

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce,
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.**Dr. Tymowski.**

praktykuje jak lat poprzednich w San Remo.

0—4

LEKARZAzaprasza się do Osady z pensją 300 rs., mieszkaniem i opałem, oprócz praktyki. Wiadomość
w Składzie Materyjałów Aptecznych W-go Sierżputowskiego. 3—2**SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH**

PRZY APTECE POD FIRMA

ED. T. HEINRICH

istniejący

Zaopatrzone zostały w Sól Vichy do kąpeli, używaną przez osoby nie mogące udać się
dla odbycia kuracji do Vichy, a także w Pastyłki, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego
skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłanianie kwasu żołądkowego. 30—24**SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH**

PRZY APTECE POD FIRMA

ED. T. HEINRICH

istniejący,

Zaopatrzone zostały w wody Vichy, tegorocznego czerpania, ze źródeł: Grande-Grille, Hô-
pital, Celestin, autrives, Mesdames, Chomel.Woda Vichy używana jest w cierpieniach organów trawienia, w chorobach wątroby, przy
kamieniach żółciowych, w chorobach śledziona, w chorobie cukrowej, przy wydzielaniu piasku
i białka, w cierpieniach pęcherza, w podagrze, reumatyzmie oraz w cierpieniach nerwowych na
podstawie artrytycznej rozwijających się. 30—24

KAPSUŁKI I PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSULKI I PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIENI, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKĘ FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryżkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycienczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów. dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcji. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobieni, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencji drzewa sandałowego w połączeniu z essencjami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS trawią się przez osoby najwątlesze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryżkich).

Zażywać 9 do 12 kapsułek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobieni i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie KAPSULEK MATHEY-CAYLUS markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. L. A. Neugebauer. Przypadek przemieszczenia trzew wrodzonego. — II. J. Pawiński. Zwężenie i zatkanie tętnic wieńcowych serca, pod względem fizjologicznym, anatomicznym i klinicznym (Dalszy ciąg). — *Notatki lekarskie.* 21. M. Jakowski. Tyfus brzuszny. Liczne ropnie podskórne w okresie wyzdrowiania. — *Dział sprawozdawczy* 40. Neudörfer. Przyczynę do kwestyi działania i stosowania chloroformu (Dokończenie). — Wiadomości bieżące. — Na pomnik Mickiewicza. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

I. PRZYPADEK PRZEMIESZCZENIA TRZEW WRODZONEGO

opisał

D-r med. Ludwik A. Neugebauer.

docent Uniwersytetu i starszy ordynator szpitala S-go Ducha w Warszawie.

W dniu 14 Października 1858 roku do oddziału w szpitalu Dzieciątka Jezus, pod moim kierunkiem zostającego, przybył Jan Pęczalski wyrobnik 57-letni, wzrostu niskiego, budowy silnej, dotknięty różą głowy i tułowia.

Chory ten przy objawach zapaści zmarł w dniu 19. X. 1858.

Wykonane na zwłokach jego przezemnie w dniu 20. X. o godzinie 10 zrana badanie pośmiertne wykazało, co następuje.

Ciało dość dobrze odżywiane, skóra twarzy i tułowia w miejscach, przez różę zajętych, lekko obrzękła, pokryta strupami brunatnawymi i łuszczącym się naskórkem. Tęcze barwy szaro-piwnej, włosy na głowie ciemno-brunatne. Naczynia opon mózgu umiarkowanie krwią nastrzyknięte, tkanka łączna między oponą miękką i pajęczą obrzękła, rowki międzszakrętowe mózgu przestworniejsze, niż w stanie prawidłowym. Naczynia samego mózgu mocno krwią napełnione, istota mózgowa barwy rumiano-szarawej. W komórkach mózgowych było do dwóch uncyj jasnej surowicy.

Oba płuca w ich dolnych częściach za pomocą fałszywych błon przyrośnięte do klatki piersiowej. Istota ich prawidłowa, w tylnych częściach ociekliny pośmiertne. W osierdziu około dwóch uncyj żółtawej przezroczystej surowicy. Serce wielkie, mięsień jego wiotki, zawierało tak w prawych, jak i lewych swych jamach umiarkowaną ilość krwi płynnej, czarno-czerwonej. Zastawki wszystkie, jak również i przegrody komórek i przedsionków w stanie prawidłowym.

Wątroba prawidłowej objętości, na dolnej jej powierzchni w bliskości przyczepu więzów obłego znajdował się guz półkulisty wielkości połówki orzecha włoskiego, przedstawiający skrzep krwi, powstały wskutek wyboczyny tejże między powierzchnią dolną wątroby i częścią otrzewną ją pokrywającą. Pęche-

rzyk żółciowy żółcią brunatną bardzo płynną w umiarkowany sposób wypełniony.

Trzustka krwią mocno nastrzyknięta i powiększona, utkanie jej jednak niezmiennione.

Śledziona powiększona, mocno przekrwiona. W żołądku i кишkach ślady zapalenia nieżyłowego.

Pęcherz moczowy próżny i ściągnięty. Wynik badania pośmiertnego zasługuje na uwagę ze względu na znalezione przy powyższej opisanych zmianach chorobowych wrodzone przemieszczenie trzew obydwoich jam tułowia. Takowe przedstawiało się w szczególności w następującym obrazie.

Płuco, znajdujące się w prawej połowie klatki piersiowej, było podzielone na dwa, lewe zaś na trzy zrazy. Przytem, z przyczyny, że sklepienie przepony w lewej części klatki piersiowej wstępowało wyżej w górę, niż w prawej, tamto płuco było krótsze, ale oraz i szersze, jak to ostatnie.

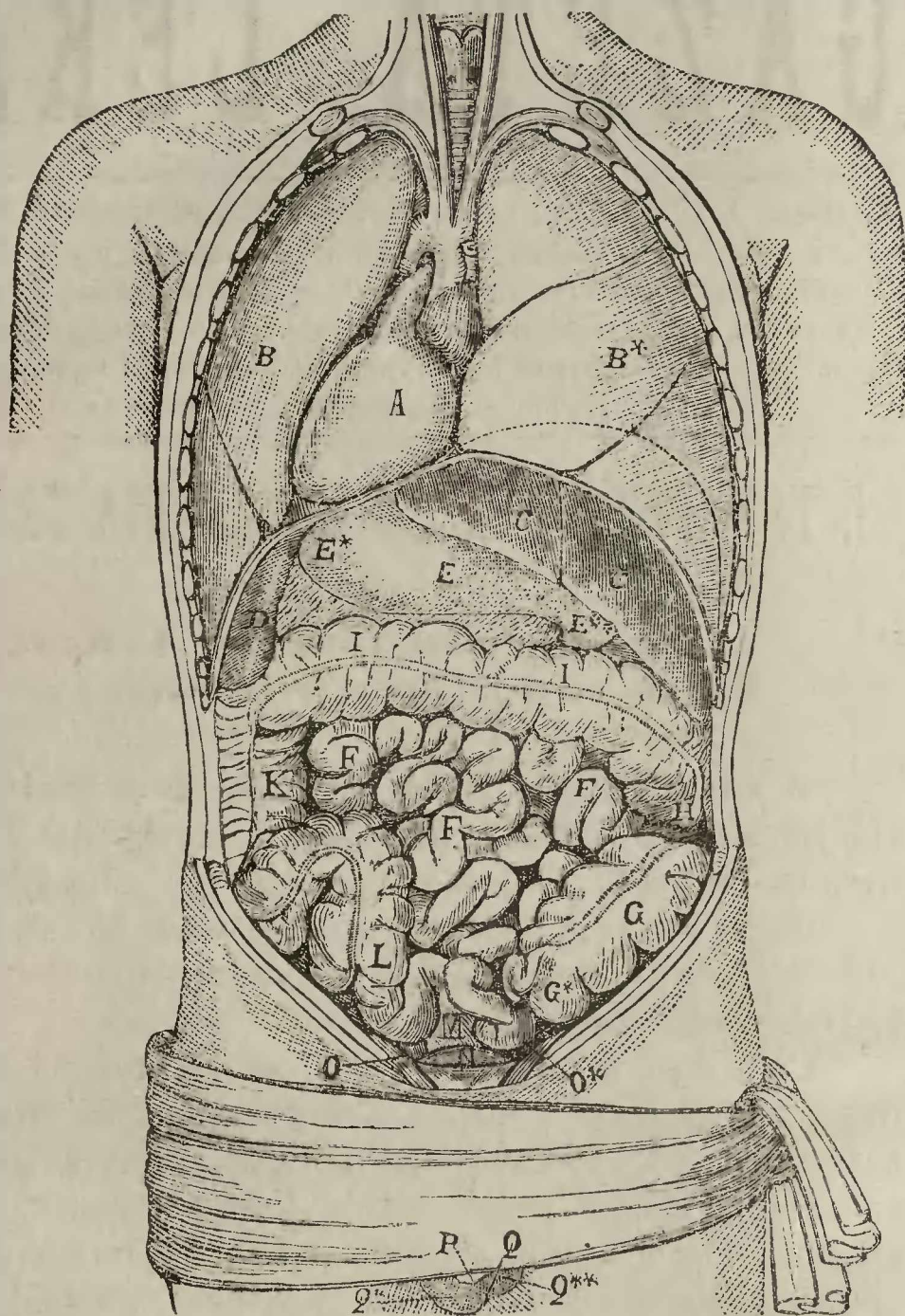


Fig. 1. 1)

Serce, spoczywające na prawej połowie sklepienia przeponowego, leżało tak w przestworze międzyplucowym, że podstawa jego zwróconą była w górę,

1) Figura 1. A serce, z którego widać prawą, czyli tętniczą komórkę, B prawe płuco podzielone na dwa płaty, B* lewe płuco podzielone na trzy płaty, C wątroba umieszczona w lewym podżebrzu, D śledziona umieszczona w prawym podżebrzu, E żołądek zwrócony dnem, (E*) na prawo a wypustem (E**) na lewo. F кишки cienkie, G kiszka ślepa, umieszczona w lewym podbrzuszu, wraz z wyrostkiem robaczkowym (G*) zwróconym na prawo, H kiszka wstępująca, położona w lewej połowie brzucha, I kiszka poprzeczna kierująca się z lewa na prawo, K kiszka zstępująca położona w prawej połowie brzucha, L S Romanum w prawej połowie brzucha, M kiszka prosta, N pęcherz moczowy, O, O* sznurki nasienne, P, Q części pleiowe zewnętrzne pokryte płótnem, które otacza zarówno i biodra, widać tylko żołądź prącia (P) i dno worka mosznowego (Q), którego prawa połowa, wraz z odpowiednim jądrem (Q*) zstępuje niżej aniżeli lewa połowa (Q**) wraz z odpowiednim jądrem.

w tył i na lewo, wierzchołek zaś naprzód i na prawo. Z lewej jego komórki, której przecięcie poprzeczne miało postać półksiężyca, skierowanego wklęsłością

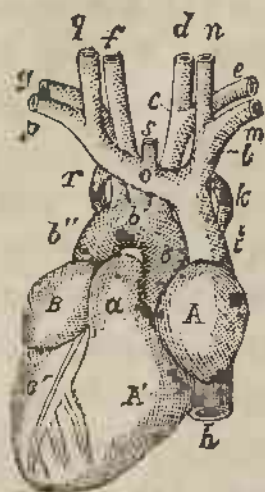


Fig. 2. 1)

swą ku stronie prawej i w tył, wychodził pień tętniczy, który się rozszczepiał na dwie gałęzie, udające się jedna do jednego, druga do drugiego płuca, który zatem przedstawiał się, jako tętnica płucna. Prawa zaś komórka, której jama miała na przecięciu postać zbliżoną do koła, wydawała z siebie aortę. Ta ostatnia, wstąpiwszy z początku przez tylną i lewą stronę tętnicy płucnej w górę, przeginała się łukiem przez prawe oskrzele w tył i na dół do kręgosłupa i zstępowała wzdłuż przedniej i prawej strony trzonów kręgowych do jamy brzusznej, gdzie, zwolna przybierając położenie pośrodkowe, na przedniej powierzchni kręgosłupa rozpadała się przy dolnym końcu trzonu trzeciego kręgu lędźwiowego w zwykły sposób na dwie tętnice bio-

drowe wspólne i tętnicę krzyżową średnią. Stosunek położenia tętnic biodrowych wspólnych do pnia żyły głównej był zupełnie odwrotny jak w stanie prawidłowym. mianowicie rzeczony pień żylny poczynał się zatem od lewej tętnicy biodrowej wspólnej, z której tylną stroną krzyżowała się prawa żyła biodrowa wspólna i wstępował po lewej stronie aorty w górę. Tylne gałęzie części brzusznej aorty nie przedstawiały nic osobliwego. Co się zaś tyczy gałęzi jej przednich i bocznych, to te były uporządkowane w następujący sposób: naprzód odchodziły od niej w otworze aortowym przepony tętnice przeponowe, tuż poniżej tych tętnica żołądko-dwunastnicowa, poniżej tej zaś dopiero tętnica dotrzewna, rozpadająca się tu na dwie gałęzie, z których jedna udawała się do śledziony, jako tętnica śledzionowa, a druga dzieliła się na lewą tętnicę wieńcową żołądka i tętnicę wątrobową. Tuż poniżej tętnicy dotrzewnej odchodziła, jak zwykle, tętnica kręzkowa górna, a dalej ku dołowi tętnica kręzkowa dolna. Co się tyczy tętnic nerkowych, to prawa, z powodu wyższego położenia prawej nerki, odchodziła od aorty nieco pierwej, niż lewa. Tętnice przynerkowe i nasienne pokazywały stosunki podobne, jak zwykle. Poniżej tętnicy kręzkowej górnej krzyżowała się żyła nerkowa prawa z przednią stroną aorty. Odpowiednio początu się tętnicy płucnej aorty wlewały się żyły płuc do przedsionka komórki serca leżącej po stronie lewej, a żyły odprowadzające krew z ustroju, czyli żyły serca i dwie żyły główne do przedsionka komórki serca, leżącej po stronie prawej.

