

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W *Warszawie*: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W *Królestwie i Cesarstwie*: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W *Redakcyi* półrocznie (od 1 lipca 1872 do 1 stycznia 1873) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1873 r. rsr. 108 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów *Gaz. Lek.* rsr. 6; dla prenumeratorów *Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek.* rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Sprawozdanie lekarskie z Instytutu Oftalmicznego imienia księcia Edwarda Lubomirskiego. Przez Dra med. *Narkiewicza-Jodko*. (Ciąg dalszy). Przypadkowe otrucie półtorochlorkiem żelaza. Spostrzeżenie z praktyki prywatnej Dra *M. Lewińskiego*. (Dokończenie). Kronika zagraniczna. O działaniu fizyologicznem i terapeutycznem bromku potasu i bromku amonu. Przez *E. H. Clarke i Amory* (z Bostonu). (Dokończenie). Wiadomości bieżące. Środki dezynfekcyjne. Wyciąg pokrzywy i jodek srebra przeciw kokluszowi. Cholera w Warszawie. Przegląd Postępów Nauki Lekarskiej. Kalendarz Lekarski. Od Redakcyi. Dodatek. Balneologii ark. 12 i 13. Dla PP. Prenumeratorów Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej dołącza się zeszyt 5-ty. (Dokończenie r. 1870).

SPRAWOZDANIE LEKARSKIE

z Instytutu Oftalmicznego imienia Edwarda księcia Lubomirskiego za czas od 1 (13) października 1870 po 1 (13) stycznia 1872.

Przez Dra med. *Narkiewicza-Jodko*.

(Ciąg dalszy *).

Z chorób naczyńiówki na uwagę zasługują jeszcze dwa następujące wypadki, które dopiero przy bliższem zbadaniu gałek po wyluszczeniu tychże, do chorób naczyńiówki zaliczonemi zostały.

Pani K. M., wieku lat 38, żona urzędnika z Lublina, przybyła do instytutu dnia 15 lipca z następującą chorobą oka lewego: rogówka w porównaniu z takąż drugiego oka nieco zmniejszona i przezroczysta, komórka przednia płytka, tęczka ciemno-brunatnej barwy,

*) Patrz Nr 9, 11, 13 i 17 *Gaz. Lek.* T. XII.

ó niewielkiej źrenicy przyrosłej na całym obwodzie do soczewki; soczewka pozornie przezroczysta, do wnętrza oka jednak światło nie dostaje się, a jeżeli to ma miejsce, to zupełnie pochłoniętem zostaje; pomimo bowiem najtroskliwszego badania nie z wnętrza oka dopatrzeć nie można i źrenica ciągle pozostaje czarną. Pod rogówką widzimy krzywiznę błony twardej zmienioną; na pierwszy rzut oka zdaje się, iż mamy do czynienia z garbem błony twardej, rozciągającym się pod całą dolną $\frac{1}{4}$ rogówki i sięgającego na zewnątrz do połowy $\frac{1}{4}$ zewnętrznej. Wyniosłość ta jest jednolitą, stanowiącą rodzaj wału na 8—12 mm. szerokiego, łagodnie zniżającego się z jednej strony przy obwodzie rogówki, z drugiej przy przejściu w normalną krzywiznę błony twardej, dolna granica jest jednak nie tak łatwą do zbadania, gdyż przykrywa ją przekrwiona nieco łącznica (połączenie galkowej z powiekową); powierzchnia guza pokryta jest przyrosłą do błony twardej brudno żółtawą łącznicą, w której parę olbrzymio rozszerzonych żył od obwodu rogówki w dół idących widzimy. Oko nie ma wcale uczucia światła, przy dotykaniu tegoż wyraźną jest znaczna różnica w twardości błony twardej—kiedy przy palpowaniu górnej części oka znajdujemy napięcie galki nieco mniejszem, niż w zdrowym oku, u dołu czujemy kamienną prawie twardość tejże.

Okło prawe jest stosunkowo zdrowe, są w niem jednak pewne zmiany, które chora przyznaje za zupełnie podobne tym, jakie przed dwunastu laty (w początku choroby) na oku lewem dostrzegła: zmiany te robią wrażenie zapalenia błony twardej, ograniczonego na część sąsiednią z wewnętrzną $\frac{1}{4}$ obwodu rogówki; bólów jednak w tém oku chora nie doświadcza, wydzielina śluzu jest tylko nieco powiększoną i znajdujemy małe osłabienie wzroku, chora bowiem tém okiem z trudnością czyta Nr 1 J ä g r a w 6" a przy badaniu na odległość wykazuje $\frac{3}{4}$ normalnej siły widzenia przy refrakeyi prawidłowej, ale nieco zmniejszonej akomodacyi. Wziernik nie anormalnego nie wykazuje.

Chora podlega temu cierpieniu już lat 12, była u kilku okulistów i poddawała się tak zewnętrznym, jak i wewnętrznym kuracjom, przed rokiem wzrok ostatecznie w tém oku straciła i byłaby już zrezygnowała się na pozostawienie choroby oka naturalnemu tejże przebiegowi, gdyby nie bóle silne, które uprzednio tylko w rzadkich i bardzo dużych odstępach czasu miewała, obecnie zaś ma prawie ciągle, zwłaszcza w nocy i gdyby nie początki choroby w oku prawem, wyżej przez nas opisane.

Rozpoznanie nie było zbyt trudne, mieliśmy przed sobą nowotwór oka, rosnący powoli, bezboleśnie (aż do ostatnich czasów), u osoby dobrém cieszącej się zdrowiem, tylko natura nowotworu była wątpliwą i umiejscowienie tegoż—pozory przemawiały za błoną twardą i za taki też go przyjęliśmy, rokując dobrze pod względem zejścia pooperacyjnego; gdyż o ile wiemy, błona twarda nigdy siedliskiem nowotworów złośliwych nie bywa, a nawet jest częścią oka, najdłużej opierającą się rozszerzaniu nowotworów takich, w sąsiedztwie powstałych.

18 lipca przystąpiliśmy do operacyi wyluszczenia oka, która nie przedstawiła nic anormalnego, a 27 t. m. wypisaliśmy chorą opatrzoną sztuczném okiem. Nudnieniśmy jeszcze, że okło prawe było przez cały czas pobytu chorój w Instytucie poddane wkrapianiom roztworu atropiny a pod koniec i nalewki opiovej i że żadnej zmiany w stanie tegoż nie dostrzegliśmy, chyba może zmniejszoną nieco wrażliwość na światło bezpośrednio po wyluszczeniu oka lewego. Od tego czasu chorój nie widzieliśmy (porównaj Nr 33 towarzyszącej Gaz. Lekarskiej str. 513 i 514).

Okło wyluszczone po trzytygodniowém trzymaniu tegoż w płynie M ü l l e r'a badaliśmy razem z professorem B r o d o w s k i m, w pracowni tegoż; przecięcie było zrobione tak, iż przechodziło przez jeden z południków oka, odpowiadający średniej części guza, na rozkroju uwidatniło się dopiero zgrubienie nie tylko błony twardej, które już poprzednio przypuszczaliśmy, że także w błonie naczyniowej a mianowicie w części tejże ze zgrubiałą błoną twardą sąsiadującą, na całej też tej przestrzeni było silne zrosnienie obu tych błon między sobą. Grubość części zwyrodnionych nie została dokładnie wymierzoną, na okło jednak część nowotworu naczyniówki przedstawiała się w czwórmasób, nawet na niewielkiej ze 2" szerokiej przestrzeni jeszcze bardziej, grubszą niż inne części (niezwyrodnione) tejże błony; błona twarda bardziej jednostajnie zgrubiała była z pewnością 3—4 razy grubszą niż odpowiednia położeniem część po nad rogówką leżąca. W naczyniówce gołym już okiem odróżnić można było w najgrubszej części prążek podłużny, do obwodu oka równoległy, znacznie jaśniejszy od otoczenia; pod mikroskopem prążek ten okazał się

być blaszką kostną (wapienną) około 3^{mm} długą a 0,3^{mm} szeroką, oprócz tej znaleziono w tymże podłużnym skrawku jeszcze kilka kawałków kostnych. W twardówce oprócz zwiększenia ilości prawidłowych pierwiastków nie dostrzegliśmy. Ciało szkliste rozmiękczone, inne części nie badane, gdyż preparat zaginął przy przenoszeniu zbiorów pracowni do drugiego lokalu.

Uczeń S. K., 15 lat wieku, przysłany nam przez jednego z kolegów z notatką, iż prawdopodobnie podlega nowotworowi siatkówki przedstawia drugi wypadek, którego rozpoznanie było trudnem i wątpliwem. Przed trzema miesiącami oko lewe podległo silnemu zapaleniu, a po upływie trzech tygodni oślepiło zupełnie, dopiero w drugim miesiącu choroby zasiągniętą została rada jednego z tutejszych okulistów, który jak to wyżej powiedzieliśmy, po 6-tygodniowej obserwacji doszedł do przekonania, iż chory podlega złośliwemu nowotworowi siatkówki.

Chory przybył do nas 19 maja w stanie następującym: rogówka, tęczka i soczewka zupełnie zdrowe, episkleryalna iniekcya nader silna, gałka nieco twardsza od drugiej, zdrowej, przez rozszerzoną zrenicę widzimy odbłask białawy z wnętrza oka pochodzący, który przy badaniu z pomocą wziernika pochodzi od siatkówki oddzielonej jednostajnie na całej przestrzeni; brodawka ukryta jest pomiędzy fałdami naprzód podanej siatkówki, która jest zmienioną, nieprzejrzywą we wszystkich zapewne warstwach tak, że nawet naczyń w niej przebiegających widzieć nie możemy; czerwony odbłask naczyńówki jednak można nieco przejrzeć i to wszędzie, ten ostatni objaw upewnił nas, że dotychczas z nowotworem tak siatkówki jak i naczyńówki nie mamy do czynienia.

Pod wpływem wkrapiania atropiny, wielkiej wezykatoryi na karku i kilkokrotnych upustów krwi miejscowych, już to za pomocą pijawek, już też Herteloupa (pijawki sztucznej) iniekcya episkleryalna i bole ciągle ustąpiły, gałka przyszła do prawidłowego naprężenia i chory jako względnie wyleczony w dniu 4 czerwca Instytut opuścił. Po trzech tygodniach jednak ponownie wstąpił do tegoż z jeszcze silniejszym zapaleniem oka, kilku niewielkimi przyrostami tęczy (pomimo ciągłego wkrapiania atropiny) i zmętnieniem resztek ciała szklistego. Siatkówka była jeszcze bardziej ku przodowi wypukłą zwłaszcza u góry i na zewnątrz i zupełnie nieprzezroczystą tak, iż odbłasku od błony naczyńówój tym razem dopatrzeć nie mogliśmy—po bezużytecznem próbowaniu skutecznych uprzednio środków, gdy bole nie ustawały a stan oka wcale się na lepsze nie odmięniał, w drugim zaś ciągle i trwale objawy podrażnienia sympatycznego wystąpiły, przystąpiliśmy do wyluszczenia oka i wykonaliśmy takowe w dniu 23 a młodzieńca wypisaliśmy dnia 5 lipca z Instytutu.

Oko badaliśmy współcześnie z poprzedniem w pracowni patologiczno-anatomicznej prof. Brodowskiego, przy laskawej pomocy tegoż; znaleźliśmy siatkówkę oddzieloną od naczyńówki na całej prawie przestrzeni, tylko od strony zewnętrznej były te błony z sobą trwale zrosnięte na przestrzeni 2^{mm} długości i 1^{mm} szerokości, w tém też miejscu i naczyńówka z twardówką była zrosniętą, zresztą nie nadzwyczajnego nie dopatrzyliśmy, płyn wypełniający próżnię między naczyńówką a siatkówką był cytrynowego koloru, przezroczysty, ciało szkliste nierozwodnione, w naczyńówce tylko może pomnożenie pierwiastków tkanki łącznej, żadnych jednak wyraźniejszych ognisk zapalnych dostrzedz nie było można. Siatkówka zdegenerowana, warstwy czopkowo-pręcikowej wcale nie ma, inne niewyraźne tłuszczowej przemianie podległe, miejscami komórki ropne w większej ilości.

Choroby siatkówki nie zasługującego na szeregłowy opis nie przedstawiały, przy zapaleniu białkomoczym osiągnęliśmy nie wielkie prawdopodobnie czasowe tylko polepszenie, przy stosowaniu upustów krwi miejscowych za pomocą sztucznej pijawki na skroniach i mlecznej dyccie, zapalenie syfilityczno ustąpiło pod wpływem weierań szaruchy (1,5 uncyi). Na bliższą uwagę zasługuje wprowadzone w nowszych czasach przez Nagla stosowanie podskórnych zastrzykiwań strychniny przy niedoślepach (ambliopiach). Już dawniej używano tego środka miejscowo posypując proszkiem strychninowym (mieszanią z kro-

chmalem), części skóry z okiem sąsiedniej (czoła lub skroni), obnażonej uprzednio za pośrednictwem wezykatoryi z naskórka; niekiedy widziano dobre skutki, ale niepewność działania pochodząca z niewłaściwego sposobu użycia a przytém połączone z rodzajem stosowania, niedogodności były zapewne przyczyną zarzucenia tego środka zupełnego — sposób zastrzykiwania podskórnego nie przedstawia żadnych niedogodności poprzednio opisanemu podobnych a dogodniejszym jest do kontrolowania, gdyż przy nim pewni zawsze jesteśmy dawki środka do organizmu wprowadzonego. Stosownie do wskazówek N a g l a (porównaj tegoż „*die Behandlung der Amaurosen und Amblyopien mit Strychnin*”, Tübingen, 1871) używaliśmy środka tego poczynając od $\frac{1}{60}$ części grana do $\frac{1}{20}$ w 8 wypadkach w części u chorych leczonych ambulatoryjnie, w części zaś u pozostających w Instytucie; raz osiągnęliśmy nader znakomity rezultat bo zupełne przywrócenie wzroku (siłę widzenia $\frac{1}{5}$) u chorej, która posiadając jedno tylko oko, bo drugie od kilkunastu już lat jest zupełnie ślepe z powodu zupełnego zaniku nerwu wzrokowego, oślepiła w ciągu kilku dni tak, że przybywszy do nas w trzecim tygodniu choroby, słabe tylko jakościowe uczucie światła posiadała. Po pierwszym zastrzyknięciu nastąpiło polepszenie, a dosyć było 6 nastrzyknięć żeby wzrok zupełnie do normy powrócił. U drugiego chorego uzyskaliśmy polepszenie wzroku dosyć znaczne, widział bowiem tylko ruchy ręki a opuścił szpital bez przewodnika i z + 10 decyfrował wyrazy z 10 N. druków J a g r a po 13 zastrzyknięciach. W pierwszym wypadku mieliśmy do czynienia z niedoślepem nie dającym się objawami widzialnymi za pośrednictwem wziernika wytłumaczyć występującym bez wyraźniejszej przyczyny; w drugim mieliśmy niedoślep właściwy opilem (*amblyopia potatorum*). W innych wypadkach nie widzieliśmy żadnego polepszenia przy użyciu strychniny, albo tak niewielkie, że nie notowaliśmy go nawet.

Z chorób nerwu wzrokowego zasługuje na szczegółowe opisanie wypadek nowotworu tegoż nerwu, przedstawiający się o ile mi wiadomo jako unikat tego rodzaju w literaturze okulistycznej.

Dnia 17 sierpnia roku przeszłego zgłosiła się do mego prywatnego ambulatoryum Zofia P., wieku lat 11, córka obywatela z pod Włocławka, w stanie następującym: oko prawe wysadzone ku przodowi i nieco do góry i na wewnątrz, wysadzenie gałki w porównaniu z drugą mogło być szacowanym na pół cala, przy ustawieniu bowiem twarzy w zupełnym profilu szczyt rogówki oka zdrowego był $\frac{3}{4}$ " mniej więcej po za profilem grzbietu nosa, oka zaś wysadzonego o 3—4"', ruchy gałki tylko ku dołowi nieco ograniczone, ale i to bardzo nieznacznie, w innych kierunkach zupełnie odpowiednio prawidłowym, środek ruchów oka prawidłowy, źrenica nieco rozszerzona, zresztą powierzchnia gałki nie prawidłowego nie przedstawia, ślepoty zupełna. Przy badaniu za pomocą wziernika znaleźliśmy brodawkę nerwu wzrokowego rozpalczoną, obrzmiałą, wypukłą, o żyłach mocno rozszerzonych i pokręconych, częściowo nieprzezroczystą masą brodawki poprzykrywanych (*Strawgspupille*), siatkówką w około brodawki na przestrzeni wyrównywającej $1\frac{1}{2}$ szerokościom brodawki oddzieloną nieprzezroczystą. Część tylna siatkówki sąsiadująca z oddzieloną była także zmienioną, dostrzegliśmy w niej bowiem porozrzucane tu i owdzie plamki żółtawo-szare, to znowu drobniutkie wylania krwawe w postaci już to plamek, już też kresek; największa część zmienionej w ten sposób siatkówki leżała po stronie zewnętrznej brodawki po za plamką żółtą najmniejsza zaś ze strony przeciwnej. Części obwodowe wnętrza oka przedstawiały się zupełnie zdrowo. Przy obmacywaniu oka można było z niewielką dla chorej przykrością wprowadzić palec mały ze wszystkich stron pomię-

dzy galką a brzegiem oczodołu, ale tylko przy wprowadzeniu od dołu wyczuwalisny jakies twardsze od otoczenia czesci w oczodole po za galką lezace.

Podlug opowiadania ojca, wysadzenie oka, nie poprzedzone zalnym wypadkiem, ani tez zadna chorobą calogo organizmu, dostrzezonem zostalo przed 8 tygodniami i jak sie zdaje zwieksza sie zwolna, ale ciagle, bólów dziecko zadnych nie czuje, jest zapelnie zdrowe i nigdy w zyciu zadnych nie przebywalo chorob.

