszywych wyników.

Ażeby barwne cienie wytwarzać efektownie i wyraźnie, a przytem ażeby takowe szybko zmieniać, COHN obmyślił w tym celu przyrząd t. z. *chromasciopticon* (okaziciel barwnych cieni). On też podaje inny wygodniejszy sposób wytwarzania „*Simultancontrastu*” (t. j. takiego który się objawia jednocześnie z barwą antagonistyczną, a nie następowo po patrzeniu na tę ostatnią) przy świetle dziennem, tylko za pomocą 3-ch szkieł kolorowych i arkusza papieru z 2-ma kleksami atramentowemi lub 2 kawałeczkami aksamitu²⁾.

Z rosyjskich lekarzy nieczułością barw zajmował się głównie WOINOW³⁾, z początku zwolennik teorii Y.-H. Radzi on używać krążka MAXWELL'A z pewną zmianą: na poziomą oś przyrządu, obracanego za pomocą zegarowego mechanizmu 40—50 razy na sekundę, nakładał 3 papierowe krążki, z których 2 okrążają 3-ci środkowy w kształcie współśrodkowych obręczek. Środkowy składa się z 2-ch odcinków, białego i czarnego, przy obrotach daje barwę szarą; środkowy utworzony z czerwonego i fioletowego, przy kręceniu daje barwę różową; krążek obwodowy składa się z zielonego i fioletowego, przy kręceniu tworzy się błękitno-zielony. Oko z prawidłowem czuciem chromatycznym widzi te 3 krążki w wymienionych barwach, dotknięte ślepotą czerwoną będzie uważało za identyczny krążek peryferyczny z centralnym; ślepotą zieloną, identyczny środkowy

1) P. nadzw. dodatek do *Zehender's Monatsbl.* 1875 r.

2) Opis tego sposobu zob. w *Centralblatt f. Augenheilk.* 1878, Febr. str. 35.

3) P. jego *Fiziceskoje issledowanie glaza.* Peter. 1875 str. 12.

z obwodowym; ślepy na obydwie te barwy nierozróżnia wcale barw wszystkich 3-ch krążków.

Sposób ten zachował W., i później pomimo iż przyjął 4 pierwociny siatkówki odczuwające barwy (prócz odczuwających światło): czerwoną, zieloną, żółtą i błękitną, a więc rozróżniał 4 rodzaje barwnej ślepoty ¹⁾. Krążek WOJNOW'A prof. DOR uważa za nieodpowiedni, ponieważ osiągnięte tym sposobem wyniki nie zgadzają się z takowemi innymi, dokładniejszych sposobów.

Z pomiędzy lekarzy niemieckich statystyką ślepoty barwnej zajmowali się H. COHN i MAGNUS z Wrocławia (1878) ²⁾. Badali oni 5079 wrocławskich uczniów i uczennic i doszli do zajmujących wyników, a mianowicie: z 2318 uczennic dotknięta była tego rodzaju ślepotą 1 (0,04%), z 2762 uczniów okazało się 76 z barwną ślepotą (2,7%). W liczbie tych było: na 1947 chrześcijan, ślepych 42 (2,1%), na 814 żydów, 34 z barwną ślepotą (4,1%). Z tego wynika iż nieczułość na barwy niespotyka się prawie między kobietami, a żydzi dwa razy więcej cierpią na nią niż chrześcijanie. O rzadkości tej choroby u kobiet mówi także i DOR w Bernie (1872): na 611 kobiet znalazł tylko 5 z tem zбочnieniem, t. j. 0,82% HOLMGREN pomiędzy 7119 kobiet znalazł 19 dotkniętych ślepotą barw t. j. 0,26%.

Pewnikiem przeto jest iż ślepotą barwną częściej się spotyka u mężczyzn niż u kobiet, nie mówiąc już o tem iż często bywa spadkową ³⁾. Może też to zależy i od tego, że mężczyźni częściej i więcej bywają badani (np. służący przy kolejach, żołnierze, uczniowie szkół). Najprawdopodobniej zaś tłumaczy się to tem, iż kobiety staranniejsz studują barwy od dzieciństwa, chociaż jest wątpliwem, czy cierpiący na wrodzoną nieczułość na barwy mogą z czasem uleczyć się z tej wady. Najlepszym tego dowodem jest sam DALTON: w 1792 r. odkrył on u siebie barwną ślepotę i z tąż wadą zmarł 1844 r. Sprawdzają się więc słowa GALL'A, [umieszczającego chromatyczne czucie, podobnie jak i SURZHEIM, w przedniej części mózgu (w środku okolicy nadoczodołowej)], że kobieta ma więcej takowego niżli mężczyzna. (d. c. n.)

¹⁾ WOJNOW, *Beiträge zur Farbentheorie* w GRAEFE'S *Archiv* 21 Bd. *Abth. 1.* Ostatnia jego teoryja barw zbliżona jest do teoryi HERING'A. W. twierdzi że w środku siatkówki, obok pierwocin wrażliwych na światło, znajdują się wszystkie 4 pierw. wrażliwe na barwy; więcej ku obwodowi tej błony liczba pierwocin wrażliwych na barwę czerwoną i zieloną zmniejsza się, następnie idzie pas (*zona*) gdzie istnieją jedynie pierwociny odczuwające żółtą i błękitną; naostatek, na samym obwodzie siatkówka wcale nie posiada pierwocin odczuwających barwy.

²⁾ P. Zehender's *Monatsbl. f. Augenheilkunde* 1878, str. 245, a także HIRSCHBERG'A *Centralblatt f. Augenh.* 1878, *Mai*.

³⁾ SCHOLEK podaje całą genealogiję pewnej rodziny, której członkowie od 100 lat rodzą się z nieczułością na barwę czerwoną i zieloną (*Jahresbericht d. Augen Klinik in Berlin* 1879 str. 41)

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

O przymociu mózgu (*syphilis cerebralis*).

Przez Alfreda FOURNIER'A.

Strescił Wł. Gajkiewicz.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 10, 11, 13 i 14).

