

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	„ 2 „ 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	„ 1 „ 25			

TREŚĆ: **Rozprawy.** Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zбочeń mózgowych. Napisał dr. WŁ. GAJKIEWICZ. (c. d.)—Badanie nieczułości na barwy u służby dróg żelaznych. Skreślił dr. J. TALKO. (dok.)—Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. O kamieniach napełkowych, przez prof. LEWIN'A. Podał dr. KLINK.—Streszczenia i wyciągi. Karaluchy jako lek moczopędny. Przypadek zatrucia skutkiem zewnętrznego użycia tytoniu. O działaniu nowego leku „Pituria” na człowieka.—Wiadomości z Medycyny publicznej i statystyki lekarskiej. Wiadomości o higijenie szkolnej za granicą.—Kronika zagraniczna. Londyn. Płaca lekarzy sanitarnych. Marienbad. Odkrycie pomnika.—Nekrologja.—Ogłoszenia.

OBECNY STAN WIEDZY

O umiejscowieniach czynności i zбочeń mózgowych.

Napisał Władysław Gajkiewicz.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 1—4, 16 i 17.)

Co do dalszego przebiegu nerwów wzrokowych, to wiadomo iż szlaki wzrokowe w tylnej części rozdzielają się na 2 gałęzie: zewnętrzną i wewnętrzną. Gałąź zewnętrzna grubsza udaje się do 3 mass istoty szarej, a mianowicie: do ciała kolankowatego zewnętrznego (*corpus geniculatum externum*), do wzgórka wzrokowego (z którego szłyby przedłużenia dopiero co opisane do części tylnej kory mózgowej), w części wreszcie do wzgórka czworaczego przedniego (*nates*). GUDDEN ¹⁾ wyluszczył jedną z gałek ocznych u młodych królików, po kilku miesiącach znajdował zanik wszystkich tych 3 mass istoty szarej, gdy tymczasem wzgórki czworacze tylne i ciało kolankowate wewnętrzne były prawidłowe. Gałąź zaś wewnętrzna szlaku wzrokowego, udaje się do ciała kolankowatego wewnętrznego (*corpus geniculatum internum*), które zawiera tylko ślady komórek nerwowych (HENLE) a więc nie można go uważać za ośrodek nerwowy, tak jak ciało kolankowate zewnętrzne, które składa się z gromady komórek nerwowych gwiazdkowatych lub wrzecionowatych dużych rozmiarów ²⁾. Nadto podług HUGUENIN'A ³⁾, gałąź wewnętrzna szlaku wzrokowego byłaby w związku ze wzgórkami czworaczymi tylnymi (*testes*), za czem mówiłby zanik obu wzgóreków czworaczyc przy ślepotcie w wiaździe rdzenia kręgowego (*tabes dorsalis*) (CHARCOT). Według poszukiwań MEYNER'T'A zwłaszcza u *Cercocebus cinomolgus*, wszystkie tu wymienione massy istoty

¹⁾ *Archiv f. Ophthalmologie*. XX 1875.

²⁾ HENLE l. c. str. 249.

³⁾ *Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankh.* 1875. Bd. V. 2. str. 344.

szarej, jak: ciałka kolankowate, wzgórki czworacze, wysyłają włókna, które wchodzą do pęczka włókien dośrodkowych bezpośrednich, idących z odnóg mózgowych przez część tylną torebki wewnętrznej do zrazu potylicowego mózgu, a więc włókien, których zniszczenie powoduje znieczulenie połowiczne mózgowie. Potwierdzeniem tego będzie, jeśli klinika okaże iż zniszczenie zrazu potylicowego wywołuje znieczulenie połowiczne podobne do spowodowanego cierpieniem części tylnej torebki wewnętrznej. Dotychczas nie znane są przypadki zniszczenia całego płata potylicowego bez cierpienia innych części; zniszczenia zaś jego częściowe, podług CHARCOT'A powodują zaburzenia czuciowe, lecz bywają to zarówno często znieczulenia (*anaesthesia*) jak i nadczułość (*hyperaesthesia*). Fakta kliniczne każą się domyślać iż tak samo jak włókna wzrokowe, są nagromadzone w tylnej części torebki wewnętrznej i włókna skrzyżowane smakowe, węchowe i słuchowe. Może być że i tutaj dalsze poszukiwania histologiczne i kliniczne potwierdzą to przypuszczenie.

Z podanego opisu przebiegu nerwów wzrokowych wewnątrz mózgu, widzimy, iż jedynym miejscem gdzie one, po częściowym skrzyżowaniu się w *chiasma*, znów się do siebie a więc i do linii środkowej zbliżają, są wzgórki czworacze; popierałoby to przypuszczenie wyżej przytoczone prof. CHARCOT'A o dodatkowym skrzyżowaniu się nerwów wzrokowych we wzgórkach czworacznych. Fakta patologiczne-cierpień ograniczonych tylko do wzgórków czworacznych, dadzą ostateczne temu rozwiązanie, od tego bowiem czy przy ich cierpieniu powstaje ślepotą połowiczna lub całego oka, zależałoby czy w istocie skrzyżowanie dodatkowe ma miejsce i lub nie. CHARCOT (l. c. str. 141) zna tylko 1 podobny przypadek, spostrzegany przez BASTIAN'A ¹⁾, gdzie za życia widziano ślepotę całego oka, a po śmierci znaleziono cierpienie jednego wzgórka czworaczego przedniego strony przeciwnej.

Widzimy więc iż klinika potwierdza to, cośmy poznali w histologii i fizjologii, iż przez torebkę wewnętrzną, czyli przedłużenie odnóg mózgowych wewnątrz-półkulowe, przechodzą wszystkie włókna ruchowe i czuciowe całej przeciwnej połowy ciała. Włókna ruchowe zajmują w torebce wewnętrznej $\frac{2}{3}$ przednie, czuciowe zaś $\frac{1}{3}$ tylną. Jak zobaczymy wkrótce, (część IV) 2 te rodzaje włókien mają oddzielne ukrwienie, mogą więc i cierpieć oddzielnie. Widzimy dalej, iż siedlisko *sensorium commune*, to jest, miejsce gdzie wrażenia doprowadzone od zewnątrz, zostają odczute, nie jest ani w moście VAROLA (teoryja francuzka LONGET, VULPIAN), ani we wzgórkach wzrokowych (teoryja angielska TODD, CARPENTER, LUYSS), lecz wyżej, prawdopodobnie w istocie szarej korowej zrazu klino-potylicowego. Przez tylną część torebki wewnętrznej, przechodzą przewodniki wrażeń obwodowych do ośrodków czuciowych.

Na zakończenie winniśmy powiedzieć słów kilka o jednym z najczęściej popełnianych błędów. Strzedz się mianowicie należy aby nie pomię-

¹⁾ H. C. BASTIAN. *The Lancet*. 1874. 25 July str. 112.