Bacząc na stan zdrowia dobry i niedawną datę dostrzeżenia wysadzenia oka, jakkolwiek badanie za pomocą wierzniaka i dotykania, kazalo nam z pewnością niemal przypuszczać, iż w danym wypadku mamy do czynienia z nowotworem, jeżeli nie w nerwie wzrokowym, to w najbliższem tegoż sąsiedztwie się rozwijającym, jednak z operacją spieszyć się nie radzilismy i zaleciwszy użycie dłuższe jodku potasu oraz wtierania maści jodowej w okolicę oka, odeslalismy zawiadomionego o rokowaniu nie dobrem ojca do domu z zaleceniem oddania dziecka, jeśli to być może, pod ścisłą obserwacją do Instytutu oftalmicznego; po trzech tygodniach ojciec rzeczywiście przywiózł dziewczynkę do Instytutu, zaalarmowany objawami kataru obu oczu i oskrzeli, prawdopodobnie zbyt energicznem i częstem dawaniem jodku potasu wywołanego. Stan wysadzenia oka przez czas ten nie uległ żadnej zmianie a przez następne 6 tygodni pobytu w Instytucie oftalmicznym przy ciągłym użyciu jodku potasu (5 gr. dziennie) wysadzenie może o jaką 1^{mm} zmniejszyło się nawet, tak że ojciec nie rozporządzający zbytkiem funduszu, zabrał dziewczynkę znowu z zamiarem dawania jodiny w dalszym ciągu. 1-go jednak grudnia roku bieżącego znowu ją przywiózł z widzialnie bardziej wysadzonym okiem, zawsze ku przodowi nieco ku górze i na wewnątrz. Wysadzenie wynosiło teraz 9—10^{mm} (przechodziło profilem grzbietu nosa) a palec z łatwością wchodził po za galkę tak od dołu jak i od zewnątrz i wyczuwał dokładnie ciało gładkie, wyróżniające się twardością od otoczenia i dające się poruszać, to jednak zdawało się być bardzo blisko po za galkę tak, iż niektórym z badających naszą chorą kolegom zdawało się, iż ono w bezpośrednim z galką pozostawało związku, ale zupełna swoboda ruchów galki i normalne umiejscowienie środka ruchów oka, przemawiały koniecznie za obecnością chociażby niewielkiego kawałeczka zdrowego nerwu wzrokowego pomiędzy nowotworem a galką i to przekonanie na naradzie w tym względzie przedsięwziętej utrzymało się. Zmiany w siatkówce przez czas niewidzenia naszej pacjentki znacznie zwiekszyły się co do rozmiarów, względnie bowiem zdrową była siatkówka tylko w przednich częściach dających się oglądać przy najbardziej wysiłonych zwrotach oka w różne strony, cała część po za równikiem oka leżąca była pociemniałą, jednostajnie jasno-żółtą jakby od tyłu ku przodowi podaną i w tymże kierunku pofalowaną. Na tle tem widzielismy monstrualnie porozszerzane żyły siatkówki, zagięciami swemi jakby wynurzające się z siatkówki ku przodowi, i głębiej gdzie pojedyncze drobne wylania krwi do miąższu siatkówki. Czy siatkówka była w którym miejscu od naczyniówki oddzieloną, rozpoznać w tym okresie choroby nie można już było, nawet zanotowane powyżej o oddzieleniu naokoło brodawki nerwu wzrokowego było obecnie zakwestyonowane, cała bowiem część zwyrodniona wyglądała jakby była zgrubiałą, najbardziej w okolicy brodawki, najmniej w okolicy równika oka.

Mając na względzie dosyć szybkie w ostatnich czasach zwiekszanie się wysadzenia, a więc prawdopodobnie i nowotworu, postanowilismy wyluszczyć go, a ze względu na zmiany w siatkówce mając prawie pewność, że nowotwór miał w nerwie wzrokowym siedlisko, postanowilismy nie próbować wyluszczenia guza z pozostawieniem w miejscu oka, lecz od razu przystąpić naprzód do wyluszczenia oka a następnie usunąć guz w dalszym ciągu tejże samej operacji i w dniu 5 grudnia po zacloroformowaniu chorej przystapilismy do wykonania tejże.

Wyluszczenie galki odbyło się z wielką łatwością; po obcięciu łącznicy i przecięciu wszystkich mięśniów sązilismy, że guz da się przy wyciągnięciu galki ku przodowi wraz z galką wyciągnąć i wyluszczyć, ale palec po za galkę wprowadzony przekonał nas z jednej strony, że znaczny kawałek nerwu zdrowego po za nią się znajdował, z drugiej zaś, że mamy przed sobą guz znacznych rozmiarów i głęboko w oczodole siedzący, przecięlismy więc nerw wzrokowy, ostatni punkt łączący galkę z oczodolem i po oddzieleniu tejże przystapilismy do wyluszczenia guza. Trudności mechaniczne wyluszczenia były dosyć wielkie, bo staralismy się zostawić w oczodole wszystko prócz guza, musieliśmy więc ciągle ciąć tylko nożyczkami używając za przewodnika palec obok guza z rozmaitych stron oczodołu wprowadzany, przyczem guz ujęty podwójnym hakiem był we właściwych kierunkach przez

assystującego mi łaskawie profesora Szokalskiego wyciągany, gdy w ten sposób oddzieliłem go od części sąsiednich i palcem wszedłszy aż do szczytu oczodołowego, poczułem wychodzący z guza normalnej grubości koniec nerwu wzrokowego przeciąłem ten ostatni i guz wydobyłem na zewnątrz. Krwawienie podczas operacji, która trwała wraz z zachloroformowaniem około trzech kwadransy, było bardzo nieznaczne i po skończeniu tejże dobrowolnie ustało.

Po operacji chora spała przez godzin 6 z małemi przerwami, pod wieczór miała parę razy wymioty, zapewne jeszcze pod wpływem działania chloroformu i wyrzekała na ból w oczodole, ale odczynu gorączkowego prawie wcale nie było, tak samo i dni następnych; opatrunek polegał na zwyczajnej flanelowej opasce uciskającej zamienianej w celu oczyszczenia rany w pierwszych trzech dniach raz na 24 godzin, a gdy ropienie (w ogóle bardzo nieznaczne) się pokazało, raz na 12 godzin. Obrzęk łącznicy był w pierwszych dniach bardzo znaczny, tak że do głębi oczodołu zajrzeć nie podobna było a z pomiędzy powiek przy każdym ich oddaleniu od siebie wysuwały się fałdy obrzniętej, blade-różowej łącznicy, dopiero na piąty dzień po operacji można było głębszymi częściami rany nieco się przyjrzeć i oddalić parę nekrotycznych strzępów tkanki łącznej, w luźnem tylko z innymi zdrowemi częściami pozostających związku; chorą w tym dniu też pozwoliliśmy łóżko opuścić, a 22 grudnia t. j. we 3 tygodnie po operacji mogliśmy już jako zupełnie zdrową z Instytutu wypisać.

Guz wydobyty miał kształt jaja gołębiego i mierzył w wymiarze podłużnym 31 mmetr., w poprzecznym 20 mm., kawałek zaś nerwu łączący guz z gałką 11 mm.; wymiary gałki były prawidłowe, jeżeli więc weźmiemy w uwagę, że ta ostatnia wysadzona była z oczodołu na 9—10^{mm} czyli na 8—20 mm. a część nerwu wzrokowego od dziurki wzrokowej do gałki, przyjmujemy za równą 26—28 mm. (jak to w zwykłych bywa warunkach), odległość więc gałki od szczytu oczodołu wynosiła w tym razie 44 do 48 mm. i wypełniona była 11 mm., nerwu pomiędzy okiem a guzem 31 mm. guza, w oczodole więc pozostać być powinien jeszcze kawałeczek nerwu 2 do 6 mm. długi; badanie jednak rany po operacji i tyle nerwu nie wykazywały, bośmy palcem aż do szczytu oczodołu dochodzili i ślady tylko nerwu wyczuć byliśmy w stanie. Guz po wymierzeniu wręczyliśmy prof. Brodowskiemu do zbadania a gałkę zachowaliśmy w płynie Mullera.

Po kilku tygodniach dokonana sekcya oka wykazała zmniejszenie tegoż niewielkie w wymiarze przedmiotowym i znaczne zgrubienie tak brodawki nerwu wzrokowego, jak i przyległych tejże części siatkówki, tylne części siatkówki mierzyły w najbliższem sąsiedztwie z brodawką 0,93 mm. (w stanie prawidłowym 0,40), zgrubienie to głównie miało miejsce w warstwie włókien nerwowych 0,67 mm. (w stanie prawidłowym 0,20 mm.), brodawka mocno do wnętrza oka wypukła z nieznacznem tylko zagłębieniem w środku, pomiędzy włóknami nerwowemi w skład brodawki wchodzącemi liczne wylania krwi; obraz znany oftalmologom pod nazwą *Stammispapille* dostrzegamy zawsze jako objaw utrudnionego krwi odpływu z żył ocznych a więc przy nowotworach na podstawie mózgu zapaleniu okostnej u szczytu oczodołu, przy nowotworach nerwu wzrokowego bardzo zresztą rzadkich nie zdarzyło mi się czytać opisu tego objawu.

Rezultat badania guza raczył nam przesłać prof. Brodowski w następujących wyrazach: „Wyluszczonej wraz z gałką nowotwór nerwu wzrokowego przedstawia się w postaci podługowatego do 3,5 ctm. długiego, około 2,5 ctm. grubego guzika, nie jednostajnie ze wszęch stron nerw obejmującego, czyli jako zgrubienie tegoż w jednym kierunku bardziej rozwinięte niż w innych. Cały ten guzik pokrywa mocno zgrubiała pochewka nerwowa, dość łatwo dająca się odeń oddzielić, powierzchnię zewnętrzną ma równą, spistość niezbyt znaczną, jak się wkrótce okaże niejednostajną. Na rozkroju poprowadzonym wzdłuż osi nerwu przedstawia się powierzchnia w ogóle gładka, połyskująca, szaro-czerwona, która jednak po dokładniejszem przyjrzeniu się okazuje niejednostajną, złożoną mianowicie z dwóch niejednostajnej wielkości części: mniejszej odpowiadającej jakby wrzecionowatemu zgrubieniu nerwu wzrokowego cokolwiek błedszej, zlekka podłużnie włóknistej, oraz większej, stanowiącej powierzchnię rozkroju jakby narosli na zgrubiałym nerwie, czerwieńszej, mocniej połyskującej, jednolitej. Pomieniona niejednostajność powierzchni rozkroju, z wyjątkiem różnicy w barwie daleko lepiej się uwidatnia na nowotworze stwardzonym w spirytusie; przyczem w większej jego części zwłaszcza w pobliżu powierzchni, dają się postrzegać liczne drobne szparki mające kierunek prostopadły do osi nerwu.

Przeciwnie zaś w połowie nowotworu stwardzonej za pomocą kwasu chromowego z wyjątkiem różnicy w spoistości, inne zacierają się najzupełniej.

Badanie mikroskopowe wykryło różnicę i w budowie histologicznej wzmiankowanych części nowotworu, część twardsza włóknista na rozkroju składała się z pęczków bezrdzeniowych włókien nerwowych, różniących się od pęczków nerwu wzrokowego dwa, a niekiedy trzy razy większą grubością, jak niemniej większą ilością znajdujących się na nich jąder. Wiążące, niezmiennione pęczki tkanki łącznej pulchniejsze nieco i w znaczniejszej ilości aniżeli w nerwie. W miarę zbliżania się do większej części nowotworu, wzmiankowane wiązki łączno-tkankowe stają się coraz grubszymi, pęczki zaś nerwowe coraz to cieńszymi, wzajemny ich stosunek coraz bezładniejszy, wiązki łączno-tkankowe bardziej prostopadłe do osi zwyrodniałego nerwu. W miejscach bliższych powierzchni ledwie gdziegdzie tylko za pomocą chlorku złota, dają się wykryć włókienka nerwowe, w miarę zaś brania przewagi tkanki łącznej pojawiają się coraz częściej szpareczkowate przestrzenie, mniej lub więcej pogięte, zamieniające się w pobliżu powierzchni w rodzaj bardzo nieregularnej, podłużno-oczkowej, także prostopadłej do osi nerwu sieci. Wzmiankowane przestrzenie wypełnione już masą drobnoziarnistą, już to szklistawą, miejscami zaś dosyć dużymi komórkami endotelicznymi, znajdującymi się w stanie przemiany klejowatej. Także sama masa i podobnie zmienione komórki endoteliczne dawały się spostrzegać pomiędzy zgrubiałą pechwą zwyrodniałego nerwu wzrokowego i w mowie będącą częścią nowotworu, w pośród międzykomórkowej którego znajdowało się niezbyt wielka ilość mucyny.

Nowotwór więc ten uważamy za złożony, w części *neuroma fibrillare amyelinicum*, w części zaś za *myxoma lacunare*; lacuny potworzyły się prawdopodobnie już to z naczyń chłonnych, już też z przestworów, będących przedłużeniem tych naczyń.

(Dokończenie nastąpi).

Przypadkowe otrucie się półtorochlorkiem żelaza (*Liquor ferri sesquichlorati*).

Spostrzeżenie z praktyki prywatnej Dra M. Lewińskiego.

(Dokończenie *)

Dnia 9 listopada o 8 godzinie rano zebraliśmy się znów w dawnym komplecie na naradę. Powikłanie przybyło zeszłej nocy, tak niespodziewano a fatalnie zarazem, odebrało nam wszelką nadzieję uratowania życia chorej. Puls jej uderza 130 razy na minutę, miękki, ledwie wyczuwalny; oddechanie powierzchowne; tony serca czyste lecz bardzo słabe. Język i usta spieczone—pragnienie. Nudności, wymity bezustanne, do fusów podobne. Brzuch w dolnej części bardzo bolesny; na linii środkowej, bardziej ku lewej stronie, wypukły, mocno napięty. Stolec od 24 godzin nie było. Kończyna dolna prawa od połowy uda aż do kolana bolesna; w stawie kolanowym przykuczona, nie daje się odprowadzić (mięśnie ograniczające dół podkolanowy od góry, mocno skurzone), poniżej, aż do brzośców palcowych, na mocne nawet szczypanie, nieczuła. Kolor jej w pierwszym miejscu blado czerwonawy, lekko zasiniowy, w drugim zaś fioletowo siny. Na wewnętrznej powierzchni goleni na kilka centymetrów niżej kłykecia wewnętrznej, widać plamę wielkości rubla, ciemno fioletową, naskórek jej uniesiony ku górze, pod nim płyn mętny widnieje. Temperatura całej goleni, w porówna-

*) Patrz Nr 34 Gaz. Lek.

niu z lewą o kilka stopni niższa (bez względu na ciągle utrzymywane okłady gorące). Tętnienia już wyczuć nie można ani w tętnicy podkolanowej, ani też w gałęziach z niej początek biorących.

Poleciono kąpiel aromatyczną ogólną, okłady na nogę także aromatyczne, lód do lękania w kawałkach, za napój orszadę z kamforą, wino czerwone po tyżeczce od kawy—nadto ze względu na zatrzymany stolec lewatywę z ciepłej wody z oliwą. W ciągu całego dnia kilkakrotnie odwiedziliśmy chorą—poprawy jednak ku lepszemu nie było. Po kąpeli spała parę godzin, womity nieco rzadszemi się stały, ale w kończynie żadnych zmian budzących nadzieję ocalenia jej nie było.

Wieczorem na naradzie powłórzono ordynacyę poranną.

Dnia 10 t. m. Pulsu już wyczuć nie można. Osłabienie chorej do najwyższego sięga szczytu: ani podnieść się lub poruszyć, ani mówić nie może. Pokazuje, że ma pragnienie a przelknąć podanego napoju nie jest w stanie; temperatura całego ciała wyraźnie obniża się z każdą chwilą, skóra wilgotna, spocona; oddechanie ogranicza się do przychodzących od czasu do czasu niegłębokich westchnień, słowem, rozpoczyna się konanie. Reszta zmian przedmiotowych takż sam jak wczoraj przedstawia obraz, z wyjątkiem kończyny dolnej prawej, w której przemiany wsteczne, znacznie już dalej posuniętemi zostały: cała goleń jest temperatury marmuru, sina, pokryta pęcherzami wypełnionemi cieczą mętą; w miejscu zaś wczorajszego pęcherza znajdujemy wygórowanie, przy dotykaniu trzeszczące, w skutek wywiązujących się tam gazów.

O ordynacyi nie było tu już i mowy, zaleciliśmy wszakże okłady aromatyczne na chorą kończynę przykladać.

O 2 iej po południu tegoż dnia, chora żyć przestała.

E p i e r i s i s.

