

# MEDYCYNA.

## CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

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

**TREŚĆ:** Kazuistyka. Przypadek tętniaka aorty. S. ostrzegął i opisał dr. A. SOKOŁOWSKI z Görbersdorfu. Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. Stosunek chorób oddzielnych przyrzędów i całego ustroju do zaburzeń w przyrządzie wzrokowym. Przez prof. FÖRSTERA. Podał w streszczeniu dr. St. KOŚMIŃSKI. (Ciąg dalszy). — Medycyna społeczna. W sprawie statystyki śmiertelności Warszawy. Skreślił St. MARKIEWICZ. (Ciąg dalszy). — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. O butylechloralu, oznaczanym dawniej jako krotonechloral. Kurara przeciw padaczkę. Mleko jako przenośnik zarazy durzycowej. — Ogłoszenia.

### KAZUISTYKA.

#### Przypadek tętniaka aorty (*aneurysma aortae*).

Spostrzegął i opisał dr. Alfred **Sokołowski**, lekarz przy zakładzie leczniczym dla chorób piersiowych w Görbersdorfie.

Przypadek tętniaka aorty, którego opis tutaj podaję, nie tylko pod względem pewnych, szczególnych właściwości przebiegu (o czem poniżej) zasługuje na uwagę, ale i z tego względu, że przypadek ten wielu bardzo kolegów z Warszawy mieli sposobność badać i że on był przedmiotem różnorodnych sprzeczności dotyczących się rozpoznania.

Szczegółowych wywiadów łaskawie dostarczył mi kol. KARWOWSKI z Warszawy; takowe tutaj pokrótce podaję. „Znałem go (słowa dr. K.) od 1860 r. i byłem jego lekarzem domowym. Do roku 1866 człowiek ten wcale nie chorował, a nawet nigdy na nic się nie użalał. Życie prowadził dosyć prawidłowe z wyjątkiem, że od czasu do czasu zagrał się do późna w karty, poczem jednak widocznego uszczerbku na zdrowiu nie doznawał. Rodzice byli silni i dobrze zbudowani, szczególnie ojciec, który w podeszłym wieku umarł na zapalenie płuc. Pan Ł. zajmując w roku 1863 bardzo ważne rządowe stanowisko, musiał bardzo wiele pracować i często nocy nie dosypiać. Pewnego dnia w roku 1864 zaszedłszy do niego do biura, zastałem go drzemiącego nad papierami i uskarżającego się na duszność i gnienie w piersiach. Zaraz na miejscu wybadałem go i ku wielkiemu memu zdziwieniu znalazłem oprócz nieżyty oskrzeli, tępość obszerną z przodu, zajmującą górną trzecią część mostka i lewą okolicę podobojczykową; tępość ta zlewała się z tępością serca, które było cokolwiek popchnięte ku lewej stronie. Jednocześnie wówczas zauważałem nadzwyczajną słabość tętna lewego promieniowego. Ponieważ w miejscu odpowiadającym owej tępości nie dawało się wyczuć ani tętnienie, ani żaden szmer nie był słyszalnym, wzię-

lem go więc za rozrost gruczołów śródpiersia, wywołujący ucisk na aortę i lewą tętnicę podobojczykową. Nie przypuszczałem również żadnego złośliwego nowotworu, a to mając na uwadze wiek i dotychczasowe zdrowie wraz z brakiem wszelkich objawów charłaczych.

Od tej pory chory doznawał od czasu do czasu napadów silnej duszności, połączonej zawsze z przekrwieniem, a nawet czasami z poczynającym się obrzękiem płuc. Napady te przychodziły najczęściej w nocy po zbyt długi dobie lub nawet i rychlej przy zastosowaniu miejscowych odciągnięć krwi środków przeczyszczających i t. d. Przy napadzie takim zwykle bywał zupełny brak tętna z lewej strony, które po przejściu napadu znowu dawało się chociaż słabo wyczuwać.

Przypuszczałem na tej podstawie że guz ten jest bogaty w naczynia i że chwilowe jego przekrwienie wywołane jakąś przyczyną, spowodowało zwiększenie jego objętości i objawy ucisku na naczynia i tchawicę. W ten sposób stan przeciągnął się do roku 1869. Wtedy gdy zimową porą napady duszności zaczęły być częstszymi i dłużej trwającymi, w Marcu pojechałem z chorym do Wiednia, gdzie zaprosiłem na poradę prof. OPOLTZER'A i SKODĘ, lecz każdego z osobna. OPOLTZER wybadawszy bardzo starannie i wysłuchawszy historii choroby był zdania, że to jest tętniak łuku aorty (*aneurysma arcus aortae*) i z godzinę bardzo logicznie mi tego dowodził, przepowiadając cały następny przebieg. SKODA na drugi dzień, również po szczegółowym egzaminie utrzymywał, że to jest rak śródpiersia („*Mediastinal Krebs*”), że o żadnym tętniaku w danym przypadku i mowy być nie może.

Dalszy przebieg choroby mniej więcej ciągle był jednakowy. Chory w lecie wyjeżdżał to do Gleichenberga, to do Reichenhalu i zawsze wracał z nadzwyczajną poprawą. Wyjechałszy np. do Gleichenberga w 1870 r. z objawami nadzwyczajnej duszności, tam dotyla się poprawił, że bez zmęczenia wchodził na dość wysokie góry. Za to zimy bywały coraz to gorsze jak również i wiosny. Napady duszności bywały coraz częstsze, coraz większy ucisk na tchawicę. Chory chodził zgarbiony, męczył się robiwszy kilkadziesiąt kroków. Nareszcie zimą 1875—6 r. wczasie także napadu zaczął wypluwać cuchnącą płwocinę, co jednak ustąpiło wraz z polepszeniem ogólnym. Przypuszczałem że część jakaś tchawicy uległa zużyciu że guz który się z nią zrosł przeszedł w częściowy rozpad. Muszę tu dodać, że w tych płwocinach krew bywała w nadzwyczaj małej ilości i to nie w postaci żyłek, lecz jakiejs różowej mleczanki. Na wiosnę raptownie wytworzył się obszerny wysięk opłucni lewej strony (*pleuritis exsudativa*), który się przyczynił do większej jeszcze duszności. Wysięk ten następnie w części uległ wchłonięciu. Lecz od tej pory stan chorego coraz się pogorszał, bóle miejscowe odbierały mu sen, mógł jednak chwilami sypiać, leżąc na lewym boku i robiąc nieustannie okłady lodowe. Bywały jednakże chwile, dnie nawet, w których się czuł względnie dobrze i pragnął koniecznie wyjazdu za granicę, gdzie w góry, mając w pamięci poprzednie dobre skutki takich

wycieczek. Wtedy przyszedł mi na myśl Goerbersdorf, jako jedyne miejsce, gdzie wspólnie z dobrymi warunkami atmosferycznymi znaleźć może odpowiednią pomoc i opiekę lekarską”.