sząc objawów zniszczenia z objawami ucisku. Najlepiej zrozumiemy to na przykładzie. Przypuśćmy np. iż mamy do czynienia z wylewem krwi i to w miejscu najczęstszego jego siedliska, a mianowicie w rodzaju jamy prawidłowej (o której mówiliśmy wyżej) jaka się znajduje między jądrem soczewicowatym a torebką zewnętrzną. Przy wylewie krwi niewielkim, przedstawia się on na przecięciu mózgu klasycznym w postaci linii prostopadłej, równoległej do przedmurza. Przy wylewie większych rozmiarów, następuje zniszczenie części otaczających a zwłaszcza jądra soczewicowatego, a nadto krew wylana, aby się mogła pomieścić, musi odepchnąć części najbliższe, a więc uciska na nie. W skutek tego średnica poprzeczna ogniska wylewowego wzrasta, a głównie w kierunku wewnętrznym, bo komórki mózgowe stawiają mniejszy opór, niż części mózgu na zewnątrz ogniska leżące, ograniczone niepodatnymi ścianami czaszki. Uciśniętą więc zostanie część przednia torebki wewnętrznej, a więc porażenie ruchu zależne od zniszczenia jądra soczewicowatego, zostanie zwiększone porażeniem spowodowanym uciskiem części przedniej, ruchowej, torebki wewnętrznej. Łatwiej jeszcze o ten ucisk części przedniej torebki wewnętrznej, gdy wylew krwi nastąpił do samego wnętrza jądra soczewicowatego lub ogoniastego. Do błędu w rozpoznaniu może doprowadzić przypadek, gdy wylew krwi następuje w część tylną jądra soczewicowatego lub we wzgórek wzrokowy. Uciśniętą bowiem w tych razach zostanie część tylna torebki wewnętrznej, a więc prócz porażenia ruchu, zależnego od zniszczenia jądra soczewicowatego, nastąpi i porażenie czucia od ucisku części tylnej, czuciowej, torebki wewnętrznej. Po pewnym czasie gdy krew wylana zostanie wchłoniętą i ucisk wywierany przez nią na część tylną torebki wewnętrznej nie będzie miał więcej miejsca, porażenie czucia i ruchu przejdzie bez śladu. Lecz jeżeli śmierć nastąpi przed wchłonięciem krwi, a więc przy objawach porażenia ruchu i czucia i na sekyi znajdziemy tylko zniszczenie jądra soczewicowatego lub wzgórek wzrokowy, to istniejące za życia znieczulenie łatwo można włożyć na karb tego zniszczenia. Mnóstwo jednak przypadków podobnych, spostrzeganych przez CHARCOT'A w różnych okresach wylewu, przekonało go dostatecznie, iż w podobnych przypadkach po pewnym czasie znieczulenie znika bez śladu. Z rozpoznaniem więc miejsca wylewu krwi nie trzeba się zbyt śpieszyć i czynić go zaraz po napadzie apoplektycznym. Podobne przypadki były jednym z powodów, które naprowadziły niektórych badaczy na błędne twierdzenie, iż wzgórek wzrokowy jest siedliskiem *sensorium commune*. Tak samo, dopóki ognisko wylewowe nie przechodzi na wysokość końca górnego przedmurza, nie ma niemoty (*aphasia*). Lecz gdy przedostanie się po za tę granicę, to zniszczy pęczek podstawowo-czołowy dolny istoty białej korowej i wywoła przez to aphasię, zupełnie taką samą jak zniszczenie istoty szarej korowej zawoju czołowego dolnego; w ostatnim bowiem razie zniszczeniu ulega sam ośrodek, a w pierwszym, przewodnik między tym ośrodkiem a mięśniami biorącymi udział w urabianiu (*articulatio*) głosu. Łatwo zrozumieć iż *aphasia* może nastąpić i wtedy, gdy pęczek podstawowo-czołowy dolny nie zostanie zniszczonym,

lecz tylko ucisniętym, będzie ona tylko wtedy chwilową, przejdzie bowiem bez śladu, gdy krew wylana zostanie wchłoniętą.

Pojęcia nasze dzisiejsze o mózgu, uczą nas, iż przez wnętrze mózgu przechodzą włókna nerwowe wszystkich części ciała, w przebiegu swym od ośrodków korowych do mięśni, włókna przenoszące pobudzenia ruchowe zależne od woli, powstałe — jak już wiemy — w istocie szarej korowej, do istoty szarej rdzenia przedłużonego i kręgowego dającej początek wszystkim mięśniom dowolnym ciała. Jaki jednak jest ich tam układ, gdzie one leżą we wnętrzu mózgu, to dotychczasowe dane kliniczne nie mogą nam jeszcze dać w tym względzie żadnego objaśnienia ani potwierdzić pierwszych pokuszeń w tym celu robionych, jakie poznaliśmy w części fizjologicznej. I prawdopodobnie długo jeszcze na to czekać musimy, bardzo bowiem trudno w miejscu tak ograniczonym jak wnętrze mózgu, o cierpienie li tylko pewnej niewielkiej liczby włókien nerwowych. Że jednak włókna te tam się znajdują, dowodzą nieliczne przypadki porażenia ograniczonego tylko do twarzy przy cierpieniach wnętrza mózgu. Dowodem tego jest np. DUPUYTREN. Wiadomo iż słynny ten chirurg francuzki, na 2 lata przed śmiercią, dostał porażenia twarzy strony lewej. Badanie pośmiertne dokonane przez BÉRARD'A wykryło jako przyczynę takowego resztki małego ogniska wylewu krwi w półkuli mózgowej prawej ¹⁾. Dalej dowodem tego przypadku porażenia języko-wargowego pochodzenia mózgowego (*paralysis glosso-labialis cerebralis*), podobne najzupełniej objawami (wargi nieruchome, oddalone od siebie, pozwalające wyciekać ślinie i okazujące język, który leży na dnie jamy ust i nie może być wyciągniętym na zewnątrz; artykulacja niemożliwa, utrudnienie połknięcia, zupełnie prawidłowa czynność części górnej twarzy) do porażenia języko-wargowego spowodowanego cierpieniem rdzenia przedłużonego (*paralysis glosso-labialis bulbaris*). Porażenie w mowie będące zależne od cierpienia wnętrza mózgu spostrzegali prof. CHARCOT i dr. MAURICY RAYNAUD ²⁾. W przypadku CHARCOT'A znaleziono przy rozbiórce zwłok ognisko ochrowate w obu jądrach soczewicowatych i torebce zewnętrznej, które zniszczyło zupełnie połączenie zawojów wysepki REIL'A i zawojów czołowych dolnych z wnętrzem mózgu; w przypadku zaś RAYNAUD'A, ognisko ochrowate w ogonie obu jąder soczewicowatych. Rdzeń przedłużony w obu przypadkach był prawidłowy.

Musimy w tem miejscu wspomnieć, cośmy zapomnieli zrobić w części I, o porażeniu języko-wargowym pochodzenia korowego (*paralysis glosso-labialis corticalis*). Przypadki takie spostrzegali: MAGNUS, LÉPINE i BARLOW. W przypadku MAGNUS'A ³⁾ powtórzonym przez ROMBERG'A ⁴⁾ i WACHSMUTH'A ⁵⁾ znaleziono tylko cierpienie powierzchowne zraza śred-

¹⁾ CRUVEILHIER. *Atlas d'anatomie pathologique*. liv. XX. str. 11.

²⁾ R. LÉPINE. *Note sur la paralysie glosso-labiale cérébrale à forme pseudo-bulbaire*. *Revue Mensuelle*. 1877. Nr. 12 str. 909—922.

³⁾ MAGNUS. *Müller's Archiv* 1837 str. 258.

⁴⁾ ROMBERG. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*. Berlin. 1857.

⁵⁾ WACHSMUTH. *Ueber progressive Bulbärparalyse*. Dorpat 1864.

niego półkuli prawej; w przypadku LÉPINE'A sekcya nie była jeszcze robioną, lecz cierpienie półkuli lewej nie ulega w nim wątpliwości, u chorego bowiem powstała najpierw niemota (*aphasia*), potem *anarthria* w skutek porażenia warg i języka, w końcu przyłączyło się porażenie połowiczne prawe (*hemiplegia dextra*). Nadto w przypadku tym, istniały dwa inne objawy, (które i odróżniają w ogóle porażenie języko-wargowe pochodzenia mózgowego od takiegoż porażenia zależnego od cierpienia gromadek komórek nerwowych w rdzeniu przedłużonym, gromadek które są początkiem nerwów części porażonych), a mianowicie brak zaniku mięśni porażonych i istnienie odruchów (*reflexów*) w częściach porażonych, które mówią za pochodzeniem mózgowem. W porażeniu bowiem języko-wargowym pochodzenia opuszkowego istnieje zawsze zanik mięśni i brak odruchów tychże, gromadki bowiem wzmiankowane komórek, jak dziś ogólnie jest przyjętem, są nie tylko początkiem nerwów, lecz i ośrodkiem odżywczym mięśni, do których się te nerwy udają i pośrednikiem nieodzownym w powstaniu odruchów w tychże mięśniach.