W ostatnich 4-ch lekcjach autor zajmuje się przebiegiem, zakończeniem i leczeniem przymiotu mózgowego. Co do przebiegu, to musimy najpierw zanotować iż przez leczenie energiczne, metodycznie i przez czas dostateczny wykonywane, przebieg choroby może być przerwany, może nastąpić zupełne zniknięcie objawów cierpienia. Innym razem wyleczenie jest niezupełne: następstwem leczenia jest tylko zmniejszenie natężenia istniejących objawów. Innym wreszcie razem leczenie nie może usunąć istniejących już objawów, lecz tylko zapobiega wystąpieniu innych lub opóźnia ich nadejście: czyni przebieg powolniejszym. Wreszcie czasami mimo najlepszego prowadzenia, leczenie jest bezskuteczne. Najtrudniejsze do wyleczenia są zaburzenia umysłowe z charakterem pogwałcenia. Co do przebiegu naturalnego, to rzadko postać początkowa przymiotu mózgowego trwa wciąż bez zmiany. Cztery pierwsze postaci (ból głowy, padaczka, niemota i postać napływowa) są, jak widzieliśmy wyżej, objawami przejściowemi, zapowiedziami innych, cięższych zaburzeń. FOURNIER nie widział aby przymiot mózgu wywołał padaczkę trwałą, stałą i żeby ona była jedynym tylko jego objawem; zawsze po dłuższym lub krótszym czasie przyłączają się do niej zbroczenia umysłowe i ruchowe (porażenia). Tylko postać porażeniowa (*hemiplegia* i porażenia oczne) może i nadal zostać jedynym objawem przymiotu. Zostawiony naturalnemu biegowi przymiot mózgowy ma zawsze przebieg postępujący. Z początku, opisane postaci mają skłonność do łączenia się z sobą, później jednak z cierpienia wielopostaciowego przymiot mózgowy staje się powoli cierpieniem jednokształtnem. W miarę mianowicie jak istota szara korowa mózgu ulega zwyrodnieniu (*desorganisatio*), lub obumarciu (*ramollitio*) giną stopniowo jej czynności, chory staje się coraz bardziej osłabionym umysłowo i co do ruchu, tak że w końcu następuje zupełne porażenie ruchu (*paralysis*) lub umysłu (*dementia*) lub *dementia paralytica*, *paralysis generalis*. Naturalnie ten ostateczny zanik czynności umysłowych i ruchu niezawsze bywa jednakowego natężenia i jednakowej rozciągłości. Najczęściej bezwład i ogłupienie idą w parze. Przebieg naturalny przymiotu mózgu jest zazwyczaj długi, przewlekły. FOURNIER oznacza mu granice 1—2 lat. Czasami jednak krótszy, 8—3 miesiące i mniej. Innym razem zrazu przewlekły, nagle staje się ostrym. Jest to ważne przy leczeniu, gdyż wiedząc to, nie należy nigdy odkładać takowego. Niekiedy ostre zapalenie osłon i mózgu (*meningoenzephalitis acuta*) z towarzyszącą mu gorączką jest zakończeniem opisywanego cierpienia. Przebieg przymiotu mózgowego nieleczonego zazwyczaj ciągły, bywa czasami przerywany, to jest, iż na pewien czas nikną wszystkie objawy, tak iż zdawałoby się napozór iż choroba się wyczerpała.

Co do zakończenia to na 90 chorych FOURNIER'A z przymiotem mózgu, których zejście wiadome, umarło 14, z żyjących zaś 76, wyleczenie zupełne 30, niezupełne 13, z pozostaniem kalectwa (ruchu, intelligeneyi, czucia swoistego, wzroku, słuchu) 33. Statystyka niekorzystna, w porównaniu z najczęstszymi cierpieniami zakaźnymi (durzyca, ospa i t. d.), usprawiedliwiająca zdanie iż przymiot mózgowy jest chorobą groźną. Dodać jednak musimy, iż rokowanie przymiotu mózgowego nie jest tak zle,

jakby to można sądzić z przytoczonej statystyki, gdyż dotyczy ona tylko niewielkiej liczby przypadków, a co najważniejsze iż objęto nią przeważnie przypadki w których objawy cierpienia daleko już były posunięte, a niekiedy nawet tak daleko iż z góry możnaby przewidzieć koniec; wreszcie przypadki, nieleczone lub źle leczone. Rokowanie zależy od natężenia objawów, od szybkości rozwoju, od czasu ich trwania i t. d. Postać porażeniowa i zbroczeń umysłowych, a zwłaszcza rzekome porażenie ogólne dają rokowanie gorsze niż inne postaci (ból głowy, padaczka). Najwięcej jednak rokowanie zależy od leczenia. W 14 przytoczonych przypadkach śmierci w 4 leczenia nie było zupełnie, w 6 leczenie zaczęło się bardzo późno bo w 4, 6, 7, 8, 10 i 12 miesiącu po pojawieniu się pierwszych objawów przymiotu mózgu, w 2-ch dopiero po 3 miesiącach, a w 2 robione było od samego początku, lecz w jednym tylko kilka tygodni a drugi dotyczył starca wyniszczonego wiekiem i cierpieniami poprzednimi u którego więc nie można było przeprowadzić energicznego leczenia. Wreszcie we wszystkich 14 leczenie było słabe, niedostateczne. Ostatnim punktem na który F. kładzie nacisk są niespodziewane pogorszenia, których w danym razie żadną poboczną okolicznością wytłumaczyć nie można. Przychodzą one często wśród widocznego ustępowania choroby, wśród leczenia, wtedy, gdy z jednej strony przebieg choroby, a z drugiej działanie pomyslnie leczenia, pozwalały się spodziewać blizkiego wyleczenia. Nierzadziemi od pogorszeń są powroty choroby, po wyleczeniu takowej i to wyleczeniu przez pewien czas już trwającym. Objawy przychodzą wtedy albo te same jakie były przed wyleczeniem, albo zupełnie inne. Powroty takie mogą być kilkakrotne i to za każdym razem po zupełnem, pozornem wyleczeniu. Jak widzimy, pod tym względem *encephalopathia syphilitica* nie różni się od innych objawów trzeciorzędnych przymiotu, które mają także skłonność do powrotów. Czas oddzielający wyleczenie i powrót przymiotu mózgowego bywa rozmaicie długi: kilka tygodni, miesiący, rzadziej 2, 3, 4 i więcej lat. Powroty cechują się tem, iż wtedy objawy przymiotu mózgowego są cięższe, silniejszego natężenia niż pierwotnie, a nadto iż mniej są dostępne leczeniu.