1) Figura 2. Serce tego chorego, wraz z początkiem dużych naczyń, z przodu widziane. A, A' żylna czyli płucna połowa serca umieszczona w lewej połowie ciała, A przedsionek, A' komórka, a pień tętnicy płucnej, B, B' tętnicza czyli aortalna połowa serca, B przedsionek, B' komórka, b, B', b'' aorta, b aorta wstępująca, b' łuk aorty, b'' aorta zstępująca, c tętnica bezimienna, która się dzieli na tętnicę szyjową wspólną (d) i tętnicę podobojczykową lewą (e) f tętnica szyjowa wspólna prawa, g tętnica podobojczykowa prawa, h żyła główna dolna, czyli wstępująca, i żyła główna górna, czyli zstępująca, k żyła nieparzysta w prawej połowie ciała, l żyła bezimienna lewa, powstała wskutek zlania się żyły podobojczykowej (m) i żyły szyjowej wspólnej (n), o żyła bezimienna prawa, powstała wskutek zlania się żyły podobojczykowej (p), i żyły szyjowej wspólnej (q), prócz tego przyjmują żyłę nieparzystą małą (r) leżącą w prawej połowie ciała i żyłę szyjową środkową (s).

Żyła główna zstępująca składała się z dwóch wielkich pni, z których jeden powstawał z żyły podobojczykowej i głowowej wspólnej strony prawej i przebiegał w kierunku więcej ukośnym z góry i od strony prawej na dół i ku stronie lewej, drugi zaś powstawał z tychże żył lewej strony i przebiegał więcej prostopadle z góry na dół. Pierwszy z tych pni był zatem co do przebiegu i znaczenia odpowiedni żyłom głowo-ramieniowej czyli bezimiennym lewej, ostatni zaś żyłom głowo-ramieniowej, czyli bezimiennym prawej. Żyła bezimienna prawa przyjmowała średnią żyłę podskórną szyi (*vena jugularis media*), a przedtem jeszcze pień, który odprowadzał krew żył międzyżebrowych prawych i był odpowiedni żyłom nieparzystej. Żyła bezimienna lewa nie była wzmocniona przez podobne żyły, ale za to w sam początek żyły głównej zstępującej wlewała się żyła, zupełnie odpowiednia tej, która odprowadzała krew żył międzyżebrowych prawych, która jednak z powodu, że zbierała w sobie prócz tego i krew połyku, była nieco grubsza niż tamta. Zatem mieliśmy tu dwie żyły, z których każda mogła być porównana z tak zwaną żyłą nieparzystą; żyła ta była więc w całym słowu znaczeniu parzystą.

W jamie brzusznej wątroba okazała się położoną w podżebrzu lewym, gdy prawe mieściło w sobie śledzionę. Oba te przyrządy pokazywały przecież w przewrotnym tem położeniu zupełnie ten sam stosunek położenia pojedynczych swych części względem podłużnej osi całego ciała i biegunów takowej, jak przy położeniu prawidłowym. A zatem była wypukła powierzchnia wątroby skierowana w górę, naprzód i na lewo, strona wklęsła zaś w tył, nadół i na prawo. Na powierzchni wklęsłej leżał pęcherz żółciowy, skierowany ku lewej, przedni oddział rowu podłużnego lewego wraz z zachodzącym weń więzmem obłym wątroby ku prawej stronie. Śledziona swą wnęką skierowana ku stronie lewej.

Żołądek był między wklęsłą powierzchnią wątroby i śledzioną umieszczony w taki sposób, że dno jego stykało się z tą ostatnią, odźwiernik zaś przechodził pod wątrobą w dwunastnicę.

Dwunastnica leżała w okolicy lewej nerki i przebiegała, jak zwykle, łukowato, łuk ten jednak, zwrócony wklęsłą swą stroną ku stronie prawej, końcem swym dolnym przedziurawiał kręzkę poprzeczną w kierunku od strony lewej ku prawej. Reszta кишки cienkiej zajmowała średnią część jamy brzusznej i przechodziła po za lewym więzmem *Poupart'a* w kątnicę, która położoną była w lewym dole biodrowym. Okrężnica początek swój brała po lewej stronie następnie wstępowała przez lewą część jamy brzusznej w górę do lewego podżebrza, przechodziła ztąd poniżej żołądka do podżebrza prawego, zstępowała następnie przez prawą część jamy brzusznej na dół do okolicy biodrowej prawej, i skreśliwszy tu zwykły zakręt, czyli tak zwane rzymskie **S**, przechodziła nareszcie w górnym otworze małej miednicy w odbytnicę, która w biegu swym przez jamę miednicy więcej prawej strony tejże się trzymała.

Trzustka leżała, jak zwykle, poprzecznie po za żołądkiem, ale tak, że głowa jej odpowiednio łukowi dwunastnicy znajdowała się w lewej, ogon zaś w prawej stronie brzucha.

Co się tyczy nerek, to prawa leżała wyżej niż lewa. Wreszcie prawe jądro zstępowało głębiej na dół w worku mosznowym, niż lewe.

Przypadek opisany należy zaliczyć do kategorii przemieszczenia trzew wrodzonego ogólnego i zupełnego, gdyż przemieszczenie dotyczyło wszystkich przyrządów obu jam tułowa.

II. ZWĘŻENIE I ZATKANIE TĘTNIC WIĘNCOWYCH SERCA, POD WZGLĘDEM FIZJOLOGICZNYM, ANATOMO - PATOLOGICZNYM I KLINICZNYM

Opisał

D-r Józef Pawiński

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 35).

B. Zmiany anatomo-patologiczne w mięśni serca przy cierpieniach tętnic wieńcowych serca (sprawa ateromatyczna, zwężenie, zatkanie tętnic).

Począwszy od połowy przeszłego stulecia (H e b e r d e n 1768, P a r r y 1799) autorowie zaczęli zwracać uwagę na częste przypadki skostnienia, zwężenia i zatkania tętnic wieńcowych serca. Skostnienie tętnic odżywiających serca uważano wówczas za główną zmianę somatyczną, za pomocą której usiłowano wytłómaczyć sobie zbiór objawów, znanych pod nazwą: *angina pectoris*. Pogląd ten w nieco zmienionej postaci przetrwał aż do naszych czasów. Jaki zaś wpływ wywierają sprawy chorobowe tętnic wieńcowych na sam mięsień serca, nad tem zaczęto się zastanawiać dopiero przed niedawnym czasem. Zdaje się, iż W e i g e r t ¹⁾ był pierwszym, któremu należy się zasługa skierowania badań ku tej drodze. Po nim zjawily się prace Z i e g l e r 'a ²⁾, dalej S a m u e l s o n 'a ³⁾, C o h n h e i m 'a ⁴⁾, wreszcie H u b e r 'a ⁵⁾.

Ponieważ zaś w pięknej rozprawie H u b e r 'a podane są szczegółowo zmiany anatomo-patologiczne znajduwane w mięśni serca, przy istniejącem skostnieniu tętnic wieńcowych, zatem postaramy się nieco obszerniej rzecz tę tutaj wyłożyć, idąc krok w krok za opisem autora. Czynię to tem chętniej i śmielej, ile że od czasu, jak zaczęto zwracać mniej uwagi na objawy tyczące się samych otworów serca, *resp.* szmery, badanie mięśnia sercowego, tak pod

1) a) Die Bright'sche Nierenerkrankung i t. d. Volkmann'sche Vorträge. 1878. Nr. 162—163 str. 29.

b) Die pathologische Gerinnungsvorgänge. Virchow's Archiv. 1880. Tom 79, str. 106 seq.

2) Deut. Archiv f. klin. Med. 1880. Tom 25, str. 589. Die Ursachen der Nierenschumpfung.

3) Samuelson a) „Ueber den Einfluss der Coronararterien-Verschliessung auf die Herzaction“. Zeitsch. f. klin. Med. II Tom. 1 Zesz., str. 11—33. Berlin 1880.

b) Folgen der Kranzarterien-Verschliessung auf das Herz. Virchow's Archiv. 1881. Tom 86, str. 539.

4) a) Ueber die Folgen der Kranzarterien-Verschliessung f. d. Herz von C o h n h e i m und v. S c h u l t e s s - R e c h b e r g. Virchow's Archiv. 1881. Tom 85. str. 503.

b) Vorlesungen über allgemeine Pathologie. I Tom. 2 Auflage str. 37.

5) „Ueber den Einfluss der Kranzarterienkrankungen auf das Herz und die chronische Myocarditis“ von D-r H u b e r. Virchow's Archiv. 1882. T. 89. Zesz. 2, str. 236 et seq.

względem fizjologicznym, jak i anatomo-patologicznym stało się sprawą bieżącą. Jest to sprawa bardzo ważna gdyż jej rozstrzygnięcie przyczyni się niezawodnie wiele do wyświeatlenia wielu objawów klinicznych chorób serca, jak również do usunięcia z patologii serca niektórych funkcyjonalnych cierpień. Niektórzy autorowie (B o t k i n, W a s i l i j e w) zaczynają nawet powątpiewać o tak zwanem samodzielnem przesileniu serca (*Ueberanstrengung des Herzens*), a zbiór objawów, towarzyszących wspomnianej postaci chorobowej wyprowadzają od mikroskopowych zmian w samym mięśniu serca. H u b e r przytacza w swej pracy 17 przypadków z przebiegiem klinicznym, w których na sekcji znajdował stwardnienie naczyń wieńcowych serca i zmiany w samym mięśniu serca. Dodać przytem należy, iż zmiany tyczące się serca były najwydatniejsze ze wszystkich zmian pośmiertnych. Głównem siedliskiem zmian chorobowych była lewa komórka, gdy tymczasem prawa odgrywała tylko podrzędną rolę.

Co do lewej komórki, to pierwsze miejsce pod względem częstości zmian anatomo-patologicznych zajmowała jej przednia ścianka a głównie dolna połowa. już to z zajęciem lewego, już to prawego wierzchołka serca. Drugie miejsce przypada na dolną część tylnej ścianki, ostatnie zaś należy się pozostałym częściom, zwłaszcza znajdującym się w bliskości podstawy serca.

Najważniejsze zmiany, spostrzegane w podobnych razach w mięśniu serca przedstawiają się w postaci twardych, połyskujących pasemek, na podobieństwo ścięgien, 2,5 ctm. długości, 6 mm. szerokości. Pasemka te przebiegają równolegle do kierunku włókien mięsnych, a w górnej i dolnej swej części oddają wypustki o nieregularnych zarysach. Od otaczającej niezmięnionej tkanki łatwo pasemka te odróżnić na mocy ich zapadnięcia i zakleśnięcia. Najwyraźniej występują one w środkowych warstwach mięśnia sercowego, w kierunku zaś ku wsierdziu i osierdziu znikają zupełnie.