W dniu 1-y m Lipea 1876 chorey przybył do zakładu tutejszego; wówczas stan przedstawiał się w następujący sposób: Chory 43 lat mający, dosyć dobrze zbudowany i odżywiany, przy pierwszym wejściu przedstawiał objawy niezwykle silnej duszności (*ortopnoë*), a szczególnie wdechanie było silnie utrudnionem z jednocześnie mu towarzyszącem, zdaleka nawet słyszalnym, swiszczającym oddechem. Twarz, jako też kończyny przedstawiały objawy lekkiej sinicy, ciepłota ciała prawidłowa, tętno w lewej górnej kończynie wcale nie istniało, w prawej tętnicy promieniowej było drobnem i bardzo częstem. Tętno obu tętnic dogłowych (*carotis*) jednakie.

Klatka piersiowa przedstawiała budowę zupełnie prawidłową. Pod wpływem wyżej opisanej duszności wznosiła się i opadała gwałtownie; lewa strona tejże klatki piersiowej unosiła się zupełnie odpowiednio prawej stronie, a przy obmacywaniu nie przedstawiała żadnych szczególniejszych wstrząśnień. Uderzenie serca wierzchołkowe (*ictus cordis*) znaleźliśmy w 7-em międzyżebżu w linii pachowej lewej (*axillaris sinistra*), było ono dosyć silnem, nie przedstawiało jednak cech uderzenia wstrząsającego.

Zapomocą opukiwania (*percussio*) znaleźliśmy z lewej strony klatki piersiowej z przodu rozległą bezwzględną tępość odgłosu opukowego. Tępość owa miała prawie kształt równoległoboku, którego granica górna, poczynając się prawie tuż przy rękojęści mostka, szła równolegle poniżej obojczyka, dochodząc prawie do linii pachowej; granicę wewnętrzną stanowiła linija obokmostkowa (*parasternalis sinistra*); zewnętrzna zaś biegła równolegle z linją pachową lewą, będąc od niej odległą na 2 do 3 ctm. Dolna granica, trudna do oznaczenia, zlewała się z dolną granicą tępości serca, dochodząc aż do punktu uderzenia wierzchołkowego serca t. j. w 7-em międzyżebżu w linii pachowej lewej. Z tyłu klatki piersiowej znaleźliśmy odgłos opukowy nieco krótszym w okolicy międzyłopatkowej lewej, jakoteż nieznaczne stępienie wokolicy dolnych części lewego płuca.

Przy osłuchiwaniu przedewszystkiem na całej przestrzeni klatki piersiowej dawał się słyszeć silny swiszczący oddech, który w zupełności zakrywał oddech płucny pęcherzykowy, który tylko w ustępach odleglejszych od tchawicy, a głównie z tyłu był słabo słyszalnym.

W miejscu wyżej opisanej rozległej tępości, niesłychać było zgoła ża dnego oddechu ani innego objawu oddechowego, również odgłos (*fremitus*) był daleko słabszym aniżeli ze strony prawej.

Tony serca dosyć silne, lecz prawidłowe co do rytmu, we wszystkich czterech punktach osłuchiwania, z wyjątkiem tonu drugiego tętnicy płucnej, który był wzmocniony. Obydwa tony aorty dosyć mocne lecz prawidłowe. Żadnych szmerów nigdzie nie było słyhać.

Tony w obu tętnicach szyjowych również prawidłowe. Z tylnej strony klatki piersiowej, a mianowicie w okolicy międzyłopatkowej lewej słyhać było obok wzmocnionego głosu, wydech oskrzelowy, i przy kaszlu nieco rżczeń

drobnych, wilgotnych. W dolnym ustępie klatki piersiowej z tyłu po lewej stronie oddech, jakoteż odgłos były znacznie osłabionemi.

Od czasu do czasu chory z wielką trudnością wypływał płwocinę, która obok części pienistych, przedstawiała zbite kawalki, niektóre z nich rdzawo zabarwione.

Inne narządy nie przedstawiały wyraźnych zbroczeń; łaknienie było wcale niezłe; wypróżnienia stolcowe prawidłowe.

Chory doznawał prawie ciągłej bezsenności, gdyż duszność silna, wyżej opisana, nie dozwalała mu prawie zupełnie sypiać.

Choremu zaleciłem pozostawać na wygodnej sofie przez cały dzień na świeżem powietrzu, i jednocześnie zaleciłem stosowanie bezprześcannie łodowych okładów na stronę lewą klatki piersiowej.

W ciągu dwóch tygodni duszność zaczęła powoli się zmniejszać, chociaż od czasu do czasu występowały gwałtowne, nieraz kilka godzin trwające napady duszności, przedstawiającej zupełnie zaduszający (asfiksyjny) charakter. W ciągu trzeciego tygodnia stan chorego polepszył się znacznie: objawy duszności zmniejszyły się do tego stopnia, że chory mógł przejść kilkadziesiąt kroków i swobodnie po kilka godzin dziennie rozmawiać. Również sen nieco powrócił, jakkolwiek zwykle w nocy występowały chociaż nie silne napady duszności. Z końcem trzeciego tygodnia napady duszności zaczęły znowu powracać, przybierając coraz silniejsze natężenie, tak, że wreszcie mieliśmy jednociągły napad, w trakcie którego jednego dnia chory wyrzucił z płwociną około szklanki jasno różowej krwi; obok tego wystąpiła zupełna bezsenność. W dwa dni potem t. j. 21 Lipca 1876 przy objawach wyżej opisanej duszności chory zmarł nagle.

W 24 godzin po śmierci wspólnie z kolegą SMUETHUSEN'EM i w obecności czasowo bawiących w Goerbersdorfie: kol. KOWALEWSKIEGO z Warszawy i ARKULARIUS'A z New-Yorku, dokonaliśmy badania pośmiertnego, wynik którego był następujący <sup>1)</sup>.

Trup silnie wychudły. Na twarzy i szyi sinica. Około kostek nieznaczny obrzęk. Klatka piersiowa nie przedstawiała żadnych nieprawidłowości.

Po ostrożnem otworzeniu klatki piersiowej oko nasze spotkało część prawego płuca, którego brzeg sięgał linii przymostkowej prawej (*lineae parasternalis dextrae*). Resztę zaś przestrzeni klatki piersiowej, dostępnej przy takich warunkach dla oka spostrzegacza zajmował jakiś twór, silnie pokryty tłuszczem szczególnie w dolnej części, i tkanką łączną. Worka sercowego i lewego płuca nie widziano wcale. Zaledwo przy pomocy rąk odszukałiśmy lewe płuco. Było ono zepchnięte w tył, ku górze i na zewnątrz, silnie zgniecione, prawie bezpowietrzne, twarde w dotyku. Serce zaś znaleźliśmy w dolnej i najwięcej na zewnątrz wysuniętej części tworzu, nie od-

<sup>1)</sup> Opis anatomo-patologiczny wyrobu, jako też rysunek zawdzięczam d-wi MATIAKOWSKIEMU, Asystentowi kliniki chir. Warsz. uniw.

graniczało się ono jednak od niego żadnym wyraźnym znakiem. W taki sposób twór ten sięgał: od rękojesci mostka aż do przepony i od linii przymostkowej prawej, gdzie granica jego była niemal równoległą do tej linii, aż do linii pachowej. Granicę zewnętrzną tego tworu, gdzie najbardziej wysunięty punkt jego sięgał linii pachowej, stanowiła linija skośna, idąca od 1 aż do 7 międzyżebra. Powierzchnia tworu wypukła w dwóch kierunkach: na poprzek i z góry na dół. Na dotyk ścianki tworu podatne, miękkie, miejscami zaś bardzo twarde.