Dr. Thomas BARLOW¹⁾ opisał następujący przypadek porażenia warg i języka (*paralysis glosso-labialis*): 10-letni chłopiec z oddziału d-ra DICKINSON'A, przedstawiający objawy cierpienia aorty (podwójny szmer, przerost komórki lewej), dostał przed 4 miesiącami porażenia strony prawej (*hemiplegia dextra*) z przeciągnięciem twarzy tejże strony, bez utraty przytomności. Upadł, lecz w kwadrans potem mógł już chodzić. Po napadzie mówił i połykał dobrze. Nazajutrz dopiero, niemota: mowa ograniczona tylko do wyrazu *haw, haw*; trudność łykania, ręką prawą nie mógł chwycić, nogą prawą pociągał przy chodzeniu. Objawy te stopniowo znikaly, a po miesiącu nastąpiło zupełne wyleczenie. Na 6 dni przed wstąpieniem do szpitala, dostał po raz drugi porażenia, tym razem, strony lewej (*hemiplegia sinistra*), a nazajutrz trudności łykania i mówienia. Wkrótce mowa została ograniczoną tylko do wyrazu: *ah*, chociaż chory dobrze rozumiał o co go pytano i odpowiadał stosownie migami i pismem. Zaburzenie to mowy zależało od porażenia warg i języka. Narządami temi nie mógł chory wykonać żadnego ruchu: nie mógł pokazać zębów, wyciągnąć warg naprzód, śmiać się dowolnie (śmiech mimowolny odruchowy pozostał), pokazać języka. Objętość mięśni warg i języka niezmieniona, kurczliwość ich elektryczna prawidłowa. Żucie niemożliwe. Połykanie o tyle tylko zmienione iż łatwiejsze jest w położeniu leżącym i gdy pokarmy są twarde. Ruchy oczów niezmienione. Czucie wszędzie zachowane. Położenie języka i podniebienia miękkiego prawidłowe. Jednem słowem: porażenie mięśni służących do urabiania (*articulatio*) głosu i pierwszej części trawienia. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono cierpienie zastawek aorty, a na obu półkulach mózgowych ogniska rozmiękczenia wielkości dwuzłotówki (*szylinga*), w skutek zatoru (*embolia*) gałęzi tętnicy SYLWIUSZA. Ogniska te zajęły z obu stron część dolną zawoju czołowego wstępującego i część tylną zawojów czołowych: średniego i dolnego, na głębokość $\frac{1}{4}$ cala. Inne części mózgowia zdrowe.

Wedle BROADBENT'A mięśnie synergicznie działające mają ośrodek ruchowy w każdej z półkul. W przypadku więc tym, porażenie mięśni warg i języka przeszło mimo trwania cierpienia, bo czynność zniszczonego ośrodka zastąpił ośrodek zdrowy drugiej półkuli mózgowiej, lecz gdy i ten uległ cierpieniu, porażenie zostało trwałem.

KONIEC CZĘŚCI TRZECIEJ.

¹⁾ *British medical Journal*. 1878. 28 July.

Badanie nieczułości na barwy u służby dróg żelaznych.

Napisał dr. med. **Józef Talko**.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 15, 16 i 17).

Z tego co wyżej podano wynika ten wniosek, że najpraktyczniejszym i najłatwiejszym w zastosowaniu dla naszego celu jest sposób HOLMGREN'A, najwięcej zbliżony do sposobu SEEBECK'A i MAXWELL'A. Sposób ten nie wymaga żadnych narzędzi, ani wyłącznie dla badania przeznaczonej miejscowości, ani też nazywania barw imiennie (może więc być zastosowany przy badaniu niemych i mówiących niewyraźnie lub niezrozumiałym dla badającego językiem), a co najważniejsza, pozwala badać wielu ludzi odrazu na każdym miejscu i w jak najkrótszym czasie: to co się zrobi w przeciągu jednego dnia podług sposobu H., to samo potrzebuje dwóch miesięcy czasu przy zastosowaniu sposobu SEEBECK'A.

Jedyny zarzut jaki można zrobić temu sposobowi, jest ten iż jak i inne wymaga światła dziennego; przy sztucznem zaś dużo traci.

COHN opierając się na badaniu porównawczem ślepoty na barwy, tak samo jak STILLING, uważa za niemożliwe rozdzielenie ślepoty zielonej od czerwonej, i błękitnej od żółtej i twierdzi, że najpierwsze miejsce zajmuje badanie zapomocą włóczki różowej (HOLMGREN), potem następują tablice DAAE'A i SNELLEN'A, badanie zapomocą kontrastów, spektralno-włóczkowe i na koniec sposób STILLING'A. PFLÜGER twierdzi, że sposób HOLMGREN'A jest najlepszy, w praktycznym zastosowaniu ¹⁾.

Zauważyłem iż niektóre osoby, przeważnie z niższej warstwy społecznej nie umieją nazywać właściwie barw szczególnie jasnych, np. niebieską nazywają zieloną, zieloną—„modrą”. Takich zostawia się przy odpowiednich zajęciach na pewien czas dla nauczania się właściwych nazwisk barw, a następnie bada się ich powtórnie. W ogóle w przypadkach wątpliwych należy się uciekać do kilkakrotnych badań. Dobrze by było pokazywać takim osobom jednocześnie włóczkę jasno-zieloną i niebieską (szafirową) w tych razach, w których badany nie zna tylko nazwisk barw; omyłka łatwo się da poznać.

LEDERER ²⁾, lekarz marynarki austriackiej, badał ślepotę na barwy podług sposobu STILLING'A (*Farbenschattenversuch*) i przekonał się, iż barwę czerwoną prawie wszyscy umieją nazwać: z 1312 osób tylko 6 nieumiało tego; niebieskiej barwy nieumiało nazwać 42 osoby, żółtej 72, zielonej 84, fioletowej 662 (nazywają ją zwykle: niebieską, czerwono-niebieską, szaro-brunatną), pomarańczowej 998 (nazywają ją: żółto-czerwoną, czerwono-żółtą, ciemno-żółtą). Z 1312 badanych 747 osób (56,9^o/_o) nie

¹⁾ Zob. zajmujące o tym przedmiocie rozprawy w towarzystwie okulistycznym w Heidelbergu: *Bericht über d. 11 Versammlung d. Ophthalm. Gesellschaft 1878* str. 110—151 i 188, gdzie robiono niektóre mało znaczące zarzuty sposobowi HOLMGREN'A. Także poszukiwania MAGNUS'A, COHN'A i JACOB'EGO nad ślepotą barw w *Breslauer-Zeitung*. Nr. 50, 1878.

²⁾ *Wiener med. Wochenschrift*. Nr. 2—3—4, 1878.

umiało właściwie nazwać barwy w skutek braku w tem wprawy. Jednakże z tej samej liczby tylko 63 osoby (4,8%) miało wadliwe chromatyczne czucie.

Bezwątpienia, wygłoszone przez FAVRE'A zdanie, że daltonizm jest uleczalny stosuje się do osób, mających prawidłowe czucie chromatyczne, nierozwinięte tylko w skutek braku wprawy (*Uebungslosigkeit*). I tu więc także okazuje się wyższość sposobu szwedzkiego, *resp.* włóczkowego jako niewymagającego całkiem nazywania barw.

MAGNUS na zebraniu towarzystwa okulistycznego w Heidelbergu (1878) zwracał uwagę na ten przedmiot i nawet zaproponował, podobnie jak FAVRE, wprowadzenie obowiązującego systematycznego rozwijania chromatycznego czucia w szkołach. Myśl tę popiera i VIRCHOW. Tym sposobem znacznie zmniejszyłaby się liczba nierozróżniających barw. Najprzód uczą chłopczyków nazywać 8 barw, każda z 4 odcieni, na tablicach chromatografowanych wiszących w szkole, a następnie każą dobierać do nich włóczkę.

Jak powiedziano, do służby należy przyjmować tylko ludzi z prawidłowym chromatycznym czuciem. Granica jednakże między prawidłowością a nieprawidłowością jest dowolna i ściśle oznaczoną być nie może. Tu zaś za podobną granicę należy uważać najmniejszy niedostatek wykryty sposobem HOLMGREN'A. Sposób ten więc jest surowy, lecz, zdaniem autora, sprawiedliwy i na przyszłość może być jeszcze ściślej wyzyskanym! Należy przyjąć za правило iż lekarz określa tylko siłę i stopień chromatycznego czucia, a nie oznacza całkiem tego czy badany jest zdolny lub nie do służby.

Skontrolować z wadliwym wzrokiem już w służbie będących (słabe chromatyczne czucie) można sposobem SEEBECK'A i MAXWELL'A, perimetrem, barwnymi cieniami, lampami HOLMGREN'A i szklami kolorowemi.