Modzelowate miejsca (*Schwielen*) przedstawiają się pod drobnowidzem w postaci starszej lub młodszej tkanki łącznej. W tym ostatnim razie tkanka łączna zawiera jeszcze dość dużo okrągłych komórek, jak również naczyń krwionośnych. W miejscach, gdzie się wspomniana modzelowata tkanka znajduje, niepodobna odnaleźć włókien mięsnych. Tylko na granicy pomiędzy zdrową a zmienioną tkanką serca spotyka się włókna pozbawione swych jąder i poprzecznej prążkowatości. Włókna te przedstawiają się w postaci przeświecających, błyszczących cylindrów. Niekiedy można natrafić na wolne jądra (*Kerne*), bądź to oddzielne, bądź też w postaci całych grupp. Wyróżniają się one swoją wielkością, różnorodnością kształtów i łatwym barwieniem się. Jądra te, według wszelkiego prawdopodobieństwa, pozostają w blizkiem powinowactwie z jądrami włókien mięsnych.

Dawniej uważano modzelowate części w mowie będące za produkt zapalenia włókien mięsnych (*myocarditis*).

H u b e r przytacza w swej rozprawie przypadek, rozpoznany jako apopleksja mózgowa. Przy sekcji nie znaleziono zmian, towarzyszących zwykle apopleksji, stwierdzono tylko znaczną arteryjiosklerozę, która dotyczyła także naczyń nerek i kończyn. Prócz tego, nieznaczną rozedmę i obrzęk płuc. Natomiast zmiany tyczące się serca występowały na pierwszy plan. W ścianie lewej

komórki znajdowały się gniazda brunatno żółtawego koloru, wyróżniające się od reszty mięśnia sercowego twardością i suchością. Gniazda te oddzielone były od otaczającej tkanki za pośrednictwem nierównej, zębiastej linii, a niekiedy były otoczone wązkim krwotocznym pasem. Gniazda zmienionej tkanki mięsnej znajdowały się głównie w $\frac{1}{3}$ części dolnej przedniej ścianki i w $\frac{2}{3}$ górnych częściach tylnej ścianki. W niektórych miejscach gniazda dochodziły nawet do osierdzia i wsierdzia. Te ostatnie blony serca zachowały jednak swą prawidłową budowę, tylko barwa ich stała się nieco ciemniejszą. Reszta muskultury serca, jak również i zastawki były nietknięte. Tętnice wieńcowe znajdowały się w stanie znacznego przeistoczenia ateromatycznego, a światło tętnicy wieńcowej prawej, czyli tylnej, zatkane było skrzepem na przestrzeni od jej wyjścia z aorty aż do miejsca podziału. Drugi podobny skrzep, zatykający naczynie, znajdował się w części środkowej przebiegu gałęzi zstępującej, która od tylnej tętnicy wieńcowej serca bierze swój początek.

Co do zewnętrznego wyglądu, to wspomniane powyżej gniazda zmienionej tkanki serca przedstawiały się dwojako: jedne z nich były bardzo twarde, konsystencji zbitego, skrzepłego włókna, inne znowu składały się z suchej masy, podobnej do sera i otoczone były szerszym lub węższym pasem tkanki więcej zbitej, która posiadała jaśniejszą barwę. W dwóch przypadkach autor zauważył tę ciekawą okoliczność, iż w bezpośrednim sąsiedztwie gniazd, lub też w ich bliskości znajdowały się modzelowate miejsca (*Schwielen*).

W gniazdach niepodobna było za pomocą mikroskopu wykryć ani jąder tkanki łącznej, ani też mięsnej, gdzie nigdzie tylko włókna zachowały jeszcze poprzeczną prążkowatość. Układ włókien mięsnych był wprawdzie jeszcze zachowany, lecz oddzielne włókienka wyglądały jak matowo połyskujące bryłowate ciała, które bardzo słabo pochłaniały substancje barwiące protoplazmę.

Co się tyczy drugiej postaci ognisk, podobnych do kruchej masy zeschniętego sera, to w nich nie można było odróżnić powyżej wspomnianych części, gdyż składały się tylko z rozpadu (*detritus*) i pozbawione były jakiegokolwiek anatomicznej budowy. Naokoło nich autor znajdował komórkowe nacieczenie w postaci szerszego lub węższego pasa, czemu towarzyszyło bujanie naczyń, a niekiedy nawet małe wylewy krwi do tkanki.

Na mocy własności fizycznych i histologicznych ogniska te, podług H u b e r a, muszą być uważane za zawały (*infarctus*), powstałe wskutek zatyczki (*embolus*) lub skrzepu (*thrombus*) w naczyniu doprowadzającym krew do tkanki. Podczas gdy jedne z nich przedstawiają się w postaci typowej zgorzeli (*necrosis*), inne znowu wyróżniają się jeszcze tem, że w ich obwodzie powstają następcze zmiany, polegające na bujaniu tkanki łącznej. Ostatnim zaś wyrazem takiego rozwoju tkanki łącznej są owe zbliżowaciale, modzelowate miejsca (*Schwielenbildung*); są one rezultatem zapalenia, nie mającego skłonności do ropienia, zapalenia powstałego wskutek podrażnienia otaczającej tkanki masą zgorzelinową, rozpadową. Rozpad zaś tkanki, który jest niczem innym jak tylko pewną odmianą zgorzeli, powstaje w takich razach w skutku niedostatecznego dopływu krwi do mięśnia serca, *resp.* w skutku zwężenia lub zamknięcia światła tętnic wieńcowych. Zgorzel ta na zasadzie przyczyny powinna być uważaną

za powstającą z bezkrwistości, ze względu zaś na zmiany histologiczne, za: „*Coagulationsnekrose*“ (W e i g e r t). Dopiero w następstwie wywołuje ona w swem otoczeniu rozwój tkanki łącznej, podobnie jak to bywa w większych zawałach. Pierwotną zaś sprawą całej sprawy chorobowej, wszystkich zmian w mięśniu serca jest cierpienie tętnic wieńcowych. Jeśli serce, wskutek zatkania lub zwężenia tętnic wieńcowych, zostanie nagle i na znacznej przestrzeni pozbawione odżywczego materiału, to zmiany w sercu będą nawet dla gołego oka widoczne, w postaci tak zwanego zawału (*infarctus*). Przeciwnie zaś skoro dopływ krwi do serca zmniejsza się powoli, stopniowo, i dotyczy mniejszych odcinków serca, wtedy powstanie zgorzel drobinowa (*molekuläre Nekrose*). Skutki zawału, jak również i zgorzeli drobinowej, są dla danego narządu jednoznaczne, mianowicie zbliznowacenie tkanki. Jeśli zbliznowacenie powstało z zawałów, to daje początek tak zwanej bliznie zawałowej (*Infarktnarbe*).

Następstwem takiego zbliznowacenia tkanki mięsnej serca bywają:

1) tętniaki (*aneurysmata*) powstające wskutek tego, iż niektóre części serca pozbawione swej elastyczności wypuklają się pod wpływem ciśnienia krwi,

2) zakrzepy ścienne, tworzące się wskutek przejścia sprawy chorobowej z tkanki mięsnej serca na wsierdzie;

3) rozszerzenie lewej i przerost prawej komórki. Rozszerzenie lewej komórki łatwo objaśnić zmianami chorobowymi w jej ściankach i osłabieniem jej żywotności. Przerost zaś prawej komórki powstaje skutkiem zwrotnego zastojów krwi w małym krwiobiegu, zastojów wywołanego głównie osłabieniem czynności lewej komórki.

Niekiedy zdarza się, iż obok cierpienia tętnic wieńcowych serca znajdujemy nie rozszerzenie, lecz przerost lewej komórki; lecz w takim razie przerost jest zwykle dawniejszego pochodzenia, (*arterioskleroza* powierzchownych naczyń, zapalenie nerek). Do takiego przerostu przyłączają się dopiero później sprawy chorobowej w tętnicach wieńcowych i w samym mięśniu serca.

4) Obrzęk płuc.

C. Zwężenie i zatkanie tętnic wieńcowych serca pod względem klinicznym.

Krwotok z tętnic wieńcowych.

Zaznajomiwszy się już z częścią fizjologiczną i anatomo - patologiczną przedmiotu, przechodzimy do trzeciego działu naszej pracy, w którym rozbierzemy kliniczne objawy, towarzyszące chorobowym zmianom tętnic wieńcowych. Wprzód jednak przytoczymy postrzegany przez nas przypadek znacznego zwężenia tętnicy wieńcowej serca lewej.

S p o s t r z e ż e n i e I. Serafin Marcin, wyrobnik, lat 33 liczący, przybył do szpitala Dzieciątka Jezus, do oddziału mego (sala 29), 26 Listopada 1881 r., skarżąc się na silną duszność. Dosięga ona tak znacznego stopnia, iż chory zmuszony jest ciągle siedzieć na łóżku. Chory opowiada, iż przed 6-iu tygodniami, podczas przenoszenia dużego i ciężkiego fortepianu, dostał po raz pierwszy duszności. Duszność zwiększała się stopniowo, jednak chory był jeszcze w stanie zajmować się pracą fizyczną. Dopiero od dwóch tygodni duszność przybrała większe rozmiary, a jednocześnie z pogorszeniem choroby zaczął występować kaszel i płwocina, zmieszana ze krwią. W takim stanie rzeczy chory zmuszony był porzucić swoje zajęcie i położyć się do łóżka. Przed obecną

chorobą czuł się dobrze, tylko zimową i jesienną porą miewał niewielki kaszel. Reumatyzmu chory nie przechodził, o obrzękach kończyn dolnych i twarzy nie wspomina.

Chory wzrostu średniego, odżywiania miernego. Cera twarzy bladawa. Stan bezgorączkowy. Tętno 100 na minutę, miękkie, miarowe; fala krwi mała. Nieznaczny obrzęk stóp. Oddech przyspieszony, 42 na minutę. Granice płuc z przodu i z tyłu klatki piersiowej nieco obniżone. Z tyłu, w okolicy prawej łopatki, odgłos opukowy nieco stłumiony, oddech zaś nieokreślony i liczne rżenia wilgotne. U wierzchołka zaś i u podstawy prawego płuca słychać oddech pęcherzykowy zaostrowany (*respiratio vesicularis aspera*), jak również i z lewej strony klatki piersiowej. Z przodu klatki piersiowej, w dolnych częściach płuc, oddech osłabiony, w górnych zaś zaostrowany. Rżenia wilgotne są jednak z przodu mniej obfite, aniżeli z tyłu. Kaszel silny i męczący; plwocina przeważnie pienista z domieszką krwi. Górna granica serca poniżej IV żebra, lewa przebiega na $\frac{3}{4}$ ctm na zewnątrz od linii sutkowej lewej, dolna granica znajduje się na górnym brzegu 6 żebra, prawa zaś na linii środkowej mostka. Uderzenie wierzchołkowe umiarkowanej siły, wyczuwa się w 5 międzyżebżu, w linii sutkowej lewej. Tętno serca w miejscach wysłuchiwania zastawki dwu i trójdziałnej słabe, lecz czyste; u podstawy serca tony zyskują na sile i wyrazistości. W wielkich naczyniach szyjowych również nie słychać żadnych szmerów.

Mocz wydziela się w umiarkowanej ilości (1200—1300 cc. na dobę), białka nie zawiera. Przyrząd pokarmowy nie przedstawia widocznych zaburzeń z wyjątkiem atonii kiszek.

27. 28. IX. Tętno 100 na minutę. Duszność w jednakowym stopniu. Kaszel męczący, wydzielanie plwociny utrudnione.

29. Tętno 80 na minutę, fala krwi mała, dwubitność w słabym stopniu. Duszność mniejsza, tak, iż chory jest w stanie pozostawać w pozycji leżącej: Oddech 30 na minutę. Ilość rżeń (*crepitation*) mniejsza. Zalecono choremu *Dec. Senegae ex 3j pti 3vj. c. liq. ammon. anis. 3j. S.* Co 2 godziny łyżkę. Bańki suche na plecy. Wino.

30. IX. Tętno 72. Stan chorego w ogóle lepszy.

1. XII. Tętno 100 słabe, małe. Duszność znacznie większa. *Orthopnoea*. Z tyłu klatki piersiowej, począwszy od dolnego kąta lewej łopatki do dolnej granic lewego płuca odgłos opukowy stłumiony, oddech zaś i drżenie piersiowe (*fremitus vocalis*) znacznie słabsze, jak w pozostałych częściach płuc. Tępość serca powiększyła się w wymiarze poprzecznym, w kierunku ku prawemu brzegowi mostka. Oprócz naparu wymiotnicy (*ipecacuanha*) przepisano choremu 3 proszki półgranowe kamfory.