Przy wyjmowaniu zawartości jamy piersiowej przekonaliśmy się: że płuco prawe, nieco powiększone, wolne na całej swej powierzchni, w stanie zastoinowego przekrwienia i obrzęku. (*Hyperaemia hypostatica et oedema pulmonis dextræ*).

Płuco lewe silnie przyrosłe uciśnięte znacznie zmniejszone, w stanie takiegoż przekrwienia (*compressio et hyperaemia pulm. sinistri*).

W dolnej części lewego worka opłucni: ślady przebytego zapalenia (*pleuritis*), zrosty, skrzepy krzepnika, trochę nawet płynnego wysięku. Aorta zstępująca piersiowa (*aorta descendens thoracica*), która została przeciętą tuż po nad przeponą dla umożliwienia wyjęcia tworu, przedstawiała gęste wyspy miażdżycowatych skostnień. Górna część jej przechodziła bezpośrednio w opisywany twór, w którym rozpoznaliśmy tętniaka aorty wstępującej i łuku (*aneurysma aortae ascendentis, arcus aortae et aortae descendens thoracicae*).

Wyjęty z klatki piersiowej wraz z sercem przedstawiał on następujące wymiary: podłużny 23½ ctm. przednio-tylny największy 11 ctm. i poprzeczny 15 ctm.

Przy oddzielaniu z tłuszczu, celem dokładniejszego zbadania stosunków, przekonaliśmy się, że jama osierdzia wcale nie istniała: zrost listków osierdzia bardzo silny i całkowity na lewej połowie serca; na prawej zaś komórce napotykały się małe puste przestrzenie między dwoma listkami osierdzia.

Teraz z kolei zajmiemy się opisem serca i tętniaka. Serce w ogóle powiększone. Szerokość u podstawy wynosiła 11 ctm. 2 mm. Długość od podstawy do wierzchołka 9 ctm. 3 mm. Wymiar przednio-tylny 6 ctm. Grubość ścianki komórki lewej 1 ctm. 8 mm.—2 ctm. Mięśnie brodawkowate silnie rozwinięte. Obwód otworu przedsionko-komorzkowego lewego 7 ctm. Zastawka dwudzielna w stanie prawidłowym. Obwód otworu aorty 7½ ctm. Zastawki półksiężycowe również w stanie prawidłowym.

Powyżej podano już wielkość tętniaka wraz z sercem. Rozmiary samego tętniaka podać jest dosyć trudno, ze względu na brak wybitnych punktów, których przy mierzeniu trzymałby się było można. Od otworu aortalnego do otworu pnia bezimiennego w prostej linii było 12 ctm. Obwód tętniaka w najszerszym miejscu 39 ctm, obwód na granicy z sercem 30 ctm. Odległość początku pnia bezimiennego od brzozy między tętniakiem i sercem, idąc po prawym brzegu tętniaka wynosiła 17 ctm. Tętniak umiejscowiony był w klatce piersiowej między mostkiem i kręgosłupem w taki sposób, iż os jego podłużna niebyła równoległą do *Frontalebene* (?),

lecz szła ukośnie na lewo, i z tyłu ku przodowi. Powierzchnia jego przednia, wypukła, pokryta sporym pokładem tłuszczu dotykała do mostka, lewych chrząstek żebrowych i prawego płuca, a we wklęsłości tylnej powierzchni, zamienionej na prawdziwy złób przez aortę, leżały: tchawica i oskrzela główne, żyła główna wstępująca, przelyk, i korzenie płucne. Tętniak siedział na komórkach sercowych pozostawiając za sobą przyplaszczone przedsionki, a wierzchołkiem sięgał ku otworowi górnemu klatki piersiowej (*apertura superior*).

Mając na uwadze wielkość tętniaka, mimowolnie podziwiamy: jakim sposobem mógł się pomieścić tak znaczny utwór w klatce piersiowej, i jak się ułożył do zgodnego pożycia z tyłu podstawowemi narządami, których pełno w śródpiersiach, a których uszkodzenie śmierć przynosi niechybną. Nie zapominajmy że chory żył z tętniakiem lat kilkanaście. Ciekawemi są ustępstwa, jakie *volens volens* robiły narządy nowotworowi, i stosunki ostateczne, jakie się ztąd wytworzyły, a które były *maximum* możliwych ustępstw. O sercu już wspomniano powyżej, że zostało zepchnięte ku dołowi. Jeśli fikcyjną powierzchnię podstawy serca podzielić, jak to czyni anatomija, na 3 jedna za drugą leżące części; to na przedniej siedzieć będzie tętn. płucna, na tylnej są otwory do przedsionków, a średnia przypadnie w udziale aorcie. Ten anatomiczny stosunek pozostał i tu *in crudo*. Tętniak siedział między tętnicą płucną i przedsionkami, które przylegały do jego powierzchni tylnej. Przypomnijmy również ten stosunek, iż tętn. płucna krzyżuje się z aortą, która następnie zagina się naokoło prawej gałęzi tętnicy płucnej, i naokoło lewego oskrzela głównego. W ogólnych zarysach stosunek pozostał tenże sam: tętniak siedział na prawej tętnicy płucnej i na lewym oskrzelu. Tętnica płucna po wyjściu z serca zamiast iść ku górze, zmierzała poziomo, leżąc w brózdzie między tętniakiem i komórkami serca, dochodziła do lewego brzegu tętniaka, tu wznosiła się do góry leżąc między nim i płucem uciśniętem, przebiegłszy ze 3 ctm. dzieliła się: prawa jej gałąź kierowała się pod i za tętniak; lewa zaś wstępowała jeszcze wyżej, aby dosięgnąć korzenia płuca i dopiero po przebiegu 3 ctm. zaginła się kolankowato, i prawie pod kątem prostym w bok na lewo, a po przebiegu jeszcze 2 ctm. dzieliła się na gałązki podrzędne.

Na wszystkich pniach powstających z łuku aorty znać fatalne ślady ucisku. Tętniak przeniósł punkt wyjścia pnia bezimiennego ku górze, i ku przodowi, wskutek czego sam pień, zamiast wznosić się ku górze, biegł poziomo ku tyłowi po ścianie górnej tętniaka. Ze światłem pnia stało się to, co się robi ze światłem cewki kauczukowej przemocą zgiętej pod kątem prostym, t. j. światło zamieniło się w rodzaj owalnego otworu. Dopiero tętnice szyjowa prawa i podobojczykowa prawa odzyskały kierunek pionowy. Wejście do tętn. szyj. lew. leżało na ścianie przedniej, w bliskości górnego końca tętniaka było zwężone jego uciskiem. O kilka centymetrów na lewo u samego szczytu tętniaka leżała tętn. podobojczykowa lewa. Jestto poprostu ślepo kończący się przewód powstały skutkiem zatkania naczynia. Zamiast ujścia do jamy tętniakowej znaleźliśmy kilka pęp-

kowato pomarszczonych i wciągniętych ujęć drobniejszych naczyń do światła zarosłej tętnicy.