Wypadek ten z wielu względów do często natrafianych nie należy,—samobójcy, nigdy podobnych płynów jak półtorochlorek żelaza do odebrania sobie życia używać nie będą, raz, że plyn ten w nielekarskiej publice mało jest znanym, a powtore, że przykry smak jego, nawet zrozpaczonych zniechęcić jest w stanie. Z powodu rozlicznych zajęć, które nawet na opóźnienie ogłoszenia niniejszego spostrzeżenia wpłynęły, nie mogłem dokładnej zebrać statystyki ogólnej wypadków śmierci, po zażyciu do wewnątrz półtorochloroku żelaza. Napewno wszakże twierdzić mogę, że w naszym kraju jest to wypadek jedyny, a gdzieindziej zdarzał się niewątpliwie rzadko. Z przebiegu choroby przekonąć się łatwo, że działanie tego środka na błonę śluzową żołądka nie wiele się różniło od wywieranego na owrzodzone powierzchnie. —Ściągające skutki półtorochloroku żelaza aż nadto dobrze są znane każdemu; strup powstaje natychmiast po zetknięciu się płynu z obnażoną powierzchnią. Ze coś podobnego dzieje się i na powierzchni błony śluzowej, zdaje się nie ulegać kwestyi. W 15 minut po połknięciu płynu nastąpiły womity—wśród zrzuconych mass jednak, zaledwie cząstkę znaleźliśmy półtorochloroku żelaza w po-

łączeniu ze śluzem, na pomarańczowy kolor zabarwioną; reszta, niewątpliwie sięgając głębiej weszła w związek z ciałami białkowatemi błony śluzowej żołądka i utworzyła strup. Przypuszczenie nasze opieramy na tém, że choć womity prawie ciągle nieopuszczały chorej a zawartość ich najściślej była badaną przez nas, w ciągu pierwszych dwóch dni nie znajdowaliśmy w nich ani śladu poszukiwanego płynu. Dopiero na trzeci dzień w nocy, występują nowe womity, zawartość ich nadzwyczaj cuchnąca a pośród niej strzępy zgorzelonej błony śluzowej w postaci szarych, niekiedy bardziej ciemnych, prawie czarnych, frendzłowatych kawałków. Był to okres eliminacyi strupów—trwał kilka godzin, po nim nastąpiła widoczna poprawa; przepowiednia co do życia, pierwszy raz od początku choroby, dawała dopiero mały promyczek nadziei. Nie ludziliśmy się wszakże; po wydaleniu strupów należało się spodziewać bardzo znacznego owrzodzenia żołądka i choćby to ostatecznie zabliznieniem się skończyło, nie można było nawet mieć idei w jakich warunkach wyzdrowienie nastąpi. Powtarzamy tylko, że prognoza, która w pierwszej chwili, jak przy wszystkich otruciach ostrych a szczególnie zaś przy tém, gdzie i droga postępowania terapeutycznego jest jeszcze nie utorowana, z najgorszej, stawała się nieco lepszą. Starsi doświadczeniem koledzy nie podzielali nawet tego mego poglądu a zejście przyznało im słusność. Lecz nie przesadzajmy wypadków. Nikt z nas wówczas nie mógł przewidzieć, że po dwudniowym polepszeniu, wystąpi, niezem nie zapowiedziana, zgorzel kończyny dolnej prawej, sam bowiem fakt ten, w chwili spełnienia, był przedmiotem długiej i ciekawej dyskusyi a wszyscy zarówno byliśmy nim zdziwieni. Zkąd powstała zgorzel, to jest jaka zmiana anatomiczna była punktem jej wyjścia i czy proces ten nowy, łączy się jakim węzłem ukrytym z poprzednimi zmianami wywołanemi przez wprowadzenie do organizmu półtorochlorku żelaza, oto były pytania, nad których rozwiązaniem zastanawialiśmy się długo. Co do pierwszego, jednogłośnie zgodziliśmy się na to, że przyczyna zgorzeli tkwi w układzie tętniczym kończyny, bądź pod postacią zatoru, bądź też zakrzepu. Układu żylnego nie obwinialiśmy o to, raz dlatego, że zakrzepy żył rzadko kiedy prowadzą do zgorzeli na tak wielkiej przestrzeni (wiadomo że wyrównanie krążenia w żyłach jest daleko łatwiejszem), powtóre dlatego, że nie mieliśmy zmian towarzyszących podobnym zgorzelom, np. obrzmienia kończyny. Brak tętna w tętnicy podkolanowej i w tętnicach z niej początek biorących nasuwał nam myśl, że światło tętnicy udowej zostało zamknięte; trudniej nam jednak było określić, na jakiej to wysokości nastąpiło. Podczas ostatniego *consilium* czuliśmy jeszcze tętnienie w górnej połowie uda, w parę godzin zaś po tém i tam już tętna nie było. Kwestya więc ta stanowczo rozstrzygniętą nie została; przypuszczaliśmy wszakże, opierając się na powyższych danych, że przeszkoda w obiegu krwi, znajduje się na połowie wysokości tętnicy udowej. Istnienie zatoru (*embolia*) w tętnicy udowej wyłączyliśmy ze względu na brak zmian odpowiednich w innych organach (płucach, wątrobie, śledzionie), które to zmiany, wczesniej daleko tam by powstały, gdyby istotnie cząsteczka jakaś oderwana od owrzodzonej powierzchni żołądka utkwiała w małym naczyniu. Z tych przeto powodów, tylko o zakrzepie tętnicy udowej (*thrombosis ar. femoralis*) jako o przyczynie,

która wywołała zgorzel gołeni prawej, mogła tu być mowa. Co do drugiego, to jest czy sam półtorochlorek żelaza, bądź jako taki, bądź też już w rozkładzie chemicznym, jako tleno-tlenik żelaza, mógł wywołać podobne zmiany w tętnicy i spowodować zgorzel—zdania się dzieliły. Jeden z kolegów utrzymywał i dowodził bardzo racjonalnie, że taka masa żelaza, wprowadzona do organizmu pod postacią półtorochlorku żelaza, nawet uległszy następnie rozkładowi chemicznemu mogła bardzo łatwo oddziaływać tak na skurczliwość ścian naczyń, jak i na samą skrzepliwość krwi i w ten sposób, jeżeli nie sama przez się, to przynajmniej pośrednio ułatwić wystąpienie zgorzeli. Zdania tego nie podzielałem wtedy i dziś również zgodzić się z niem nie mogę. Wątpliwą bowiem dla mnie jest rzecz: 1) dla czego tak znaczna ilość żelaza przeniknąć miała do krwi dopiero na 10 dzień zatrucia a nie w pierwszych chwilach i 2) czy dostawszy się do krwiobiegu mogła spowodować utrudnienie krążenia krwi a w końcu nawet zgorzel? Fakta fizyologiczne, cytowane przez autorów, pomiędzy środkami przyspieszającymi krzepnięcie włókniaka krwi w naczyniach zamkniętych, nie mieszczą żelaza; zdaje się więc, że takowe, choćby i posiadało w tym względzie wpływ jaki, to chyba w postaci ciała obcego a wiadomo, że jako takie, w tym razie przez zamknięte ściany naczyń dostać się tam nie mogło. Skurczliwość zaś ścian naczyń, występująca pod wpływem preparatów żelaznych odnosi się tylko dodatnio do tak zwanych przetworów ściągających (*adstringentia*) i mogłaby być wytłumaczoną w pierwszej chwili, kiedy jeden z podobnych przetworów został do organizmu wprowadzony, jest zaś niezrozumiałą, gdy pojawia się wtedy kiedy preparat utracił w skutek rozkładu chemicznego dawne swe własności. Co do mnie, tłumaczyłem sobie, występującą w mojej obecności zgorzel kończyny, upośledzonem krążeniem w skutek nieodpowiedniego położenia całego ciała a szczególnie kończyn dolnych i osłabionej działalności serca. Chora, w dniu następnym zgorzeli, a nawet i poprzednio leżała prawie ciągle na boku prawym w ten sposób, że kończyny dolne, zgięte w kolanach i dość znacznie przykuczone do brzucha były wciąż prawie nieruchome; prawa przytém, znajdując się pod spodem i dźwigając pewną część ciężaru ciała jeszcze w gorszych dla krążenia znajdowała się warunkach. Wiemy, że przez znaczne zgięcie kończyny w stawie kolanowym, krążenie poniżej ustaje (manewr ten bowiem wstrzymuje dopływ krwi tętniczej), i tutaj, choć przykuczenie nie było w tak wysokim stopniu, aby wywołać natychmiastowy zastój, wpływało jednak przez długi przeciąg czasu bardzo niekorzystnie na krążenie krwi w kończynach dolnych i w końcu, gdy już za wielką tamę dla osłabionego działania serca stawało, spowodowało zgorzel upośledzonej kończyny.

Pojawienie się tego powikłania przecięło nam drogę terapeutycznego działania—pozostały tylko środki symptomatyczne i takowe, jak czytelnik widział z powyższego, z wytwalnością stosowane były.

Na 10-ty dzień choroby chora umarła.

Przy sekeyi, która ciekawą była tylko dla nas, ze względu na siedlisko zmian w tętnicy udowej, gdyż inne zmiany choć i niedostępne dla naszego oka, podczas życia chorej mniej więcej dokładnie określaliśmy, znaleziono: żołądek

w trójnasób przynajmniej co do objętości powiększony, wielką ilością płynu mętnego wypełniony; powierzchnię jego wewnętrzną przynajmniej do połowy огоłoconą z błony śluzowej, w niektórych zaś miejscach, w pobliżu wpustu (*cardia*) i warstwę mięsną znacznie uszkodzoną. Początek dwunastnicy aż do części jej poziomej górnej (*pars horizontalis superior*) znacznie rozszerzony, także z błony śluzowej огоłocony, wypełniony takim samym jak żołądek płynem. Błona śluzowa kiszek cienkich mocno zacerwieniona, grubych — mniej; zawartość kiszek grubych ciemno-brunatna. Reszta organów brzusznych nie przedstawiała nie godnego uwagi. Tętnica podbrzuszną prawa (*art. hypogastrica dextra*), całkowicie wypełniona skrzepem, który przechodzi i na początek gałęzi z niej wychodzących. Tętnica udowa prawa (*art. femoralis dextra*) począwszy od łuku udowego aż do dołu podkolanowego zakrzepła; gałęzie poniżej początek biorące próżne. W żyłach tej kończyny skrzepów nie znaleziono.

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

O działaniu fizyologicznem i terapeutycznem bromku potasu i bromku amonu.

Przez E. H. Clarke i R. Amory (z Bostonu).

(Dokończenie *).

Najważniejszymi i najciekawszymi zjawiskami jakie obserwujemy u chorych, przy dłuższem użyciu bromku potasu są: zmniejszenie zdolności umysłowych, utrata pamięci, upadek sił, osłabienie czułości ogólnej i uczucia zmęczenia fizycznego. Przytém wyraz twarzy chorego staje się obojętnym a nawet idyotycznym, a przy ciągłym powiększeniu dawki dołączyć się mogą halucynacye a nawet paraliż. Jeżeli jednak dawki nie są tak wysokie by miały spowodować otrucie, to zmniejszenie zdolności umysłowych jest więcej pozornem jak rzeczywistem. I tak np.: pewien duchowny, znany w piśmiennictwie, leczony bromkiem potasu doznawał często podobnego pozornego osłabienia umysłowego, które przytém mógł starannie obserwować. Tracił on wtedy chęć do rozmowy, czytania, chodzenia i wszelkich choćby najbliższych zajęć, obojętniał na wszystkie wrażenia zewnętrzne, stawał się leniwym i ospalym, a pomimo to przy lekkim wysiłku woli powracał do stanu normalnego. Wszystkie te zbożenia jednak ustawały z przerwaniem użycia bromku potasu.

Niektórzy chorzy przedstawiają dziwne zbożenia pamięci: zapominają pewnych sylab wyrazów, lub też używają ich w niewłaściwym znaczeniu. Jedna dama, która brała dziennie około 2 grammów bromku potasu, po upływie trzech tygodni takiego leczenia, dla oznaczenia grzebień, używała wyrazu ciasto i odwrotnie. Leczenie natychmiast przerwano i w kilka dni dama owa nie popełniała już tej dziwnej zamiany wyrazów.

V o i s i n (*Bulletin général de thérapeutique, 1866, col. 71, p. 103*) podaje fakt podobny, który obserwował na jednym chorym w szpitalu. Chory ten podczas kuracyi zapomniał różne sylaby i części wyrazów nie tylko w mowie ale i pisząc. Podobne przykłady afazyi potwierdzają przyjęcie osobnego ośrodka dla mowy, a ponieważ środek o którym mowa osłabia odruchy, można więc przyjąć, że mowa jest odruchem osobnego rodzaju.

Co do właściwości bromku potasu osłabiania odruchów, to ta jest dostatecznie dowiedziona doświadczeniami i obserwacyami klinicznymi, z których ważniejsze przytaczamy.

*) Patrz Nr 44, 46 i 49 Gaz. Lek.

M. G u b l e r (*Bulletin général de thérapeutique, 1866*) obserwował wypadek tęcza, wyleczony użyciem bromku potasu. A. V o i s i n (*Bulletin général de thérapeutique, 1871, Ibid. 1866*) opierając się na własnych obserwacyach Cl. B e r n a r d'a twierdzi, że bromek potasu działa na rdzeń kręgowy zmniejszając siłę odruchów. L a b o r d e (*Archives de physiologie, 1866*) podaje, że bromek potasu działa przedewszystkiem na rdzeń kręgowy, następnie dopiero na cały system nerwowy. Fakt ten jeszcze przedtem wykazany został obserwacyami klinicznymi i doświadczeniami fizyologicznymi B r o w n - S e q u a r d'a. E u l e n b u r g i G u t t m a n (*Gazette des hôpitaux, N. 77, 1867*) podzielają to zdanie w zupełności a doświadczenia Dra A m o r y wykazują, że działanie to jest skutkiem małowkrwistości tkanki nerwowej, spowodowanej zwężeniem naczyń mózgowych.

P u e h e (*Stillé, Materia medica and Therapeutics—Bromide of Potassium*) przed trzydziestu jeszcze laty wykazał, że przy użyciu bromku potasu pojawiają się zbożenia czucia i ruchu, które nowsi fizyologowie odnieśli do zaburzeń w sferze odruchów.

Co do działania bromku potasu na ogólne odżywianie, to Dr Z. C. E l w y (*New-York Medical Journal, 1870*) określa je w tych słowach: „Ostatecznym wynikiem działania bromku i rozmaitych bromków na organizm będzie zawsze przyspieszenie przerobki materji, tak, że straty ponoszone przez organizm nie będą mogły być kompensowane. Przy stosownem jednak odżywianiu i użyciu środków wzmacniających, jak: wino, żelazo, china, bromek potasu daje się stosować, nawet przez całe lata, bez żadnej widocznej szkody dla organizmu.

Działanie dawki trującej. Wyżej już wspomnieliśmy, że określić ilość potrzebną do wywołania objawów otrucia niepodobna, albo ciem ilość ta będzie inną dla indywidualum zdrowego, inną zaś dla chorego a nawet będzie różną dla każdego innego indywidualum.

Jeśli jednak przez ciąg 5—6 dni zadawać do 6 gramów dziennie danego środka, to w wyjątkowych tylko razach nie przychodzą objawy otrucia (*bromismus*). Przytém należy pamiętać i to, że dawki jednorazowe, chociażby zawierały dżę ilości, trudniej sprwadzają otrucie aniżeli to ma miejsce przy ciągłym użyciu.

Za objawy otrucia uważać należy: obrzmienie błony śluzowej gardzieli i podniebienia miękkiego, bezgłos, niemoc płciową, porażenie nerwów ruchu, czucia oraz osłabienie odruchów, utratę słuchu, smaku a nawet i wzroku, wyraz twarzy idiotyczny, halucynacye zmysłów, manię et.

Oddychanie staje się powolnem, temperatura ciała opada, chory leży spokojnie, nie mogąc się poruszać, mówić lub polykać, zrenice są mocno rozszerzone, twarz błąda, kończyny chłodne, skurcze serea stają się ciągle wolniej-zemi i słabszemi aż naroszeie ustają zupełnie. Śmierć jednak w skutek otrucia bromkiem potasu rzadko się zdarza, albowiem przy pojawieniu się pierwszych objawów otrucia dosyć jest wstrzymać się z dalszém zadawaniem aby niedopuścić porażenia serea.

Dr Kowbratowicz.

Wiadomości bieżące.

— Środki dezynfekcyjne. Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego z d. 16 listopada, Dr F u d a k o w s k i przedstawił zgromadzonym kolegom, w szeregu doświadczeń na ten cel przygotowanych i wykonanych, działanie dezynfekcyjnych środków. Na posiedzeniach z dnia 2-go i 9-go listopada, zwrócił on już był w swych przemówieniach uwagę, na rodzaje tego działania i na wynikający zńąd podział odwietrzających środków. Obecnie więc, trzymając się wskazanego porządku, chce on to, co uprzednio w słowach przedstawił w innej, bardziej dotykającej i przekonującej postaci ponownie kolegom przedstawić. Odróżnić naprzód potrzeba chemiczne przetwory, które strącają, skrzepiają łatwo rozkładające się organiczne związki (jak np. najłatwiej rozkładające się białkowate ciała), znajdujące się w rozmaitych odchodach zwierzęcych, i rozkładowe produkty tych ciał organicznych: zmieniają je więc w trudniej rozkładające się postaci, łącząc się w części z niemi; przeszkadzają działaniu fermentów i niszcza życie drobnych istot, które jako fermenty nam się objawiają. To zasadnicze działanie wykazuje Dr F u d a k o w s k i, wybierając kilka z całego szeregu związków metalów, a mianowicie te z nich, które jako dezynfekcyjne środki używają i polecają: alun, koperwas zielony, siarczan cynku, chlorki miedzi; prócz tych

kwas karbolowy, więc organiczny związek posiadający też same własności. Następnie winniśmy odróżniać chemiczne czynniki, które oddleniając się w obec organicznych i nieorganicznych związków, albo oddając chlor w obec wody, niszczą pomienione nietlotne i lotne związki (np. siarkowodor). W tym szeregu wybiera również Dr F u d a k o w s k i te ciała, które już bez współdziałania wysokiej temperatury i kwasów wywierają wymienione działanie, i dla tej wysokiej ich dzielności używają się też jako dezynfekcyjne środki. Wykazuje on jak siarczan tleniku żelaza — ów brunatny związek wytwarzający się już z wilgotnego siarczanu tlenku żelaza (*Fer. sulf. oxydulat.*) na powietrzu, — jak nadmanganian potasu, polecony już przed kilkunastu laty przez G r i d w o o d'a i B l y t h'a jako odwietrzający środek — jak, nareszcie, podchloryn wapnia (*calcium hypochlorosum*) znajdujący się i czynny w chlorku wapnia (*calcaria chlorata*) utleniają, niszczą dzielnie nieorganiczne i organiczne związki przy zwykłej lub bardzo mało podniesionej ciepłocie. Dla wykazania tego używa Dr F u d a k o w s k i: siarkowodo, cukier gronowy, kwas szczawiowy, indyeh, wyskok. Następnie przechodzi Dr F u d a k o w s k i do ozonu i do lotnych ciał, które ozonują tlen powietrza. Zwraca on naprzód uwagę, że ozon jest to zagęszczony tlen; dowodzą to następujące fakty: 1) przy ozonowaniu tlenu przez przebijanie prądów elektrycznych iskier, następuje zmniejszenie objętości tlenu o jedną trzecią; 2) przy ogrzewaniu zozonowanego tlenu nad 300° C. niszczy się ozon, a jednocześnie znajduje się rozszerzenie o jedną trzecią objętości; 3) ciężar właściwy zwykłego tlenu wynosi 1,108, ozonu zaś 1,658. Wynika więc ztąd, że jeżeli jedna cząsteczka (molekuł) tlenu zwykłego składa się z dwóch jego atomów zajmujących 2 objętości, to cząsteczka ozonu składa się z trzech atomów zajmujących również 2 objętości. Graficznie tak te dwie cząsteczki przedstawić można:

$$\begin{array}{l} \text{O} \\ | \\ \text{O} \end{array} \left. \begin{array}{l} \text{O} \\ | \\ \text{O} \end{array} \right\} \text{zwykły tlen,} \quad \begin{array}{l} \text{O} \\ | \\ \text{O} \\ | \\ \text{O} \end{array} \left. \begin{array}{l} \text{O} \\ | \\ \text{O} \end{array} \right\} \text{ozon.}$$