Zdarzają się niekiedy przypadki udawania ślepoty na barwy, szczególnie dla uniknięcia kary po nastąpionej katastrofie, dla otrzymania przed czasem emerytury i t. p. Takie osoby zdradzają się nieumiejętnością mieszania barw, co, jak wiadomo, ma swoje ustalone w nauce pravidła. Jeżeli by zaś i to było wystudjowane przez udającego, to specjalista-ekspert ma jeszcze inne sposoby dla zdemaskowania udawania, chociażby np. jednoczesne badanie takiego osobnika z 2-ma innymi osobami, mającemi rzeczywście wadliwe chromatyczne czucie.

Bezpieczeństwo publiczne i interes zarządów dróg żelaznych tego wymagają, aby każdy zawiadowca stacyi, znał stopień chromatycznego czucia każdego ze swych podwładnych, a to na mocy certyfikatu wydanego przez okulistę co do prawidłowej wrażliwości na barwy, niezupełnej barwnej ślepoty, osłabienia chromatycznego czucia; ponieważ, powtarzamy, dotknięci całkowitą ślepotą na barwy (czerwoną i zieloną) powinni być zupełnie wydalenii ze służby. Osobom mającym „chromatyczne czucie słabo rozwinięte” należy powierzać jedynie takie obowiązki i zajęcia, które w razie uchybienia nie mogą przynieść szkody dla ruchu pociągów.

Wybierając jeden ze sposobów badania czułości na barwy, należy przyjąć za zasadę iż ten będzie najpraktyczniejszy dla dróg żelaznych, który daje rzetelne wyniki i zapomocą którego badanie odbywa się prędko i bez przeszkody. Rozumie się, iż tego rodzaju badanie muszą prowadzić osoby kompetentne, obeznane z współczesnemi sposobami badania oczu; również byłoby pożądanem aby w spisach badanych, oprócz oznaczenia stopnia czucia chromatycznego, notowano jeszcze rodzaj i stopień refrakcyi, siłę wzroku, pole widzenia, które bywa zwięzione przy wielu chorobach oka, w tej liczbie i przy kurzej ślepotcie ¹⁾.

Wyniki takiego ścisłego badania byłyby bardzo ważne dla dróg żelaznych; dotąd zaś ze względów ekonomicznych (ścisłe i starannie przeprowadzone badanie nietylko na papierze, wymaga wiele czasu i pracy, i może być dokonane jedynie przez dobrze wynagrodzonego specjalistę) i dla oszczędzenia czasu, oznacza się w spisach jedynie stopień czucia chromatycznego u osób należących do służby ruchu na drogach żelaznych. W ogóle badanie barwnej ślepoty na całej linii powinien wykonywać lekarz specjalista, któremu wedle możności należy ułatwiać i udogadniać to zajęcie; mówię tu o konieczności w tym celu osobnego wagonu; dreźny w podobnych razach bardzo są niedogodne, o czem osobiście przekonałem się prowadząc badanie za pomocą tablic STILLING'A między Iwangrodem i Łukowem (1877). Dla ulżenia jednakże okuliście-konsultantowi, badanie takie mogliby dokonywać i oddziałowi lekarze z tym jednakże warunkiem, aby wszelkie przypadki wątpliwe były badane powtórnie, dla sprawdzenia, przez okulistę. Powtarzam, iż aby badanie dawało jednakowe, istotnie pożyteczne dla administracyi danej drogi wyniki, a dla nauki przynosiło korzyść, należy je wykonywać sposobem już uznany, z uwzględnieniem ustalonych zasad, a nadto przez fachowych lekarzy.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

O kamieniach napletkowych

przez prof. LEWIN'A z Berlina ²⁾.

Podał E. Klink.

Trzy własne spostrzeżenia LEWIN'A w streszczeniu są następujące:

Przypadek I. Kupiec lat 43 liczący, dobrze zbudowany, szukając porady u lekarzy w m. Lipcu 1878, opowiadał, że prąd moczu od kilku już lat jest coraz słabszy, tak że w ostatnich czasach mocz tylko kroplami odciekał. Nadto wydalanie moczu wówczas tylko może się odbywać, skoro chory przy pewnym rękoczynie pousuwa twarde ciała pod na-

¹⁾ Na 100 osób dotkniętych ślepotą barwną, pomiędzy którymi z czerwono-zieloną ślepotą było 85, z niebiesko-żółtą 5 i 7 z całkowitą na barwy ślepotą (3 przyjmowały barwę niebieską za zieloną), COHN znalazł: S > 1 u 8-miu, = 1 u 72-ch, ⁵/₇ u 8-miu, ¹/₁₀ u 5-ciu, < ⁵/₁₀ u 7-miu. Refrakcyja: E 50, M 41, H 9. Dno oka prawidłowe u 87-miu, *staph. posticum* u 10-ciu, u 3-ch astygmatyzm i zaćma.

²⁾ *Ueber Präputialsteine* von dr. G. LEWIN. *Berliner klinische Wochenschr.* NN. 13 i 14 1879.

pletkiem będące po za ujście zewnętrzne cewki i otwór napletka przypadnie na ujście zewnętrzne cewki moczowej. Nadto chory dodaje, że już od lat kilku niespółkował; niemniej także naprężenie prącia i nocne zmary (*pollutiones*) tylko bardzo rzadko się objawiają, naprężenia zaś z mocnym bólem są połączone. Przy badaniu okazało się: w wysokim stopniu rozwinięta stulejka (*phimosis*), przyczem otwór zewnętrzny napletka był niezwykle mały. Po obu stronach wędzidelka (*frenulum*) można było wyczuć kilka ciałek twardych, które L. uważał za kamienie napletkowe. LEWIN rozciął napletek i znalazł pod nim 6 kamyków, zaś w rowku pozałożdziowym znalazł dosyć znaczną ilość masy serowatej; naokoło otworu cewki moczowej powierzchowne owrzodzenia. Wszystkie objawy, które powyżej podaliśmy po operacji ustąpiły.

Przypadek II. Mężczyzna z wyższych sfer, 28 lat wieku liczący, dobrze zbudowany, szukał przed 4 laty porady u L. z powodu niemocy płciowej (*impotentia*). Przed 8 tygodniami ożeniony, niemógł dotychczas dokonać spółkowania. Z początku naprężenie prącia jest dostateczne, następnie skutkiem bólu następuje opadnięcie zupełne; nadto dodaje że przed ożenieniem nigdy nie spółkował. W ostatnich czasach naprężenia prącia i zmary nocne prawie zupełnie ustały. Przy badaniu L. znalazł: wysoki stopień stulejki, przyczem otwór zewnętrzny napletka był niezwykle mały; przy obmacywaniu dawały się wyczuć twarde masy pod napletkiem. Po rozcięciu napletka znalazł pewną liczbę kamyków. I w tym przypadku zarówno wynik operacji był bardzo pomysłny i chory od dwóch lat jest ojcem dwóch chłopców.

Przypadek III. Robotnik, 42 lat liczący, przy badaniu prącia okazał następujące zmiany: znacznie rozwinięta stulejka, a przy obmacywaniu kilka twardych guzków, na wewnętrznym listku napletka, przedstawiających niejaki podobieństwo do pierwotnego stwardnienia przymiotowego. Porozcięciu napletka okazało się kilka kamyków dosyć ciętkich i niezbyt wielkich. Objawów żadnych chory nie doznawał; od 12 lat żonaty, był ojcem 4 dzieci.

Opierając się na tych 3 spostrzeżeniach LEWIN wypowiada słów kilka o kamykach napletkowych w ogólności.

Co się dotyczy częstotliwości tego cierpienia, to udało się L. wynaleźć opis 15 przypadków kamieni napletkowych; kazuistyka poczyna się już od r. 1770. Ta nieliczna kazuistyka przemawia najlepiej przeciw mniemaniom wyrażonem w wielu podręcznikach anatomii patologicznej i chirurgii o bardzo częstem pojawianiu się kamieni napletkowych. ALBERS podaje, że na 15000 chorych przez niego badanych, w jednym tylko przypadku spostrzegł kamień pod napletkiem. Trzy zaś przypadki LEWIN'A przypadają na mniej więcej 35000 chorych.

Co się dotyczy momentów przyczynowych kamieni napletkowych, to takowe najczęściej napotyka się w wieku od 20—30 roku życia; trzech tylko chorych miało od 60—67 lat. Godnym jest także uwagi przypadek kamieni napletkowych u chłopczyka mającego 2 lata i miesiąc, u którego znaleziono 51 kamyków, ważących ogółem 190 gran.