2. XII. Tętno 120. Chory skarży się na bóle w okolicy mostka i na duszność. Kaszel ciągle dokuczliwy. Plwocina trudno się odrywa. Oddech 30 na minutę. Tegoż samego dnia o godzinie 2-iej po południu oddech częstszy, nierówny, 40 na minutę. Tętno 124. U wierzchołka prawego płuca z tyłu słychać liczne rżenia wilgotne i suche. To samo w okolicy podobojczykowej prawej i lewej. Tępość serca powiększa się, zlewając się z tępością śledziony tak, iż niepodobna oznaczyć linii granicznej. Uderzenia serca dość silne. Plwocina pienista. Brzuch wzdęty. Chory chcąc sobie ulżyć w obec wzmagaającej się duszności, przybiera instynktownie różne pozycje. W chwili badania zastaliśmy go siedzącego na małym stołeczku przy łóżku, głowę miał nieco pochyloną ku przodowi, lewą ręką opierał się o podbródek przyczem łokciem dotykał krawędzi łóżka. Prawa ręka była także wsparta na krawędzi łóżka. Na twarzy sinica. Obrzęk stóp bardzo nieznaczny, widoczny głównie w okolicy palców. Zalecono: synapizma na piersi a do wewnątrz środki pobudzające.

3. XII. Tętno 80; duszność nieco mniejsza; w płucach stan jednakowy; plwocina w części pienista, w części szklista i zbita; stan ciągle bezgorączkowy.

4. XII. Tętno 88, słabe, miękkie; duszność trzyma się w jednakowej mierze; obrzęk stóp nieco większy; tępość serca zwiększyła się w kierunku podłużnym, gdyż górna granica bezwzględnej tępości przesunęła się ku górze, o jedno żebro (znajduje się na brzegu dolnym III żebra); u wierzchołka serca pierwszy ton głuchy, słaby, przechodzący jakoby w szmer, trudno jednakże coś stanowczego powiedzieć w tym względzie. Chory przyjmuje *tinct. nervino-tonic. Bestiuscheffi* — 3 razy dziennie po 15 kropel.

5. XII. Tętno 90, duszność nieco mniejsza, chory pozostaje w łóżku; u wierzchołka prawego płuca słychać ciągle rżenia; oddech w dolnych częściach płuc osłabiony.

6. XII. Tętno 100. *Status idem.* 7. XII. Tętno 100, chory po raz pierwszy spał w nocy kilka godzin z rzędu, nad ranem wystąpiła duszność i mocne bicie serca. Serce powiększa się w wymiarze poprzecznym. Tony głuche.

8. XII. Tętno 86 na minutę bardzo słabe, nieznaczna niemiarowość ruchów serca; duszność wielka; chory siedzi na łóżku z opuszczoną ku dołowi głową; sinica twarzy i kończyn dolnych; sen niespokojny; w górnych częściach lewego płuca z przodu i z tyłu klatki piersiowej liczne krepitacje; wymiar poprzeczny tępości serca ciągle zwiększa się; górna granica serca na III żebrze, długość jej wynosi 13 ctm.; lewa granica idzie nieco na zewnątrz od linii sutkowej lewej i = 9 ctm.; prawa granica przesunięta na prawo, przekracza prawy brzeg mostka; długość jej wynosi 11 ctm. Dolną granicę stanowi górny brzeg VI żebra, największy wymiar poprzeczny = 15 ctm.; u wierzchołka serca słaby szmer skurczowy.

9. XII. Serce uderza 80 razy na minutę; tętno nadzwyczaj słabe, tak, iż naliczyć można zaledwie 54 uderzeń na minutę. Chory leży na lewym boku, po przyjęciu zaś pozycyi na wznak widać, że dołek podsercowy przedstawia dość znaczne wypuklenie, wskutku czego granica pomiędzy klatką piersiową a brzuchem jest zupełnie zatartą. Wątroba znacznie powiększona, twarda, dolny jej brzeg bieży w rodzaju łuku od prawego podżebrza ku lewemu. Największa wypukłość łuku dosięga pępka. Przyłożywszy rękę na okolice serca nie czuć ruchów tego ostatniego; Przy pierwszym tonie słaby szmer; w płucach z przodu i z tyłu klatki piersiowej liczne rżenia wilgotne; plwocina do piany podobna; sinica kończyn dolnych i górnych; obrzęk kończyn dolnych bardzo słabego stopnia. Zalecono choremu mleczankę kamforową i wino.

10. XI. Tętno 80, duszność mniejsza, jak również i sinica, u wierzchołka serca zamiast pierwszego tonu słychać słaby szmer skurczowy.

11. XII. Tętno 88, chory czuje się znacznie lepiej, duszność mniejsza, łaknienie poprawia się.

12. XII. Tętno 100, stau znowu gorszy, duszność przybrała większe rozmiary; kaszel nadzwyczaj męczący; oprócz wilgotnych rżeń słychać dużo suchych rżeń w różnych miejscach płuc.

13. XII. Tętno 100 bardzo słabe; duszność wielka; plwocina pienista, ze krwią zmieszana; z przodu klatki piersiowej, zwłaszcza z lewej strony obfite rżenia.

O godzinie 10 wieczorem chory wśród objawów upadku czynności serca i wzmagającej się duszności życie zakończył.

R o z p o z n a n i e: *Asthma cardiacum. Dilatio ventriculi sinistri. Insufficiencia relativa valvulae bicuspidalis. Sclerosis arteriarum coronariarum cordis. Suspilium stenoseos vel obturationis arteriae coronariae magnae. Bronchopneumonia catarrhalis acuta ex bronchitide orta.*

Zanim przejdziemy do rezultatu oględzin posmiertnych wypada nam przede wszystkim usprawiedliwić się z naszego rozpoznania choroby. Najprzód

słów kilka co do rozpoznania objawowego: *asthma cardiacum*. Z historii choroby okazuje się, iż chory nasz uskarżał się najwięcej na duszność, która zresztą i obiektywnie była najwydatniejszym objawem. Dosięgała ona tak wielkich rozmiarów, była tak dokuczliwą dla chorego, iż tenże dla ulżenia sobie przyjmował instyktownie najrozmaitsze pozycyje. Stanowi temu towarzyszyło pewne uczucie obawy i niepokoju. Jakkolwiek duszność istniała bez przerwy w ciągu całego pobytu chorego w szpitalu, lecz natężenie jej przedstawiało pewne wahania; prócz tego występowała niekiedy w postaci napadów trwających $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$ godziny. W czasie napadu duszności oddech stawał się przyspieszonym, powierchownym, twarz chorego bladła i przyjmowała podobnie jak palce rąk i nóg sinicowy wygląd. Niepokój i trwoga malowały się na twarzy chorego. Tętno uderzało częściej: *pulsus frequens, debilis, mollis, parvus*; od czasu do czasu zjawiają się przestanki w tętnie (*p. intermittens*).

Co się tyczy bólu w okolicy serca i mostka, to chory raz tylko jeden wspomniał o nim i wtedy nawet ból ten był nieznacznym.

Zachodzi teraz pytanie, jaką dać nazwę wyżej opisanym napadom duszności i niepokoju? Może mieliśmy do czynienia z tak zwaną dusznicą bolesną (*angina pectoris, stenocardia*). Otóż jakkolwiek podobne napady duszności posiadają niektóre cechy właściwe dusznicy bolesnej i przez niektórych autorów bywają za nią brane, nie powinny jednakże być zaliczone do działu tej ostatniej choroby. *Angina pectoris* przedstawia się w następujący sposób: chory, najczęściej po jakimś zmęczeniu, wysiłku fizycznym, przepełnieniu żołądka i t. p. dostaje nagle bez żadnych zwiastunów niezmiernie silnego bólu w okolicy serca lub mostka. Ból ten przedstawia się zwykle w postaci silnego ucisku, pochodzącego jakoby z wielkiego ciężaru cisnącego w kierunku od mostka ku kręgosłupowi. Ból ten rozchodzi się zwykle na kończynę górną lewą (*n. cutaneus externus*) aż do dwóch ostatnich palców ręki, rzadko przenosi się na prawą kończynę górną lub na obie kończyny górne. Bólowi, występującemu w okolicy serca, towarzyszy zwykle ogromny niepokój, obawa blizkiej śmierci i uczucie wielkiej duszności. Chory z obawy powiększenia bólu powstrzymuje oddech, twarz jego blednie, pokrywa się potem, a kończyny ziębną. Często podczas napadu skurcze serca odbywają się zupełnie prawidłowo, serce, jak również i tętno, uderza rytmicznie. Innym razem bicie serca przyspiesza się, lub też rytm jego zwalnia się. Wreszcie uderzenia serca bywają niekiedy nieregularne (arytmiczne) lub przepuszczające (*intermissiones*). Napad taki trwa od kilku minut do kwadransa i kończy się albo śmiercią, co się dość często zdarza, albo też względnem wyzdrowieniem.

Z tego okazuje się, że obraz napadu duszności, jaki spostrzegaliśmy u naszego chorego, miał wiele podobieństwa do dopiero co opisanej dusznicy bolesnej. Nie jest to jednak *angina pectoris striete sic dicta*, lecz tak zwane *asthma cardiacum*.

Różnica pomiędzy obiema postaciami polega na tem, iż:

1) w dusznicy bolesnej pierwszym i najważniejszym objawem jest niesłychanie silny ból w okolicy serca (mostka), czego przy tak zwanej astmie sercowej albo wcale nie bywa, albo też ból jest bardzo nieznaczny.

2) w *angina pectoris*, duszność w ścisłym znaczeniu tego wyrazu nie istnieje, istnieje tylko, że się tak wyrazimy, uczucie duszności (*dyspnoea subjectiva*).

Powietrze przedostaje się bez przeszkody do dróg oddechowych, chory może zupełnie swobodnie oddechać, a jeśli powstrzymuje oddech, to tylko z obawy powiększenia strasznego bólu. Podczas samego napadu osłuchiwanie nie wykazuje nic nieprawidłowego. W astmie zaś sercowej oddech jest utrudniony, powierzchowny, częsty, podobny do oddechu towarzyszącego astmie oskrzelowej; zmiany w płucach istnieją zawsze w większym lub mniejszym stopniu, choć zwykle niedostateczne do wytłumaczenia tak silnej duszności, jaka chorym dokucza. Ztąd też nazwa: *asthma cardiacum*. Niekiedy oddech, z początku przyspieszony, powierzchowny, lecz rytmiczny, staje się nieregularnym, tak, iż zbliża się do typu oddechania *Cheyne-Stokes'a*. Jest to objaw groźny, gdyż wskazuje na rozpoczynające się porażenie ośrodka oddechania.

3) Co się tyczy rokowania, to choć bywa złe w obu postaciach chorobowych, jednak w astmie sercowej jest względnie lepsze, aniżeli w dusznicy bolesnej. W czasie napadu astmy sercowej rzadko chory umiera, gdy tymczasem w *angina pectoris* śmierć jest częstym zejściem.

4) Napad astmy sercowej trwa zwykle dłużej aniżeli w dusznicy bolesnej.

Rozpoznanie anatomiczne. a) Przechodząc do rozpoznania anatomicznego zwróciliśmy najprzód uwagę na płuca. Drogę tę wskazywała nam wielka duszność. Przy pierwszym badaniu chorego zauważyliśmy stłumienie odgłosu opukowego w okolicy prawej łopatki, a wysłuchiwanie wykryło oddech nieokreślony i wilgotne rżężenia. W pozostałych częściach płuc oddech był zaostrozony (*respiratio vesicularis aspera*). Plwocina pienista. Po kilku dniach zaszła już zmiana w płucach i stłumienie odgłosu w okolicy prawej łopatki stało się mniej wydatnem, a natomiast wystąpiło nowe stłumienie z tyłu po lewej stronie klatki piersiowej. Stłumienie to rozciągało się od dolnego kąta łopatki do dolnej granicy lewego płuca. W miejscach stłumienia odgłosu oddech był słabszym, jak również i drżenie ścian klatki piersiowej (*fremitus vocalis*). Obok tego istniał silny, męczący kaszel z pienistą plwociną, która od czasu do czasu zawierała nieco krwi. W przebiegu choroby wspomniane stłumienie odgłosu opukowego zmieniało się tak pod względem swych rozmiarów jako też i co do własności przewodnictwa głosu i oddech stawał się głośniejszym a drżenie piersiowe zyskiwało na sile. Pod koniec choroby ilość wilgotnych rżężeń w płucach zwiększyła się szybko. Ponieważ zaś granice płuc były tylko nieznacznie obniżone, zatem zależało z góry zaraz wykluczyć rozedmę, jako możliwą przyczynę strasnej duszności. O włóknikowym zapaleniu płuc nie mogło być mowy, z powodu zbyt słabego nateżenia objawów opukowych i wysłuchowych. Wprawdzie podczas pierwszego badania chorego znaleźliśmy stłumienie odgłosu w okolicy prawej łopatki, lecz nieznacznego stopnia i to z oddechem nieokreślonym (*respiratio indeterminata*). Zresztą przeciw ostremu włóknikowemu zapaleniu płuc przemawiał początek choroby, która, sądząc ze słów chorego, rozpoczęła się powoli, od silnego kaszlu, bez dreszczów i bez podwyższenia ciepłoty ciała. Plwocina krwista zjawiała się dopiero wśród wzmagającej się duszności w czasie pobytu chorego w szpitalu. Kiedy w dolnej części

lewego płuca wystąpiło stłumienie odgłosu z osłabieniem oddechu, jak również i drżenia piersiowego, a po nad górną granicą stłumienia usłyszeliśmy oddech oskrzelowy, wtedy nasuwała się nam myśl wysięku opłucnego (*pleuritis exsudativa*). Przypuszczenie to wydawało się tem więcej uzasadnionem, iż jednocześnie ze zjawieniem się stłumienia duszność stała się większą. Jednakże fizykalne objawy wydały mi się za mało wydatnymi, jak dla *pleuritis exsudativa* i zbyt szybko zmieniającymi się.