Z ozonem otrzymanym z wyższych tlenowych związków metalów ($\text{BaO}_2 =$ dwutlenek barytu i $\text{HMnO}_4 =$ kwas nadmanganowy) wykazuje Dr F u d a k o w s k i niezmiernie dzielne jego utleniające działanie: na siarki metalów — które utlenia on do siarczanów — na smołę gwajaku (*guaiacum officinale*), na jodek potasu, w którym utlenia on potas i uwalnia jod, który następnie rozgotowany krochmal zabarwia błękitno i t. p. Następnie poznajamia wykładający kolegów z wykazywaniem i mierzeniem ilości ozonu w atmosferze naszej: dzieje się to za pomocą t. n. ozonometrycznych papierków, to jest papierków z cienkiej bibułki, jednostajnie napojonej roztworem chemicznie czystego jodku potasu i rozgotowanym krochmalem, zmieszanych w pewnych stałych stosunkach; — miarą zaś dla osądzenia siły zabarwienia papierka wystawionego na działanie powietrza, służy skala, przedstawiająca stopniowe zabarwienia, jakie w takich papierkach sprawić mogą rozmaite ilości ozonu, poczynając od słabo różowego do ciemno granatowego. Papierek taki wystawiony przez 24 godzin na powietrze, w dzień kiedy wykład miał miejsce, posłużył do objasnienia przykładem dotykającym tego rodzaju badania. Dr F u d a k o w s k i zwraca uwagę na wielkie znaczenie ozonu, jako czynnika oczyszczającego nasze powietrze atmosferyczne. Badania nad prawidłowem i nieprawidłowem zmianami ilości ozonu w atmosferze naszej, mogą może w przyszłości przyczynić się do wyrozumienia: jaki jest związek między dostrzeganiem zmniejszaniem się ilości ozonu w powietrzu, a rozwijaniem się epidemii? Ciekawe są w tej mierze długie badania niektórych badaczy, którzy szereg lat tej kwestyi poświęcili; przytacza tu Dr F u d a k o w s k i więcej jak 14-letnie badania S e h a p e r'a, ogłoszone w 1867 r., z których wynika, że ilość ozonu zmniejsza się znacznie w październiku i pozostaje nieznaczną do połowy grudnia, podnosi się do maja i w tym miesiącu dosięga szczytu, a następnie do września opada znowu, lecz niezmiernie powolnie, i dopiero ku październikowi spadek jest znaczniejszym. Opadające liście, zmniejszone natężenie życia roślinnego i znaczna ilość materiałów ulegających rozkładowi, mogą być przyczyną większego spożycia ozonu atmosfery naszej w październiku — a może, powiada wykładający, i pogorszenia niekiedy w tym czasie lub wybuchu epidemii. Ozonometryczne badania za pomocą jodku potasu i używanego lecz mniej czystego tlenku talu (*Thallium oxydulatum*), wskazują nam, że mamy do czynienia w naszej atmosferze z czynnikami utleniającymi, które wytwarzają się w niej w skutek przebijania przez nią elektrycznych iskier, w skutek padania śniegu i połączonego z tém zapewne łanania się kryształów, w skutek parowania nareszcie i t. p. znanych i nieznanych przyczyn. Tymi utleniającymi czynnikami, powiada dalej Dr F u d a k o w s k i, są z pewnością wykazane: ozon, woda utleniona, azoton ammonii i tlenowe związki azotu, tworzące się z tlenu i azotu powietrza, przy przebijaniu zapewne elektrycznych iskier. Dla higieny dość jest wiedzieć, wedle mowy, że takie utleniające czynniki znajdują się w atmosferze, i że ilość ich może się zmieniać.

Poruszoną kwestyę przyczyn wytwarzających w atmosferze te utleniające czynniki (ozon), Dr F u d a k o w s k i rozwija nieco obszerniej i, o ile okoliczności pozwalają, wspiera swe słowa kilku demonstracyami. Wiadomem już było, że niektóre ciała, niektóre t. n. eteryczne olejki, eter,—ozonują się przy staniu na powietrzu. S e h ö n b e i n już, C h e v r e u l i C l o e z, wedle Dra F u d a k o w s k i e g o, widzieli, że w lasach szpilkowych, kolo woniających roślin i t. p., otrzymuje się silniejsze odczyny, świadczące o ozonie. Sprawdzone potém ten ozonujący wpływ kwitnących, wonnych roślin. Dr F u d a k o w s k i ubiegłego lata u nas, w botanicznym ogrodzie, stwierdził ten ozonujący wpływ na powietrze, mocno wonnych kwiatów niektórych roślin: oliwnika (*Elaeagnus angustifolia*), jaśminów (*Philadelphus coronarius*, *Ledebourii*), dyptanów (*Dictamnus albus*, *fraxinella*)—tej ciekawej rośliny, której różyczki owoców wydzielają jakieś zapewne węglowodory w takiej ilości, że płonie otaczające ją powietrze przy zbliżeniu ognia. Dalej Dr F u d a k o w s k i wspomniął o badaniach swych nad ozonującym wpływem innych, mniej lub więcej lotnych węglowodorów: jak np. chemicznie czystego benzolu czyli fenylenu (C^6H^6) i mniej czystego otrzymanego z lotnych części smoły węgla kamiennych. Najciekawszą w tej mierze przedstawiła mu się handlowa benzyna, czyli węglowodory lotne z amerykańskiej nafty. W rozprzechłém świetle, lecz jeszcze rychlej w bezpośredniem słonecznem, ozonuje się benzyna tak silnie, że nietylko ciecz lecz i powietrze w naczyniu nad nią stojące dają wybitne odczyny ozonu, o czém Dr F u d a k o w s k i mógł obecnych kolegów odpowiednią demonstracyą przekonać. O tych źródłach wytwarzania się ozonu, nieco obszerniej rozwinął Dr F u d a k o w s k i swe zawiadomienie, w artykule jego umieszczonym w tygodniku „Przyroda i Przemysł” bieżącego roku Nr 27, str. 325.

Lecz jeszcze bardziej płodnem jest zrobione spostrzeżenie, że parowanie roztworów solnych daje w powietrzu odczyny, które utleniającym czynnikiem, ozonowi przypisujemy. Na tężniach daje się to dowodnie widzieć, i Dr F u d a k o w s k i w czasie swjej wycieczki ubiegłego lata, przekonał się o tym przy tężniach w Ciechoćniku, eo inni też w Kissingen sprawdzili. Woni ta przy tężniach odświeżająca, niekiedy zaś, chociaż ulotnie nawet ostra, i przypominająca istotnie ostrą woni ozonu; powietrze przy tężniach przypominające świeżością swą powietrze przy brzegach morskich—zawdzięczają zapewne swe własności wytwarzaniu się tutaj utleniającego czynnika, jakim jest ozon i podobnie jak on działające czynniki, o których już wspomniął Dr F u d a k o w s k i. Wielka parująca powierzchnia morza, jest zapewne źródłem wytwarzania się nad nią tych powietrze oczyszczających i odświeżających chemicznych działaczy, do których należy na pierwszym miejscu ozon. Mamy już odpowiednie wskazówki, bo na wyspach znajdowano większe ilości ozonu: np. na holenderskiej wyspie Texel, H u i z i n g a znajdował w lipcu i sierpniu daleko więcej ozonu aniżeli na lądzie. Do sprawienia przyjemnych dla nas własności morskiego powietrza oraz przy tężniach, przyczynia się bezwątpienia jeszcze dowiedzione nasycenie jego ewaporacyami solnymi. W tym szeregu ozonujących środków, Dr F u d a k o w s k i przychodzi do fenolu czyli kwasu karbolowego. Na posiedzeniu z dnia 2 listopada wspomniął on już był, że zapewne i kwas karbolowy, jako lotny, wpływa na oczyszczanie powietrza przez jego ozonowanie. Przemawiał już za tem fakt znaleziony świeżo przez W i c h e l h a u s'a, że znane ezerwienienie krystalicznego kwasu karbolowego na powietrzu, zależy od jego utlenienia; przybiera on mianowicie przytém dwa atomy tlenu i przechodzi w chinon: $C^6H^6O + O^2 = C^6H^4O^2 + H^2O$. To powolne utlenianie się tego ciała przemawiało za tem, że i tu, jak przy innych powolnych utlenieniach, odbywających się przy zwykłej, niskiej temperaturze w przyrodzie, następuje ozonowanie tlenu powietrza. Dr F u d a k o w s k i przeprowadził odpowiednie doświadczenia z p. S o k o ł o w s k i m i przeświadczył się, że kwas karbolowy powolnie, lecz ozonuje powietrze i ostatecznie doprowadza do dosć wysokiego stopnia odczynu, ale to nastąpi łatwiej w miarę wielkości objętości stykającego się z nim, nawet nieruchomego powietrza.

Ostatecznie przechodzi Dr F u d a k o w s k i do zastosowania niektórych z dezynfekcyjnych środków, o których mówił na początku niniejszego wykładu. Chodziło mno wypróbowanie polecanych mieszanin dezynfekcyjnych środków, które pierwszorzędni badacze (P e t t e n k o f f e r, G r i e s i n g e r i W u n d e r l i c h) odradzali mieszać, lecz używać pojedyncze ciała w te mieszaniny wchodzące. Badacze ci przypisywali szczególną wartość tym dezynfekcyjnym środkom, które utrzymują kwasny odczyn mas gnijących, rozkładających się;—przeświadczyli się oni jakoby także, że zniszczenie złej woni nie odbiera jeszcze zarazliwych własności odchodom cholerycznym, jeżeli rozkład ich, połączony z rozwijaniem się alkalicznego oddziaływania, nie został po-

wstrzymany. Dla tych względów odradzali ci badacze używać chlorku wapnia i mieszać go z innymi dezynfekcyjnymi środkami—np. z siarczanem żelaza—dla tego, że zmniejszyć on może działanie tego wymienionego tu dezynfekcyjnego środka. Owoż Dr F u d a k o w s k i wybrał krew, jako materiał do wykonania prób; krew bowiem przedstawia bardzo chemicznie ruchomą masę, ulegającą łatwo gniciu, a przytem prawidłowa jej silna alkaliczna reakcyja wzmacnia się niezmiernie przy rozwijającym się jej gniciu. Używał on i przedstawia okazy silnego działania dwóch następujących mieszanin:

I) Krystalicznego nadmanganianu potasu (*kalium hypermanganicum*) 1 funt, siarczanu żelaza (*Ferrum sulfuricum*) półtora funta, wody $3\frac{1}{2}$ kwaterki do jednej kwarty.

II) Siarczanu żelaza 1 funt, chlorku wapnia (*calcaria chlorata*) 10 funtów. Rozrabia się i rozpuszcza je osobno w wodzie i miesza przed użyciem.

Dr F u d a k o w s k i używał te mieszaniny w stosunku jednej części na 10 części gnijącej krwi. Wykazuje on, że obie zniszczyły niezmiernie silną i przykrą woń gnijącej krwi i ta ostatnia, wydzielająca już w znacznej ilości ammoniak, przybrała, po działaniu na nią pomienionych mieszanin przy zwykłej temperaturze izby pracowni, moenno kwaśny odczyn. Mieszanina I) zamieniła niezmiernie przykrą woń gnijącej krwi, w daleko mniej przykrą woń wydzielających się lotnych kwasów tłuszczowych. Sam siarczan żelaza, użyty w ilości o pół raza większej od tej, w jakiej on wchodzi np. w skład mieszaniny II, nie zdołał zupełnie zniszczyć złej woni i sprawić tak silnego kwasnego odczynu gnijącej krwi, jak mieszanina II. Ilość cała wskazana mieszaniny I, może, wedle Dra F u d a k o w s k i e g o, starczyć dla odwietrzenia odchodów 20—24 osób na dobę i kosztuje ona 16 kop. Ilość zaś wskazana mieszaniny II, może starczyć dla odwietrzenia odchodów 20 osób na dobę i kosztuje 8 kop. Sam chlorek wapnia (*calcaria chlorata*) niszczy woń gnijącej krwi, lecz masa jest niezmiernie gęstą i posiada moenno alkaliczny odczyn.

— Wyciąg pokrzywy (*extractum urticae urens*) i jodek srebra przeciw kokluszowi. Wyciąg pokrzywy cieszy się w Anglii znakomitą wziętością jako środek domowy przeciw kokluszowi. Zjadto M u r r a y używał go w wielu wypadkach, a w jednym zauważył co następuje:

10-letnie dziecko od 3 dni cierpiało na koklusz (*tussis convulsiva*), do czego przylączyło się lekkie zapalenie oskrzeli (*bronchitis*). Po podaniu 2 gramu pokrzywy trzy razy dziennie pojawiła się na całym ciele pokrzywka (*urticaria*). Skóra się zaczerwieniła, obrzękła, dziecko skarżyło się na przykre swędzenie, przełknięta matka zmniejszyła dawkę, poczem pokrzywka w przeciągu dwóch dni zniknęła. Po pierwszych dawkach lekarstwa kaszel i zapalenie oskrzeli zniknęły. Podawano jeszcze środek w mowie będący przez tydzień, ale już w mniejszych dawkach, aż do zupełnego zniknięcia koklusza.

M u r r a y słusznie zwraca uwagę na wyciąg z pokrzywy, który się tyle skutecznym okazał, z uwagi, że wszystkich środków dzisiaj używanych działanie w tym kierunku jest wątpliwe. Łatwość otrzymania i taniość wyciągu powinnyby zachęcić do dalszych doświadczeń.

B o r l e t t zwalcza koklusz jodkiem srebra i utrzymuje, że przy pomocy jego metody dzieci zdrowieją w przeciągu tygodnia. Zapisuje on: *Argent. iodat. 0,03* (pół grana), *Sach. alb. 1,0* (16 gran), *Gi. pulv. 10,0*, *Div in part. aequal. N. III*; dzieciom od 2—4 lat 4 proszki w przeciągu 24 godzin. Dawka odpowiednio do wieku powiększa się, dzieciom 10-letnim daje się 8 proszków w tymże samym czasie. (*Gaz. med. ital. 1872*).

— Cholera w Warszawie. W ciągu ostatnich trzech tygodni t. j. od 27 listopada do d. 18 grudnia zachorowało na cholere osób 150, z nich i z pozostałych wyzdrowiało 169, umarło 58. W ogóle od pojawienia się cholery (5 września) zachorowało 1066 osób, wyzdrowiało 557, umarło 110. Natężenie cholery coraz bardziej słabnie; liczba umierających z każdym dniem jest mniejsza.

— Przegląd Postępów Nauki Lekarskiej. Do dzisiejszego Nru Gazety Lekarskiej dołączamy piąty zeszyt Przeglądu za rok 1870. W przedmowie wykazaliśmy jego wady i niedostatki celem usunięcia ich na przyszłość. Przegląd za rok 1871 wyjdzie w przyszłym półroczu, za rok zaś 1872 — w drugim półroczu tegoż 1873 r. Przekonani, że Przegląd Postępu Nauk Lekarskich jest najbardziej pożytecznym pismem dla lekarzy, dolożymy starań, aby stopniowem ulepszeniem doprowadzić go do możliwej dokładności.

— Kalendarz Lekarski na rok 1873 na początku b. m. wyszedł z druku i wszystkim pp. prenumeratom rozesłany już został. Egzemplarze kalendarza są jeszcze do nabycia.

Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich.

I. Gazeta Lekarska i w przyszłym półroczu 1873 wydawaną będzie w tym samym co i obecnie ścisłe naukowym kierunku. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i od 1 lipca; z d. 1 stycznia 1873 r. zaczyna się tom *e z t e r n a s t y*. Cena Gazety Lekarskiej: 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośzeniem do mieszkań rocznie rsr. pięć, półrocznie rsr. dwa kop. pięćdziesiąt; 2) na prowincyi z przesłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. sześć, półrocznie rsr. trzy.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (oprócz tomów 4-go i 6-go) są do nabycia po rsr. 4 każdy (z przesłaniem).

II. Biblioteka Umiejętności Lekarskich, w półroczu przyszłym 1873 wydawaną będzie.

Pismo to ma na cel: *a*) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach, i *b*) ciągle śledzenie za postępami wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach.

Stosownie do tego zadania Biblioteka Umiejętności Lekarskich rozpada się na trzy działy: Pierwszy z nich, przedstawiający obecny stan nauki lekarskiej, zamyka w sobie:

1) Dzieła oryginalne lub tłumaczone z obcych języków,

obejmujące wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej.

Dzieł tych w przyszłym półroczu wyjdzie sto arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 stycznia 1873 do 1 lipca 1873 r.) wynosi rsr. dziesięć.

W drugim dziale Bibl. Um. Lek. zawiera się:

2) Historia Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej dział ten, jako dodatek dołącza się bezpłatnie. Do dziś dnia wyszedł tom pierwszy i oddzielnie sprzedaje się po rsr. 6.

Trzeci nareszcie dział Bibl. Um. Lek., mający na celu śledzenie za postępami wiedzy lekarskiej, zawiera krótki ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakim bądź względem przyczyniają się do postępu wiedzy lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

3) Przegląd Postępu Nauk Lekarskich.

„Przegląd” prac za rok 1871 w przyszłym półroczu wychodzić będzie i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z *Dziełami* i wyżej wyliczonymi, lub z *Gazetą Lekarską*. Przegląd za rok 1871 obejmuje również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. Cena Przeglądu za rok 1871 wynosi: 1) dla prenumeratorów *Gazety Lekarskiej* i pierwszego działu *Bibl. Um. Lek.*, t. j. *Dzieł* rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej *Gaz. Lek.* rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8 (z przesyłką).

III. Kalendarz Lekarski na rok 1873 opuścił prasę. Cena rsr. 1.

Pod prasą:

IV. Katalog Dzieł Lekarskich polskich, lub przez lekarzy Polaków napisanych, od wydania pierwszej książki lekarskiej w Polsce aż do ostatnich czasów. Przedpłata rs. 1. Po wyjściu z druku dla nieprenumeratorów cena wynosić będzie rsr. 3.

V. Słownik Lekarski. Przedpłata rsr. 6. Po wyjściu—rsr. 12.

Zwracamy uwagę Szanownych Panów Prenumeratorów, że wszystkie powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować bez pośrednio w Redakcyi Gazety Lekarskiej, która w razie zatracenia na poczte pojedynczych N-rów, poręcza bezpłatne powtórne ich wysłanie. Prenumeratorowie z Galicyi, Poznańskiego i w ogóle z zagranicy mogą również składać przedpłatę i w pocztantach zagranicznych, ponieważ debit pocztowy pisma powyższe uzyskaly w całej Europie.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyżka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W *Warszawie*: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W *Królestwie i Cesarstwie*: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W *Redakcyi* półrocznie (od 1 lipca 1872 do 1 stycznia 1873) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1873 r. rsr. 108 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów *Gaz. Lek.* rsr. 6; dla prenumeratorów *Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek.* rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Sprawozdanie lekarskie z Instytutu Oftalmicznego imienia księcia Edwarda Lubomirskiego. Przez Dra med. *Narkiewicza-Jodko*. (Ciąg dalszy). Przypadkowe otrucie półtorochlorkiem żelaza. Spostrzeżenie z praktyki prywatnej Dra *M. Lewińskiego*. (Dokończenie). Kronika zagraniczna. O działaniu fizyologicznem i terapeutycznem bromku potasu i bromku amonu. Przez *E. H. Clarke i Amory* (z Bostonu). (Dokończenie). Wiadomości bieżące. Środki dezynfekcyjne. Wyciąg pokrzywy i jodek srebra przeciw kokluszowi. Cholera w Warszawie. Przegląd Postępów Nauki Lekarskiej. Kalendarz Lekarski. Od Redakcyi. Dodatek. Balneologii ark. 12 i 13. Dla PP. Prenumeratorów Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej dołącza się zeszyt 5-ty. (Dokończenie r. 1870).