Żyłą główną górną (*cava superior*) leżała w rowku między oskrzelem prawem i prawym brzegiem tętniaka, na tylnej ścianie tego ostatniego.

Przełyk leżał między tchawicą i lewym brzegiem tętniaka a poniżej obok aorty piersiowej zstępującej.

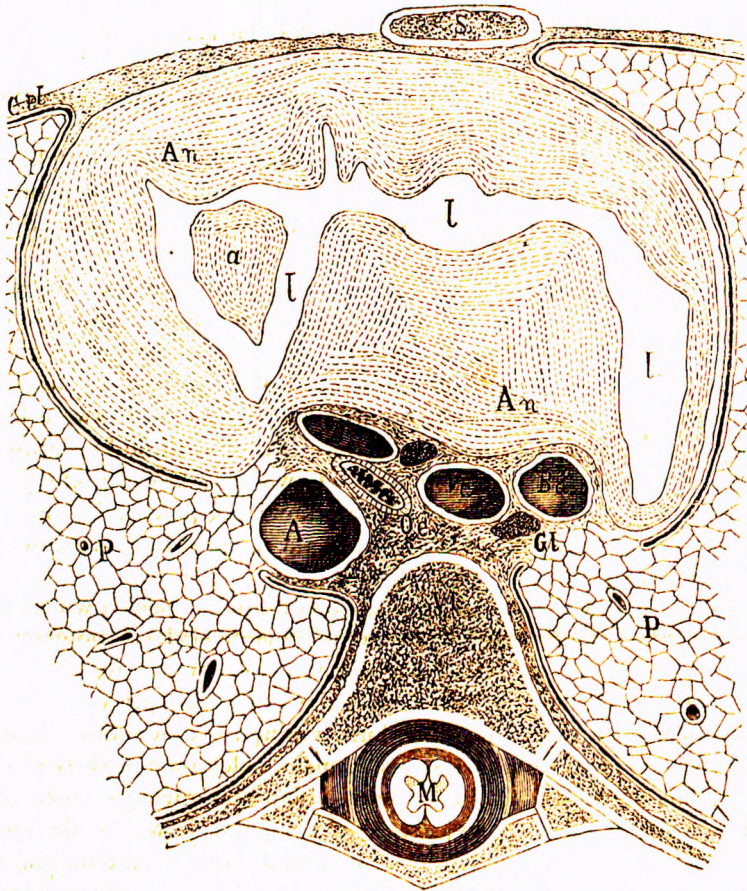
Co się tyczy dróg powietrznych, to uległy one znacznym zboczeniom. Tchawicę tętniak zepchnął z miejsca i przyparł do kręgosłupa, skutkiem czego zamiast przebiegu pionowego, otrzymała wygięcie odpowiadające wierzchołkowi tętniaka.

Skutkiem wspomnianego wzrostu tego ostatniego i ucisku twardą ścianką jego, nastąpiło tak wysokie ścięczenie ostatniego chrząstkowatego pierścienia tchawicy, tuż ponad jej podziałem, iż jedynie zawdzięczając grubszemu skrzepowi, który siedział w odpowiednim miejscu tętniaka, nie nastąpiło pęknięcie worka i nie było krwotoku do dróg oddechowych. Prawe oskrzele zamiast odejść na prawo od punktu podziału, skierowało się ku dołowi, skutkiem naporu prawego brzegu tętniaka. Lewe zaś, które miało prowadzić powietrze do ściśniętego płuca, uległo uciskowi tak dalece, iż ścianka tylna wpukliła się w lewem oskrzelu, i przylegała do przedniej, zostawiając za ledwie ciasne przejście.

Pozostaje nam wreszcie opisanie samego tętniaka. Ściana worka nie była wszędzie jednakowej grubości. Na tylnej ścianie siedział potężny skrzep, wielkości małej pięści, przytwierdzony szeroką podstawą; grubość jego dochodziła do 5 ctm. Był on twardości miękkiej chrząstki, prawie bezbarwny i na przekroju warstwowaty. Powierzchnia wewnętrzna przedniej ścianki wysłana była bardzo obszernym grubym skrzepem, daleko mniej zbitym, i nie tak jednolitym jak poprzedni, w który przechodziła po górnej ścianie tętniaka. Od stropu worka niedaleko wyjścia aorty zstępującej, wisiał skrzep mniejszy na wąskiej szypułce, mieszcząc się w odpowiednim zagłębieniu skrzepu na ścianie przedniej będącego. Lewa ścianka również była pokryta skrzepami. Za to prawa była od nich zupełnie wolną, sprężystą, grubości niewiększej od ścianki aorty. W ten sposób utworzona jama tętniaka miała ścianki nierówne, zatokowate, tu i owdzie strzępiaste, z wyjątkiem ścianki prawej, na której można było rozpoznać gładką wewnętrzną (endotelijalną) powłokę. Zdaje się, iż ścianka ta stanowiła pozostałość po rozszerzonej aorcie, a mianowicie po tej części, którą nazywają zatoką czwartą (*sinus quartus s. maximus* QUAIN-HOFMANN).

W końcu zwrócimy uwagę na wejście i wyjście aorty z tętniaka. Na 2 ctm. powyżej brzegu przyrosłego zastawek półksiężycowych znajdowała się walcowata, twarda, prawie chrząstkowata fałda, w około obiegająca światło naczynia. Ponad tą fałdą, rozpoczynał się tętniak; poniżej zaś znajdował się ocalały odcinek aorty wstępującej. Zastawki były zupełnie zdrowe. Ścianka aorty gładka, równa, sprężysta, i gdyby nie jedna wyspa miażdżycowa (ateromatyczna) tętniaka, byłaby zupełnie zdrową.

Przecięcie poprzeczne tętniaka aorty, podług rysunku dra MATLAKOWSKIEGO.



*M* rdzeń kręgowy.

*VI* krąg grzbietowy 6-ty.

*Cpl* jama opłucna.

*PP* płuco.

*Oe* przelyk.

*A* aorta piersiowa.

*Bs* oskrzele lewe.

*Bd* oskrzele prawe.

*Vc* żyła główna wstępująca.

*Gł* gruczoł chłonny.

*An* *An* tętniak.

*a* skrzep w tętniaku.

*lll* światło tętniaka.

*S* kość mostkowa.

Aorta wychodząca z tętniaka posiadała ściankę całkowicie usianą miazdżycowemi wypami twardości kości. Samo wyjście dalekie od postaci okrągłej, gdyż obszerne blaszki kostne w ściance inkrustowane, nadawały mu kształt nieprawidłowy. Oprócz tego aorta była w tem miejscu przez rodzaj półksiężycowatej fałdki zwężoną. Obwód otworu w tem miejscu wynosił 7 centymetrów.

(d. n.)



## PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

Stosunek chorób oddzielnych przyrządów i całego ustroju do zaburzeń w przyrządzie wzrokowym.

Podał St. **Koźmiński**.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 11 i 14).

U chorych umysłowych nierazko nierówność źrenic bywa spostrzegana. Różne atoli podania nie zgadzają się co do częstości tego objawu (wedle jednych występuje on bardzo często, 75%, podług innych zaledwie 13%). Nierówność źrenic często bywa połączona z zaburzeniami unerwienia w obszarze nerwu twarzowego lub podjęzykowego: opadnięcie jednej połowy twarzy, przekrzywienie ust, zboczenie języka lub języczka ku jednej stronie.

Podobnie zdarza się w chorobach umysłowych obustronne rozszerzenie (*mydriasis*) lub obustronne zwężenie (*myosis*) źrenic.

Jakkolwiek rzezone objawy porażeniowe występować mogą przy rozmaitych postaciach i w różnych okresach chorób umysłowych, najczęściej jednak nierówność źrenic bywa spostrzegana przy bezwładzie postępującym. SEIFERT objaw ten stwierdził 17 razy u 25 paralityków, NASSE widział 99 razy u 103 takichże chorych.

Często w chorobach umysłowych źrenice w różnych czasach przybierają rozmaitą wielkość: już to prawa źrenica, już też lewa bywa więcej rozszerzona (naturalnie niezależnie od moey oświetlenia). Ta nierówność źrenic nierazko stanowi objaw przepowiadający groźnego obłąkania.

LINSTOW przyczynę nierówności źrenic widzi w braku odruchu ze strony nerwu wzrokowego na nerw okoruchowy.

WERNICKE nierówność źrenic widział w rozmaitych postaciach chorób umysłowych, jak np. w pomieszaniu ogólnem, szalenstwie, bezwładzie, zadumie, padaczkę połączoną z niedołążstwem umysłowem i t. p. t. j. w ogóle w tych, które należą do grupy chorób układu nerwowego ośrodkowego. Stwierdził on także, że źrenice zachowują się rozmaicie tak na działanie światła jak i przy mocno zbieżnym kierunku linii wzrokowych. Jeżeli rozszerzeniu źrenicy towarzyszy ograniczenie siły nastawnej, jeżeli przy tem owa źrenica na światło i zbieżne ustawienie gałek ocznych albo wcale nie oddziaływa, albo też zwęża się daleko mniej niż źrenica strony przeciwnej; to z wszelką pewnością przypuścić należy przeszkodę w obszarze nerwu okoruchowego. Jeżeli zaś różnica w wielkości źrenic nie jest znaczną, jeżeli się ona zmniejsza pod wpływem światła, a zupełnie znika przy mocno zbieżnym kierunku linii wzrokowych, to z wszelką pewnością należy wykluczyć porażenie nerwu oko-ruchowego i przyczyny tego stanu szukać w podrażnieniu nerwu współczulnego *resp.* ośrodka rzesko-rzeniowego (*centri cilio-spinalis*) BUDGE'GO, lub też w podrażnieniu tego nerwu w jego nieznanym ośrodkowym przebiegu.

W innej grupie chorób umysłowych WERNICKE zauważał, że źrenica względnie węższa (1½—2-mm. w przemiarze mająca) nie okazywała żadnego oddziaływania na światło, a przeciwnie szybko zwężała się przy zbieżnym ustawieniu gałek ocznych, gdy tymczasem źrenica szersza oddziaływała na oba powyższe czynniki. Przyczyna tego objawu dotąd oczekuje wyjaśnienia. Objawy ze strony źrenic nie mają żadnego przepowiadającego znaczenia co do uleczalności chorób umysłowych. Nierówność źrenic występuje przy rozmaitych postaciach obłądki, w przewlekłych atoli częściej

się zdarza. Nierzadko stanowi ona objaw przemijający. Po wyzdrowieniu zupełnie znika, w innych zaś razach pozostaje. Zwężenie źrenic najczęściej spostrzegano w okresach podrażnienia. Ze zwężenia źrenic przy ostrym szale (*mania*) z wielkiem prawdopodobieństwem możemy rokować o wcześniejszym lub późniejszym bezwładzie ogólnym (SEIFERT).

Zmiany oftalmoskopowe przy chorobach umysłowych są następstwem albo prostego białego zaniku tarczy nerwu wzrokowego, albo też rozmaitych postaci zapalenia tegoż nerwu (*hyphraemia papillae, neuritis simplex, neuritis descendens, papilla incarcerata*) i zupełnego lub częściowego następowego zaniku tarczy. Dla żadnej postaci chorób umysłowych wzienik nie wykrywa na dnie oka zmian cechujących; wyjątek pod tym względem stanowi ogólny bezwład, przy którym bardzo często zanik tarczy nerwu wzrokowego bywa spostrzegany.

Największą liczbę spostrzeżeń w tym względzie zawdzięczamy ALLBUTT'OWI.

Pracowity ten badacz w 43 przypadkach padaczki połączonej z obłędem częściowym (*insanity, Wahnsinn*) 15 razy stwierdził znaczne zmiany w nerwie wzrokowym; 9 razy zmiany chorobne na dnie oka były wątpliwe; w 19 przypadkach nerw wzrokowy zdawał się być prawidłowym. Zmiany rzeczone przeważnie polegały na białym zaniku tarczy; rzadko przedstawiały się w postaci zapalenia nerwu, najczęściej tarcza nerwu wzrokowego wydawała się mocno zaczerwienioną, granice jej zatarte.

W 51 przypadkach szalu widział ALLBUTT 25 razy na dnie oka objawy, które rzucały podejrzenie sprawy chorobnej wewnątrzszatkowej; 13 razy wynik badania wzienikiem był wątpliwy; 13 razy dno oka żadnych zmian nie przedstawiało. Zmiany symptomatyczne w oczach, podług ALLBUTT'A, towarzyszą dość często szalowi; liczba przypadków, w których objawiają się chorobne zaburzenia w tarczy nerwu wzrokowego i jego otoczeniu, byłaby znacznie większą, gdybyśmy wykluczyli czysto czynnościowe (funkcyjne) postaci szalu i postaci niewłaściwie do manii zaliczone (*erotomania, hysteria, mania transitoria* i t. d.); podczas napadów szaleństwa tarcza nerwu wzrokowego bywa bezkrwista, prawdopodobnie w skutek skurczu naczyń; oczy badane w kilka dni po takich napadach przedstawiają zawsze mocne zaczerwienienie siatkówki (następowe porażeniowe rozszerzenie naczyń?) niekiedy tak znaczne, że tarcza nerwu wzrokowego wydaje się zupełnie zamazaną; stałe zmiany, jakie przytrafiają się w przyrządzie wzrokowym w następstwie szalu polegają albo na zastoinie żyłnej z następowym zanikiem, albo na rozmiękczeniu przechodzącem w prosty zanik, albo też przedstawiają postać mieszaną.