O odmie piersiowej (*pneumothorax*) nie mogliśmy myśleć, z powodu braku fizykalnych objawów właściwych tej chorobie.

Po wyłączeniu więc powyższych chorób, pozostało nam tylko nieżytowe zapalenie płuc (*pneumonia catarrhalis*), które najwięcej miało za sobą danych. Wprawdzie nie objaśniało nam ono tej straszliwej duszności, jednak tłumaczyło nam najlepiej powstawanie owych rozrzuconych miejsc ze stłumionym odgłosem opukowym i oddechem bądź to osłabionym, bądź to nieokreślonym. Wreszcie zmienność objawów i miejsca najwięcej odpowiada pełzającemu przebiegowi nieżytego zapalenia płuc. Punktem wyjścia tej ostatniej był niezawodnie nieżyt oskrzeli (*bronchitis acuta*), który i obecnie jeszcze wraz z dusznością najwięcej dokucza choremu.

b) S e r c e. Ponieważ zaś dane znalezione w płucach nie były dostatecznymi do wyjaśnienia niesłychanej duszności i niepokoju i to w obec bezgorączkowego stanu chorego i ponieważ chemiczne i mikroskopowe badanie moczu nie wykryło nic szczególnego, wypadało więc zwrócić całą uwagę na ośrodek krwiobiegu. Lecz i co do serca nadzieje nasze zostały zawiedzione i pomimo bardzo starannego i kilkakrotnie codziennie powtarzanego opukiwania i osłuchiwania nie mogliśmy nic więcej wykryć, jak tylko powiększenie tępości serca w obu wymiarach; słaby szmer skurczowy w okolicy wierzchołka serca. Szmer ten jednakże był bardzo niestałym, niekiedy znikał zupełnie, a ton skurczowy był wtedy głuchym, niekiedy szmer zjawiał się obok tonu, w końcu zaś choroby występował zamiast pierwszego tonu. Wobec więc takiej zmienności siły i czasu znikania i występowania szmeru przyjęliśmy w zględną niedostateczność zastawki dwudzielnej. Za tem przemawiało i rozszerzenie serca, zwłaszcza lewej komórki, jak również i ta okoliczność, iż szmer stawał się najwyraźniejszym pod koniec choroby, kiedy zasób sił chorego, *resp.* serca, szybko się wyczerpywał. Wreszcie gdyby istniała rzeczywista niedostateczność zastawki dwudzielnej, zależna od zmian anatomicznych zastawki, to w obec tak silnej duszności, musielibyśmy już mieć znaczny obrzęk kończyn dolnych i mniej lub więcej niemiarowe tętno. Zresztą reumatyzmu chory nigdy nie przebywał, co także przemawia w części przeciw istnieniu rzeczywistej niedostateczności zastawki. Brak cukru w moczu nie pozwalał na objaśnienie duszności cukrzycą (*diabetes mellitus*). Początek przebiegu choroby nie wskazywał na zapalenie osierdzia (*pericarditis*).

W takim stanie rzeczy pozostawało nam:

1) albo przypuścić istnienie rozszerzenia części wstępującej aorty, któraby w takim razie uciskała splot sercowy;

2) albo objaśnić powyższe objawy tak zwanym przeciążeniem serca (*Ueberanstrengung des Herzens*,

3) lub wreszcie przyjąć zmiany chorobowe mięśnia serca za główną przyczynę spostrzeganych u naszego chorego objawów.

1) Pierwsze przypuszczenie miało za sobą mniej prawdopodobieństwa, aniżeli dwa pozostałe, z powodu, iż w przebiegu aorty nie słychać było ani szmeru skurczowego, ani też 2-gi ton nie wyróżniał się swoją siłą, rezonansem. Prócz tego opukiwanie nie wskazywało na rozszerzenie części wstępującej aorty.

2) Co się tyczy drugiego punktu, to musimy wyznać, iż obraz naszej choroby miał wiele podobieństwa do obrazu tak zwanego przesilenia, przeciążenia serca (*Ueberanstrengung des Herzens*). Postać ta, na którą przed niedawnym dopiero czasem zwrócono uwagę (*Seitz*), polega na zmęczeniu, wyczerpaniu serca, przy czem zmiany anatomo-patologiczne znajduwane na sekcji w samym mięśniu serca są prawie żadne. Istnieje tylko rozszerzenie serca, zwłaszcza lewej komórki, bez żadnych wad zastawek. Występuje ona u ludzi ciężko pracujących fizycznie, u żołnierzy odbywających forsowne marsze, najczęściej w wieku dojrzałym, wśród objawów bicia serca, wielkiej duszności, niepokoju, przy mniej więcej zdrowym stanie płuc i prawidłowej ciepłocie ciała. Widzimy więc, że postać ta ma wiele wspólnych cech z chorobą przez nas spostrzeganą, jednakże są i pewne między nimi różnice. Przeciw przesileniu serca przemawiają następujące okoliczności:

a) chorzy przychodzą dość szybko do siebie po kilkudniowym odpoczynku w domu lub szpitalu, tylko w razie ponowienia się napadów stan chorego nie polepsza się nawet mimo odpoczynku. Śmierć rzadko następuje, w czasie pierwszego lub następnego wystąpienia choroby. W naszym przypadku pomimo wypoczynku, opieki lekarskiej, stan chorego stopniowo się pogarszał, a w końcu zakończył się śmiercią.

b) Rytm uderzeń serca i tętna bywa zwykle w tak zwanem przesileniu serca niemiarowym, u naszego zaś chorego w czasie całego pobytu w szpitalu, skurcze serca i uderzenia tętna, były zupełnie rytmiczne, gdyż nadzwyczaj drobne zmiany w następstwie jednych skurczów za drugimi nie mogły być zaliczone do właściwej arytmii.

c) Szmeru podobne do osierdziowych zdarzają się często w przesileniu serca, których w danym przypadku nie było.

d) Trzecie przypuszczenie miało z sobą najwięcej prawdopodobieństwa. Jakie jednak zmiany należało przyjąć w mięśniu serca? Ponieważ początek, przebieg choroby i niektóre objawy fizykalne nie odpowiadały obrazowi, jaki autorowie podają dla stłuszczenia serca (*degeneratio adiposa cordis*), wypadło więc zwrócić się do samych tętnic wieńcowych serca. Najczęstszą sprawą chorobową jaką się w nich spotyka, jest stwardnienie błony wewnętrznej (*arterio-sclerosis*) które często prowadzi do zwężenia lub zatkania ich światła. Dalszem następstwem są zmiany w mięśniu serca poprzednio już opisane, w części anatomo-patologicznej.

(C. d. n.)

NOTATKI LEKARSKIE.

21. Tyfus brzuszny. Liczne ropnie podskórne w okresie wyzdrowiania.

Bronisława K., lat 16, przybyła w dniu 16 Czerwca r. b. na salę 6 w szpitalu Dzieciątka Jezus, skarżąc się na ból głowy i gardła i na rozwolnienie.

O ile zapamięta, poprzednio nigdy nie chorowała obłożnie; dokuczał jej tylko od czasu do czasu nieznośny kaszel. Regularności jeszcze nie było. Od kilku dni chora czuła się niedobrze, straciła apetyt, doznawała „lamania w kościach“ i po uporeczywem zaparciu stolca od paru dni miała rozwolnienie; na dzień przed wstąpieniem do szpitala doznała dość silnych dreszczów. Podczas pobytu w szpitalu dreszcze powtarzały się codziennie, jeszcze przez dni parę. Ból głowy wzrastał się, rozwolnienie nie ustępowało.

Chorą widziałem pierwszy raz w dniu 23. VI.; był to ósmy dzień choroby, stan zaś chorej był podówczas następujący:

Chora wzrostu średniego, zbudowana dość słabo, odżywiana również niezbyt świetnie; stan gorączkowy, ciepłota ranna 39° C., wieczorem 40,1° C., tętno około 100, dość twarde i duże, częstość oddechu 30; na skórze nie ma żadnej wysypki.

Klatka piersiowa trochę wydłużona, sutki prawie wcale nie rozwinięte. Ruchy oddechowe jednakże po obu stronach. Granice płuc prawidłowe, odgłos wypukowy wszędzie normalny. Wydech nieco wydłużony i niewielką ilość rżężeń suchych i wilgotnych, grubo-oskrzelowych, słychać na całej klatce piersiowej. Nieznaczny suchy kaszel.

Wymiar serca prawidłowy; tony czyste, dość silne.

Brzuch umiarkowanie powiększony, bolesny przy dotknięciu przeważnie w okolicy kiszki ślepej i okrężnicy wstępującej. Śledziona sięga nad ósme żebro i daje się dobrze wyczuć mniej więcej na palec pod brzegiem żeber; okolica śledziona nieco bolesna na dotyk. Wątroba nie powiększona. Kiszki wypełnione kałem; od czasu do czasu burkotanie (*borborygmi*). Język obłożony, dość suchy. Chora miewa dziennie pięć do sześciu wypróżnień płynnych, koloru ciemno-żółtego. Uryny około 500 cent. sześć; kolor moczu ciemno-czerwony, białka nie ma, znaczny osad złożony z moczanów.

Chora znajduje się w stanie nieco pobudzonym; w nocy, według opowiadania posługaczki, trochę bredzi.

Biorąc pod uwagę początek choroby i dane osiągnięte podczas badania, mianowicie, ciepłotę ciała, powiększenie śledziona, stan przewodu pokarmowego, lekkie zajęcie oskrzeli i objawy ze strony ośrodków mózgowych, pomimo braku dotychczas wysypki, nie wahałem się z postawieniem rozpoznania: tyfus brzuszny. Zaleciłem zimne okłady na głowę, także obmywanie całego ciała; *olei ricini* $\frac{1}{2}$ łyżki. Ciepły okład na brzuch; herbatę, kawę czarną, nieco wina i rosół.

W ciągu drugiego tygodnia choroby ciepłota ranna bywała 39° 39,5° C., wieczorna zaś sięgała do 40,2° C., tętno zwykle około 120. Na skórze brzucha i piersi w niewielu miejscach zjawiała się wysypka. Śledziona się nieco powiększyła ku górze i sięgała do 7 żebra. Stolce pozostały bez żadnej zmiany; lekki *meteorismus*, język zupełnie suchy. Pod koniec drugiego tygodnia objawy mózgowe przybrały rozmiary groźniejsze, prawie ciągła nieprzytomność; tętno stało się więcej miękkim, a tony serca nieco słabszymi. W obec tego prócz dyjety pożywnej i wina, zastosowano: *Inf. Valer.* (3j— $\overline{5}$ vj).

Już na początku trzeciego tygodnia objawy mózgowe stały się jeszcze więcej zatrważającymi, nieprzytomność nie ustawała ani na chwilę, od czasu do czasu chora zrywała się z łóżka i chciała uciekać. Tętno dochodziło niekiedy

do 130 uderzeń na minutę. Ciężota ranna 39,5°, C. wieczorna 40,5 C., a nawet przez trzy dni 41° C. W wypróżnieniach zjawily się żyłki krwi, a na wardze górnej wyprysk niezbyt obfity, który po 5 dniach znikł zupełnie. Z obawy wyczerpania sił chorej, prócz większej ilości wina zaleciłem mleczankę kamforową.

Dwudziestego trzeciego dnia choroby ciężota zaczęła opadać tak, że w końcu czwartego tygodnia spadła prawie do normy. W tym samym czasie na brzuchu, bokach i łądźwiach wystąpiło kilka czyraków dość bolesnych, które jednak dość prędko się zagoily, wywoławszy około trzydziestego dnia choroby nieznaczną zwyżkę ciężoty. Potem stan chorej szybko się zaczął poprawiać.