SPRAWOZDANIE LEKARSKIE

z Instytutu Oftalmicznego imienia Edwarda księcia Lubomirskiego za czas od 1 (13) października 1870 po 1 (13) stycznia 1872.

Przez Dra med. *Narkiewicza-Jodko*.

(Ciąg dalszy *).

Z chorób naczyńiówki na uwagę zasługują jeszcze dwa następujące wypadki, które dopiero przy bliższem zbadaniu gałek po wyluszczeniu tychże, do chorób naczyńiówki zaliczonemi zostały.

Pani K. M., wieku lat 38, żona urzędnika z Lublina, przybyła do instytutu dnia 15 lipca z następującą chorobą oka lewego: rogówka w porównaniu z takąż drugiego oka nieco zmniejszona i przezroczysta, komórka przednia płytka, tęczka ciemno-brunatnej barwy,

*) Patrz Nr 9, 11, 13 i 17 *Gaz. Lek.* T. XII.

ó niewielkiej źrenicy przyrosłej na całym obwodzie do soczewki; soczewka pozornie przezroczysta, do wnętrza oka jednak światło nie dostaje się, a jeżeli to ma miejsce, to zupełnie pochłoniętem zostaje; pomimo bowiem najtroskliwszego badania nie z wnętrza oka dopatrzeć nie można i źrenica ciągle pozostaje czarną. Pod rogówką widzimy krzywiznę błony twardej zmienioną; na pierwszy rzut oka zdaje się, iż mamy do czynienia z garbem błony twardej, rozciągającym się pod całą dolną $\frac{1}{4}$ rogówki i sięgającego na zewnątrz do połowy $\frac{1}{4}$ zewnętrznej. Wyniosłość ta jest jednolitą, stanowiącą rodzaj wału na 8—12 mm. szerokiego, łagodnie zniżającego się z jednej strony przy obwodzie rogówki, z drugiej przy przejściu w normalną krzywiznę błony twardej, dolna granica jest jednak nie tak łatwą do zbadania, gdyż przykrywa ją przekrwiona nieco łącznica (połączenie galkowej z powiekową); powierzchnia guza pokryta jest przyrosłą do błony twardej brudno żółtawą łącznicą, w której parę olbrzymio rozszerzonych żył od obwodu rogówki w dół idących widzimy. Oko nie ma wcale uczucia światła, przy dotykaniu tegoż wyraźną jest znaczna różnica w twardości błony twardej—kiedy przy palpowaniu górnej części oka znajdujemy napięcie galki nieco mniejszem, niż w zdrowym oku, u dołu czujemy kamienną prawie twardość tejże.

Oko prawe jest stosunkowo zdrowe, są w niem jednak pewne zmiany, które chora przyznaje za zupełnie podobne tym, jakie przed dwunastu laty (w początku choroby) na oku lewem dostrzegła: zmiany te robią wrażenie zapalenia błony twardej, ograniczonego na część sąsiednią z wewnętrzną $\frac{1}{4}$ obwodu rogówki; bólów jednak w tém oku chora nie doświadcza, wydzielina śluzu jest tylko nieco powiększoną i znajdujemy małe osłabienie wzroku, chora bowiem tém okiem z trudnością czyta Nr 1 J ä g r a w 6" a przy badaniu na odległość wykazuje $\frac{3}{4}$ normalnej siły widzenia przy refrakeyi prawidłowej, ale nieco zmniejszonej akomodacyi. Wziernik nie anormalnego nie wykazuje.

Chora podlega temu cierpieniu już lat 12, była u kilku okulistów i poddawała się tak zewnętrznym, jak i wewnętrznym kuracjom, przed rokiem wzrok ostatecznie w tém oku straciła i byłaby już zrezygnowała się na pozostawienie choroby oka naturalnemu tejże przebiegowi, gdyby nie bóle silne, które uprzednio tylko w rzadkich i bardzo dużych odstępach czasu miewała, obecnie zaś ma prawie ciągle, zwłaszcza w nocy i gdyby nie początki choroby w oku prawem, wyżej przez nas opisane.

Rozpoznanie nie było zbyt trudne, mieliśmy przed sobą nowotwór oka, rosnący powoli, bezboleśnie (aż do ostatnich czasów), u osoby dobrém cieszącej się zdrowiem, tylko natura nowotworu była wątpliwą i umiejscowienie tegoż—pozory przemawiały za błoną twardą i za taki też go przyjęliśmy, rokując dobrze pod względem zejścia pooperacyjnego; gdyż o ile wiemy, błona twarda nigdy siedliskiem nowotworów złośliwych nie bywa, a nawet jest częścią oka, najdłużej opierającą się rozszerzaniu nowotworów takich, w sąsiedztwie powstałych.

18 lipca przystąpiliśmy do operacyi wyluszczenia oka, która nie przedstawiła nic anormalnego, a 27 t. m. wypisaliśmy chorą opatrzoną sztuczném okiem. Nudnieniśmy jeszcze, że oko prawe było przez cały czas pobytu chorój w Instytucie poddane wkrapianiom roztworu atropiny a pod koniec i nalewki opiovej i że żadnej zmiany w stanie tegoż nie dostrzegliśmy, chyba może zmniejszoną nieco wrażliwość na światło bezpośrednio po wyluszczeniu oka lewego. Od tego czasu chorój nie widzieliśmy (porównaj Nr 33 towarzyszącej Gaz. Lekarskiej str. 513 i 514).

Okno wyluszczone po trzytygodniowém trzymaniu tegoż w płynie M ü l l e r'a badaliśmy razem z professorem B r o d o w s k i m, w pracowni tegoż; przecięcie było zrobione tak, iż przechodziło przez jeden z południków oka, odpowiadający średniej części guza, na rozkroju uwidatniło się dopiero zgrubienie nie tylko błony twardej, które już poprzednio przypuszczaliśmy, że także w błonie naczyniowej a mianowicie w części tejże ze zgrubiałą błoną twardą sąsiadującą, na całej też tej przestrzeni było silne zrosnienie obu tych błon między sobą. Grubość części zwyrodnionych nie została dokładnie wymierzoną, na oko jednak część nowotworu naczyniówki przedstawiała się w czwórmasób, nawet na niewielkiej ze 2" szerokiej przestrzeni jeszcze bardziej, grubszą niż inne części (niezwyrodnione) tejże błony; błona twarda bardziej jednostajnie zgrubiała była z pewnością 3—4 razy grubszą niż odpowiednia położeniem część po nad rogówką leżąca. W naczyniówce gołym już okiem odróżnić można było w najgrubszej części prążek podłużny, do obwodu oka równoległy, znacznie jaśniejszy od otoczenia; pod mikroskopem prążek ten okazał się

być blaszką kostną (wapienną) około 3^{mm} długą a 0,3^{mm} szeroką, oprócz tej znaleziono w tymże podłużnym skrawku jeszcze kilka kawałków kostnych. W twardówce oprócz zwiększenia ilości prawidłowych pierwiastków nie dostrzegliśmy. Ciało szkliste rozmiększone, inne części nie badane, gdyż preparat zaginął przy przenoszeniu zbiorów pracowni do drugiego lokalu.

Uczeń S. K., 15 lat wieku, przysłany nam przez jednego z kolegów z notatką, iż prawdopodobnie podlega nowotworowi siatkówki przedstawia drugi wypadek, którego rozpoznanie było trudnem i wątpliwem. Przed trzema miesiącami oko lewe podległo silnemu zapaleniu, a po upływie trzech tygodni oślepiło zupełnie, dopiero w drugim miesiącu choroby zasiągniętą została rada jednego z tutejszych okulistów, który jak to wyżej powiedzieliśmy, po 6-tygodniowej obserwacji doszedł do przekonania, iż chory podlega złośliwemu nowotworowi siatkówki.

Chory przybył do nas 19 maja w stanie następującym: rogówka, tęczą i soczewką zupełnie zdrowe, episkleryalna iniekcya nader silna, gałka nieco twardsza od drugiej, zdrowej, przez rozszerzoną zrenicę widzimy odbłask białawy z wnętrza oka pochodzący, który przy badaniu z pomocą wziernika pochodzi od siatkówki oddzielonej jednostajnie na całej przestrzeni; brodawka ukryta jest pomiędzy fałdami naprzód podanej siatkówki, która jest zmienioną, nieprzejrzywą we wszystkich zapewne warstwach tak, że nawet naczyń w niej przebiegających widzieć nie możemy; czerwony odbłask naczyńówki jednak można nieco przejrzeć i to wszędzie, ten ostatni objaw upewnił nas, że dotychczas z nowotworem tak siatkówki jak i naczyńówki nie mamy do czynienia.

Pod wpływem wkraplania atropiny, wielkiej wezykatoryi na karku i kilkukrotnych upustów krwi miejscowych, już to za pomocą pijawek, już też Herteloupa (pijawki sztucznej) iniekcya episkleryalna i bole ciągle ustąpiły, gałka przyszła do prawidłowego naprężenia i chory jako względnie wyleczony w dniu 4 czerwca Instytut opuścił. Po trzech tygodniach jednak ponownie wstąpił do tegoż z jeszcze silniejszym zapaleniem oka, kilku niewielkimi przyrostami tęczy (pomimo ciągłego wkrapiania atropiny) i zmętnieniem resztek ciała szklanego. Siatkówka była jeszcze bardziej ku przodowi wypukłą zwłaszcza u góry i na zewnątrz i zupełnie nieprzezroczystą tak, iż odbłasku od błony naczyńówki tym razem dopatrzeć nie mogliśmy—po bezużytecznem próbowaniu skutecznych uprzednio środków, gdy bole nie ustawały a stan oka wcale się na lepsze nie odmieniał, w drugim zaś ciągle i trwale objawy podrażnienia sympatycznego wystąpiły, przystąpiliśmy do wyluszczenia oka i wykonaliśmy takowe w dniu 23 a młodzieńca wypisaliśmy dnia 5 lipca z Instytutu.

Oko badaliśmy współcześnie z poprzedniem w pracowni patologiczno-anatomicznej prof. Brodowskiego, przy laskawej pomocy tegoż; znaleźliśmy siatkówkę oddzieloną od naczyńówki na całej prawie przestrzeni, tylko od strony zewnętrznej były te błony z sobą trwale zrosnięte na przestrzeni 2^{mm} długości i 1^{mm} szerokości, w tém też miejscu i naczyńówka z twardówką była zrosniętą, zresztą nie nadzwyczajnego nie dopatrzyliśmy, płyn wypełniający próżnię między naczyńówką a siatkówką był cytrynowego koloru, przezroczysty, ciało szkliste nierozwodnione, w naczyńówce tylko może pomnożenie pierwiastków tkanki łącznej, żadnych jednak wyraźniejszych ognisk zapalnych dostrzedz nie było można. Siatkówka zdegenerowana, warstwy czopkowo-pręcikowej wcale nie ma, inne niewyraźne tłuszczowej przemianie podległe, miejscami komórki ropne w większej ilości.

Choroby siatkówki nie zasługującego na szeregowy opis nie przedstawiały, przy zapaleniu białkomoczym osiągnęliśmy nie wielkie prawdopodobnie czasowe tylko polepszenie, przy stosowaniu upustów krwi miejscowych za pomocą sztucznej pijawki na skroniach i mlecznej dyccie, zapalenie syfilityczno ustąpiło pod wpływem weierań szaruchy (1,5 uncyi). Na bliższą uwagę zasługuje wprowadzone w nowszych czasach przez Nagla stosowanie podskórnych zastrzykiwań strychniny przy niedoślepach (ambliopiach). Już dawniej używano tego środka miejscowo posypując proszkiem strychninowym (mieszanią z kro-

chmalem), części skóry z okiem sąsiedniej (czoła lub skroni), obnażonej uprzednio za pośrednictwem wezykatoryi z naskórka; niekiedy widziano dobre skutki, ale niepewność działania pochodząca z niewłaściwego sposobu użycia a przytém połączone z rodzajem stosowania, niedogodności były zapewne przyczyną zarzucenia tego środka zupełnego — sposób zastrzykiwania podskórnego nie przedstawia żadnych niedogodności poprzednio opisanemu podobnych a dogodniejszym jest do kontrolowania, gdyż przy nim pewni zawsze jesteśmy dawki środka do organizmu wprowadzonego. Stosownie do wskazówek N a g l a (porównaj tegoż „*die Behandlung der Amaurosen und Amblyopien mit Strychnin*”, Tübingen, 1871) używaliśmy środka tego poczynając od $\frac{1}{60}$ części grana do $\frac{1}{20}$ w 8 wypadkach w części u chorych leczonych ambulatoryjnie, w części zaś u pozostających w Instytucie; raz osiągnęliśmy nader znakomity rezultat bo zupełne przywrócenie wzroku (siłę widzenia $\frac{1}{5}$) u chorej, która posiadając jedno tylko oko, bo drugie od kilkunastu już lat jest zupełnie ślepe z powodu zupełnego zaniku nerwu wzrokowego, oślepiła w ciągu kilku dni tak, że przybywszy do nas w trzecim tygodniu choroby, słabe tylko jakościowe uczucie światła posiadała. Po pierwszym zastrzyknięciu nastąpiło polepszenie, a dosyć było 6 nastrzyknięć żeby wzrok zupełnie do normy powrócił. U drugiego chorego uzyskaliśmy polepszenie wzroku dosyć znaczne, widział bowiem tylko ruchy ręki a opuścił szpital bez przewodnika i z + 10 decyfrował wyrazy z 10 N. druków J a g r a po 13 zastrzyknięciach. W pierwszym wypadku mieliśmy do czynienia z niedoślepem nie dającym się objawami widzialnymi za pośrednictwem wziernika wytłumaczyć występującym bez wyraźniejszej przyczyny; w drugim mieliśmy niedoślep właściwy opilem (*amblyopia potatorum*). W innych wypadkach nie widzieliśmy żadnego polepszenia przy użyciu strychniny, albo tak niewielkie, że nie notowaliśmy go nawet.

Z chorób nerwu wzrokowego zasługuje na szczegółowe opisanie wypadek nowotworu tegoż nerwu, przedstawiający się o ile mi wiadomo jako unikat tego rodzaju w literaturze okulistycznej.

Dnia 17 sierpnia roku przeszłego zgłosiła się do mego prywatnego ambulatoryum Zofia P., wieku lat 11, córka obywatela z pod Włocławka, w stanie następującym: oko prawe wysadzone ku przodowi i nieco do góry i na wewnątrz, wysadzenie gałki w porównaniu z drugą mogło być szacowanym na pół cala, przy ustawieniu bowiem twarzy w zupełnym profilu szczyt rogówki oka zdrowego był $\frac{3}{4}$ " mniej więcej po za profilem grzbietu nosa, oka zaś wysadzonego o 3—4"', ruchy gałki tylko ku dołowi nieco ograniczone, ale i to bardzo nieznacznie, w innych kierunkach zupełnie odpowiednio prawidłowym, środek ruchów oka prawidłowy, źrenica nieco rozszerzona, zresztą powierzchnia gałki nie prawidłowego nie przedstawia, ślepoty zupełna. Przy badaniu za pomocą wziernika znaleźliśmy brodawkę nerwu wzrokowego rozpaloną, obrzmiałą, wypukłą, o żyłach mocno rozszerzonych i pokręconych, częściowo nieprzezroczystą masą brodawki poprzykrywanych (*Strawgspupille*), siatkówką w około brodawki na przestrzeni wyrównującej $1\frac{1}{2}$ szerokościom brodawki oddzieloną nieprzezroczystą. Część tylna siatkówki sąsiadująca z oddzieloną była także zmienioną, dostrzegliśmy w niej bowiem porozrzucane tu i owdzie plamki żółtawo-szare, to znowu drobniutkie wylania krwawe w postaci już to plamek, już też kresek; największa część zmienionej w ten sposób siatkówki leżała po stronie zewnętrznej brodawki po za plamką żółtą najmniejsza zaś ze strony przeciwnej. Części obwodowe wnętrza oka przedstawiały się zupełnie zdrowo. Przy obmacywaniu oka można było z niewielką dla chorej przykrością wprowadzić palec mały ze wszystkich stron pomię-

dzy galką a brzegiem oczodołu, ale tylko przy wprowadzeniu od dołu wyczuwalisny jakiś twardszy od otoczenia części w oczodole po za galką leżące.

Podług opowiadania ojca, wysadzenie oka, nie poprzedzone żadnym wypadkiem, ani też żadną chorobą całego organizmu, dostrzeżonemu zostało przed 8 tygodniami i jak się zdaje zwiększa się zwolna, ale ciągle, bólów żadnych nie czuje, jest zupełnie zdrowe i nigdy w życiu żadnych nie przebywało chorób.