Przy obłędzie ogólnym (*dementia*) bez padaczki, ALLBUTT w 38 przez siebie spostrzeganych przypadkach znalazł 23 razy zaburzenia odżywcze w nerwie wzrokowym i siatkówce (przeważnie zanik tarczy), w 6 przypadkach pozostała wątpliwość co do istnienia zmian chorobnych w głębi oka, w 9 dno oka było prawidłowe. Przy ostrem obłędzie bez powikłań z organicznymi cierpieniami, żadnych zmian w przyrządzie wzrokowym nie zauważano.

W zadumie (*melancholia*) siatkówka często przedstawia cechy bezkrwistości. W 17 przypadkach zadumy z monomanią, 3 razy tylko zmiany w siatkówce stwierdzonymi zostały. W 12 przypadkach i d y j o t y z m u 5 razy nerwy wzrokowe były zanikle, raz zanik był niezupełny, dwa razy wątpliwy. Ze wszystkich postaci obłąkania bez w ł a d (*paralysis*) wywołuje najczęściej zmiany w przyrządzie wzrokowym. Z 53 przypadków bezwładzie tylko 5 razy dno oka było prawidłowe; w 41 przypadkach stwier-

dził ALLBUTT zanik nerwu wzrokowego w rozmaitych okresach; 7 razy wynik badania był niepewnym.

Ze spostrzeżeń ALLBUTTA, ALDRIDGE'A i NOYES'A okazuje się, że najczęstszą zmianę chorobną w oczach u obłąkanych stanowi zanik nerwu wzrokowego. Badania WESTPHALA i LEBER'A wykazały, że ten zanik n. wzrokowego histologicznie nie różni się od szarego zwyrodnienia rdzenia kręgowego; tak tu jak i tam przeistoczenie rozpoczyna się kępkowato, rozwija się przedewszystkiem w warstwach zewnętrznych, obficie występują komórki ziarniste.

Z chorób rdzenia kręgowego najczęściej przy władze rdzenia kręgowego (*tabes dorsalis*), resp. przy szarem zwyrodnieniu tylnych jego części, spotykamy objawy chorobne w przyrządzie wzrokowym, które głównie odnoszą się do nerwu wzrokowego, do mięśni ocznych i do błony tęczowej.

Niedosłep i ślepotą należą do bardzo częstych objawów towarzyszących rzeczonej chorobie. Według CHARCOT'A jasna ślepotą (*amaurosis*) może być zjawiskiem bardzo wczesnym, a nawet jedynym, do którego później, niekiedy po 10 dopiero latach, przyłączają się bóle i cechujące zaburzenia ruchowe. Ślepotą zaczyna się zwykle ściśnieniem pola widzenia, szczególnie od zewnątrz, od zewnątrz i góry, od zewnątrz i dołu. Braki w polu widzenia przybierają postać wycinków, przyczem środek kola stanowi plama ślepa, a nie punkt, w który się wpatruje chory. Pole widzenia powoli ściśnia się ciągle, tak, że wreszcie pozostaje zdolnym do czynności wzrokowej tylko jedno miejsce na siatkówce, leżące na wewnątrz od plamy ślepej. Chorzy mogą czytać przez czas względnie dość długi i wtenczas dopiero na uposledzenie wzroku skarżyć się zaczynają, gdy pole widzenia znacznie się ściśni (aż do 20—30° w południku poziomym) a wzniernik wyraźnie znaki tarczy wykaże. Z takiego zachowania się pół widzenia wynika, że obszar siatkówki leżący między tarczą nerwu wzrokowego i plamką żółtą, a nawet tę ostatnią zaopatrują włókna nerwu wzrokowego, przyległe jego osi; te bowiem wedle drobnowidzowych poszukiwań LEBER'A najczęściej zwyrodnieniu nie ulegają. Z rzeczonych objawów wnioskować także można, że sprawa chorobna rozpoczyna się pierwotnie w samym pniu nerwu wzrokowego, a nie w szlakach nerwowych, gdyż w ostatnim razie musiałyby się w polach widzenia okazywać braki, odpowiednie tożsamym miejscom siatkówek, czego przy władzie rdzenia nie zauważano. I sam CHARCOT wyraźnie twierdzi, że zanik postępuje od nerwu wzrokowego ku szlakom wzrokowym, aż do ciałek kolankowatych (*corpora geniculata*). Ztąd zaniki rozpoczynające się od braków w pośrodku pola widzenia lub od osrodkowych ujemnych przerw (*scotoma*), nie odnoszą się weale do władu rdzenia kręgowego. Przy *tabes dorsualis* zwykle w obu oczach spostrzegamy zanik tarczy nerwu wzrokowego, chociaż nie w jednakowym stopniu: często jedno oko zupełnie czynność swoją utraciło, gdy tymczasem drugie jeszcze czas niejaki niedoleżnie czynność swą spełnia. Rzadko zanik tarczy w jednym oku rozwija się na kilka lat wcześniej niż w drugim.

Do objawów podmiotowych zdarzających się przy władzie rdzenia, ale jemu wyłącznie nie właściwych należą: niewrażliwość siatkówki na pewne barwy, szczególnie czerwoną i zieloną (objaw ten występuje w późniejszych dopiero okresach) i nadmierna czułość na mocniejsze światło.

Przy władzie rdzenia kręgowego występują także zaburzenia i w nerwach zaopatrujących mięśnie oczne. Szczególniej w początkach choroby zdarzają się często niezupełne porażenia (*pareses*), które niekiedy są tak małoznaczne, że tylko z podwójnego widzenia wnosić możemy o osłabieniu mięśni. Takie niezupełne porażenia nierzadko pozostają w mierze

a nawet i zupełnie ustępują; często atoli powracają. Spostrzegano niekiedy i stałe bezwłady nawet kilku miesięcy ocznych, ale te należą do rzadkości.

Zrenice przy wiaździe rdzenia kręgowego zwykle bywają mniejsze niż w stanie prawidłowym, nie ściągają się pod wpływem światła, ale zwiężają się przy nastawianiu oka do bliższych odległości. (D. c. n.)

## MEDYCYNA SPOŁECZNA.

### W sprawie statystyki śmiertelności Warszawy.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 5, 6, 7 i 10).

#### V.

W dalszym ciągu moich uwag dotyczących sprawy statystyki śmiertelności u nas i za granicą zamierzam tutaj przedstawić porównawczo zawartość rozmaitych wzorów przeznaczonych do zbierania materiału statystyczno-lekarskiego.

W bardzo wielu miejscach wzory tu należące zwane świadectwami zgonu, mają kształt arkusza. I BENEKE w swym planie urządzenia statystyki śmiertelności w Niemczech żąda, by pierwotne świadectwo zgonu (wypełnione przez biegłego przysięgłego oglądacza) miało kształt arkuszowy. Dopiero w biurze urzędnika stanu cywilnego dane tem świadectwem objęte mają być wnoszone do kartek statystycznych (*Zählkarten*.) dla przesłania tych ostatnich do odpowiedniego biura statystycznego. Zdaje się jednak, że gdzie chodzi jedynie lub głównie o statystykę lekarską, tam oglądacze lub zbieracze od razu wnosić mogą zebrane przez się dane do kartek i takowe odsyłać już to wprost do biura statystycznego (*resp.* do komitetu sanitarnego) co jest najwłaściwszem, już to do urzędów stanu cywilnego lub wreszcie do policji.