Co się dotyczy liczby kamyków to zauważono:

U 3 chorych 1—10 kamyków napletkowych

7 " 38—63 "

Pomiędzy okazami znajdującymi się w muzeum VIRCHOW'A, w jednym przypadku było 70 kamyk., w 2-gim przyp. 15 kam. W przypadkach LEWIN'A w 1 przyp. 6 kamyk., w 2 przyp. 4 kam., w 3 przyp. 3 kamyki.

Co się dotyczy wagi kamyków, to w przypadku opisanym przez WALTHER'A kamyki ważyły 2½ grm. VOIGTEL'A 7½ grm. NEICHOŁD'A 14 grm. ZAHN'A 28,5 grm. VICQUD'AZYR'A 90 grm. DUMERIL'A 225 grm. LEWIN'A w 1 przyp. 3 grm., w 2 przyp. 2 grm.

Wielkość kamyków wynosiła od wielkości grochu do wielkości bobu. W przypadku ZAHN'A kamień był długi 29 mm., a 26 mm. szeroki, 22 mm. gruby.

Co się dotyczy powstawania kamyków napletkowych to VOIGTEL (1805) i następnie SCHNEIDER (1834) byli tego przekonania, że kamyki napletkowe w większości przypadków z pęcherza moczowego się dostają i zatrzymują pod napletkiem. ALBERS (1834) mniema że kamienie takie wytwarzają się na błonie śluzowej żołądki i napletka. Przedłużenie napletka i jego zwężenie, przy powiększonej i jednocześnie wstrzymanej wydzielinie błony śluzowej, są przyczyną powstawania kamieni napletkowych.

A. RÖMER (1839) zaś jest przekonania, że kamienie napletkowe wytwarzają się wprost z moczu, zatrzymywanego pod napletkiem, przy znacznym zwężeniu jego ujścia. Wedle LEWINA powstawanie kamieni napletkowych, możebnem jest ze wszystkich 3 podanych przyczyn.

Co się tyczy powstawania kamieni napletkowych z wydzieliny samego napletka, *smegma preceputi*, to budowa anatomiczna wewnętrznego listka napletka przemawia za możliwością powstawania takich kamyków i jednocześnie za ich rzadkością. Gruczołki TYSONA, *glandulae ceruminosae*, przezważnie znajdując się w worku pozażołądździowym, różnią się od gruczołków łojowych znajdujących się na innych częściach ciała swoją budową i wydzieliną, są to bardziej pojedyncze gruczołki postaci gruszkowatej, których wewnętrzna powierzchnia raczej jest wysłana naskórkiem niż nabłonkiem. Gruczołki te wydzielają mniej płynów tłustych (*olein*) a więcej stałych kwasów tłuszczowych (*margarin palmitin*). Dla tej to przyczyny smegma jest więcej zbita. Jeżeli z tą zgęszczoną wydzieliną zmieszają się komórki naskórkowe, wówczas łatwo daje się wytłumaczyć powstawanie kamyków. Kamyki te w stanie świeżym, są białawe dosyć miękkie, niekiedy przedstawiają dwie powierzchnie, z których jedna jest wypukłą, druga wklęsłą, a ostatnia odpowiada żołądki prącia. Jeżeli przez czas jakiś znajdują się na powietrzu wysychają i przyjmują postać rodzyńka. Pod drobnowidzem przedstawiają rozmaite postacie komórek naskórkowych. Po zbadaniu chemicznem (SALKOWSKY) okazało się że się składają z tłuszczu, wolnych kwasów tłuszczowych i soli wapiennych; kwasu moczowego i fosfornego brakuje.

Druża klasa kamyków napletkowych, przedstawia się jako prawdziwe kamyki moczowe, gdyż tworzą się one istotnie z moczu w worku napletkowym zatrzymywanego. Sprzyjają wytwarzaniu się takich kamyków: zatrzymywanie się nieznacznej ilości moczu, osadzanie się sok moczowych. Jądrem takich kamyków najczęściej jest stężona *smegma* i śluz; w rzadkich przypadkach piasek moczowy. BARDELEBEN nawet podaje, że jądrem jednego z kamieni napletkowych był mały kamyk z pęcherza moczowego. Skład chemiczny takiego kamyka zależy od własności moczu. Jeżeli mocz był kwaśny to składa się z kwasu moczowego, soli tego kwasu i szczawianu wapna. Jeżeli zaś mocz jest alkaliczny, to składa się z trójfosforanów i moczanu amonii. Rozumie się że mogą powstawać kamyki z tych obu podanych osadów; kamyki takie odróżniają się od pierwszych (z *smegmy* powstałych) swoją ciężkością, twardością i żółtą barwą. Po przecięciu okazuje się budowa warstwowa a niejednokrotnie udało się zauważyć i jądro. W jednym przypadku ZAHN'A, jądro składało się ze zrogowaciałego nabłonka.

Trzecia klasa kamyków napletkowych, powstaje wprost z pęcherza moczowego, które po wyjściu z pęcherza przez cewkę niemogąc się wydostać na zewnątrz przez zaciśnięty otwór napletka, pozostają w worku napletkowym. Podobny przypadek podaje RHIND. U pewnego mężczyzny, u którego stulejka była tak dalece rozwinięta że zaledwie lepek od szpilki przejsię mógł swobodnie, po przecięciu napletka okazało się że w worku napletkowym znajduje się kamyk wielkości małego bobu, posia-

dający jądro, owalnego kształtu, bardzo twardy; chory oddawna cierpiał już na kamienie pęcherzowe. Tu zdaje się należy zaliczyć przypadek NEÜHOLD'A, w którym u małego chłopczyka (2 lata i 1 miesiąc) 51 kamyków wyjęto z pod napletka.

Co się dotyczy objawów w wywołanych przez kamyki napletkowe, to takowe w części zależą od wysokiego stopnia stulejki, z drugiej strony mają właściwe swoje źródło. W najrzadszych przypadkach, do których zaliczyć należy przypadek 3-ci LEWIN'A, niema prawie żadnych objawów; w największej liczbie przypadków jest trudność moczenia, w bardziej rozwiniętych zaś i bolesne wydalanie moczu, a nawet zupełne jego wstrzymanie. Trudność w moczeniu po części może zależeć i od tego, że ujście cewki moczowej nie przypada na otwór napletkowy, chorzy wówczas za pomocą manipulacji ręką starają się odpowiednio te dwa otwory ustawić. Jeżeli manipulacje te nie są dostateczne, lub też gdy nastąpi zupełne zarośnięcie otworu napletkowego, wówczas występuje zupełne zatrzymanie moczu i przepelnienie tymże worka napletkowego. W przypadku NELSON'A worek napletkowy rozszerzył się do wielkości męskiej pięści.

W skutek ucisku kamyków powstaje sprawa zgorzelinowa daleko częściej napletka niż żołądź. U jednego z chorych (ZAHN'A) w następstwie kamieni napletkowych powstało zatrzymywanie moczu, zapalenie pęcherza. Następnie powstał otwór w napletku i przetoka na zewnątrz. Wkrótce potem dołączyło się zapalenie nerek i chory umarł wśród objawów moczownicy. Kamyki nerkowe mogą i wpływają szkodliwie na sferę płciową; albo występują objawy podniesienia czynności płciowej, albo odwrotnie. Kamyki przez ucisk na nerwy czuciowe i naczynio-ruchowe, które obficie znajdują się w żołądź prącia, mogą się przyczynić do podrażnienia nerwów, w następstwie czego powstaje przekrwienie i nadczołość części płciowych, które u dzieci łatwo prowadzi do onanizmu, a u dorosłych do nadużyć płciowych. W następstwie wskutek przybytku w ilości i w wielkości kamyków powstaje stan przeciwny powyższemu, a więc bezkrwistość i bezczulość. Krażenie w ciałach jamistych prącia (*corpora cavernosa*) jest utrudnione, naprężenie prącia zmniejszone.