Bacząc na stan zdrowia dobry i niedawną datę dostrzeżenia wysadzenia oka, jakkolwiek badanie za pomocą wierzniaka i dotykania, kazalo nam z pewnością niemal przypuszczać, iż w danym wypadku mamy do czynienia z nowotworem, jeżeli nie w nerwie wzrokowym, to w najbliższem tegoż sąsiedztwie się rozwijającym, jednak z operacją spieszyć się nie radziliśmy i zaleciwszy użycie dłuższe jodku potasu oraz wcierania maści jodowej w okolicę oka, odesłaliśmy zawiadomionego o rokowaniu nie dobrem ojca do domu z zaleceniem oddania dziecka, jeśli to być może, pod ścisłą obserwacją do Instytutu oftalmicznego; po trzech tygodniach ojciec rzeczywiście przywiózł dziewczynkę do Instytutu, zaalarmowany objawami kataru obu oczu i oskrzeli, prawdopodobnie zbyt energicznem i częstem dawaniem jodku potasu wywołanego. Stan wysadzenia oka przez czas ten nie uległ żadnej zmianie a przez następne 6 tygodni pobytu w Instytucie oftalmicznym przy ciągłym użyciu jodku potasu (5 gr. dziennie) wysadzenie może o jaką 1^{mm} zmniejszyło się nawet, tak że ojciec nie rozporządzający zbytkiem funduszu, zabrał dziewczynkę znowu z zamiarem dawania jodiny w dalszym ciągu. 1-go jednak grudnia roku bieżącego znowu ją przywiózł z widzialnie bardziej wysadzonym okiem, zawsze ku przodowi nieco ku górze i na wewnątrz. Wysadzenie wynosiło teraz 9—10^{mm} (przechodziło profilem grzbietu nosa) a palec z łatwością wchodził po za galkę tak od dołu jak i od zewnątrz i wyczuwał dokładnie ciało gładkie, wyróżniające się twardością od otoczenia i dające się poruszać, to jednak zdawało się być bardzo blisko po za galkę tak, iż niektórym z badających naszą chorą kolegom zdawało się, iż ono w bezpośrednim z galką pozostawało związku, ale zupełna swoboda ruchów galki i normalne umiejscowienie środka ruchów oka, przemawiały koniecznie za obecnością chociażby niewielkiego kawałeczka zdrowego nerwu wzrokowego pomiędzy nowotworem a galką i to przekonanie na naradzie w tym względzie przedsięwziętej utrzymało się. Zmiany w siatkówce przez czas niewidzenia naszej pacjentki znacznie zwiększyły się co do rozmiarów, względnie bowiem zdrową była siatkówka tylko w przednich częściach dających się oglądać przy najbardziej wysiłonych zwrotach oka w różne strony, cała część po za równikiem oka leżąca była pociemniałą, jednostajnie jasno-żółtą jakby od tyłu ku przodowi podaną i w tymże kierunku pofalowaną. Na tle tem widzieliśmy monstrualnie porozszerzone żyły siatkówki, zagięciami swemi jakby wynurzające się z siatkówki ku przodowi, i głębiej gdzie pojedyncze drobne wylania krwi do miąższu siatkówki. Czy siatkówka była w którym miejscu od naczyniówki oddzieloną, rozpoznać w tym okresie choroby nie można już było, nawet zanotowane powyżej o oddzieleniu naokoło brodawki nerwu wzrokowego było obecnie zakwestyonowane, cała bowiem część zwyrodniona wyglądała jakby była zgrubiałą, najbardziej w okolicy brodawki, najmniej w okolicy równika oka.

Mając na względzie dosyć szybkie w ostatnich czasach zwiększanie się wysadzenia, a więc prawdopodobnie i nowotworu, postanowiliśmy wyluszczyć go, a ze względu na zmiany w siatkówce mając prawie pewność, że nowotwór miał w nerwie wzrokowym siedlisko, postanowiliśmy nie próbować wyluszczenia guza z pozostawieniem w miejscu oka, lecz od razu przystąpić naprzód do wyluszczenia oka a następnie usunąć guz w dalszym ciągu tejże samej operacji i w dniu 5 grudnia po zachloroformowaniu chorej przystąpiliśmy do wykonania tejże.

Wyluszczenie galki odbyło się z wielką łatwością; po obcięciu łącznicy i przecięciu wszystkich mięśniów sąziliśmy, że guz da się przy wyciągnięciu galki ku przodowi wraz z galką wyciągnąć i wyluszczyć, ale palec po za galkę wprowadzony przekonał nas z jednej strony, że znaczny kawałek nerwu zdrowego po za nią się znajdował, z drugiej zaś, że mamy przed sobą guz znacznych rozmiarów i głęboko w oczodole siedzący, przecięliśmy więc nerw wzrokowy, ostatni punkt łączący galkę z oczodolem i po oddzieleniu tejże przystąpiliśmy do wyluszczenia guza. Trudności mechaniczne wyluszczenia były dość wielkie, bo staraliśmy się zostawić w oczodole wszystko prócz guza, musieliśmy więc ciągle ciąć tylko nożyczkami używając za przewodnika palec obok guza z rozmaitych stron oczodołu wprowadzany, przyczem guz ujęty podwójnym hakiem był we właściwych kierunkach przez

assystującego mi łaskawie profesora Szokalskiego wyciągany, gdy w ten sposób oddzieliłem go od części sąsiednich i palcem wszedłszy aż do szczytu oczodołowego, poczułem wychodzący z guza normalnej grubości koniec nerwu wzrokowego przeciąłem ten ostatni i guz wydobyłem na zewnątrz. Krwawienie podczas operacji, która trwała wraz z zachloroformowaniem około trzech kwadransy, było bardzo nieznaczne i po skończeniu tejże dobrowolnie ustało.

Po operacji chora spała przez godzin 6 z małemi przerwami, pod wieczór miała parę razy wymioty, zapewne jeszcze pod wpływem działania chloroformu i wyrzekała na ból w oczodole, ale odczynu gorączkowego prawie wcale nie było, tak samo i dni następnych; opatrunek polegał na zwyczajnej flanelowej opasce uciskającej zamienianej w celu oczyszczenia rany w pierwszych trzech dniach raz na 24 godzin, a gdy ropienie (w ogóle bardzo nieznaczne) się pokazało, raz na 12 godzin. Obrzęk łącznicy był w pierwszych dniach bardzo znaczny, tak że do głębi oczodołu zajrzeć nie podobna było a z pomiędzy powiek przy każdym ich oddaleniu od siebie wysuwały się fałdy obrzniętej, blade-różowej łącznicy, dopiero na piąty dzień po operacji można było głębszymi częściami rany nieco się przyjrzeć i oddalić parę nekrotycznych strzępów tkanki łącznej, w luźnem tylko z innymi zdrowemi częściami pozostających związku; chorą w tym dniu też pozwoliliśmy łóżko opuścić, a 22 grudnia t. j. we 3 tygodnie po operacji mogliśmy już jako zupełnie zdrową z Instytutu wypisać.

Guz wydobyty miał kształt jaja gołębiego i mierzył w wymiarze podłużnym 31 mmetr., w poprzecznym 20 mm., kawałek zaś nerwu łączący guz z gałką 11 mm.; wymiary gałki były prawidłowe, jeżeli więc weźmiemy w uwagę, że ta ostatnia wysadzona była z oczodołu na 9—10^{mm} czyli na 8—20 mm. a część nerwu wzrokowego od dziurki wzrokowej do gałki, przyjmiemy za równą 26—28 mm. (jak to w zwykłych bywa warunkach), odległość więc gałki od szczytu oczodołu wynosiła w tym razie 44 do 48 mm. i wypełniona była 11 mm., nerwu pomiędzy okiem a guzem 31 mm. guza, w oczodole więc pozostać być powinien jeszcze kawałeczek nerwu 2 do 6 mm. długi; badanie jednak rany po operacji i tyle nerwu nie wykazywały, bośmy palcem aż do szczytu oczodołu dochodzili i ślady tylko nerwu wyczuć byliśmy w stanie. Guz po wymierzeniu wręczyliśmy prof. Brodowskiemu do zbadania a gałkę zachowaliśmy w płynie Mullera.

Po kilku tygodniach dokonana sekcya oka wykazała zmniejszenie tegoż niewielkie w wymiarze przedmiotowym i znaczne zgrubienie tak brodawki nerwu wzrokowego, jak i przyległych tejże części siatkówki, tylne części siatkówki mierzyły w najbliższem sąsiedztwie z brodawką 0,93 mm. (w stanie prawidłowym 0,40), zgrubienie to głównie miało miejsce w warstwie włókien nerwowych 0,67 mm. (w stanie prawidłowym 0,20 mm.), brodawka mocno do wnętrza oka wypukła z nieznacznem tylko zagłębieniem w środku, pomiędzy włóknami nerwowemi w skład brodawki wchodzącemi liczne wylania krwi; obraz znany oftalmologom pod nazwą *Stammspapille* dostrzegamy zawsze jako objaw utrudnionego krwi odpływu z żył ocznych a więc przy nowotworach na podstawie mózgu zapaleniu okostnej u szczytu oczodołu, przy nowotworach nerwu wzrokowego bardzo zresztą rzadkich nie zdarzyło mi się czytać opisu tego objawu.

Rezultat badania guza raczył nam przesłać prof. Brodowski w następujących wyrazach: „Wyluszczonej wraz z gałką nowotwór nerwu wzrokowego przedstawia się w postaci podługowatego do 3,5 ctm. długiego, około 2,5 ctm. grubego guzika, nie jednostajnie ze wszęch stron nerw obejmującego, czyli jako zgrubienie tegoż w jednym kierunku bardziej rozwinięte niż w innych. Cały ten guzik pokrywa mocno zgrubiała pochewka nerwowa, dość łatwo dająca się odeń oddzielić, powierzchnię zewnętrzną ma równą, spistość niezbyt znaczną, jak się wkrótce okaże niejednostajną. Na rozkroju poprowadzonym wzdłuż osi nerwu przedstawia się powierzchnia w ogóle gładka, połyskująca, szaro-czerwona, która jednak po dokładniejszem przyjrzeniu się okazuje niejednostajną, złożoną mianowicie z dwóch niejednostajnej wielkości części: mniejszej odpowiadającej jakby wrzecionowatemu zgrubieniu nerwu wzrokowego cokolwiek błedszej, zlekka podłużnie włóknistej, oraz większej, stanowiącej powierzchnię rozkroju jakby narosli na zgrubiałym nerwie, czerwieńszej, mocniej połyskującej, jednolitej. Pomieniona niejednostajność powierzchni rozkroju, z wyjątkiem różnicy w barwie daleko lepiej się uwidatnia na nowotworze stwardzonym w spirytusie; przyczem w większej jego części zwłaszcza w pobliżu powierzchni, dają się postrzegać liczne drobne szparki mające kierunek prostopadły do osi nerwu.

Przeciwnie zaś w połowie nowotworu stwardzonej za pomocą kwasu chromowego z wyjątkiem różnicy w spoistości, inne zacierają się najzupełniej.

Badanie mikroskopowe wykryło różnicę i w budowie histologicznej wzmiankowanych części nowotworu, część twardsza włóknista na rozkroju składała się z pęczków bezrdzennych włókien nerwowych, różniących się od pęczków nerwu wzrokowego dwa, a niekiedy trzy razy większą grubością, jak niemniej większą ilością znajdujących się na nich jąder. Wiążące, niezmiennione pęczki tkanki łącznej pulchniejsze nieco i w znaczniejszej ilości aniżeli w nerwie. W miarę zbliżania się do większej części nowotworu, wzmiankowane wiązki łączno-tkankowe stają się coraz grubszymi, pęczki zaś nerwowe coraz to cieńszymi, wzajemny ich stosunek coraz bezładniejszy, wiązki łączno-tkankowe bardziej prostopadłe do osi zwyrodniałego nerwu. W miejscach bliższych powierzchni ledwie gdziegdzie tylko za pomocą chlorku złota, dają się wykryć włókienka nerwowe, w miarę zaś brania przewagi tkanki łącznej pojawiają się coraz częściej szpareczkowate przestrzenie, mniej lub więcej pogięte, zamieniające się w pobliżu powierzchni w rodzaj bardzo nieregularnej, podłużno-oczkowej, także prostopadłej do osi nerwu sieci. Wzmiankowane przestrzenie wypełnione już masą drobnoziarnistą, już to szklistawą, miejscami zaś dosyć dużymi komórkami endotelicznymi, znajdującymi się w stanie przemiany klejowatej. Taką samą masą i podobnie zmienione komórki endoteliczne dawały się spostrzegać pomiędzy zgrubiałą pechwą zwyrodniałego nerwu wzrokowego i w mowie będącą częścią nowotworu, w pośród międzykomórkowej którego znajdowało się niezbyt wielka ilość mucyny.

Nowotwór więc ten uważamy za złożony, w części *neuroma fibrillare amyelinicum*, w części zaś za *myxoma lacunare*; lacuny potworzyły się prawdopodobnie już to z naczyń chłonnych, już też z przestworów, będących przedłużeniem tych naczyń.

(Dokończenie nastąpi).

Przypadkowe otrucie się półtorochlorkiem żelaza (*Liquor ferri sesquichlorati*).

Spostrzeżenie z praktyki prywatnej Dra M. Lewińskiego.

(Dokończenie *)

Dnia 9 listopada o 8 godzinie rano zebraliśmy się znów w dawnym komplecie na naradę. Powikłanie przybyło zeszłej nocy, tak niespodziewano a fatalnie zarazem, odebrało nam wszelką nadzieję uratowania życia chorej. Puls jej uderza 130 razy na minutę, miękki, ledwie wyczuwalny; oddechanie powierzchowne; tony serca czyste lecz bardzo słabe. Język i usta spieczone—pragnienie. Nudności, wymity bezustanne, do fusów podobne. Brzuch w dolnej części bardzo bolesny; na linii środkowej, bardziej ku lewej stronie, wypukły, mocno napięty. Stolec od 24 godzin nie było. Kończyna dolna prawa od połowy uda aż do kolana bolesna; w stawie kolanowym przykuczona, nie daje się odprowadzić (mięśnie ograniczające dół podkolanowy od góry, mocno skurzone), poniżej, aż do brzośców palcowych, na mocne nawet szczypanie, nieczuła. Kolor jej w pierwszym miejscu blado czerwonawy, lekko zasiniowy, w drugim zaś fioletowo siny. Na wewnętrznej powierzchni goleni na kilka centymetrów niżej kłykecia wewnętrznej, widać plamę wielkości rubla, ciemno fioletową, naskórek jej uniesiony ku górze, pod nim płyn mętny widnieje. Temperatura całej goleni, w porówna-

*) Patrz Nr 34 Gaz. Lek.

niu z lewą o kilka stopni niższa (bez względu na ciągle utrzymywane okłady gorące). Tętnienia już wyczuć nie można ani w tętnicy podkolanowej, ani też w gałęziach z niej początek biorących.

Poleciono kąpiel aromatyczną ogólną, okłady na nogę także aromatyczne, lód do lękania w kawałkach, za napój orszadę z kamforą, wino czerwone po tyżeczce od kawy—nadto ze względu na zatrzymany stolec lewatywę z ciepłej wody z oliwą. W ciągu całego dnia kilkakrotnie odwiedziliśmy chorą—poprawy jednak ku lepszemu nie było. Po kąpeli spała parę godzin, womity nieco rzadszemi się stały, ale w kończynie żadnych zmian budzących nadzieję ocalenia jej nie było.

Wieczorem na naradzie powłórzono ordynacyę poranną.

Dnia 10 t. m. Pulsu już wyczuć nie można. Osłabienie chorej do najwyższego sięga szczytu: ani podnieść się lub poruszyć, ani mówić nie może. Pokazuje, że ma pragnienie a przelknąć podanego napoju nie jest w stanie; temperatura całego ciała wyraźnie obniża się z każdą chwilą, skóra wilgotna, spocona; oddechanie ogranicza się do przychodzących od czasu do czasu niegłębokich westchnień, słowem, rozpoczyna się konanie. Reszta zmian przedmiotowych takż sam jak wczoraj przedstawia obraz, z wyjątkiem kończyny dolnej prawej, w której przemiany wsteczne, znacznie już dalej posuniętemi zostały: cała goleń jest temperatury marmuru, sina, pokryta pęcherzami wypełnionemi cieczą mętną; w miejscu zaś wczorajszego pęcherza znajdujemy wygórowanie, przy dotykaniu trzeszczące, w skutek wywiązujących się tam gazów.

O ordynacyi nie było tu już i mowy, zaleciliśmy wszakże okłady aromatyczne na chorą kończynę przykladać.

O 2 iej po południu tegoż dnia, chora żyć przestała.

E p i e r i s i s.

Wypadek ten z wielu względów do często natrafianych nie należy,—samobójcy, nigdy podobnych płynów jak półtorochlorek żelaza do odebrania sobie życia używać nie będą, raz, że plyn ten w wielekarskiej publice mało jest znanym, a powtore, że przykry smak jego, nawet zrozpaczonych zniechęcić jest w stanie. Z powodu rozlicznych zajęć, które nawet na opóźnienie ogłoszenia niniejszego spostrzeżenia wpłynęły, nie mogłem dokładnej zebrać statystyki ogólnej wypadków śmierci, po zażyciu do wewnątrz półtorochloroku żelaza. Napewno wszakże twierdzić mogę, że w naszym kraju jest to wypadek jedyny, a gdzieindziej zdarzał się niewątpliwie rzadko. Z przebiegu choroby przekonać się łatwo, że działanie tego środka na błonę śluzową żołądka nie wiele się różniło od wywieranego na owrzodzone powierzchnie. —Ściągające skutki półtorochloroku żelaza aż nadto dobrze są znane każdemu; strup powstaje natychmiast po zetknięciu się płynu z obnażoną powierzchnią. Ze coś podobnego dzieje się i na powierzchni błony śluzowej, zdaje się nie ulegać kwestyi. W 15 minut po połknięciu płynu nastąpiły womity—wśród zrzuconych mass jednak, zaledwie cząstkę znaleźliśmy półtorochloroku żelaza w po-