Przechodząc do samej zawartości kartek statystycznych i odpowiadających im świadectw zgonu, zgóry nadmienić muszę, że punkta niemi objęte są bardzo rozmaite w różnych miastach, krajach i w licznych projektach urządzenia statystyki lekarskiej.

Jak już mówiłem wzór warszawski zgodny jest z wzorem peszteńskim. Ten ostatni mieści tylko w sobie jeden punkt więcej, a mianowicie pytanie: jak dawno zmarły zamieszkiwał stale w mieście, co naturalnie ważnem jest pod względem zdrowotnym i na co też zwrócono uwagę we wzorze wiedeńskim równie jak i w projektach EULENBERGA (l. c.) i BENEKE'GO <sup>1)</sup>.

Ale prócz pytań zawartych w kartce warszawskiej i peszteńskiej jest jeszcze kilkanaście punktów, które spotykamy w rozmaitych wzorach. Z tych najważniejsze są następujące:

Miejsce urodzenia zmarłego (Związek nadreński, Hamburg, Wiedeń);

Miejsce, w którym zmarły stale zamieszkiwał: do księgi stałej był ludności zapisany (Badeńskie, Hamburg, Wiedeń);

Miejsce, w którym zgon nastąpił (które może być różnem od miejsca zamieszkania). Związek nadreński, Wiedeń);

<sup>1)</sup> Nadto w kartce peszteńskiej pominięte jest pytanie co do stanu cywilnego (kawaler, żonaty?) zmarłego jako niemające zdaniem dyrektora Körösi znaczenia pod względem sanitarnym, co jednakże nie jest słusznem. Wzór peszteński zawiera też pytanie co do godziny w której zgon nastąpił. Nie wiem czemu to pytanie w kartce warszawskiej pominięto.

Jeżeli zmarły był żonaty,—pytanie czy to było pierwsze, drugie lub trzecie małżeństwo (Badeńskie);

Ile jest dzieci w rodzinie zmarłego (Związek nadreński);

Mieszkanie zmarłego w oficynie frontowej czy podwórzowej (Badeńskie, projekt EULENBERG'A i projekt WASSERFUHR'A dla Alzacyi);

Czy w mieszkaniu zmarłego na sypialnię jest przeznaczony osobny pokój? (Związek nadreński, projekt WASSERFUHR'A, Frankfurt nad M.);

Jak dawno zmarły zamieszkiwał w tem mieszkaniu, w którym umarł? (projekt EULENBERG'A i BENEKE'GO),

W razie śmierci przy porodzie lub w połogu pytanie: czy niesioną była pomoc akuszeryjna (Związek nadreński);

Znaczenie pojedynczych pytań tak w kartce warszawskiej i pesztenińskiej objętych, jak i tych które tu podałem dla każdego zapewne z czytelników „MEDYCYNY” jest o tyle jasnym, że dowodzić potrzeby każdego z nich, jako źródła wiadomości statystyczno-lekarskich, nie uważam za stosowne.

Wspominałem już o potrzebie odrębnych wzorów w przypadkach nagłej śmierci i t. p. i dla dzieci nieżywo urodzonych.

Przykłady takich wzorów znajduję w projekcie duńskim (BENEKE str. 49 i 52).

Wzór do świadectwa zgonu w przypadkach nagłej śmierci obejmuje następujące punkta:

1. Imię i nazwisko, wiek, stan i zamieszkanie lub jeżeli zmarły jest nieznanym, bliższe wskazówki, znaki szczególne, oznaczenie płci i prawdopodobnego wieku.
2. Data śmierci, lub jeżeli ta wiadomą nie jest, data znalezienia trupa.
3. Miejsce gdzie zgon nastąpił i gdzie trupa znaleziono.
4. Czy niesiony był ratunek w celu przywrócenia do życia, jeżeli zgon nastąpił na krótki czas przed znalezieniem trupa.
5. Położenie trupa i inne okoliczności, jeżeli oględziny pośmiertne dokonywane są w miejscu gdzie trupa znaleziono.
6. Czy badanie wykryło ślady gwałtu i jakie mianowicie.
7. Przyczyna śmierci o ile takowa przez oględziny pośmiertne wykryć się daje.
8. W przypadkach samobójstwa podać o ile możności pobudki (pijaństwo, kłopoty domowe, bieda, nieszcześliwa miłość i t. d.)
9. O ile wykryte okoliczności potwierdzają znaną przyczynę śmierci.
10. Czy dokonane były oględziny sądowo-lekarskie.
11. Jakie znaleziono pewne i niewątpliwe oznaki zgonu.

Wzór przeznaczony na świadectwo zgonu dla dzieci nieżywo urodzonych a mający być wypełnionym przez akuszerkę (jeżeli lekarza przy porodzie nie było) ma układ następujący:

#### Doniesienie

o dziecku nieżywo-urodzonym, przy urodzeniu którego  
obecną była niżej podpisana akuszerka:

1. Kiedy nastąpił poród (dzień, miesiąc, rok)?
2. Kiedy poród się rozpoczął?  
Kiedy przybyła do rodzącej akuszerka?  
Kiedy poród się ukończył?
3. Imię i nazwisko rodziców dziecka?
4. Miejsce ich zamieszkania?
5. Czy dziecko było prawe lub nieprawe?
6. Czy dziecko było płci męskiej czy żeńskiej?
7. Czy dziecko było czasowe czy przedwcześnie urodzone?

8. Czy poród był prawidłowy? Na czem polegała nieprawidłowość?
9. Czy poród nastąpił naturalnie czy przy pomocy sztucznej i jakiej mianowicie?
10. Czy oznaki zgnilizny były widoczne?
11. Czy akuszerka używała środków dla przywrócenia dziecka do życia, a jeżeli nie, to z jakiej przyczyny?
12. Jaka jest prawdopodobna przyczyna śmierci dziecka?

Zdaje się, że oba powyższe wzory projektu duńskiego w praktycznym zastosowaniu musiałyby ulegć małym zmianom i ograniczeniom. W każdym jednak razie stanowią one cenny materiał przy tworzeniu planu dokładnego urządzenia statystyki lekarskiej w danym mieście lub kraju i dla tego pominąć ich tu nie chciałem.

Przechodzę teraz do świadectw lekarskich, które naturalnie stanowią najistotniejszą część materiału statystyczno-lekarskiego.

Nie chcę tu wchodzić w zbyt drobiazgowo zestawienia rozmaitych sposobów jakimi czy to biura statystyczne, czy urzędy lekarskie, czy policja miejscowa przechodzi wprost lub za pośrednictwem rodziny zmarłego do osiągnięcia świadectwa lekarza, który leczył zmarłego. Wszędzie jednak gdzie to ma miejsce, lekarze uprzednio czy to przez zwierzchność swoją czy przez zarząd gminny w ten lub ów sposób do wydania podobnych świadectw zostali wezwani i prawnie zobowiązani.