Dopiero 22. VII., a więc w trzydziści siedm dni od daty zasłabnięcia, na brzuchu i piersiach powstało kilka miejsc zaczerwienionych, nieco wniesionych nad powierzchnię skóry i trochę bolesnych przy dotknięciu. Ciężota ciała pozostała wprawdzie w tym dniu normalną, lecz zaraz nazajutrz chora poczuła wieczorem dreszcze i ciężota podskoczyła do 38,5° C. Już następnego dnia (24. VII.) na wszystkich wspomnianych miejscach można było wyczuć bardzo wyraźne chęłbotanie (*fluctuatio*). Wielkość i wygląd zewnętrzny wszystkich ropni był zupełnie podobny do wzniesienia skóry, powstającego zaraz po odjęciu dobrze naciągniętej, suchej bańki. Ogółem ropni było dwanaście, z tej liczby jeden na skórze czaszki (*in capillitio*), jeden na klatce piersiowej i jeden na wewnętrznej powierzchni lewego ramienia około pachy.

W skutek takiego stanu, chora została przeniesioną do oddziału chirurgicznego kol. Matla kowskiego, który w dniu 26. VII, otworzył 9 ropni, przy czym wypłynęła ropa gęsta, niecuchnąca, ścianki ropni okazały się gładkie i mało zmienione. Przez następne dwa dni chora nieco gorączkowała, zresztą stan ogólny był zadawalniający.

W dniu 1. VIII. otworzono jeszcze dwa ropnie, na czaszce w okolicy ciemieniowej prawej i na brzuchu, i tu ropa była bardzo gęsta, po odejściu zaś jej wydzielily się same kawałki zmartwiałych tkanek ze ścian ropni, na około brak było wszelkich objawów zapalnych. Rany po przecięciu goily się bardzo szybko, jeden zaś z ropni nie otworzony uległ wessaniu. W dniu 10. VIII. chora była już zupełnie zdrową.

Czyraki i ropnie podskórne, występujące w czasie powrotu do zdrowia po tyfusie brzuszny, są rzeczą dość częstą, ostatnie jednak zdarzają się stosunkowo rzadziej niż pierwsze. Liebermeister na 1750 chorych, dotkniętych tyfusem brzuszny (od roku 1865 do 1871 roku), widział ropnie u 85, a więc w 4,85%.

W przytoczonym powyżej przypadku godną jest uwagi niezwykła ilość ropni, umiejscowionych pod skórą i występujących równocześnie na różnych częściach ciała; uderza także i to, że wbrew zwyczajowi znajdowały się one głównie na miejscach, które wcale nie były wystawione na ucisk podczas choroby. Zwykłym siedliskiem tego rodzaju ropni są poślądki i okolica łądźwiowa, tutaj zaś zajmowały skórę brzucha, przednią okolicę klatki piersiowej i okolicę ciemieniową na głowie. Wszystkie te ropnie, jak wyżej nadmienilem, były ściśle umiejscowione w tkance łącznej podskórnej, M. Jakowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

40. Neudörfer. Przyczynek do kwestyi działania i stosowania chloroformu.

(Dokonezenie. — Patrz Nr. 34).

2) Ile chloroformu pochłonać może surowica krwi?

Z razu sądził autor, że pochłonie ona go mniej aniżeli woda destylowana. Doświadczenie jednak dało wynik wprost przeciwny. Okazało się mianowicie,

że 100 cent. surowicy krwi pochłania od 988—1018 miligramów chloroformu. Autor z tego wnosi, że nie całą ilość chloroformu należałoby uważać za rozpuszczoną w surowicy, ale część jego jakoby uwięzioną przez lepkie cząsteczki surowicy przy klóceniu jej z chloroformem.

3) Ile wreszcie pochłonać jest w stanie żywa krew w całości? Otóż krew wypuszczona bezpośrednio z żyły, a przez dodatek dwuwęglanu sodu utrzymana w stanie ciekłym, pochłaniała na 100 cent. 1753 miligr. chloroformu.

Z powyższego okazuje się, ile w ogóle wynaczyniona surowica lub krew zawierać w sobie może najwyżej chloroformu płynnego. Daleko jest trudniejszym oznaczenie ile najwyżej krew krążąca pochłonać jest w stanie par chloroformowych, albo, co dla nas nierównie jest ważniejszym, ile chloroformu pochłoneła krew, gdy nastąpiło zupełne znieczulenie. Rozwiązanie pytania tego przedstawia następujące trudności. Przedewszystkiem, jak to okażemy później, zawartość chloroformu w powietrzu wdechanem jest zmienną, a gdybyśmy nawet byli w stanie ilość tę oznaczyć, to trudno znowu oznaczyć ilość chloroformu uchodzącego z powietrzem wydechanem, a gdyby nawet i to było możliwem, to pozostawalibyśmy jeszcze w niepewności, ile chloroformu pochłaniają pierwiastki tkankowe. Pomimo tych trudności autor ma zamiar w dalszych pracach przynajmniej do rozwiązania kwestyi się zbliżyć.

Opierając się na wymienionych powyżej badaniach wstępnych, autor przystępuje do następujących wywodów, które już bezpośrednio poprowadziły go do pewnych praktycznych wyników, odnośnie od stosowania chloroformu jako środka znieczulającego. Wiadomem jest, że mieszanina gazów dyfundując przez błony do próżni nie przechodzi do takowej w niezmienionym stosunku, ale w stosunku zależnym od współczynnika przenikania pojedynczych gazów. To samo ma miejsce, gdy mieszanina przecieka do płynów. Wiadomą jest rzeczą, że powietrze, przenikając do wody, przedstawia w tej ostatniej stosunek tlenu do azotu prawie 1 : 2, gdy tymczasem w atmosferze stosunek ten jest równym 1 : 4. Wynika więc stąd, że współczynnik absorbcyjny wody dla tlenu jest większym, aniżeli dla azotu. Można by to wyrazić jeszcze i tak, że woda posiada większe powinowactwo do tlenu aniżeli do azotu. Podobnie się dzieje i z krwią. I krew pochłania w różnym stopniu rozmaite gazy. Najbardziej wszakże opracowaną jest kwestyja zdolności pochłaniania pewnych gazów przez krążki krwi, a zwłaszcza przez hemoglobinę. Przekonano się, że hemoglobina większe ma powinowactwo do tlenku węgla aniżeli do tlenu. Jeżeli zatem w atmosferze, w której oddechamy, znajduje się tlenek węgla, to hemoglobina przestaje pochłaniać tlen, a w jego miejsce wchodzi tlenek węgla. Jeszcze silniejsze powinowactwo ma hemoglobina do tlenku azotu, tak, że ten ostatni wypiera ze związku nie tylko tlen ale i tlenek węgla. Ale jakkolwiek gaz posiadający silniejsze powinowactwo do danego płynu w większej ilości do takowego wnika, to jednakże doświadczenie wykazało, że jeżeli gaz silne powinowactwo mający znajdować się będzie w obec nadmiaru gazu posiadającego słabsze powinowactwo, to w tych warunkach stosunek wchłanianych gazów nie będzie odpowiadał wyłącznie stosunkowi ich współczynników absorbcyjnych, ale na niekorzyść tych ostatnich działać będzie sam nadmiar gazu z mniejszem powinowactwem. Doświadczenie przekonało, że gdy w atmosferze znajdować się będzie 1% tlenku węgla, to wtedy zawartość tlenu w hemoglobinie spadnie z 20% do 11%, a zawartość tlenku węgla w hemoglobinie równać się będzie 10,7%. W tych warunkach zwierzę po 20 minutach umiera. Jeżeli jednak w atmosferze znajdować się będzie 0,025% tlenku węgla, to wtedy zawartość tlenu w hemoglobinie zmniejszy się tylko do 19,9%, a zawartość tlenku węgla wynosić będzie 1,2%. Jeżeli teraz zwierzę pomieścimy w atmosferze czystego tlenu, w którym zawierać się będzie 1% tlenku węgla, to i w tych warunkach przejdzie do krwi tlenku węgla 10,7%, ale tlenu wtedy hemoglobina zawierać będzie 20—23% i wtedy

powyższy procent tlenku węgla nie będzie działał śmiertelnie. H o p p e - S e y - l e r i G r é h a n t twierdzą wprawdzie, że jeżeli w mieszaninie 3 wyżej wspomnianych gazów (tlen, tlenek węgla, tlenek azotu), najslabszy w nich znajduje się w wielkim nadmiarze, to nie dopuszcza on do pochłaniania gazów z powinowactwem silniejszym. Autor wszakże twierdzi, że nie należy sądzić, jakoby one nie były pochłaniane, ale tylko, że przestały być szkodliwymi.

Wyżej powiedzieliśmy, że powietrze nasycone chloroformem działa niszcząco na krążki krwi. Przed chwilą wykazaliśmy, że tlen nie należy do gazów, do których hemoglobina najsilniejsze ma powinowactwo. Zdaniem autora powinowactwo hemoglobiny do tlenu w ogóle nie jest wielkością stałą, a natomiast w pewnych granicach zmienną, co zależy od indywidualności, czyli innem słowem od konstytucyi danego ustroju. Otóż w ustroju, w którym hemoglobina ma słabe do tlenu powinowactwo bardzo być może, że nie tylko tlenek węgla i tlenek azotu są w stanie wyprzeć tlen ze związku z hemoglobina i w ten sposób śmierć wywołać, ale i inne gazy mogą to uczynić. Autor przypuszcza, że śmierć spowodowana wdychaniem chloroformu zależy właśnie od konstytucyjonalnego słabego powinowactwa hemoglobiny do tlenu i że w tym przypadku chloroform na jego miejsce się podstawia. Jeżeli znieczulamy chloroformem osobnika, którego hemoglobina ma stosunkowo słabe powinowactwo do tlenu, jeśli zatem krwi dajemy do oddechania powietrze zawierające 20% chloroformu, to wtedy w 100vv. tego powietrza obok 20vv. chloroformu znajduje się tylko 80vv. powietrza atmosferycznego. Krwi zatem zamiast zwykłej ilości 20% tlenu dostarczamy gazu tego tylko 16%. Otóż przy słabym powinowactwie hemoglobiny do tlenu bardzo być może, że w tych warunkach hemoglobina za mało lub wcale tlenu nie pochłania, a chloroform trujący swój wpływ wyrzeć może. Przypuszczenie takie zdaje się być bardziej w zgodzie z faktami, aniżeli owo, które wyprowadza zejście śmiertelne przy chloroformowaniu z osłabienia lub z chorób serca; jest bowiem wiadomem, że ludzie ze słabym tętnem serca, a nawet z wyraźnymi wadami tego narządu, bywają chloroformowani bez wszelkich groźnych przypadłości i naodwrot widziano przypadki śmierci przy chloroformowaniu u osób z silnym tętnem i zupełnie zdrowym sercem.

Przypuszczenie powyższe wskazuje zarazem drogę, na jakiej uniknąć by się dało w mowie będącego niebezpieczeństwa. Wykazaliśmy, że nawet ów silnie trujący tlenek węgla stać się może nieszkodliwym, jeżeli tlen znajdować się będzie w nadmiarze. Opierając się na tem wnioskuje autor, że gdy chorego mającego być poddanym chloroformowaniu umieścimy w atmosferze, w której tlen zawierać się będzie w nadmiarze, to w takich warunkach chloroform nie będzie mógł wyrzeć niszczącego swojego wpływu na ciała krwi. Krążki krwi w tym razie, nawet! przy słabym ich do tlenu powinowactwie, chłonać będą ilość tlenu dostatecznie wielką do zachowania swej żywotności. Słowem, autor sądzi, że gdy zamiast powietrza tlen czysty nasycimy chloroformem i taką mieszaniną każemy choremu oddechać, to unikniemy wszelkiego niebezpieczeństwa.