Z tego co dotychczas powiedziano okazuje się, że leczenie zależy przedewszystkiem na rozcięciu zwężonego napletka i usunięciu kamyków.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

Karaluchy (*blatta orientalis*) jako lek moczopędny (*diureticum*). Według d-ra BOGOMOŁOWA (*Petersb. med. Wochenschrift* 31. 1876) pierwszy dr. KUPRIANOW postawił jako tezę w swej rozprawie inauguralnej, iż karaluchy w dawce 0,06 są pewnym środkiem moczopędnym. Karaluchy (*blatta orientalis*) i prusaki (*blatta germanica*) są w Rosyi środkiem ludowym oddawna znanym (w naparze lub proszku) przeciw wodnej puchlinie. K. próbował go w 20—30 przypadkach. B. czynił z nim doświadczenia w klinice BORKIN'A w 9 przypadkach wodnej puchliny różnego pochodzenia i zadawał go do wewnątrz w postaci odwaru (*decoctum*), naparu (*infusum*) lub nalewki (*tinctura*). Z doświadczeń tych wnosi, iż przy użyciu karaluchów ilość moczu zwiększa się, a białka i innych tworów zmniejsza. Obrzmienie rąk, nóg, twarzy i jamy brzusznej (*ascites*) szybko znikało, ustrój tracił na wadze, pot w wielu razach występował obficie. Środek omawiany nie psuł trawienia i nie drażnił nerek; lecz koniecznym do tego warunkiem jest czystość leku.

Doświadczenia BOGOMOŁOWA potwierdził S. UNTERBERGER (*Peters. med. Woch.* 34. 1877) który używał karaluchów w dziecięcym szpitalu Mikołajewskim w Petersburgu w 5 przypadkach zapalenia nerek (4 po płonicy, 1 po odrze), w postaci proszku. Żadany po 0,18—0,3 trzy razy dziennie, był chętnie przez dzieci przyjmowanym i dobrze

znoszonym. Po kilku już dniach użycia, puchlina tkanek i ilość białka zmniejszyły się; moczu oddawali chorzy więcej. Przy dawce 0,54—0,9 nie widziano nigdy podrażnienia nerek lub przewodu pokarmowego. Raz nawet przez nieuwagę podano 1,38 grm. czteroletniej dziewczynce bez złych następstw.

Dr. FRONMÜLLER z Fürth (*Memorabüen.* XXIII. 6. 1878) używał karaluchów do starczych mu przez fabrykanta MERR'A w Darmstademie. Był to proszek ciemno brunatny silnego zapachu przypominającego ergotinę, pod drobnowidzem z różnego kształtu kryształków złożony. Smak miał dość obojętny, F. używał go 9 razy w dawce 0,5—1,0. W 6 przypadkach zauważono znaczne powiększenie ilości moczu, do czego potrzeba było większych dawek. Nie widział także żadnego podrażnienia żołądka i jelit.

Dr. KOEHLER z Kościana (*Przegląd lekarski* Nr. 21—1878 i *Berl. klin. Woch.* 38. 1878) zadawał karaluchy w 13 przypadkach wodnej puchliny różnego pochodzenia (*arteriosclerosis, nephritis, pleuritis et pericarditis exsudativa*, cierpienie serca, *anaemia perniosa*) w dawce 0,06—0,10 grm. trzy razy dziennie, wogóle z dobrym skutkiem. Prócz polepszenia podmiotowego, stwierdzono zwiększenie ilości moczu, zmniejszenie puchliny, a w odpowiednich przypadkach wchłonięcie wysięku zapalnego w jamach opłucni i osierdzia. Nie widział ani razu podrażnienia nerek lub przewodu pokarmowego.

(*Ref. w Schmidt's Jahrbücher.* 10. 1878).

W Warszawie, o ile wiemy, robiono również doświadczenia nad działaniem moczoopędnym karaluchów i także z dobrym skutkiem; zadawano je w proszkach po gr. 3, kilka razy dziennie.

W. G.

Przypadek zatrucia skutkiem zewnętrznego użycia tytoniu. Dr. W. O'NEILL praktykujący w miasteczku Lincoln w Szkocji, opowiada iż wezwany został do dawnej swojej chorej, żony farmera, która, jak mówiono, miała obfity krwotok z nogi skutkiem uderzenia o maszynę do szycia. Chora miała rozszerzone żyły na gołeni i nosiła zawsze elastyczne pończochy, ale tego dnia zapomniała je włożyć na siebie i dlatego uderzenie w goleń nabiegniętą krwią, wywołało ów silny krwotok. Kiedy lekarz przybył do chorej, krew była już od pół godziny zatamowana, pomimo to jednak stan jej ogólny tak był zatrważającym iż osoby otaczające twierdziły, że jest konającą. Była ona w rzeczy samej bardzo słaba, tętno jej ledwo, że było namacalne, skóra była bladą, zimną i okryta obfitym, gęstym potem. Zrenicie były rozszerzone, chora narzekała słabym, ledwo dosłyszalnym głosem na śmiecie przed oczami, zawrót głowy i wielką trudność zebrania myśli. Cierpiała też na silne bólesci w brzuchu i ciągle miała nudności i wymioty.

Przypuszczając, iż niezbyt znaczny krwotok niemógł być powodem u kobiety silnie zbudowanej tak groźnych objawów, dr. O. postanowił dla dokładnego zbadania stanu chorej odjąć opatrunek z nogi, nie zważając na możliwość ponowienia się krwotoku; co też skuteczniejszy, przekonał się o przyczynie złego: garść mokrego pokrajanego tytoniu silnie do rany przylegała i była obficie krwią nasiąknięta. Teraz dopiero wydało się, iż chora tamowała już kilka razy poprzednio lekkie krwotoki z nogi przez przyłożenie małej ilości tytoniu, że po każdej takiej kuracji czuła się nie zdrową, ale ani na chwilę nie przypuszczała żeby tytoń był tego przyczyną. Tytoń odjęto natychmiast, nogę starannie wymyto i zadano chorej naprzód środki pobudzające a następnie strychninę, która jest uważana za najsilniejszą odtrutkę tytoniu. Przy takim leczeniu chora po kilku dniach przyszła do siebie.

Jestto jedna z rzadszych postaci zatrucia tytoniem. Używanie tytoniu, jako środka krwotok wstrzymującego, jest jednak często używane w owej części Szkocji. Ponieważ liście tytoniu nie zawierają w sobie środków ściągających, więc działanie ich jest prosto mechaniczne i wstrzymują one krwotok tylko przez nacisk. Gwałtowne objawy w opisanym przypadku bardzo szybko się rozwinęły, gdyż lekarz znalazł się przy łóżku chorej już w trzy kwadransy po przyłożeniu tytoniu, a objawy zatrważające jeszcze przed jego przybyciem wystąpiły. Gdyby nie natychmiastowe odkrycie przyczyny cierpienia i nie doraźna pomoc podana w tym razie, chora byłaby niezawodnie wkrótce życie zakończyła, a przyczyna choroby nie byłaby wcale poznana.

O działaniu nowego leku „Pituria” na człowieka. Środek ten leczniczy pochodzi z rośliny *Duboisia Hopwoodi*, należącej do rodziny *Solanaceae*, różni się jednakże w działaniu swoim od innych do tej rodziny należących roślin. Dr. RINGER zadawał to lekarstwo

czterem ludziom 17, 20, 23 i 48 lat życia mającym. Wykonano dwanaście doświadczeń i wstrzykiwano podskórnie $\frac{1}{10}$ do $\frac{1}{8}$ grana. Po zadaniu tak małej dawki następowały: omdlenie, zawrót głowy, drzenie całego ciała, przyśpieszone i powierzchowne oddechanie, przyśpieszone tętno, zwężenie źrenicy i nakoniec obfite poty na całym ciele. W czterech razach zauważono trzęsienie głowy, kończyn górnych, zwłaszcza wtedy, gdy były w powietrzu trzymane, a nawet widziano lekkie kureze mięśni twarzy. Oddechanie bywało przyśpieszone o 6 do 15 oddechań na minutę. Tętno uderzało o 6 do 44 uderzeń na minutę więcej aniżeli w stanie prawidłowym. Obfite poty, były najstarszym objawem, gdyż w dwunastu doświadczeniach dziesięć razy się zdarzyły. Za każdym razem duże krople potu występowały na ciele ale zdaje się że kończyny dolne najczęściej się pociły. Wszystkie te objawy przemijały po 20, a najwięcej 30 minutach. Po użyciu miejscowemu do oka jedno-procentowego rozczyntu, źrenica z początku się ściągała a następnie rozszerzała. Rozszerzona źrenica była jednakże czuła na działanie światła. Rozszerzenie źrenicy znikało po 8 lub 24 godzinach. (*Lancet-March 1, 1879*). G. F.