Bardzo mi się wydaje słusznym wymaganie BENEKE'GO aby osiągnięcie świadectwa lekarza ciążyło na oglądaczu biegłym, tam oczywiście gdzie oględziny pośmiertne są obowiązującymi.

Zwrócić mi też wypada uwagę tak kolegów jak i władzy na sprawę zaprzysiężonej przez lekarzy dyskrekcji.

Tajemnica lekarska przy wydaniu świadectw o przyczynie śmierci może być nieraz w sposób bardzo bolesny dla rodziny zmarłego zdradzoną. Dlatego we Francji, tam gdzie statystyka śmiertelności jest uorganizowaną, lekarz leczący obowiązany jest świadectwo o przyczynie śmierci przez siebie wydane wręczyć rodzinie zmarłego w kopercie opieczętowanej, dla oddania urzędnikowi stanu cywilnego. Gdzie indziej znowu dozwolonemu jest lekarzowi świadectwo takie przesyłać wprost do urzędnika stanu cywilnego, lub do biura statystycznego. W niektórych zaś miastach lekarze zobowiązani są do pisania swych świadectw koniecznie po łacinie.

W każdym razie i w Warszawie lekarze pomiędzy sobą winni obmyśleć środek zabezpieczający tajemnicę lekarską, jeżeli zwierzchność nie pomyśli o tem.

Jak już powiedziałem z pomiędzy mnóstwa rozmaitych wzorów do świadectwa lekarskiego o przyczynie śmierci, najodpowiedniejszym mi się wydaje wzór peszteński, jako nieobciążający lekarza pytaniami, które w zakres jego spostrzeżeń nie wchodzą. Układ tego wzoru jest następujący:

1. Imię i nazwisko zmarłego?
2. Przyczyna śmierci?
3. Rodzaj choroby która śmierć poprzedziła?
4. Dzień w którym zgon nastąpił.

Data i podpis leczącego lekarza

Panowie lekarze są proszeni o udzielenie nadto objaśnień następujących.

5. Trwanie choroby.
6. Jeżeli zachodziły powikłania, jakie one były i jak długo trwały.
7. W przypadkach ospy naturalnej: czy zmarły miał ospę szczerpioną i kiedy.



ków jest zupełnie różne: gdy po użyciu chloralu wystąpi uśpienie, ogólna bezczulność zjawia się bez pewnych oznaczonych okresów, t. j. przy większych dawkach działanie szybko przechodzi z mózgu na rdzeń przedłużony i odpowiednio do zmian pośmiertnych zwierzę kończy skutkiem zatrzymania się uderzeń serca, podczas gdy ruchy oddychowe trwają aż do ostatniej chwili. Nie wywiera wtedy wpływu sztuczne oddychanie, i tylko przy pobudzeniu zwójów sercowych strychniną, jeżeli dawka nie była zbyt duża, można przywrócić do życia. Przy otruciu butylechlorałem można przywrócić do życia sztucznie oddychaniem. Tak więc przy otruciu chlorałem przyczyną śmierci jest zniesiona działalność zwójów sercowych; przy otruciu butylechlorałem zniesiona działalność ośrodka oddychowego. Autor wykazuje następnie, że czas trwania okresów działania jest dla butylechlorału o  $2\frac{1}{2}$  mniejszy niż dla chloralu. Także na ludziach spostrzegł Liebreich działanie butylechlorału i przekonał się, że istnieje bezczulność głowy, podczas gdy kończyny oddziałują na bodźce. Liebreich na zasadzie tego utrzymuje, że w tych przypadkach, w których nie można stosować środków znieczulających w postaci wdechań, można będzie bardzo dobrze dokonywać operacyj na głowie, podając wpięrow do wewnątrz butylechlorał. Co do użycia tego środka, to L. zadaje zamiast dawniejszego roztworu w wysoku następującą mieszankę: *Rps. Butylechlorali* 5,0 — 10,0, *Glycerini* 20,0, *Aq. dest.* 130,0. M. D. S. Za każdym razem wstrząsając, podać jedną łyżkę stołową, w 5 minut drugą, w 10 trzecią. Lepiej jest z początku podawać małe dawki, aby chore nie przyjął odrazu zadawki usypiającej. Jako środek nasenny można użyć stosownie do ciążoskładu chorego od 1—3 grm. Także przy cierpieniach zębów daje się butylechlorał z korzyścią zastosować. (*Ref. w „Centrl. f. Chir.“* Nr. 18 — 1876). E. Modrzejewski.

**Kurara przeciw padaczce (epilepsia).** Dr. C. F. KUNZE zaleca w strzykiwania podskórne według następującego przepisu: *Rps: Curarae* gr. 1 (0,5), *Aq. destillatae* dr.  $1\frac{1}{2}$  (5,0), *Acidi muriatici gutt.* 2 M. D. S. co 5—7 dni wstrzykiwać dorosłemu choremu 8 kropli. Autor nie zaleca przytem szczególnej diety, jedynie zakazuje użycia piwa, wina i innych napojów wysokowych; nie uważał dotąd przypadłości zatrucia w żadnym z leczonych tym sposobem przypadków padaczki. Chory podczas trwania tego leczenia, nie zmienia zwykłego swego trybu życia. Z 35 chorych kurarą leczonych, 9 doszczętnie pozbyli się napadów tej choroby, przeciwko której używali poprzednio wielu leków, nie wyłączając i bromku potassu, bezskutecznie. Chorzy, na zdolności umysłowe których napady padaczki już swój szkodliwy wpływ wywarły, odzyskiwali zdolności umysłowe całkowicie po wyleczeniu ich z padaczki. Zdaniem zatem autora osłabienie władz umysłowych u danego chorego nie przesądza jeszcze ani o dodatnim, ani też o ujemnym wyniku leczenia. Wreszcie K. przytacza trzy ciekawe opisy choroby, z których jeden na szczególną uwagę zasługuje z tego względu, że po czterech latach od ostatniego napadu, powrót choroby nastąpił po obfitem użyciu napojów wysokowych.

(*Deutsch. Zeitschft. f. prakt. Med. N. 9—1877*). J. R.

**Mleko jako przenośnik zarazy durzycowej.** W Barrowford, w Anglii, zdarzyło się pięćdziesiąt siedm przypadków gorączki durzycowej, skutkiem używania mleka, pochodzącego od farmera, w którego domu znajdował się chory tego rodzaju; z tych chorych ośmiu umarło. Raport lekarza miejscowego, (*medical officer of health*) twierdzi, że śledztwo wykazało, iż wszystkie osoby, które były powyższą chorobą dotknięte, mleko z wzmiankowanego folwarku używały. (*British med. Journ. Febr. 14—1877*). G. F.

## OGŁOSZENIA.

**W Sławucie** (120000 morgów sosnowego lasu), stacja drogi żelaznej Brzesko-Kijowskiej, zostaje otwartym z dniem 1 Maja r. b., **zakład kumysowy**, przez przybyłego z Samary Nogaica KUDRAKAJEWA.

Blizszych wiadomości udziela na miejscu zarządzający lekarz, Juliusz ZEJDOWSKI.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. ROGOWICZ.

Redakcyjja Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 45.