Przed przystąpieniem do doświadczeń w tym kierunku autor stawiał sobie teoretyczne zarzuty, które mogłyby przeciwskazywać stosowanie do oddechania mieszaniny chloroformu z czystym tlenem. Naprzód szło mu o to, czy ze względów chemicznych nie wytworzą się w tych warunkach jakiegokolwiek związki, szkodliwe na ustrój oddziaływać mogące. Możliwość wytworzenia się fosgenu i kwasu solnego, ale bliższe zbadanie tej kwestyi czyni obawy te zupełnie płonnymi. Następnie wobec zarzutu, że oddechanie czystym tlenem pod ciśnieniem zwykłym atmosferycznym nie jest bez szkody dla ustroju, autor zwraca uwagę na to, że 1) ponieważ tlen tu jest pomieszany z 20% chloroformu, ciśnienie jego zatem jest mniejsze od jednej atmosfery, 2) że skutki szkodliwe oddechania czystym tlenem uwydatniają się dopiero po kilkugodzinnem lub dłuższem jeszcze oddechaniu tym gazem, ale skutków tych zupełnie

w rachubę brać nie można wobec krótkiego czasu potrzebnego do wywołania znieczulenia

Znieczulenie za pomocą mieszaniny tlenu z chloroformem zastosował przede wszystkim N. u psów; wyniki były doskonale. Psy w bardzo krótkim czasie (1—2 minut) zupełnie ulegały znieczuleniu, po ominięciu zaś znieczulenia również bardzo prędko odzyskiwały przytomność, tak, że po kilku minutach były rześwemi i wesołemi.

Po tych doświadczeniach zastosował autor znieczulenie wyżej podaną metodą u ludzi, również ze skutkiem nad wszelkie spodziewanie pomyslnym. O jednym np. z chorych opowiada autor, że przyglądał się on operacyi na nim dokonywanej (chodziło o wyjęcie kuli ze śródrcza), przyczem ani się skrzywił, a po operacyi powiedział, że był wprawdzie nieco odurzonym, nie spał wszakże, wszystko widział, ale żadnego nie czuł bólu, sądził nawet, że znieczulenie było niepotrzebnem, gdyż operacyja była bezbolesną. Był to pierwszy chory, u którego N. stosował swoje metodę, skutkiem czego starał się znieczulenie nie tak daleko doprowadzić. W innych przypadkach stosował N. mieszaninę chloroformu z tlenem (10% chloroformu), przy czem operacyja przeciągała się dość długo (np. wycięcie stawu łokciowego); chorzy odznaczali się spokojem, oczy bywały na wpół zamknięte, rysy twarzy nie ulegały zmianom, charakteryzującym zwykle głębokie odurzenie, ale raczej przedstawiały obraz spokojnie zasypiającego człowieka. Również charakterystycznym jest szybkie budzenie się i przychodzenie do zupełnej przytomności. Autor wspomina, że u chorego z przerostem serca, cierpiącego na stenokardyalne napady, dwa razy uspakajał napady te, podając do wdychania 3% mieszaninę chloroformu w tlenie. Za każdym razem po upływie minuty następowało odurzenie, poczem chory szybko się budził, zupełnie dobrze się czując.

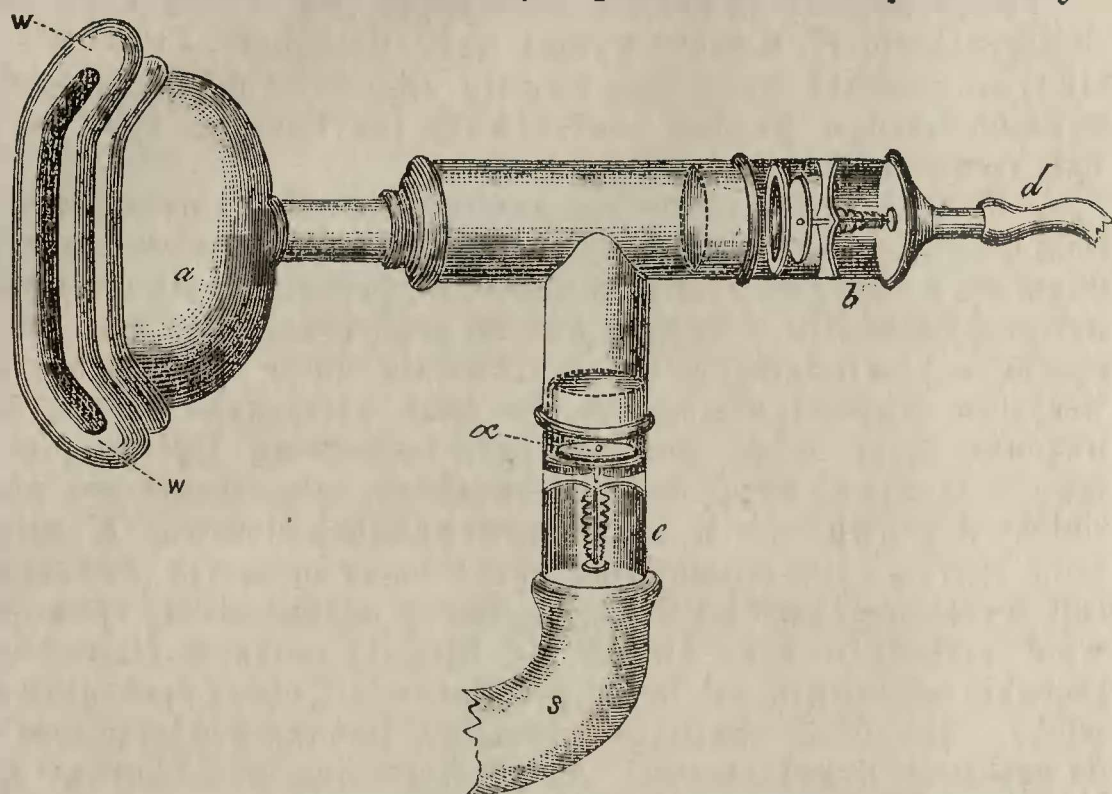
W ogóle zaznacza autor, że przy chloroformowaniu jego metodą unika się wpływów następczych, towarzyszących zwykłemu chloroformowaniu, a mianowicie: wielkiego osłabienia, bólu głowy, apatyi, mdłości i wymiotów, w ogóle nie daje się widzieć, aby chory czuł się potem więcej osłabionym. Wszyscy chorzy czują się po przebudzeniu dobrze i krzepko, jakby po zdrowym śnie i pomimo przebycia operacyi nie ulegali tak zwykłemu poblednięciu. Szczególnie dodatnią stroną tej metody stanowi brak okresu pobudzenia, spokojne oddechanie, szybkie zapadnięcie w sen i naodwrot szybkie przebudzenie się. Przez prędko następujące znieczulenie nietylko operujący zyskuje na czasie, ale co ważniejsza, ilość chloroformu, czas jego szkodliwego wpływu na krew, znacznie się zmniejszają. Autor dotąd z zupełną stanowczością nie może orzec, jaki jest najodpowiedniejszy procent w mowie będącej mieszaniny, ale to napewno twierdzi, że nasyciona mieszanina (20%) nie jest potrzebną. Najodpowiedniejszą zdaje się być 3—5%-owa.

A teraz słów kilka o technice zalecanej metody. N. zaleca nowy przyrząd *Limousin'a* dla otrzymywania tlenu, w którym to przyrządzie jak wiadomo tlen otrzymuje się przez ogrzewanie chloranu potasu zmieszanego z tlenkiem manganu. Tlen otrzymany tym sposobem przechowuje się w poduszkach odpowiednich lub też gazometrach. Poduszka lub pęcherz zawierający tlen wypełnia się parami chloroformu w ten sposób, że wlewamy do niego przez kurek za pomocą pipety odpowiednią ilość chloroformu, stosownie do żądanej koncentracji (p. w.). Po zamknięciu kurka przez ruch obrotowy poduszki lub pęcherza chloroform rozlewa się po ścianach wewnętrznych i szybko przechodzi w pary. Ponieważ chloroform łatwo ulatnia się przez pory pęcherza, właściwym więc jest dopiero przed użyciem mieszaninę gazów przygotować.

Tu zwrócić jeszcze należy uwagę, że najlepiej używać kurków metalowych, gdyż kauczukowe pod wpływem tej mieszaniny ulegają zmięknieniu i prędko się psują.

Co do samego mechanizmu wdechania chodzi tu o to, aby gazy raz wprowadzone do płuc po akcie wydechowym zostały zupełnie na zewnątrz usunięte.

W tym celu po rozmaitych próbach autor uznał za najodpowiedniejsze klapki sprężynowe. Mają one tę własność, że z nadzwyczajną łatwością odmykają się i zamykają nawet przy powierzchownych tylko ruchach oddechowych, a pomimo tego zupełnie szczelnie zamykają. Przyrządy te przygotowuje N., mechanik Markoni w Wiedniu.



Przyrząd, który załączony objaśnia rysunek, składa się zatem w ogóle: z tak zwanej maski kauczukowej, której brzeg opatrzony jest rurą gumową wypełnioną powietrzem w tym celu, aby maska przyciśniona do twarzy szczelnie przylegała; od maski tej idzie rura zrazu pojedyncza, później dzieląca się na dwie odnogi, z których jedna pozostaje w połączeniu z poduszką wypełnioną mieszaniną znieczulającą, a druga z atmosferą zewnętrzną. Każda z tych odnóg opatrzona jest wyżej opisanymi klapkami w ten sposób, że przy akcie wdechania otwiera się klapka od zbiornika mieszaniny znieczulającej, a zamyka klapka odnogi prowadzącej na zewnątrz i naodwrot.

(*Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie T. 18. Z. III i IV*)

Fr. Jawdyński.

Wiadomości bieżące.

Egipt. Według wykazu o śmiertelności cholery w r. 1865 w Egipcie, podanego w „Lancetie”, znajdujemy fakt interesujący, że na 61,192 przypadków śmierci wypada: muzułmanów 59,104, chrześcijan 1,978, żydów 110.

Berlin. Sąd okręgowy berliński skazał lekarza X. na 9 miesięcy więzienia, uznając go winnym wywołania poronienia, wskutek którego nastąpiły silne krwotoki i śmierć chorej.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski.* Nr. 35. W. Jaworski. O powstawaniu i rozpoznawaniu rozstrzeni żołądka.

— *Medycyna.* Nr. 35. K. Rumszewicz. Przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka.

Na pomnik Mickiewicza. Zebrane w kółku lekarskim przez D-ra Neumana, w Sosnowcu, 23 rs. — Razem z poprzednio zebranymi. Rs. 1010 kop. 50, 5 Złr., 10 franków. w złocie i 1 dukat w złocie.

Sprostowanie. W N-rze 36 Gaz. Lek. w Wiadomościach bieżących zamiast D-r K w a ś n i e w s k i, powinno być D-r K w a ś n i e k i b. chirurg w szpitalu Ewangelickim w Warszawie i w wierszu 8 zamiast S i e n e c u s, powinno być S i e m e n s.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 25 Августа 1883 г. Друк К. Ковалевського. Królewska Nr. 23.

MATTONI'EGO GIESSHÜBLER



Najczyściejsza woda kwaśna alkaliczna
NAJLEPSZY NAPÓJ STOŁOWY I ORZEŻWIAJĄCY

wypróbowany przy kaszlu, chorobach gardła i przy katarach żołądka
 i pęcherza moczowego.

Pastyłki do trawienia.

HENRYK MATTONI (Karlsbad).

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjałów aptec n
 i aptekach Rossyi

SKŁADY u Aleksandra Wenzla w Petersburgu Kazańska 3.
 u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20—12

DRAGEES MEYNET
 D'EXTRAIT
 DE FOIE DE MORUE

Pigulki Meynet z Ekstraktu Tranu Rybiego. Zatwierdzone przez Paryzką Akademię Medyczną. Zalecane przez wszystkich lekarzy jako skuteczniejsze od tranu rybiego, nie sprawiające ani niesmaku ani odbijania się.

Pigulki Meynet sprzedają się w pudełkach albo we flakonach. Wymagane na etykiecie znak fabryczny, jak obok, i podpis G. Meynet, niebieskim atramentem. • Skład Hurtowy: A. Fourny.

44, ulica Amsterdam, w Paryżu. W ROSSYI WE WSZYSTKICH GŁÓWNIJSZYCH APTEKACH.

O PIELEGNOWANIU CHORYCH

W DOMU I SZPITALU

PRZEKŁAD DZIEŁA Prof. BILLROTH'A
 Z DRUGIEGO NIEMIECKIEGO WYDANIA.

Cena egzemplarza zbroszurowanego rs. 1.—Kartonowanego rs. 1 kop. 30.—Przesyłka pocztą kop. 40. Jest do nabycia we wszystkich księgarniach. Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

0—9

OFNER KROLEWSKA WODA GORZKA MATTONI.

Mattoni i Wille w Peszcie

Zaszczycona chwalebna opinią najpierwszych lekarzy Europy

Używaną bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

1. w chorobach kanałów kiszkowych
2. „ obstrukeyi chronicznej
3. „ uderzeń do głowy, zawrotach, biciach serca i astmie,
4. „ febrze wywołanej zanieczyszczeniem żołądka
5. „ chronicznych w ogóle
6. „ lekkich cierpieniach skrofulicznych
7. „ stłuszczeniu
8. „ organów płciowych kobiecych

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjałów aptecznych
 i aptekach w Rossyi.