łączeniu ze śluzem, na pomarańczowy kolor zabarwioną; reszta, niewątpliwie sięgając głębiej weszła w związek z ciałami białkowatemi błony śluzowej żołądka i utworzyła strup. Przypuszczenie nasze opieramy na tém, że choć womity prawie ciągle nieopuszczały chorej a zawartość ich najściślej była badaną przez nas, w ciągu pierwszych dwóch dni nie znajdowaliśmy w nich ani śladu poszukiwanego płynu. Dopiero na trzeci dzień w nocy, występują nowe womity, zawartość ich nadzwyczaj cuchnąca a pośród niej strzępy zgorzelonej błony śluzowej w postaci szarych, niekiedy bardziej ciemnych, prawie czarnych, frendzłowatych kawałków. Był to okres eliminacyi strupów—trwał kilka godzin, po nim nastąpiła widoczna poprawa; przepowiednia co do życia, pierwszy raz od początku choroby, dawała dopiero mały promyczek nadziei. Nie ludziliśmy się wszakże; po wydaleniu strupów należało się spodziewać bardzo znacznego owrzodzenia żołądka i choćby to ostatecznie zabliznieniem się skończyło, nie można było nawet mieć idei w jakich warunkach wyzdrowienie nastąpi. Powtarzamy tylko, że prognoza, która w pierwszej chwili, jak przy wszystkich otruciach ostrych a szczególnie zaś przy tém, gdzie i droga postępowania terapeutycznego jest jeszcze nie utorowana, z najgorszej, stawała się nieco lepszą. Starsi doświadczeniem koledzy nie podzielali nawet tego mego poglądu a zejście przyznało im słusność. Lecz nie przesadzajmy wypadków. Nikt z nas wówczas nie mógł przewidzieć, że po dwudniowym polepszeniu, wystąpi, niezem nie zapowiedziana, zgorzel kończyny dolnej prawej, sam bowiem fakt ten, w chwili spełnienia, był przedmiotem długiej i ciekawej dyskusyi a wszyscy zarówno byliśmy nim zdziwieni. Zkąd powstała zgorzel, to jest jaka zmiana anatomiczna była punktem jej wyjścia i czy proces ten nowy, łączy się jakim węzłem ukrytym z poprzednimi zmianami wywołanemi przez wprowadzenie do organizmu półtorochlorku żelaza, oto były pytania, nad których rozwiązaniem zastanawialiśmy się długo. Co do pierwszego, jednogłośnie zgodziliśmy się na to, że przyczyna zgorzeli tkwi w układzie tętniczym kończyny, bądź pod postacią zatoru, bądź też zakrzepu. Układu żylnego nie obwinialiśmy o to, raz dlatego, że zakrzepy żył rzadko kiedy prowadzą do zgorzeli na tak wielkiej przestrzeni (wiadomo że wyrównanie krążenia w żyłach jest daleko łatwiejszem), powtóre dlatego, że nie mieliśmy zmian towarzyszących podobnym zgorzelom, np. obrzmienia kończyny. Brak tętna w tętnicy podkolanowej i w tętnicach z niej początek biorących nasuwał nam myśl, że światło tętnicy udowej zostało zamknięte; trudniej nam jednak było określić, na jakiej to wysokości nastąpiło. Podczas ostatniego *consilium* czuliśmy jeszcze tętnienie w górnej połowie uda, w parę godzin zaś po tém i tam już tętna nie było. Kwestya więc ta stanowczo rozstrzygniętą nie została; przypuszczaliśmy wszakże, opierając się na powyższych danych, że przeszkoda w obiegu krwi, znajduje się na połowie wysokości tętnicy udowej. Istnienie zatoru (*embolia*) w tętnicy udowej wyłączyliśmy ze względu na brak zmian odpowiednich w innych organach (płucach, wątrobie, śledzionie), które to zmiany, wczesniej daleko tam by powstały, gdyby istotnie cząsteczka jakaś oderwana od owrzodzonej powierzchni żołądka utkwiała w małym naczynku. Z tych przeto powodów, tylko o zakrzepie tętnicy udowej (*thrombosis ar. femoralis*) jako o przyczynie,

która wywołała zgorzel gołeni prawej, mogła tu być mowa. Co do drugiego, to jest czy sam półtorochlorek żelaza, bądź jako taki, bądź też już w rozkładzie chemicznym, jako tleno-tlenik żelaza, mógł wywołać podobne zmiany w tętnicy i spowodować zgorzel—zdania się dzieliły. Jeden z kolegów utrzymywał i dowodził bardzo racjonalnie, że taka masa żelaza, wprowadzona do organizmu pod postacią półtorochlorku żelaza, nawet uległszy następnie rozkładowi chemicznemu mogła bardzo łatwo oddziaływać tak na skurczliwość ścian naczyń, jak i na samą skrzepliwość krwi i w ten sposób, jeżeli nie sama przez się, to przynajmniej pośrednio ułatwić wystąpienie zgorzeli. Zdania tego nie podzielałem wtedy i dziś również zgodzić się z niem nie mogę. Wątpliwą bowiem dla mnie jest rzecz: 1) dla czego tak znaczna ilość żelaza przeniknąć miała do krwi dopiero na 10 dzień zatrucia a nie w pierwszych chwilach i 2) czy dostawszy się do krwiobiegu mogła spowodować utrudnienie krążenia krwi a w końcu nawet zgorzel? Fakta fizyologiczne, cytowane przez autorów, pomiędzy środkami przyspieszającymi krzepnięcie włókniaka krwi w naczyniach zamkniętych, nie mieszczą żelaza; zdaje się więc, że takowe, choćby i posiadało w tym względzie wpływ jaki, to chyba w postaci ciała obcego a wiadomo, że jako takie, w tym razie przez zamknięte ściany naczyń dostać się tam nie mogło. Skurczliwość zaś ścian naczyń, występująca pod wpływem preparatów żelaznych odnosi się tylko dodatnio do tak zwanych przetworów ściągających (*adstringentia*) i mogłaby być wytłumaczoną w pierwszej chwili, kiedy jeden z podobnych przetworów został do organizmu wprowadzony, jest zaś niezrozumiałą, gdy pojawia się wtedy kiedy preparat utracił w skutek rozkładu chemicznego dawne swe własności. Co do mnie, tłumaczyłem sobie, występującą w mojej obecności zgorzel kończyny, upośledzonem krążeniem w skutek nieodpowiedniego położenia całego ciała a szczególnie kończyn dolnych i osłabionej działalności serca. Chora, w dniu następnym zgorzeli, a nawet i poprzednio leżała prawie ciągle na boku prawym w ten sposób, że kończyny dolne, zgięte w kolanach i dość znacznie przykuczone do brzucha były wciąż prawie nieruchome; prawa przytém, znajdując się pod spodem i dźwigając pewną część ciężaru ciała jeszcze w gorszych dla krążenia znajdowała się warunkach. Wiemy, że przez znaczne zgięcie kończyny w stawie kolanowym, krążenie poniżej ustaje (manewr ten bowiem wstrzymuje dopływ krwi tętniczej), i tutaj, choć przykuczenie nie było w tak wysokim stopniu, aby wywołać natychmiastowy zastój, wpływało jednak przez długi przeciąg czasu bardzo niekorzystnie na krążenie krwi w kończynach dolnych i w końcu, gdy już za wielką tamę dla osłabionego działania serca stawało, spowodowało zgorzel upośledzonej kończyny.

Pojawienie się tego powikłania przecięło nam drogę terapeutycznego działania—pozostały tylko środki symptomatyczne i takowe, jak czytelnik widział z powyższego, z wytwalnością stosowane były.

Na 10-ty dzień choroby chora umarła.

Przy sekeyi, która ciekawą była tylko dla nas, ze względu na siedlisko zmian w tętnicy udowej, gdyż inne zmiany choć i niedostępne dla naszego oka, podczas życia chorej mniej więcej dokładnie określaliśmy, znaleziono: żołądek

w trójnásób przynajmniej co do objętości powiększony, wielką ilością płynu mętnego wypełniony; powierzchnię jego wewnętrzną przynajmniej do połowy огоłoconą z błony śluzowej, w niektórych zaś miejscach, w pobliżu wpustu (*cardia*) i warstwę mięsną znacznie uszkodzoną. Początek dwunastnicy aż do części jej poziomej górnej (*pars horizontalis superior*) znacznie rozszerzony, także z błony śluzowej огоłocony, wypełniony takim samym jak żołądek płynem. Błona śluzowa kiszek cienkich mocno zacerwieniona, grubych — mniej; zawartość kiszek grubych ciemno-brunatna. Reszta organów brzusznych nie przedstawiała nie godnego uwagi. Tętnica podbrzuszną prawa (*art. hypogastrica dextra*), całkowicie wypełniona skrzepem, który przechodzi i na początek gałęzi z niej wychodzących. Tętnica udowa prawa (*art. femoralis dextra*) począwszy od łuku udowego aż do dołu podkolanowego zakrzepła; gałęzie poniżej początek biorące próżne. W żyłach tej kończyny skrzepów nie znaleziono.

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

O działaniu fizyologicznem i terapeutycznem bromku potasu i bromku amonu.

Przez E. H. Clarke i R. Amory (z Bostonu).

(Dokończenie *).

Najważniejszymi i najciekawszymi zjawiskami jakie obserwujemy u chorych, przy dłuższem użyciu bromku potasu są: zmniejszenie zdolności umysłowych, utrata pamięci, upadek sił, osłabienie czułości ogólnej i uczucia zmęczenia fizycznego. Przytém wyraz twarzy chorego staje się obojętnym a nawet idyotycznym, a przy ciągłym powiększeniu dawki dołączyć się mogą hallucynacye a nawet paraliż. Jeżeli jednak dawki nie są tak wysokie by miały spowodować otrucie, to zmniejszenie zdolności umysłowych jest więcej pozornem jak rzeczywistem. I tak np.: pewien duchowny, znany w piśmiennictwie, leczony bromkiem potasu doznawał często podobnego pozornego osłabienia umysłowego, które przytém mógł starannie obserwować. Tracił on wtedy chęć do rozmowy, czytania, chodzenia i wszelkich choćby najbliższych zajęć, obojętniał na wszystkie wrażenia zewnętrzne, stawał się leniwym i ospalym, a pomimo to przy lekkim wysiłku woli powracał do stanu normalnego. Wszystkie te zbożenia jednak ustawały z przerwaniem użycia bromku potasu.

Niektórzy chorzy przedstawiają dziwne zbożenia pamięci: zapominają pewnych sylab wyrazów, lub też używają ich w niewłaściwym znaczeniu. Jedna dama, która brała dziennie około 2 gramów bromku potasu, po upływie trzech tygodni takiego leczenia, dla oznaczenia grzebieńca, używała wyrazu ciasto i odwrotnie. Leczenie natychmiast przerwano i w kilka dni dama owa nie popełniała już tej dziwnej zamiany wyrazów.

V o i s i n (*Bulletin général de thérapeutique, 1866, col. 71, p. 103*) podaje fakt podobny, który obserwował na jednym chorym w szpitalu. Chory ten podczas kuracyi zapomniał różne sylaby i części wyrazów nie tylko w mowie ale i pisząc. Podobne przykłady afazyi potwierdzają przyjęcie osobnego ośrodka dla mowy, a ponieważ środek o którym mowa osłabia odruchy, można więc przyjąć, że mowa jest odruchem osobnego rodzaju.

Co do właściwości bromku potasu osłabiania odruchów, to ta jest dostatecznie dowiedziona doświadczeniami i obserwacyami klinicznymi, z których ważniejsze przytaczamy.

*) Patrz Nr 44, 46 i 49 Gaz. Lek.

M. G u b l e r (*Bulletin général de thérapeutique, 1866*) obserwował wypadek tęcza, wyleczony użyciem bromku potasu. A. V o i s i n (*Bulletin général de thérapeutique, 1871, Ibid. 1866*) opierając się na własnych obserwacyach Cl. B e r n a r d'a twierdzi, że bromek potasu działa na rdzeń kręgowy zmniejszając siłę odruchów. L a b o r d e (*Archives de physiologie, 1866*) podaje, że bromek potasu działa przedewszystkiem na rdzeń kręgowy, następnie dopiero na cały system nerwowy. Fakt ten jeszcze przedtem wykazany został obserwacyami klinicznymi i doświadczeniami fizyologicznymi B r o w n - S e q u a r d'a. E u l e n b u r g i G u t t m a n (*Gazette des hôpitaux, N. 77, 1867*) podzielają to zdanie w zupełności a doświadczenia Dra A m o r y wykazują, że działanie to jest skutkiem małowkrwistości tkanki nerwowej, spowodowanej zwężeniem naczyń mózgowych.

P u e h e (*Stillé, Materia medica and Therapeutics—Bromide of Potassium*) przed trzydziestu jeszcze laty wykazał, że przy użyciu bromku potasu pojawiają się zbożenia czucia i ruchu, które nowsi fizyologowie odnieśli do zaburzeń w sferze odruchów.

Co do działania bromku potasu na ogólne odżywianie, to Dr Z. C. E l w y (*New-York Medical Journal, 1870*) określa je w tych słowach: „Ostatecznym wynikiem działania bromku i rozmaitych bromków na organizm będzie zawsze przyspieszenie przerobki materji, tak, że straty ponoszone przez organizm nie będą mogły być kompensowane. Przy stosownem jednak odżywianiu i użyciu środków wzmacniających, jak: wino, żelazo, china, bromek potasu daje się stosować, nawet przez całe lata, bez żadnej widocznej szkody dla organizmu.

Działanie dawki trującej. Wyżej już wspomnieliśmy, że określić ilość potrzebną do wywołania objawów otrucia niepodobna, albo ciem ilość ta będzie inną dla indywidualum zdrowego, inną zaś dla chorego a nawet będzie różną dla każdego innego indywidualum.

Jeśli jednak przez ciąg 5—6 dni zadawać do 6 gramów dziennie danego środka, to w wyjątkowych tylko razach nie przychodzą objawy otrucia (*bromismus*). Przytém należy pamiętać i to, że dawki jednorazowe, chociażby zawierały dżę ilości, trudniej sprwadzają otrucie aniżeli to ma miejsce przy ciągłym użyciu.

Za objawy otrucia uważać należy: obrzmienie błony śluzowej gardzieli i podniebienia miękkiego, bezgłos, niemoc płciową, porażenie nerwów ruchu, czucia oraz osłabienie odruchów, utratę słuchu, smaku a nawet i wzroku, wyraz twarzy idiotyczny, halucynacye zmysłów, manję et.

Oddychanie staje się powolnem, temperatura ciała opada, chory leży spokojnie, nie mogąc się poruszać, mówić lub polykać, zrenice są mocno rozszerzone, twarz błąda, kończyny chłodne, skurcze serea stają się ciągle wolniej-zemi i słabszemi aż naroszeie ustają zupełnie. Śmierć jednak w skutek otrucia bromkiem potasu rzadko się zdarza, albowiem przy pojawieniu się pierwszych objawów otrucia dosyć jest wstrzymać się z dalszém zadawaniem aby niedopuścić porażenia serea.

Dr Kowbratowicz.

Wiadomości bieżące.

— Środki dezynfekcyjne. Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego z d. 16 listopada, Dr F u d a k o w s k i przedstawił zgromadzonym kolegom, w szeregu doświadczeń na ten cel przygotowanych i wykonanych, działanie dezynfekcyjnych środków. Na posiedzeniach z dnia 2-go i 9-go listopada, zwrócił on już był w swych przemówieniach uwagę, na rodzaje tego działania i na wynikający zńąd podział odwietrzających środków. Obecnie więc, trzymając się wskazanego porządku, chce on to, co uprzednio w słowach przedstawił w innej, bardziej dotykającej i przekonującej postaci ponownie kolegom przedstawić. Odróżnić naprzód potrzeba chemiczne przetwory, które strącają, skrzepiają łatwo rozkładające się organiczne związki (jak np. najłatwiej rozkładające się białkowate ciała), znajdujące się w rozmaitych odchodach zwierzęcych, i rozkładowe produkty tych ciał organicznych: zmieniają je więc w trudniej rozkładające się postaci, łącząc się w części z niemi; przeszkadzają działaniu fermentów i niszcza życie drobnych istot, które jako fermenty nam się objawiają. To zasadnicze działanie wykazuje Dr F u d a k o w s k i, wybierając kilka z całego szeregu związków metalów, a mianowicie te z nich, które jako dezynfekcyjne środki używają i polecają: alun, koperwas zielony, siarczan cynku, chlorki miedzi; prócz tych

kwas karbolowy, więc organiczny związek posiadający też same własności. Następnie winniśmy odróżniać chemiczne czynniki, które oddleniając się w obec organicznych i nieorganicznych związków, albo oddając chlor w obec wody, niszczą pomienione nietlotne i lotne związki (np. siarkowodor). W tym szeregu wybiera również Dr F u d a k o w s k i te ciała, które już bez współdziałania wysokiej temperatury i kwasów wywierają wymienione działanie, i dla tej wysokiej ich dzielności używają się też jako dezynfekcyjne środki. Wykazuje on jak siarczan tleniku żelaza — ów brunatny związek wytwarzający się już z wilgotnego siarczanu tlenku żelaza (*Fer. sulf. oxydulat.*) na powietrzu, — jak nadmanganian potasu, polecony już przed kilkunastu laty przez G r i d w o o d'a i B l y t h'a jako odwietrzający środek — jak, nareszcie, podchloryn wapnia (*calcium hypochlorosum*) znajdujący się i czynny w chlorku wapnia (*calcaria chlorata*) utleniają, niszczą dzielnie nieorganiczne i organiczne związki przy zwykłej lub bardzo mało podniesionej ciepłocie. Dla wykazania tego używa Dr F u d a k o w s k i: siarkowodo, cukier gronowy, kwas szczawiowy, indyeh, wyskok. Następnie przechodzi Dr F u d a k o w s k i do ozonu i do lotnych ciał, które ozonują tlen powietrza. Zwraca on naprzód uwagę, że ozon jest to zagęszczony tlen; dowodzą to następujące fakty: 1) przy ozonowaniu tlenu przez przebijanie prądów elektrycznych iskier, następuje zmniejszenie objętości tlenu o jedną trzecią; 2) przy ogrzewaniu zozonowanego tlenu nad 300° C. niszczy się ozon, a jednocześnie znajduje się rozszerzenie o jedną trzecią objętości; 3) ciężar właściwy zwykłego tlenu wynosi 1,108, ozonu zaś 1,658. Wynika więc ztąd, że jeżeli jedna cząsteczka (molekuł) tlenu zwykłego składa się z dwóch jego atomów zajmujących 2 objętości, to cząsteczka ozonu składa się z trzech atomów zajmujących również 2 objętości. Graficznie tak te dwie cząsteczki przedstawić można:

$$\begin{array}{l} \text{O} \\ | \\ \text{O} \end{array} \left. \begin{array}{l} \text{O} \\ | \\ \text{O} \end{array} \right\} \text{ zwykły tlen, } \begin{array}{l} \text{O} \\ | \\ \text{O} \\ | \\ \text{O} \end{array} \left. \begin{array}{l} \text{O} \\ | \\ \text{O} \end{array} \right\} \text{ ozon.}$$

Z ozonem otrzymanym z wyższych tlenowych związków metalów ($\text{BaO}_2 =$ dwutlenek barytu i $\text{HMnO}_4 =$ kwas nadmanganowy) wykazuje Dr F u d a k o w s k i niezmiernie dzielne jego utleniające działanie: na siarki metalów — które utlenia on do siarczanów — na smołę gwajaku (*guaiacum officinale*), na jodek potasu, w którym utlenia on potas i uwalnia jod, który następnie rozgotowany krochmal zabarwia błękitno i t. p. Następnie poznajamia wykładający kolegów z wykazywaniem i mierzeniem ilości ozonu w atmosferze naszej: dzieje się to za pomocą t. n. ozonometrycznych papierków, to jest papierków z cienkiej bibułki, jednostajnie napojonej roztworem chemicznie czystego jodku potasu i rozgotowanym krochmalem, zmieszanych w pewnych stałych stosunkach; — miarą zaś dla osądzenia siły zabarwienia papierka wystawionego na działanie powietrza, służy skala, przedstawiająca stopniowe zabarwienia, jakie w takich papierkach sprawić mogą rozmaite ilości ozonu, poczynając od słabo różowego do ciemno granatowego. Papierek taki wystawiony przez 24 godzin na powietrze, w dzień kiedy wykład miał miejsce, posłużył do objasnienia przykładem dotykającym tego rodzaju badania. Dr F u d a k o w s k i zwraca uwagę na wielkie znaczenie ozonu, jako czynnika oczyszczającego nasze powietrze atmosferyczne. Badania nad prawidłowem i nieprawidłowem zmianami ilości ozonu w atmosferze naszej, mogą może w przyszłości przyczynić się do wyrozumienia: jaki jest związek między dostrzeganiem zmniejszaniem się ilości ozonu w powietrzu, a rozwijaniem się epidemii? Ciekawe są w tej mierze długie badania niektórych badaczy, którzy szereg lat tej kwestyi poświęcili; przytacza tu Dr F u d a k o w s k i więcej jak 14-letnie badania S e h a p e r'a, ogłoszone w 1867 r., z których wynika, że ilość ozonu zmniejsza się znacznie w październiku i pozostaje nieznaczną do połowy grudnia, podnosi się do maja i w tym miesiącu dosięga szczytu, a następnie do września opada znowu, lecz niezmiernie powolnie, i dopiero ku październikowi spadek jest znaczniejszym. Opadające liście, zmniejszone natężenie życia roślinnego i znaczna ilość materiałów ulegających rozkładowi, mogą być przyczyną większego spożycia ozonu atmosfery naszej w październiku — a może, powiada wykładający, i pogorszenia niekiedy w tym czasie lub wybuchu epidemii. Ozonometryczne badania za pomocą jodku potasu i używanego lecz mniej czystego tlenku talu (*Thallium oxydulatum*), wskazują nam, że mamy do czynienia w naszej atmosferze z czynnikami utleniającymi, które wytwarzają się w niej w skutek przebijania przez nią elektrycznych iskier, w skutek padania śniegu i połączonego z tém zapewne łanania się kryształów, w skutek parowania nareszcie i t. p. znanych i nieznanych przyczyn. Tymi utleniającymi czynnikami, powiada dalej Dr F u d a k o w s k i, są z pewnością wykazane: ozon, woda utleniona, azoton ammonii i tlenowe związki azotu, tworzące się z tlenu i azotu powietrza, przy przebijaniu zapewne elektrycznych iskier. Dla higieny dość jest wiedzieć, wedle mowy, że takie utleniające czynniki znajdują się w atmosferze, i że ilość ich może się zmieniać.