Wiadomości z medycyny publicznej i Statystyki lekarskiej.

Krótkie wiadomości o higijenie szkolnej za granicą:

1) *Griffel, Bleistift und Feder von professor HORNER in Zurich.*

2) *Ein Vorschlag die... Verunreinigung d. Schulluft hintanzuhalten* von dr. F. W. i W. HESSE.

3) *Feriencolonien kranklicher armer Schulkinder* von dr. G. VARRENTAPP.

4) *Verhandlungen der internationalen Congresse i t. d. in Paris 1878.*

Wszystkie artykuły które tu wymienione mieszczą się w ostatnim zeszytowanym zeszycie kwartalnika „*Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege*”. W kilku słowach choć czytelnikom MEDYCYNY podać treść tych zresztą krótkich artykułów, które nas lekarzy przynajmniej tyle cę i pedagogów obchodzić powinny.

Profesor oftalmologii uniw. zurichskiego dr. HORNER podaje wyniki swych porównawczych poszukiwań nad wpływem jaki użycie szyfra, ołówka i pióra na wywołanie krótkowzroczności u dzieci w szkołach początkowych wywrzeć może. Na zasadzie przytoczonych przez siebie prób, robionych na dzieciach szkół zurichskich autor przychodzi do wniosku, że najniekorzystniejszym dla wzroku dzieci jest pisanie i czytanie liter i t. p. sztyfem na czarnej tablicy, a to tembardziej im szyfer mniej białe a bardziej szaro pisze, co po pewnym czasie pisania i stępieniu szyfra zawsze ma miejsce. Ołówek — szczególnie ołówek już nieco stępiony niewiele lepszym się okazuje od szyfra. Odległości, w których tej samej wielkości litery przez te same dzieci czytane dobrze być mogą, przy użyciu szyfra i tabliczki w jednym, a ołówka i papieru w drugim razie mają się do siebie jak 7: 8. Natomiast użycie pióra, atramentu i papieru wielką w porównaniu z sztyfem i ołówkiem przedstawia różnicę. Odległość o którą tu chodzi przy użyciu szyfra i pióra ma się jak 3: 4 co już bardzo stanowczo na korzyść pióra przemawia. Autor zapewnia, że mniejsza lub większa białość papieru żadnego wpływu niemają.

Dwaj doktorowie saksońscy HESSE dawniej już podawali wyniki swych poszukiwań nad zanieczyszczeniem powietrza w izbach szkolnych, przyjmując jak zwykle w tego rodzaju badaniach bywa odsetkę gazu kwasu węglowego za miarę owego zanieczyszczenia. Jak wiadomo higijena uznaje w ogóle powietrze zawierające więcej niż $\frac{6}{10}$ pro mille gazu kwasu węglowego jako zanieczyszczone. Tymczasem już dawniej BRERTING, a obecnie wyżej nazwani autorowie przekonali się za pomocą tysięcznych prób że dzieci i młodzież w szkołach przebywa godzinami całymi w powietrzu zawierające 4 a nawet niekiedy do 8 pro mille objętości gazu kwasu węglowego, zkad wprost wnioski wyprowadzić się dają o ogromnem zanieczyszczeniu atmosfery szkolnej tak fatalnymi dla zdrowia dzieci wydalalinami gazowemi płuc i z całej powierzchni ciała wydzielinami. Jednocześnie przekonano się że wyjście uczniów z izby szkolnej i stosunkowo bardzo krótkie otworzenie w opróżnionej izbie szkolnej drzwi i okien najprędzej i najskuteczniej odświe-

za powietrze i pozbawia je przeciwhigijicznych jego przymieszek. Tak np. po trzech kwadransach lekcji w trzech izbach szkolnych przy zamkniętych drzwiach i oknach (w Listopadzie) znaleziono gazu kwasu węglowego pro mille objętości:

Klasa A.	Klasa B.	Klasa C.
3,5	4,1	3,7

a więc we wszystkich trzech izbach prawie sześć razy więcej niż higijiczna norma wynosi. Po lekcji usunięto uczniów i przez minut 15 pozostawiono wszystkie (3—4) okna i drzwi otwarte, poczem zbadane powietrze zawierało gazu kw. węgl. pro mille objętości:

Klasa A.	Klasa B.	Klasa C.
0,5	0,6	0,5

czyli że zanieczyszczenie atmosfery szkolnej bezwzględnie usuniętem zostało. Według powyższej i kilkunastu podobnych prób wypadła, że przy wyżej wskazanym sposobie wietrzenia izby szkolnej co godzina, średnia zawartość (pro mille objętości) gazu kw. węglowego w powietrzu szkolnem podczas lekcji wynosić będzie tylko 2 pro mille. Jeśli zaś środka tego się nie używa a innych sposobów przewietrzania—jak to najczęściej bywa—w szkole niema, to ilość gazu kw. węglowego wynosząca w końcu pierwszej lekcji 3 do 4 pro mille, wynosi w końcu 2-jej lekcji 6 do 8, a średnia podczas 2-jej i następnych lekcji przynajmniej 5 do 6 pro mille objętości. Ztąd wniosek autorów, iżby ten najprostsz i najskuteczniejszy a wszędzie dający się zaprowadzić środek był obowiązująco nakazany i sposób stosowania go szczególnie w regulaminie szkolnym i w instrukcji dla nauczycieli określonym, a przedewszystkiem w szkołach początkowych, wiejskich i ochronach jest jak najpilniej potrzebnem. Szczegółów rzezonych przepisów i t. p. dla braku miejsca tutaj niepodaje.

Pelen zawsze energii i obywatelskiego serca higijenista frankfurcki VARRENTRAPF wprowadził w r. z. w życie nową higijeniczno-pedagogiczną instytucję którą nazwał „kolonijami feryjnymi (*Ferienkolonien*) dla słabowitych ubogich uczniów szkolnych.” Doniesienie o tem dobroczynnem dziele i opis sposobu w jaki ono uskuteczniomem zostało niedadzą się podać w skróceniu i zasługują na dosłowne przetłumaczenie dla użytku naszych pedagogów, rodziców i filantropów. Tu chcę tylko przytoczyć niezbity dowód skuteczności leczniczej użytego przez autora środka. Otóż 97 uczniów w wieku od lat 9 do 14 pozostawało na wsi przez 4 tygodnie. W przeddzień wyjazdu z miasta wszyscy ci słabowici, mizerni, ubodzy chłopcy byli dokładnie ważeni. Nazajutrz po 4 tygodniowym pobycie na świeżem powietrzu ważenie znowu powtórzone. Pokazało się, że z wyjątkiem 2 chłopców którzy po $\frac{1}{2}$ funta na wadze stracili, ogół przybrał bardzo znacznie na wadze, a mianowicie chłopcy w wieku:

od lat 9 do 10	średnio	2,01	funtów
11 do 12	„	2,03	„
13 do 14	„	2,20	„

Według obliczeń QUETELET'A chłopcy tegoż wieku średnio rocznie w stanie normalnym przybierają na wadze 3,75 f. *resp.* 4,30 f. *resp.* 8,81 f., zkad normalny przybytek na wadze w ciągu dni 26 (czas feryi) wynosić by powinien 0,27 f., *resp.* 0,31 f., *resp.* 0,66 f. Pokazuje się więc że chłopcy na wieś wysłani przybrali na wadze:

od lat 9 do 10	średnio	7	razy	więcej	niz	normalnie	bywa
11 do 12	„	6	„	„	„	„	„
13 do 14	„	3	„	„	„	„	„

Cyfry te niepotrzebują komentarzy, a raczej zachęcają do sprawdzenia ich wiarygodności na dzieciach naszych ubogich rodziców.