Leczenie przymiotu mózgowego nie różni się od leczenia przymiotu w ogóle. Polega ono na użyciu 2 środków zwanych słuźnie przeciwprymiotowemi, a mianowicie rtęci i jodu. Ze względu jednak na ważność i ciężkość objawów jakie mamy do zwalczenia, na konieczność enregicznej interwencyi powinno ono zadosyć uczynić pewnym warunkom, poznanym z doświadczenia. Takich warunków podaje F. cztery: 1) leczenie przymiotu mózgu winno się zacząć o ile można jak najwcześniej. 2) powinno ono być możliwie najenergiczniejsze. 3) winno trwać z tą samą wciąż energiją, nie tylko przez całe trwanie objawów mózgowych, lecz nadto 4) długi czas i po zniknięciu takowych.

Co do 1-go. Doświadczenie codzienne okazało, iż przymiot mózgowy leczy się tem łatwiej, tem lepiej, tem pewniej, im wcześniej, im w młodszym okresie swego przebiegu będzie atakowany. Są wprawdzie przypadki, wszyscy to przyznają, w których cierpienie bezustannie postępuje, pomimo najsilniejszego i najracjonalniejszego leczenia. Lecz są to tylko wyjątki, gdy tymczasem prawidłem jest iż przymiot mózgu leczony od samego początku ustępuje dość łatwo, a dopiero przy obecności objawów niewątpliwej dezorganizacyi, wszystkie nasze środki są bezskuteczne. To dowodzi konieczności znajomości postaci początkowych przymiotu mózgu.

Co do 2-go. Także wszyscy się zgadzają, że atak wspomniany nie tylko winien być wczesny, lecz nadto o ile można najsilniejszy. Działać słabo, to prawie to samo co nic nie robić. Trzymając się zwykłego leczenia, takiego

jakie się zazwyczaj przepisuje podczas szankra lub różyczki (*roseola*), to jest gdy się ograniczamy na 1 gr. *protojodureti*, na łyżce roztworu VAN SWIETEN'A lub 4–3 gr. jodku potasu, dziennie, ryzykujemy bardzo dużo, gdyż prawie napewno leczenie będzie bezskuteczne. Według F. leczenie powinno być następujące: Należy jednocześnie zadawać rtęć i jodek potasu. Ten ostatni zadaje się przez usta, w razie tylko widocznego nieznoszenia tą drogą, daje się go *per rectum*. Nietolerancja jednak jest bardzo rzadką i pod tym względem panuje dużo przesady z winy samego lekarza i chorego. Prawie zawsze po pewnym czasie, nawet gdy środek w mowie będący wywoływał z początku jakie niedomagania, jest on dobrze znoszonym. F. radzi podawać jodek potasu w jedzeniu lub napojach (rosole, winie, piwie) lub z anyżkiem, *curacao*, naparem gorzkim, aromatycznym. Zresztą prędzej czy później przychodzi przyzwyczajenie. Dalej, bardzo często duże dawki, właśnie takie jakie są konieczne w przymiocie mózgu, są lepiej znoszone niż małe. Co do sposobu zadawania rtęci, to nie ma zupełnej zgody: jedni sposób naskórny przekładają nad wewnętrzne jej użycie, inni uważają za konieczne połączenie sposobu naskórnego z wewnętrznym. F. widział iż oba te sposoby są skuteczne i dobre, głównym tylko warunkiem jest, by dostateczna ilość rtęci dostała się do ustroju. Zazwyczaj jednak F. posługuje się wecieraniami (*frictiones*) gdyż przy dużych dawkach, sposób ten lepiej jest znoszonym przez chorego. Przy sposobie naskórnym nie ma się na myśli żołądka, który przy wewnętrznym zadawaniu rtęci prędzej czy później może cierpieć, a tem samcem zmusić do zawieszenia leczenia. Co do dawek, to jodku potasu od samego początku nie należy przepisywać mniej nad 48 gr. na dobę, nie patrząc czy mamy do czynienia z młodym czy starym, czy z mężczyzną lub kobietą. Mniejsze dawki działają niedostatecznie. Później stopniowo, w miarę przyzwyczajenia, dawkę należy zwiększać do grm. 4, 5, 6, 8 i t. d. Przy objawach silnego natężenia trzeba zaczynać od silnych dawek np. 1 dr. i prędko zwiększać. Większe dawki 3–5 dr. uważa F. za zbytczne, gdyż jeśli jodek potasu ma działać, to wystarczą dawki średnie 1–2 dr. na dobę. Co do rtęci, to jeśli ją podajemy do wewnątrz, to jodku rtęci (*protojodureti hydrarg.* trzeba dawać dziennie $1\frac{1}{2}$ –3 gr. (ctgrm. 10–20), a sublimatu gr. $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{5}$ (ctgrm. 2–5). Pierwszeństwo należy się sublimatowi, gdyż mniej działa na dziąsła i trudniej wywołuje ślinotok (*ptyalismus*) a nadto działa skuteczniej. Niektórzy używają kalomelu i to w taki sposób, pierwszego dnia daje się gr. 4₃ (ctgrm. 25), 2-go dnia gr. 8 (ctgrm. 50), 3-go 75 ctgrm., 4-go gr. 16 (grm. 1), później przerywa się przez 5–8 dni, by powtarzać tak samo. F. nigdy tego sposobu nie używał. Przy sposobie naskórnym, trzeba z początku (np. pierwszy tydzień) weierać dziennie szaruchy (*ung. cinerei.*) 4 skr. (grm. 5), a potem zwiększać do 2 dr. grm. 8, grm. 10, 12 niekiedy nawet 5 dr. (grm. 20). Jednem słowem rtęć i jod należy podawać *larga manu*. Tylko przy szybkim i silnym zatruciu rtęcią (*mercurialismus*) można liczyć na wyleczenie przymiotu mózgowego. Podając te środki bojaźliwie, w małych dawkach, nie osiągniemy prawie nic. Nie potrzebujemy dodawać iż do lekarza należy śledzić bacznie i dawki zastosować do tolerancji chorego. W miarę jak wystąpią pierwsze ślady silniejszego lub słabszego zapalenia dziąseł (*gingivitis*) należy albo zupełnie zawiesić na czas pewien zadawanie leku i przepisać chlorany do płukania i do wewnątrz, lub też tylko zmniejszyć dawkę. (Na miejscu tu będzie wspomnieć zdanie, jakie słyszeliśmy na klinice prof. SIGMUND'A w Wiedniu, iż jednym z najlepszych sposobów zabezpieczenia chorego od zapalenia dziąseł jest czyste utrzymanie takowych. S. każe swym chorym płukać usta kilka razy dziennie, najmniej 6. razy P. P.). Pojawienie się pod-