Poruszoną kwestyę przyczyn wytwarzających w atmosferze te utleniające czynniki (ozon), Dr F u d a k o w s k i rozwija nieco obszerniej i, o ile okoliczności pozwalają, wspiera swe słowa kilku demonstracyami. Wiadomem już było, że niektóre ciała, niektóre t. n. eteryczne olejki, eter,—ozonują się przy staniu na powietrzu. S e h ö n b e i n już, C h e v r e u l i C l o e z, wedle Dra F u d a k o w s k i e g o, widzieli, że w lasach szpilkowych, kolo woniających roślin i t. p., otrzymuje się silniejsze odczyny, świadczące o ozonie. Sprawdzone potem ten ozonujący wpływ kwitnących, wonnych roślin. Dr F u d a k o w s k i ubiegłego lata u nas, w botanicznym ogrodzie, stwierdził ten ozonujący wpływ na powietrze, mocno wonnych kwiatów niektórych roślin: oliwnika (*Elaeagnus angustifolia*), jaśminów (*Philadelphus coronarius*, *Ledebourii*), dyptanów (*Dictamnus albus*, *fraxinella*)—tej ciekawej rośliny, której różyczki owoców wydzielają jakieś zapewne węglowodory w takiej ilości, że płonie otaczające ją powietrze przy zbliżeniu ognia. Dalej Dr F u d a k o w s k i wspominał o badaniach swych nad ozonującym wpływem innych, mniej lub więcej lotnych węglowodorów: jak np. chemicznie czystego benzolu czyli fenylenu (C^6H^6) i mniej czystego otrzymanego z lotnych części smoły węgla kamiennych. Najciekawszą w tej mierze przedstawiła mu się handlowa benzyna, czyli węglowodory lotne z amerykańskiej nafty. W rozprzechłem świetle, lecz jeszcze rychlej w bezpośredniem słonecznem, ozonuje się benzyna tak silnie, że nie tylko ciecz lecz i powietrze w naczyniu nad nią stojące dają wybitne odczyny ozonu, o czem Dr F u d a k o w s k i mógł obecnych kolegów odpowiednią demonstracyą przekonać. O tych źródłach wytwarzania się ozonu, nieco obszerniej rozwinął Dr F u d a k o w s k i swe zawiadomienie, w artykule jego umieszczonym w tygodniku „Przyroda i Przemysł” bieżącego roku Nr 27, str. 325.

Lecz jeszcze bardziej plodnem jest zrobione spostrzeżenie, że parowanie roztworów solnych daje w powietrzu odczyny, które utleniającym czynnikiem, ozonowi przypisujemy. Na tętniach daje się to dowodnie widzieć, i Dr F u d a k o w s k i w czasie swjej wycieczki ubiegłego lata, przekonał się o tym przy tętniach w Ciechoćniku, eo inni też w Kissingen sprawdzili. Woń ta przy tętniach odświeżająca, niekiedy zaś, chociaż ulotnie nawet ostra, i przypominająca istotnie ostrą woń ozonu; powietrze przy tętniach przypominające świeżością swą powietrze przy brzegach morskich—zawdzięczają zapewne swe własności wytwarzaniu się tutaj utleniającego czynnika, jakim jest ozon i podobnie jak on działające czynniki, o których już wspominał Dr F u d a k o w s k i. Wielka parująca powierzchnia morza, jest zapewne źródłem wytwarzania się nad nią tych powietrze oczyszczających i odświeżających chemicznych działaczy, do których należy na pierwszym miejscu ozon. Mamy już odpowiednie wskazówki, bo na wyspach znajdowano większe ilości ozonu: np. na holenderskiej wyspie Texel, H u i z i n g a znajdował w lipcu i sierpniu daleko więcej ozonu aniżeli na lądzie. Do sprawienia przyjemnych dla nas własności morskiego powietrza oraz przy tętniach, przyczynia się bezwątpienia jeszcze dowiedzione nasycenie jego ewaporacyami solnymi. W tym szeregu ozonujących środków, Dr F u d a k o w s k i przychodzi do fenolu czyli kwasu karbolowego. Na posiedzeniu z dnia 2 listopada wspominał on już był, że zapewne i kwas karbolowy, jako lotny, wpływa na oczyszczanie powietrza przez jego ozonowanie. Przemawiał już za tem fakt znaleziony świeżo przez W i c h e l h a u s'a, że znane ezerwienienie krystalicznego kwasu karbolowego na powietrzu, zależy od jego utlenienia; przybiera on mianowicie przytem dwa atomy tlenu i przechodzi w chinon: $C^6H^6O + O^2 = C^6H^4O^2 + H^2O$. To powolne utlenianie się tego ciała przemawiało za tem, że i tu, jak przy innych powolnych utlenieniach, odbywających się przy zwykłej, niskiej temperaturze w przyrodzie, następuje ozonowanie tlenu powietrza. Dr F u d a k o w s k i przeprowadził odpowiednie doświadczenia z p. S o k o ł o w s k i m i przeświadczył się, że kwas karbolowy powolnie, lecz ozonuje powietrze i ostatecznie doprowadza do dosć wysokiego stopnia odczynu, ale to nastąpi łatwiej w miarę wielkości objętości stykającego się z nim, nawet nieruchomego powietrza.

Ostatecznie przechodzi Dr F u d a k o w s k i do zastosowania niektórych z dezynfekcyjnych środków, o których mówił na początku niniejszego wykładu. Chodziło mno wypróbowanie polecanych mieszanin dezynfekcyjnych środków, które pierwszorzędni badacze (P e t t e n k o f f e r, G r i e s i n g e r i W u n d e r l i c h) odradzali mieszać, lecz używać pojedyncze ciała w te mieszaniny wchodzące. Badacze ci przypisywali szczególną wartość tym dezynfekcyjnym środkom, które utrzymują kwasny odczyn mas gnijących, rozkładających się;—przeświadczyli się oni jakoby także, że zniszczenie złej woni nie odbiera jeszcze zarazliwych własności odchodom cholerycznym, jeżeli rozkład ich, połączony z rozwijaniem się alkalicznego oddziaływania, nie został po-

wstrzymany. Dla tych względów odradzali ci badacze używać chlorku wapnia i mieszać go z innymi dezynfekcyjnymi środkami—np. z siarczanem żelaza—dla tego, że zmniejszyć on może działanie tego wymienionego tu dezynfekcyjnego środka. Owoż Dr F u d a k o w s k i wybrał krew, jako materiał do wykonania prób; krew bowiem przedstawia bardzo chemicznie ruchomą masę, ulegającą łatwo gniciu, a przytem prawidłowa jej silna alkaliczna reakcyja wzmacnia się niezmiernie przy rozwijającym się jej gniciu. Używał on i przedstawia okazy silnego działania dwóch następujących mieszanin:

I) Krystalicznego nadmanganianu potasu (*kalium hypermanganicum*) 1 funt, siarczanu żelaza (*Ferrum sulfuricum*) półtora funta, wody $3\frac{1}{2}$ kwaterki do jednej kwarty.

II) Siarczanu żelaza 1 funt, chlorku wapnia (*calcaria chlorata*) 10 funtów. Rozrabia się i rozpuszcza je osobno w wodzie i miesza przed użyciem.

Dr F u d a k o w s k i używał te mieszaniny w stosunku jednej części na 10 części gnijącej krwi. Wykazuje on, że obie zniszczyły niezmiernie silną i przykrą woń gnijącej krwi i ta ostatnia, wydzielająca już w znacznej ilości ammoniak, przybrała, po działaniu na nią pomienionych mieszanin przy zwykłej temperaturze izby pracowni, moenno kwaśny odczyn. Mieszanina I) zamieniła niezmiernie przykrą woń gnijącej krwi, w daleko mniej przykrą woń wydzielających się lotnych kwasów tłuszczowych. Sam siarczan żelaza, użyty w ilości o pół raza większej od tej, w jakiej on wchodzi np. w skład mieszaniny II, nie zdołał zupełnie zniszczyć złej woni i sprawić tak silnego kwasnego odczynu gnijącej krwi, jak mieszanina II. Ilość cała wskazana mieszaniny I, może, wedle Dra F u d a k o w s k i e g o, starczyć dla odwietrzenia odchodów 20—24 osób na dobę i kosztuje ona 16 kop. Ilość zaś wskazana mieszaniny II, może starczyć dla odwietrzenia odchodów 20 osób na dobę i kosztuje 8 kop. Sam chlerek wapnia (*calcaria chlorata*) niszczy woń gnijącej krwi, lecz masa jest niezmiernie gęstą i posiada moenno alkaliczny odczyn.

— Wyciąg pokrzywy (*extractum urticae urens*) i jodek srebra przeciw kokluszowi. Wyciąg pokrzywy cieszy się w Anglii znakomitą wziętością jako środek domowy przeciw kokluszowi. Zjadło M u r r a y używał go w wielu wypadkach, a w jednym zauważył co następuje:

10-letnie dziecko od 3 dni cierpiało na koklusz (*tussis convulsiva*), do czego przylączyło się lekkie zapalenie oskrzeli (*bronchitis*). Po podaniu 2 gramu pokrzywy trzy razy dziennie pojawiła się na całym ciele pokrzywka (*urticaria*). Skóra się zaczorwieńcała, obrzękla, dziecko skarżyło się na przykre swędzenie, przełknięta matka zmniejszyła dawkę, poczem pokrzywka w przeciągu dwóch dni zniknęła. Po pierwszych dawkach lekarstwa kaszel i zapalenie oskrzeli zniknęły. Podawano jeszcze środek w mowie będący przez tydzień, ale już w mniejszych dawkach, aż do zupełnego zniknięcia koklusza.

M u r r a y słusznie zwraca uwagę na wyciąg z pokrzywy, który się tyle skutecznym okazał, z uwagi, że wszystkich środków dzisiaj używanych działanie w tym kierunku jest wątpliwe. Łatwość otrzymania i taniość wyciągu powinnyby zachęcić do dalszych doświadczeń.

B o r l e t t zwalcza koklusz jodkiem srebra i utrzymuje, że przy pomocy jego metody dzieci zdrowieją w przeciągu tygodnia. Zapisuje on: *Argent. iodat. 0,03* (pół grana), *Sach. alb. 1,0* (16 gran), *Gi. pulv. 10,0*, *Div in part. aequal. N. III*; dzieciom od 2—4 lat 4 proszki w przeciągu 24 godzin. Dawka odpowiednio do wieku powiększa się, dzieciom 10-letnim daje się 8 proszków w tymże samym czasie. (*Gaz. med. ital. 1872*).

— Cholera w Warszawie. W ciągu ostatnich trzech tygodni t. j. od 27 listopada do d. 18 grudnia zachorowało na cholere osób 150, z nich i z pozostałych wyzdrowiało 169, umarło 58. W ogóle od pojawienia się cholery (5 września) zachorowało 1066 osób, wyzdrowiało 557, umarło 110. Natężenie cholery coraz bardziej słabnie; liczba umierających z każdym dniem jest mniejsza.

— Przegląd Postępów Nauki Lekarskiej. Do dzisiejszego Nru Gazety Lekarskiej dołączamy piąty zeszyt Przeglądu za rok 1870. W przedmowie wykazaliśmy jego wady i niedostatki celem usunięcia ich na przyszłość. Przegląd za rok 1871 wyjdzie w przyszłym półroczu, za rok zaś 1872 — w drugim półroczu tegoż 1873 r. Przekonani, że Przegląd Postępu Nauk Lekarskich jest najbardziej pożytecznym pismem dla lekarzy, dolożymy starań, aby stopniowem ulepszeniem doprowadzić go do możliwej dokładności.

— Kalendarz Lekarski na rok 1873 na początku b. m. wyszedł z druku i wszystkim pp. prenumeratom rozesłany już został. Egzemplarze kalendarza są jeszcze do nabycia.

Od Redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich.

I. Gazeta Lekarska i w przyszłym półroczu 1873 wydawaną będzie w tym samym co i obecnie ścisłe naukowym kierunku. Rocznie wychodzą dwa tomy, które zaczynają się od 1 stycznia i od 1 lipca; z d. 1 stycznia 1873 r. zaczyna się tom *e z t e r n a s t y*. Cena Gazety Lekarskiej: 1) w Warszawie: w Redakcyi i w Księgarniach z odnośzeniem do mieszkań rocznie rsr. pięć, półrocznie rsr. dwa kop. pięćdziesiąt; 2) na prowincyi z przesłaniem do wszystkich miejsc Cesarstwa i Królestwa: rocznie rsr. sześć, półrocznie rsr. trzy.

Tomy Gazety Lekarskiej z lat ubiegłych (oprócz tomów 4-go i 6-go) są do nabycia po rsr. 4 każdy (z przesłaniem).

II. Biblioteka Umiejętności Lekarskich, w półroczu przyszłym 1873 wydawaną będzie.

Pismo to ma na cel: *a*) przedstawienie obecnego stanu nauki lekarskiej we wszystkich jej gałęziach, i *b*) ciągłe śledzenie za postępami wiedzy lekarskiej we wszystkich krajach.

Stosownie do tego zadania Biblioteka Umiejętności Lekarskich, rozpada się na trzy działy: Pierwszy z nich, przedstawiający obecny stan nauki lekarskiej, zamyka w sobie:

1) Dzieła oryginalne lub tłumaczone z obcych języków,

obejmujące wszystkie gałęzie medycyny teoretycznej i praktycznej.

Dzieł tych w przyszłym półroczu wyjdzie sto arkuszy druku. Prenumerata półroczna (od 1 stycznia 1873 do 1 lipca 1873 r.) wynosi rsr. dziesięć.

W drugim dziale Bibl. Um. Lek. zawiera się:

2) Historia Szpitali i Zakładów Dobroczynnych.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej dział ten, jako dodatek dołącza się bezpłatnie. Do dziś dnia wyszedł tom pierwszy i oddzielnie sprzedaje się po rsr. 6.

Trzeci nareszcie dział Bibl. Um. Lek., mający na celu śledzenie za postępami wiedzy lekarskiej, zawiera krótki ale dokładny obraz corocznych postępów całej medycyny we wszystkich krajach, czyli streszczenie wszystkich prac, które w ciągu roku ogłoszone zostały drukiem i pod jakim bądź względem przyczyniają się do postępu wiedzy lekarskiej. Dział ten nosi nazwę:

3) Przegląd Postępu Nauk Lekarskich.

„Przegląd” prac za rok 1871 w przyszłym półroczu wychodzić będzie i prenumerować go można albo oddzielnie, albo też razem z Dziełami i wyżej wyliczonymi, lub z Gazetą Lekarską. Przegląd za rok 1871 obejmuje również 50 arkuszy drobnego i ścisłego druku. Cena Przeglądu za rok 1871 wynosi: 1) dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i pierwszego działu Bibl. Um. Lek., t. j. Dzieł rsr. 4; 2) dla prenumeratorów samej Gaz. Lek. rsr. 6; 3) dla nieprenumerujących pism powyższych rsr. 8 (z przesyłką).

III. Kalendarz Lekarski na rok 1873 opuścił prasę. Cena rsr. 1.

Pod prasą:

IV. Katalog Dzieł Lekarskich polskich, lub przez lekarzy Polaków napisanych, od wydania pierwszej książki lekarskiej w Polsce aż do ostatnich czasów. Przedpłata rs. 1. Po wyjściu z druku dla nieprenumeratorów cena wynosić będzie rsr. 3.

V. Słownik Lekarski. Przedpłata rsr. 6. Po wyjściu dzieła—rsr. 12.

Zwracamy uwagę Szanownych Panów Prenumeratorów, że wszystkie powyższe pisma najdogodniej jest dla nich prenumerować bez pośrednio w Redakcyi Gazety Lekarskiej, która w razie zatracenia na poczte pojedynczych N-rów, poręcza bezpłatne powtórne ich wysłanie. Prenumeratorowie z Galicyi, Poznańskiego i w ogóle z zagranicy mogą również składać przedpłatę i w pocztantach zagranicznych, ponieważ debit pocztowy pisma powyższe uzyskały w całej Europie.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyżka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.