W jednej z sekcji higijicznego kongresu w Paryżu podczas zeszłorocznej wystawy, dr. JAVAL zastanawiał się nad szkodliwościami powodującymi zбочenia wzroku u uczniów szkolnych. Położywszy główny nacisk na złe oświetlenie izb szkolnych zwrócił przy tem uwagę na druk książek szkolnych, żądając aby przyjęte zostały obowiązkowe normy co do minimalnych wymiarów liter w książkach szkolnych. Głównie przy tem zwracać trzeba uwagę na grubość (szerokość) liter. Autor proponuje w tym celu aby oznaczoną była liczba maksymalna liter pomieścić się mających w 1 centimetrze druku i żąda aby

dla dzieci do lat 12 liczba liter w 1 ctm. wynosiła 6 (w uwagach 7) dla dzieci zaś starszych liter 7 (w uwagach 8) przyczem każdy odstęp między dwoma wyrazami liczonym być winien za 1 literę. Częstszą u Niemców krótkowzroczność nabywaną w szkole, autor przypisuje między innymi gotyckim literom, gorszemu papierowi i zbytniej długości pojedynczych wierszy w niemieckich książkach szkolnych *St. M.*

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Londyn. W numerze XV tegorocznego „LANCETA” znajdujemy ciekawe szczegóły o rocznej płacy niektórych lekarzy sanitarnych, „*officers of health*” miasta Londynu. Dr. FRIBB, lekarz sanitarny dzielnicy Londynu zwanej Hackney uzyskał obecnie podwyższenie rocznej płacy o 50 funtów sterlingów; pobierał dawniej 525 f. st. a obecnie 575 czyli licząc nominalną wartość funta po 6 rs. wypada na nasze pieniądze 3450 rubli. Największą płacę w Londynie ma lekarz sanitarny w Marylebone bo 652 f. st. czyli 3912 rubli. W Lambeth pensja ta wyaosi 500 f. st., 3000 rubli. W Paddington 300 f. st., w Bethnalgreen tylko 200 f. st. i t. d. Podwyższenie pensji lekarzowi w Hackney spowodowała niska śmiertelność jaką w ostatnich czasach w jego obwodzie obserwowano. Śmiertelność ta wynosiła tam tylko 25,5 na 1000, kiedy w innych częściach Londynu dochodziła do 29,4.

Redakcyja „LANCETA” dodaje ze swojej strony iż niema tak wysokiej zapłaty, na którą prawdziwie sumienny i umiejetny lekarz sanitarny zasługuje.

Marienbad. 24 Kwietnia r. b. odbyła się tu uroczystość odkrycia pomnika Kaepira REITENBERGER'A, wzniesionego ze składek dla opata Norbertanów, ur. 29 Grud. 1779 r. zmarłego 21 Marca 1860. Jemu to Marienbad zawdzięcza obecny swój rozwój i rozgłos. Wspaniały posąg brązowy naturalnej wielkości, stojący na podstawie z granitu czerwonego, został odlany w Wiedniu. Stuletnia uroczystość jego urodzin, przypada dopiero w końcu roku, ale miejscowa gmina, pragnąc połączyć obchód 25 letni zaślubin cesarskiej pary, z tak ważną dla niej uroczystością, jak uczczenie pamięci rozkrzewiciela zakładu, obchody obydwóch uroczystości połączyła w jednym dniu, przyczem nastąpiło otwarcie sezonu. Pogoda przesłiczna, po strasznej, przed tygodniem, śnieżycy.

NEKROLOGIJA.

W ubiegłym kwartale r. b. zmarli:

TARDIEU Ambroży, najznakomitszy społeczny professor medycyny sądowej, znawca i autor sądowo-lekarski † w Paryżu, licząc lat 54.

CHAUFFARD znakomity prof. patologii ogólnej wydziału lekarskiego w Paryżu, znany autor, † nagle z krwotoku płucnego w 56 roku życia.

KÖHLER prof. farmakologii w Halli, autor wielu prac farmakologicznej treści, † w 45 roku życia.

RUDNICKI Władysław, rodem z Podola, wychowaniec uniw. Kijowskiego, w r. 1870 doktoryzował się w Krakowie, w r. 1872 mianowany prosektorem szpitala powszechnego we Lwowie, utracił tę posadę w r. 1874 skutkiem znanych zająć z ówczesnym inspektorem szpitali Galicyi, następnie przeniósł się do Żurawna, gdzie zamierzał założyć zakład leczniczy; po długiej niemocy † tam licząc lat 42. Nieboszyk tłumaczył wykłady OPPOLZERA o gruźlicy i ogłosił kilka artykułów anatomiczno-patologicznej treści w „KLINICE I PRZEGLĄDZIE LEKARSKIM”.

ŁUSZCZKIEWICZ Stefan, urodzony w r. 1805, w r. 1830 był na 5-ym kursie wydziału lekarskiego w b. uniw. Warszawskim, dyplom doktora otrzymał w Montpellier w r. 1835 w którym osiadł jako lekarz praktykujący w Ceilhes, gdzie do końca swego życia pozostał † 22 Lutego r. b. Syn jego Kazimierz jest doktorem medycyny i praktykuje w Nimes.

STAŃSKI Piotr Kajetan, znany z prac o chorobach zaraźliwych, zwłaszcza o cholercy † w Paryżu, licząc lat 74.

SONNENSCHNEIN prof. nadz. chemii, znakomity chemik sądowo-lekarski i autor odpowiedniego podręcznika † w Berlinie.

PIENKIEWICZ Adam, lekarz i poeta † w Kłodawie w 66 roku życia.

DALKIEWICZ Julijan Władysław, rodem z Poznańskiego, doktoryzował się w Paryżu i w Krakowie, praktykował w Tarnowie i tam umarł, przeżywszy lat 41.

OGŁOSZENIA.

W biurze Redakcyi **MEDYCYNY** sprzedają się następujące dzieła:

W. Szokalskiego. Wykład chorób przyrzędu wzrokowego u człowieka. Dzieło uwiecznione nagrodą ś. p. ks. LUBOMIRSKIEGO w Krakowie. Warszawa 1870 tomów 2 z 350 drzeworytami. Cena powtórnie niższa na 3 rs.; przesłaniem pocztą 3 rs. 50 kop.

Z. Dobieszewskiego. Przewodnik do klimatycznego leczenia. War. 1878, rs. 4.

H. Dobrzyckiego. O kołtunie, *plica polonica* zwanym. Dzieło uwiecznione nagrodą hr. TYZENHAUZA w Wilnie i d-ra T. CHAŁUBIŃSKIEGO w Warszawie. Warszawa 1877, cena o połowę niższa 1 rs., a przesłaniem pocztą 1 rs. 20 kop.

St. Markiewicza. Assenizacja miast. Tymczasowe środki assenizacyi miast naszych. Warszawa 1878, cena 50 kop.

J. Sznabla. O sztucznem żywieniu noworodków i niemowląt. Warszawa 1878, cena 40 kop.

J. Rogowicza. O sporyszu (*secale cornutum*), jako środka leczniczym dla rodzących. Warszawa 1871, cena 40 kop.

„ Rocznik medycyny polskiej w II cz. na r. 1879, cena rs. 1.

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**.

Dr. Feliks Czerwiakowski ordynować będzie, w sezonie letnim roku bieżącego w **Gleichenbergu**.

Dr. Z. Dobieszewski, jak lat poprzednich, udziela porady lekarskiej w **Marienbadzie**. Przytem leczy elektrycznością.—Mieszka w domu własnym p. n. **Villa Dobieszewski**. W tej willi chorzy znajdują pomieszczenie i wszelkie wygody, odpowiednio do swego cierpienia.

ZAKŁAD KUMYSOWY SŁAWUTA

(stacyja drogi żelaznej Brzesko-Kijowskiej).

Stowarzyszenie lekarzy miejscowych otwiera z dniem 15 (27) Maja r. b. **Zakład leczenia kumysem z mleka kobyłego**, przygotowywanym na miejscu przez umyślnie sprowadzonych Tatarów. Aparaty inhalacyjne i leczenie zgęszczonym powietrzem. Zakład położony wpośród rozległego lasu sosnowego nad rzeką Horyniem, składa się z 30 pokoiów umeblowanych i salonów na czytelnię, muzykę i restaurację. Opłata za pokój umeblowany bez pościeli, stół, usługę i leczenie kumysem 100 rs. miesięcznie. Nie mieszkający w zakładzie płacą 50 rs. za 6-cio tygodniowe używanie kumysu.

Administracyja zakładu posiada nadto liczne mieszkania w miasteczku Sławucie, gdzie jest oddzielna restauracyja.

Dr. Ludwik Przesmycki, Dr. Juljusz Zajdowski, Dr. Cambell.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.