rażnienia działań jest dowodem iż środek działa i dawka jego jest dostateczna a nadto zdaniem F. jest zazwyczaj zapowiedzią zmniejszenia się objawów mózgowych.

Co do 3-go warunku, to leczenie wymienione powinno trwać przez cały czas istnienia objawów mózgowych i to w taki sposób, by mimo przyzwyczajenia zadawka była taka sama jak w początku. Naturalnie nie znaczy to by leczenie trwało wiecznie, jeśli bowiem choroba się już wysiliła, jeśli mamy do czynienia tylko ze zmianami których usunąć nie można, to leczenie nie nie pomoże, owszem nawet może zaszkodzić przez wpływ osłabiający odżywianie. Dla uprzedzenia tylko powrotów należy je powtórzyć nieco później. Leczenie winno trwać bardzo długo i dla tego, iż są przypadki, naszczęście rzadkie, w których wpływ zbawienny leczenia pokazują się dopiero bardzo późno, tak że może ono nie działać nie przez kilka pierwszych tygodni; trzeba więc umieć czekać. Lekarz nie powinien się zniechęcać, lecz musi mieć wielki wpływ na chorego, gdy takowy nie widząc skutku chce porzucić leczenie. W innych razach leczenie podane znosi prędko pewne tylko objawy, jak: ból głowy, padaczkę, niemotę i t. d., gdy tymczasem na przejście objawów porażenia i umysłowych trzeba czekać bardzo długo. Doświadczenie nauczyło, iż przy długim zadawaniu jakiegokolwiek środka lekarskiego ustroj przyzwyczajają się don, w ten sposób, iż po pewnym czasie działa on, przy tych samych co pierwotnie dawkach, daleko słabiej niż z początku. Dla zadosty więc uczenia drugiej części omawianego warunku iż leczenie przeciwprimiotowe powinno ciągle działać z tą samą skutecznością, F. podaje następny sposób nazwany przezeń *méthode des traitements successifs ou traitement alterne*. Przepisuje się z początku leczenie mięsane, to jest, jednoczesne podawanie rtęci i jodu, powinno ono trwać pewien czas np. 6—8 tygodni. Po upływie tego czasu zawieszają się je na kilka dni, po czem przez dni średnio 20 zaleca się samą rtęć, a przez następne 20 dni sam jod, by znów powrócić do rtęci i t. d. Chory więc wciąż jest leczony, a zadawanie naprzemian rtęci i jodu zapobiega przyzwyczajaniu się ustroju, a tem samem zmniejszeniu ich skuteczności. W ten sposób zadawane 2 te środki lepiej są znoszone, dłużej więc mogą być brane, co jest jednym z najkoniniejszych warunków.

Warunek 4-ty iż leczenie powinno się ciągnąć długo po zniknięciu objawów chorobowych, jest motywowane skłonnością przymiotu mózgowego do częstych pogorszeń lub powrotów, o których wyżej mówiliśmy. Z krótkimi przestankami leczenie winno trwać przez rok a nawet lata i dopiero gdy kilka lat upłynie bez pojawienia się nowych objawów, możemy być pewni wyleczenia. Ten sam wzgląd na możebność powrotów nakazuje nam przepisać chorym dotkniętym przymiotem mózgu specjalną higienę, któraby zapobiegała pogorszeniom lub powrotom, a nadto była pomocniczą przy leczeniu wyżej opisanem. Tu należy leczenie wodne (*hydrotherapia*). Jest ono niewątpliwie użyteczne przy leczeniu postaci padaczkowej przymiotu mózgowego. Padaczka przymiotowa przechodzi daleko prędzej, gdy prócz leczenia rtęcią i jodem przepiszemy choremu zimne natryski (1—2 razy dziennie) trwające 1/2—1 minuty. Nie jest ono bez wpływu i na objawy napływowe, a szkodzi przy objawach umysłowych z charakterem podniecenia. Do środków pomocniczych zaliczamy dalej bromek potasu i jemu pokrewne (bromek kamfory, wielobromek i t. d.). Z działania ich kojącego (*sedativum*) korzystamy przy objawach podniecenia (ból, bezsenność, bredzenie, *ataxia* i t. d.), a zwłaszcza po napadach padaczkowych, napływowych, podobnych do apoplektycznych i t. d. Dawka dzienna: 1—1 1/2 dr. Rzadziej posilujemy się innymi środkami kojącymi

(makowiec, morfina, chloral i t. d.). FOURNIER (*l. c.* str. 634) wspomina o skuteczności, przynajmniej chwilowej, wezykatoryi położonej na czaszce przeciw gwałtownym bólom głowy przyrody przymiotowej. Rzadko objawy napływowe są tego natężenia by wymagały upustów krwi miejscowych (pijawki na wyrostkach sutkowych, banki cięte na karku). ALTHAUS ¹⁾ utrzymuje iż elektryzowanie głowy prądem stałym „pobudzając silnie krążenie krwi oboczne w okolo części chorych mózgu, mogłoby powstrzymać rozszerzanie się obumarcia (*ramollitio*), polepszyć odżywianie dotkniętych już tkanek i tym sposobem przywrócić w całości lub częściowo zawieszoną czynności”. Dalej wiadomo iż w ostatnich czasach elektryzowanie głowy okazało się skutecznem w pewnych cierpieniach umysłowych ²⁾ (*mania* i t. d.). Bardzo często wypadnie polepszyć stan ogólny chorego przez zadawanie środków wzmacniających jak: goryczek (*amara*), tranu, chinu, żelaza, hydroterapii, kąpieli siarczanych (po ustąpieniu objawów podrażnienia) jak: *Uriage*, *Luchon*, *Aix* (w Sabaudyi), *Cauterets*, *Barèges* i t. p., pobytu na wsi, w górach, nad morzem. Dla uchronienia chorego od powrotów, należy go uprzedzić, bez straszenia, o możliwości takowych; należy go przekonać iż odpowiedniem życiem może je do pewnego stopnia oddalić. Najważniejszem tutaj jest higijena że ją tak nazwiemy mózgową, mająca na celu oddalenie wszelkich podrażnień, pobudzeń mózgu. Zabronić należy choremu przedewszystkiem nadużyć płciowych, pracy umysłowej wymagającej długiego natężenia umysłu, wysiłków pamięci, myśli i t. d.; nadużyć napojów wysokowych; nadużyć w jedzeniu; wszelkiego rodzaju zmęczeń, czuwania w nocy; wzruszeń moralnych (zmartwienie, gniew i t. d.), naduzycia pracy fizycznej, jednym słowem należy starać się postawić mózg chorego w stanie możliwego spoczynku. Chory długi czas nie powinien wracać do swych zajęć, przyjemności i t. d., potrzeba mu doradzać *far niente*, bezrobocie umysłowe.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Bakteryje węglikowe (*Bacillus anthracis*). Jak wiadomo, wykrycie przez PASTEUR'A we krwi ludzi i zwierząt dotkniętych węglikiem, najniższych ustrojów t. z. bakteryj, zapo-
mocą których wywoływał on tę chorobę u zwierząt poprzednio zupełnie zdrowych, stało się tak ważnym dowodem pasorzytowego pochodzenia chorób zakaźnych, że zwolennicy tej teorii zawsze i wszędzie na ten dowód się powołują. Tymczasem sam fakt wywoływania dowolnie węglika stanie się niezbitym dowodem jego pasorzytowego pochodzenia dopiero wtedy, gdy wykazaną zostanie obecność owych bakteryj w tych miejscowościach, w których węglik samodzielnie (*spontaneo modo*) powstaje. W tym celu PASTEUR i TOUSSAINT z polecenia francuzkiego ministra rolnictwa, podczas ubiegłego lata, dokonali odpowiednich badań i poszukiwań w jednej takiej miejscowości, gdzie węglik endemicznie panuje i doszli, każdy na innej drodze, do tychże samych nieledwie wyników, a mianowicie:

PASTEUR wychodząc z tej zasady że węglik samodzielny (*charbon spontané*), tak samo jak wywołany przez zaszczepienie, bakteryjom winien swoje pochodzenie, karmił barany właściwą dla nich paszą, skropioną płynem w którym bakteryje wychodował. Niektóre z tak karmionych baranów zapadały na węglik zupełnie podobny do węglika samodzielnego. Jak tylko jednakże do lucerny, zroszonej rzeczonym płynem, dodawał takiej paszy jak oset, plewy jęczmienne i t. p. zdolne wywołać zranienie pierwszych dróg przewodzenia pokarmowego jako to: pyska, języka, gardzieli i t. p. wtedy liczba zapadających na chorobę węglikową znacznie się zwiększała. Badanie trupów zwierząt padłych wykazywało

¹⁾ *Medical Times and Gazette*. 1871.—*The American Journal of syphilography and dermatology*. Vol. III. 1872. str. 333.

²⁾ TEISSIER. *De la valeur thérapeutique des courants continus*. Thèse d'agreg. Paris 1878.

między innymi że choroba poczęła się w jamie pyskowej lub gardzielowej, tak samo jak to spostrzega się w wągliku samodzielnym. Z doświadczeń tych P. wyprowadza ten wniosek, „że wąglik udziela się zwierzętom samodzielnie, zapomocą paszy zawierającej zarodniki bakteryj, lecz jedynie wtedy, gdy te zwierzęta posiadają zranienia, albo też ranią się podczas spożywania takiej paszy; zranienia te same przez się są całkiem nic nie znaczące dla ich ogólnego stanu zdrowia”. Wniosek praktyczny jest taki, aby niedawać bydłu takiej paszy która może pysk ich ranić jako to: ostu, roślin kołających, paszy suchej, twardej, sieczeni, siana zawierającego pył krzemionkowy dróg bitych i t. p. Tego rodzaju paszę należy wprzód przepłukać w wodzie, albo też poddać robieniu (*fermentatio*) z paszą zieloną. Szczególną na to zwrócić należy uwagę podczas silnych upałów i suszy, które jak wiadomo wielce sprzyjają powstawaniu i rozwinięciu się wąglika. (Praktyczny ten wniosek, zdaniem naszym ma jednak znaczenie czysto teoretyczne: bo czyż można ustrzedz chociaż jedną sztukę z całego stada krów lub owiec, aby nie zjadła na pastwisku tej lub owej rośliny, która pysk lub gardziel nieznanie zadrapać jej może. Bądź co bądź jest to równie praktyczne i skuteczne jak noszenie np. respiratora przez ludzi przebywających w okolicy zadżumionej).

Drugi wymieniony badacz TOUSSAIN badał padłe na wąglik barany ze stanowiska anatomiczno-patologicznego i doszedł do tego ostatecznego wyniku, że bakteryje znajdują się tylko w naczyniach krwionośnych i w tych jedynie zwojach gruczołowych które się znajdują na przebiegu chłonic, wychodzących z punktu zaszczepienia zarazy, a mianowicie języka lub gardzieli. Z 12-stu padłych baranów u 11-stu miejscem dostania się bakteryj do ich ustroju była jama pyskowa lub gardzielowa, a u jednego tylko zadnia kończyna prawa. Nie mógł on dokładnie oznaczyć miejsca zaszczepienia się zarazy: ani na błonie śluzowej jamy pyskowej, ani na podniebieniu, ani też w gardzieli; jednakże przypuszcza że to są jedyne drogi zarażenia z powodu okaleczeń jakie prawie zawsze w jamie pyskowej tych zwierząt istnieją, już to wywołane zębami już też paszą kołącą. Tak więc wyniki doświadczeń PASTEREA stwierdził TOUSSAIN badaniem trupów padłych zwierząt z wąglika samodzielnego. Jeżeli taką jest patogenia wąglika samodzielnego, to należałoby w tych miejscowościach gdzie on panuje endemicznie wykryć zarodnik bakteryj, owo *corpus delicti*: w paszy, którą dostaje bydło, na roślinach łąk lub pastwisk na których bydło przebywa i w wodzie lub wywarze, któremi bydło tam poją. Tymczasem wymienieni badacze o tem nic nie mówią, zbywając oświadczeniem że to będzie przedmiotem następnej ich wycieczki. Dopóki zatem nie ogłoszą oni wyników swoich badań co do tego ostatniego, należy się wstrzymać od wydawania stanowczego zdania co do pasorzytowego pochodzenia wąglika.

(Podług ref. w *Gaz. méd. de Paris*. Nr. 10—1879).

Nowy sposób wywołania gruźlicy u psów opisuje TAPPEINER'a, z Meradu. Autor umieszczał psy, codziennie na pewien określony czas, w powietrzu zawierającym w zawieszeniu bardzo drobne cząstki płwocin suchotników. W tym celu zamykał on psy, dwa razy dziennie na dwie godziny za każdym razem, w skrzyni mającej 12 metrów sześciennych objętości, zamkniętej kratą i zaopatrzonej w liczne otwory w jej ścianach dla swobodnego przewiewu powietrza. Każde posiedzenie rozpoczynało się od tego, że T. wdmuchiwał w ową skrzynię, zapomocą odpowiedniego rozpylacza, płyn otrzymany z zamienienia w mleczankę (*emulsio*) płwocin suchotników, będących w ostatnim okresie choroby, (łyżeczkę od kawy płwocin rozczytniano w 10 unc. do 1½ funta wody (300—500 grm.). Po upływie pewnego czasu psy takie zabijano. U wszystkich rozbiór anatomiczny wykazał obecność gruzelków prosówkowych w obu płucach, rzadziej w nerkach, a najrzadziej w wątrobie i śledzionie. Zmiany te spotykano u psów już ciągu 3-go tygodnia trwania doświadczeń. Inym znowu psem domięszwał autor codziennie do ich pokarmów zwykłych po ½ uncji (15 grm.) płwocin suchotniczych. Po pewnym czasie psy w ten sposób karmione zabijano, a rozbiór anatomiczny ich wykazał, że wszystkie ich narządy wewnętrzne były zupełnie zdrowe; jedynie u dwóch psów które stale przebywały w sąsiedztwie rzeczonyj skrzyni podczas poprzednich doświadczeń, znaleziono gruzelki w płucach, a u jednego z nich jelita były obrzękłe i miejscami owrzodzone. Z doświadczeń tych wyprowadza autor ten wniosek, że gruźlica jest chorobą zaraźliwą i że zarażenie nią dokonywa się przedewszystkiem drogami oddechowymi.

(*Virchow's Archiv* t. LXXIV, 1878 str. 393). J. R.

KRONIKA MIEJSCOWA.

25-ta rocznica objęcia obowiązków lekarza tutejszego Instytutu oftalmicznego przez prof. Szokalskiego obchodzoną była uroczystością w ubiegły Wtorek. O godzinie 11-ej tutejsi okuliści, z kuratorem tego zakładu ks. Tadeuszem LUBOMIRSKIM i inspektorem szpitali cywilnych m. Warszawy prof. WALTHER'EM na czele, oczekiwali na przybycie jubilata w gmachu rzezonego instytutu. Po serdecznym przemówieniu kuratora, zabrał głos inspektor szpitala w języku francuzkim, wymieniając zasługi jubilata w służbie rządowej szpitalnej, a na zakończenie wręczył mu przedstawienie Rady Dobroczynności publicznej do podwyższenia dotychczasowej płacy (600 rs.) o 400 rs. rocznie w uwzględnieniu wysokich zasług jakie jubilat na stanowisku naczelnego lekarza Instytutu dla zakładu tego położył. Następnie kol. TALKO przy wręczeniu jubilatowi pięknej litografowanej guppy współczesnych okulistów polskich, odczytał treściwie skreślone dzieje Instytutu oftalmicznego i zasługi Jubilata jako uczonego i lekarza.

Grupa owa przedstawia portret Jubilata, otoczony 15-ma portretami współczesnych okulistów polskich. U wierzchu jest napis:

„Nestorowi okulistów polskich w dniu ukończenia 25-letniej służby w instytucie oftalmicznym, służby wielce pożytecznej dla cierpiącej braci i nauki”.

W środku u góry rysunek gmachu instytutu, pod którym napis:

„Współcześni koledzy 8 Kwietnia 1879 r.”

W grupie znajdują się portrety następujące:

Dr. Emil WOLFRING, starszy ordynator szpitala ujazdowskiego i docent oftalmologii przy uniwersytecie Warszawskim, uczeń SZOKALSKIEGO.

Dr. Witold NARKIEWICZ-JODKO, b. docent oftalmologii w Szkole Głównej, ordynator Instytutu Oftalmicznego i okulista dróg Warszawsko-Wiedeńskiej i Bydgoskiej.

Dr. Bolesław GEPNER, ordynator instytutu, lekarz drogi żelaznej Warszawsko-Petersburskiej, uczeń jubilata.

Dr. Józef KILARSKI, b. asystent kliniki, okulista szpitala powszechnego we Lwowie.

Dr. Zygmunt KRAMSZTYK, asystent przy katedrze oftalmologii uniw. Warszawskiego, uczeń SZOKALSKIEGO.

Dr. Adolf WURST, b. asystent kliniki okulistycznej w uniw. Jagiellońskim, obecnie lekarz w Galicyi.

Dr. Stanisław KOŚMIŃSKI, okulista-konsultant szpitala dla dzieci, uczeń jubilata.

Dr. Józef TALKO, okulista okręgu wojskowego Warszawskiego, konsultant kolei Nadwiślańskiej.

Dr. Aleksander DOBRZAŃSKI, ordynator oddziału oftalmiczn. szpitala starozakonných.

Dr. Michał BORYSIEKIEWICZ, asystent kliniki okulistycznej w Wiedniu, docent prywatny.

Dr. Ksawery GAŁĘZOWSKI, profesor oftalmologii w paryzkiej szkole praktycznej, właściciel kliniki oftalmicznej.

Dr. Lucyjan RYDEŁ, prof. okulistyki i dyrektor kliniki uniw. Jagiellońskiego.

Dr. Leon BLUMENSTOK, b. asystent kliniki okulistycznej, nadzwyczajny profesor medycyny sądowej uniwersytetu Jagiellońskiego.

Dr. Bolesław WICHERKIEWICZ, b. asystent kliniki oftalmicznej we Wrocławiu, obecnie główny lekarz kliniki oocznej prywatnej i zakładu dla ubogich chorych w Poznaniu.

Dr. Zenon CYWIŃSKI, okulista okręgu wojskowego wileńskiego, kierujący zakładem hrabiego TYSZKIEWICZA w Wilnie, uczeń SZOKALSKIEGO.

Jubilat z właściwą mu skromnością dziękował obecnym serdecznemi słowy za składane mu życzenia i hołdy i na tem zakończyła się uroczystość w samym instytucie.

Wieczorem grono 60 osób podejmowało szanownego Jubilata składkową wieczerzą

w resursie kupieckiej. Pierwszy ks. T. LUBOMIRSKI zabrał głos podczas tej biesiady podnosząc zasługi Jubilata, już to jako gorąco przywiązanego syna do swej ojczyzny, dla której niemało przeobraził; już też jako lekarza instytutu, dla którego najpiękniejszą kartę w dziejach naszych zakładów dobroczynnych, swoją 25-cio letnią działalnością zgotował, to znowu jako europejskiej sławy profesora na katedrze fizjologii i okulistyki w b. Akademii i Szkole Głównej, jak niemniej znakomitego autora; wreszcie jako najzasłużeńszego Sekretarza stałego tutejszego Towarzystwa lekarskiego i najuczciwszego szafarza kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po nich pozostałych.

Następnie przemawiał kol. NARKIEWICZ-JODKO następnemi słowami:

„Szanowny Professorze! Dziś rano kolega TALCO wręczając Ci grupę okulistów polskich, utworzoną dla uczczenia ćwierćwiekowych zasług, jakie dla okulistyki w kraju naszym położyłeś, już zasługi te w części ocenił, powiadam w części, bo stykając się z Tobą tylko chwilowo i nie przy bezpośredniem pełnieniu obowiązków, niemógł doniosłości tychże tak ocenić jak my, którzy codziennie się w tych warunkach spotykamy i nawzajem spostrzegamy. Ja te kilka słów poświęcę dla przypomnienia zasług jakie Szan. prof. dla Instytutu oftalmicznego położyłeś.

Zakład ten jakkolwiek z najlepszymi chęciami i pod wpływem najszlachetniejszych pobudek założony, nie żył przed laty 25-ciu życiem prawidłowym, wegetował tylko, przez ludzi nie dorosłych do wielkości zadania prowadzony. Dopiero z wejściem twojem Sz. prof. w ściany Instytutu, nowe weń życie wpłynęło, nowy zdrowy duch wstąpił i zakład ten rzeczywiście odpowiadać zaczął tak szlachetnej myśli założyciela, jak i niewypowiedzianym ale rzeczywistym potrzebom kraju, dla zadosyć uczynienia którym był założonym. W Instytucie rozpoczęła się tedy dopiero z przybyciem twojem Sz. prof. era okulistycznej działalności lekarzy polaków: tyś ją inaugurował i tak świetnie, że zakład ten nie znany do tego czasu krajowi, od razu szeroki znalazł rozgłos.

Wstąpiłeś wprawdzie już do Instytutu poprzedzony głośnie imieniem, jakie pracami swemi na polu naukowem przed powrotem do Warszawy zdobyłeś, ale kraj nasz t. j. ludność tegoż nie-lekarska poznała cię dopiero z czynów w Inst. Oft. dokonanych, a czyny te świetne być musiały skoro, jak o tem nas księgi Instytutowe przekonywają, że wszystkich krańców dawnej Polski, ludność tłumnie w celu szukania ulgi w cierpieniach oczu do Warszawy i do Instytutu podążała.

Pole działalności twojej Sz. prof. zwiększyło się z założeniem Akademii Lek. w Warszawie i z objęciem katedry Okulistyki; Instytut też do tego czasu poświęcony jedynie celom czysto praktycznym stał się częścią klinik Akademii, a przy pomocy napływającego doń ogromnego materiału klinicznego, przy pomocy łatwości słowa i bogactwa wiedzy wykładającego, zyskał szaczone stanowisko jako rozsądnik nauki okulistycznej. Jak z zasobów materiału przez Instytut Ci dostarczonego korzystać umiałeś Sz. prof. niech ci powiedzą, co widzieli Cię otoczonego chęcią wiedzy tłumnie garnącą się młodzież, co czytali twoje dzieło „Wykład chorób przyządu wzrokowego u człowieka”, w którym pierwszy wprowadziłeś statystykę chorób ocznych i tem wprowadzeniem pokazałeś jak lekarze szpitali dany materiał użytkować powinni i jak wielkiej doniosłości dla semiotyki chorób ocznych jest dokładna tychże statystyka.

Przy zamierzonej budowie nowego gmachu dla pomieszczenia fundacyi imienia Edwarda ks. LUBOMIRSKIEGO, światłe i praktyczne twoje rady Sz. prof. wpłynęły na wybranie najkorzystniejszych warunków dla chorych ocznych w nakreśleniu planu gmachu; a pilny twój udział w zajęciach komitetu bodowy dopomógł wiele do wypełnienia trudnego zdania wystawienia gmachu, który pod każdym względem racjonalnie i najwłaściwiej do potrzeb chorych ocznych jest zastosowany.

W nowym tym gmachu, już uwolniony od obowiązków profesora, z podwójną energiją znowu się wzięłeś do pracy, znowu się cały oddałeś nieszczęśliwym chorobą oczną dotkniętym, a my co się codziennie przy tych zajęciach spotykamy, podziwiać musimy Twoją niezmordowaną gorliwość i punktualność w pełnieniu dobrowolnie na się przyjętych obowiązków. Energija twoja szanowny Jubilacie prawie młodzieńcza, z jaką Cię zawsze przy zajęciach znajdujemy, każe przypuszczać, że masz jeszcze wielkie zasoby życia, chociaż niemi

szczodrze dla pożytku ludzkości w ciągu Twego żywota szafowałaś. W nadziei tedy pracowania jeszcze długo pod twoim kierunkiem, w nadziei korzystania jeszcze długo z twoich rad przyjacielsko-koleżeńskich, przyjm te wyrazy szczerzego uznania; wybacz jeżeli nie dość wymownie twoje zasługi dla instytutu opowiedziałem i pozwól wnieść Twoje zdrowie w tym dniu tak dla nas wszystkich uroczystym i ważnym”.

Potem w pięknej przemowie kol. KOŚMIŃSKI skreślił najważniejsze chwile życia dostojnego Jubilata i przypominał jego zasługi jako nestora naszych okulistów.

Z kolei zabrał głos szanowny Jubilat, starając się wymownemi a zglebi serca płynącemi słowy wykazać, że nie Jego wyłącznie zasługą jest to co dotąd zdziałał, lecz okoliczności, w jakich za powrotem do Warszawy się znalazł. Żałujemy bardzo, że przemówienia tego w całości powtórzyć nie możemy, zaznaczamy jednak jeden z wymownych ustępów, w którym dostojny jubilat składa na uczniów swoich zasługę tego, że mimo podszłego wieku swego nie pozostał w tyle, lecz z młodzieńczym zapałem zdążył z postępem wiedzy: liczne i niezwykle zapytania uczniów z jakimi zwracali się oni do swego profesora, zmuszały go do rozpatrywania się rozwiązywania najzawiślejszych zagadnień nauki, o których sam przez się nie byłby i pomyślał. W tem to spoczywa owa tajemnica, że dostojny jubilat, pomimo swego wieku, posiada młodzieńczy umysł i zapał w rzeczach nauki. I w istocie, nie ma u nas żadnego wydawnictwa naukowego, w którymby szanowny profesor nie brał czynnego udziału, lecz nie samą tylko radą, do której ochotników nigdy nie zbraknie, ale wytrwałą pracą, której wielu z młodszych kolegów nie dorównywa. Tak np. od początku naszego wydawnictwa, a początek ten datuje się od ukazania się 1-go N-ru „KLINIKI” w r. 1866, stale zasilą nasze czasopismo licznemi utworami znakomitego swego pióra, kryjąc najczęściej swoje nazwisko tym lub owym znakiem. Niech nam wolno będzie w dniu tak uroczystym wyrazić Ci tu Szanowny Jubilacie serdeczną za to wdzięczność, i życzenie abyś przyświecał nam przykładem Twojej niezmordowanej pracy i wspierał nas przez długie lata!

Na zakończenie opisu samej uroczystości dodajemy, że oprócz przemówień kilku jeszcze kolegów a mianowicie: prof. HOYER'A, kol. DORANTOWICZ, STANKIEWICZA Henryka, LUBELSKIEGO i innych odczytano nadesłane telegramy: dr. CYWIŃSKIEGO z Wilna, BLUMENSTOKA, RYDLA i WURSTA z Krakowa, oraz od Tow. lek. Krakowskiego, GAŁĘZOWSKIEGO z Paryża, BORYSIEKIEWICZA z Wiednia i list d-ra KILARSKIEGO ze Lwowa.

J. R.

OGŁOSZENIA.

Dr. Maurycy Żebrowski ma zaszczyt zawiadomić Szanownych Kolegów że w roku bieżącym z początkiem Maja tak jak i w roku zeszłym ordynować będzie podczas sezonu kąpielowego w **Gleichenbergu** (w Styryi) a w zimowych miesiącach w **Meranie**.

WODOLECZNICA NOWE MIASTO NAD PILICĄ Zakład Przyrodoleczniczy.

Cały rok w zimie i w lecie otwarty, przyjmuje cierpiących na choroby nerwowe, nieżyty żołądkowo-kiszkowe, choroby wątroby, śledziony, nerek, pecherza, macicy i skóry; reumatyzmy, niemoc, nasieniotok, bezpłodność i różne zakażenia jak rțciowe, zimnicze i t. p. Najskuteczniejsze leczenie w Marcu, Kwietniu, Maju, Sierpniu, Wrześniu i Październiku.

Blizsze objaśnienia w Zarządzie Zakładu w Nowem-Mieście nad Pilicą, lub też w Ap-tece p. **KUCHARZEWSKIEGO** w Warszawie, Senatorska 480. **Dr. Jan Bieliński.**

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Biurow Redakeyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.