SKŁADY } u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazańska 3 20—12
 } u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj

OD WYDAWCY KURJERA CODZIENNEGO.

Starania o rozwój pisma naszego, a tem samem uczynienia go najpopularniejszym, zaznaczyliśmy od czasu przejścia Kurjera pod nową redakcyję. Wskutek uzyskanego pozwolenia w roku bieżącym rozszerzyliśmy znacznie program Kurjera Codziennego. Nie poprzestając na tem przedsięwzięliśmy **wyłącznie dla prenumeratorów Kurjera Codziennego wydawnictwo nowego stereotypowego odbicia.**

ENCYKLOPEDIJI POWSZECHNEJ

(TREŚĆ WIEDZY LUDZKIEJ)

w 12 Tomach z 2 Suplementami

za cenę niepraktykowanie niską:

a mianowicie:

Tom Encyklopedyi powszechnej objętości 30 arkuszy druku w wielkiej ósemce, za 60 kop. Z przes. pocztą 85 kop. 2 Suplementa liczyć się będą za jeden tom. Wydanie na welinowym papierze, kosztować będzie po 80 kop. za tom, a z przesyłką pocztą po rs. 1 kop. 5.

Encyklopedyi dotąd opuściło prassę tomów 3. Nowo-przybywający prenumeratorzy Kurjera z dniem 1-go Października otrzymują Encyklopedyję począwszy od tomu 1-go co miesiąc jeden tom.

PROGRAM KURJERA CODZIENNEGO

(Wychodzi codziennie nie wyłączając świąt, oprócz Bożego Narodzenia i Wielkiej Nocy).

1) Wiadomości urzędowe. 2) Kronika wiadomości miejskich i prowincjonalnych z Cesarstwa i zagranicy. 3) Powieści, opowiadania i poezyje. 4) Życiorysy znakomitości z drzeworytami. 5) Artykuły społeczne, ekonomiczne, przyrodnicze, rolnicze oraz dotyczące handlu i przemysłu. 6) Wiadomości z literatury, teatru, sztuki,—przeglądy polityczne i telegramy. 7) Kronika sądowa. 8) Felieton. 9) Korespondencyje z Cesarstwa i z zagranicy. 10) Ilustracyje do bieżących wydażeń. 11) Logogryfy, szarady, rebusy, szachy i t. d. 12) Rozmaitości. 13) Wiadomości giełdowe, handlowe i przemysłowe. 14) Ogłoszenia.

W miarę potrzeby bezpłatne dodatki poranne.

Nadmieniamy jeszcze, że ułatwiając wydatki prenumeratorom Kurjera Codziennego, na prowincyi, przyjmować będziemy odtąd od zapisujących się z prowincyi na Encyklopedyję opłatę miesięczną na Kurjer Codzienny. Mogą więc nadsyłać co miesiąc na Kurjer 75 kop. i na Encyklopedyję 85 kop. z przesyłką, czyli razem rs. 1 kop. 60. Drobne mogą być przysyłane markami pocztowemi.

WARUNKI PRENUMERATY

Cena Kurjera:

w Warszawie:		na Prowincyi i w Cesarstwie:	
Miesięcznie . . .	rs. — kop. 50	Miesięcznie . . .	rs. — kop. 75
Kwartalnie . . .	1 „ 50	Kwartalnie . . .	2 „ 25
Półrocznie . . .	3 „ —	Półrocznie . . .	4 „ 50
Rocznie . . .	6 „ —	Rocznie . . .	9 „ —

Za odnośzenie do domu dopłaca się kop. 5 miesięcznie.

Cena Kurjera wraz z Encyklopedyją:

w Warszawie:		na Prowincyi i w Cesarstwie:	
Miesięcznie . . .	rs. 1 kop. 10	Miesięcznie . . .	rs. 1 kop. 60
Kwartalnie . . .	3 „ 30	Kwartalnie . . .	4 „ 80
Półrocznie . . .	6 „ 60	Półrocznie . . .	9 „ 60
Rocznie . . .	13 „ 20	Rocznie . . .	19 „ 20

Adres Redakcyi: Czysta Nr. 6.

Wydawca Hipolit Orgelbrand.

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena Gazety Lekarskiej: w Warszawie: rocznie 5 rs., półrocznie 2 rs. 50 kop., na prowincyi,
w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs., półrocznie 3 rs.

Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce,
następne po kop. 10.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 45. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 49.

OGŁOSZENIA.

Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich w San Remo. 0—4

LEKARZA

zaprasza się do Osady z pensją 300 rs., mieszkaniem i opałem, oprócz praktyki. Wiadomość
w Składzie Materyjałów Aptecznych W-go Sierżputowskiego. 3—2

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

ED. T. HEINRICH

istniejący

Zaopatrzone zostały w Sól Vichy do kąpieeli, używaną przez osoby nie mogące udać się
dla odbycia kuracyi do Vichy, a także w Pastyłki, przygotowane z wód Vichy, znane ze swego
skutecznego działania, ułatwiającego trawienie i pochłaniającego kwasy żołądkowe. 30—24

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

ED. T. HEINRICH

istniejący,

Zaopatrzone zostały w wody Vichy, tegorocznego czerpania, ze źródeł: Grande-Grille, Hôpital, Celestin, autrives, Mesdames, Chomel.

Woda Vichy używana jest w cierpieniach organów trawienia, w chorobach wątroby, przy kamieniach żółciowych, w chorobach śledziona, w chorobie cukrowej, przy wydzielaniu piasku i białka, w cierpieniach pęcherza, w podagrze, reumatyzmie oraz w cierpieniach nerwowych na podstawie artrytycznej rozwijających się. 30—24

KAPSUŁKI I PIGUŁKI
Z BROMKU KAMFORY
DOKTORA CLIN

Laureata facultetu medycznego w Paryżu. — Nagroda Montyon.

KAPSUŁKI I PIGUŁKI Dra CLIN z bromku kamfory używają się w chorobach nerwowych, mózgowych, w dolegliwościach sercowych i oddechowych, oraz w następujących przypadłościach: *astmie, bezsenności, kaszlach nerwowych, spazmach, palpacjach, kokluszach, epilepsyi, konwulsjach, zawrotach głowy, zagłuszeniu, gorączkach, migrenie, w chorobie pęcherza i kanałów moczowych* i na uspokojenie całego organizmu.

NALEŻY WYSTRZEGAĆ SIĘ PODROBIEŃ, I WYMAGAĆ, JAKO GWARANCJĘ, NA KAŻDYM FLAKONIE MARKĘ FABRYKI (ZASTRZEŻONĄ), OPATRZONĄ W PODPIS

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU.

PIGUŁKI ŻELAZNE D^{ra} RABUTEAU

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez professorów fakultetu paryzkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycienczeniu, w rekonwalescencyach, w słabościach dzieci* i wszystkich w ogóle słabościach spowodowanych *brakiem krwi.*

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU nie czernią zębów. dają się trawić najslabszym osobom nie powodując obstrukcji. Zażywać regularnie po trzy pigułki rano i wieczorem przed jedzeniem.

Kuracja żelazem za pomocą pigulek Rabuteau jest bardzo oszczędna, stanowi ona bardzo mały wydatek dziennie.

Należy wystrzegać się podrobień, i wymagać jako gwarancję na każdym flakonie pigulek żelaznych D-ra RABUTEAU markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis: **Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.**

Nabywać można w Paryżu u Clin i Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy.

KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS

Wyrobu D-ra Clin — Nagroda Montyon

„KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS z essencji drzewa sandałowego w połączeniu z essencyami balsamicznymi są zalecane przez lekarzy na choroby zastarzałe i nowopowstałe, białe upławy kobiet, na choroby kanału moczowego i wszelkie przypadłości kanałów moczowych.

„Z powodu delikatnej karukowej obłonki KAPSUŁKI MATHEY-CAYLUS trawią się przez osoby najwątlesze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

(Gazeta Szpitali Paryżkich).

Zażywać 9 do 12 kapsułek dziennie. Szczegółowy opis dodaje się do każdego flakonu.

Należy wystrzegać się podrobień i wymagać jako gwarancję, na każdym flakonie KAPSULEK MATHEY-CAYLUS markę fabryki (zastrzeżoną) opatrzoną w podpis:

Clin & Cie i Medal Nagrody Montyon.

Nabywać można w Paryżu u Clin et Cie, 14, rue Racine; zaś w Warszawie i na prowincyi za pośrednictwem wszystkich aptekarzy u których znajdują się jednocześnie pigułki żelazne Dra Rabuteau.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. L. A. Neugebauer. Przypadek przemieszczenia trzew wrodzonego. — II. J. Pawiński. Zwężenie i zatkanie tętnic wieńcowych serca, pod względem fizjologicznym, anatomicznym i klinicznym (Dalszy ciąg). — *Notatki lekarskie.* 21. M. Jakowski. Tyfus brzuszny. Liczne ropnie podskórne w okresie wyzdrowiania. — *Dział sprawozdawczy* 40. Neudörfer. Przyczynę do kwestyi działania i stosowania chloroformu (Dokończenie). — Wiadomości bieżące. — Na pomnik Mickiewicza. — Sprostowanie. — Ogłoszenia.

I. PRZYPADEK PRZEMIESZCZENIA TRZEW WRODZONEGO

opisał

D-r med. Ludwik A. Neugebauer.

docent Uniwersytetu i starszy ordynator szpitala S-go Ducha w Warszawie.

W dniu 14 Października 1858 roku do oddziału w szpitalu Dzieciątka Jezus, pod moim kierunkiem zostającego, przybył Jan Pęczalski wyrobnik 57-letni, wzrostu niskiego, budowy silnej, dotknięty różą głowy i tułowia.

Chory ten przy objawach zapaści zmarł w dniu 19. X. 1858.

Wykonane na zwłokach jego przezemnie w dniu 20. X. o godzinie 10 zrana badanie pośmiertne wykazało, co następuje.

Ciało dość dobrze odżywiane, skóra twarzy i tułowia w miejscach, przez różę zajętych, lekko obrzękła, pokryta strupami brunatnawymi i łuszczącym się naskórką. Tęcze barwy szaro-piwnej, włosy na głowie ciemno-brunatne. Naczynia opon mózgu umiarkowanie krwią nastrzyknięte, tkanka łączna między oponą miękką i pajęczą obrzękła, rowki międzszakrętowe mózgu przestworniejsze, niż w stanie prawidłowym. Naczynia samego mózgu mocno krwią napełnione, istota mózgowa barwy rumiano-szarawej. W komórkach mózgowych było do dwóch uncyj jasnej surowicy.

Oba płuca w ich dolnych częściach za pomocą fałszywych błon przyrośnięte do klatki piersiowej. Istota ich prawidłowa, w tylnych częściach ociekliny pośmiertne. W osierdziu około dwóch uncyj żółtawej przezroczystej surowicy. Serce wielkie, mięsień jego wiotki, zawierało tak w prawych, jak i lewych swych jamach umiarkowaną ilość krwi płynnej, czarno-czerwonej. Zastawki wszystkie, jak również i przegrody komórek i przedsionków w stanie prawidłowym.

Wątroba prawidłowej objętości, na dolnej jej powierzchni w bliskości przyczepu więzów obłego znajdował się guz półkulisty wielkości połowki orzecha włoskiego, przedstawiający skrzep krwi, powstały wskutek wyboczyny tejże między powierzchnią dolną wątroby i częścią otrzewną ją pokrywającą. Pęche-

rzyk żółciowy żółcią brunatną bardzo płynną w umiarkowany sposób wypełniony.

Trzustka krwią mocno nastrzyknięta i powiększona, utkanie jej jednak niezmiennione.

Śledziona powiększona, mocno przekrwiona. W żołądku i кишkach ślady zapalenia nieżyłowego.

Pęcherz moczowy próżny i ściągnięty. Wynik badania pośmiertnego zasługuje na uwagę ze względu na znalezione przy powyższej opisanych zmianach chorobowych wrodzone przemieszczenie trzew obydwoich jam tułowia. Takowe przedstawiało się w szczególności w następującym obrazie.

Płuco, znajdujące się w prawej połowie klatki piersiowej, było podzielone na dwa, lewe zaś na trzy zrazy. Przytem, z przyczyny, że sklepienie przepony w lewej części klatki piersiowej wstępowało wyżej w górę, niż w prawej, tamto płuco było krótsze, ale oraz i szersze, jak to ostatnie.

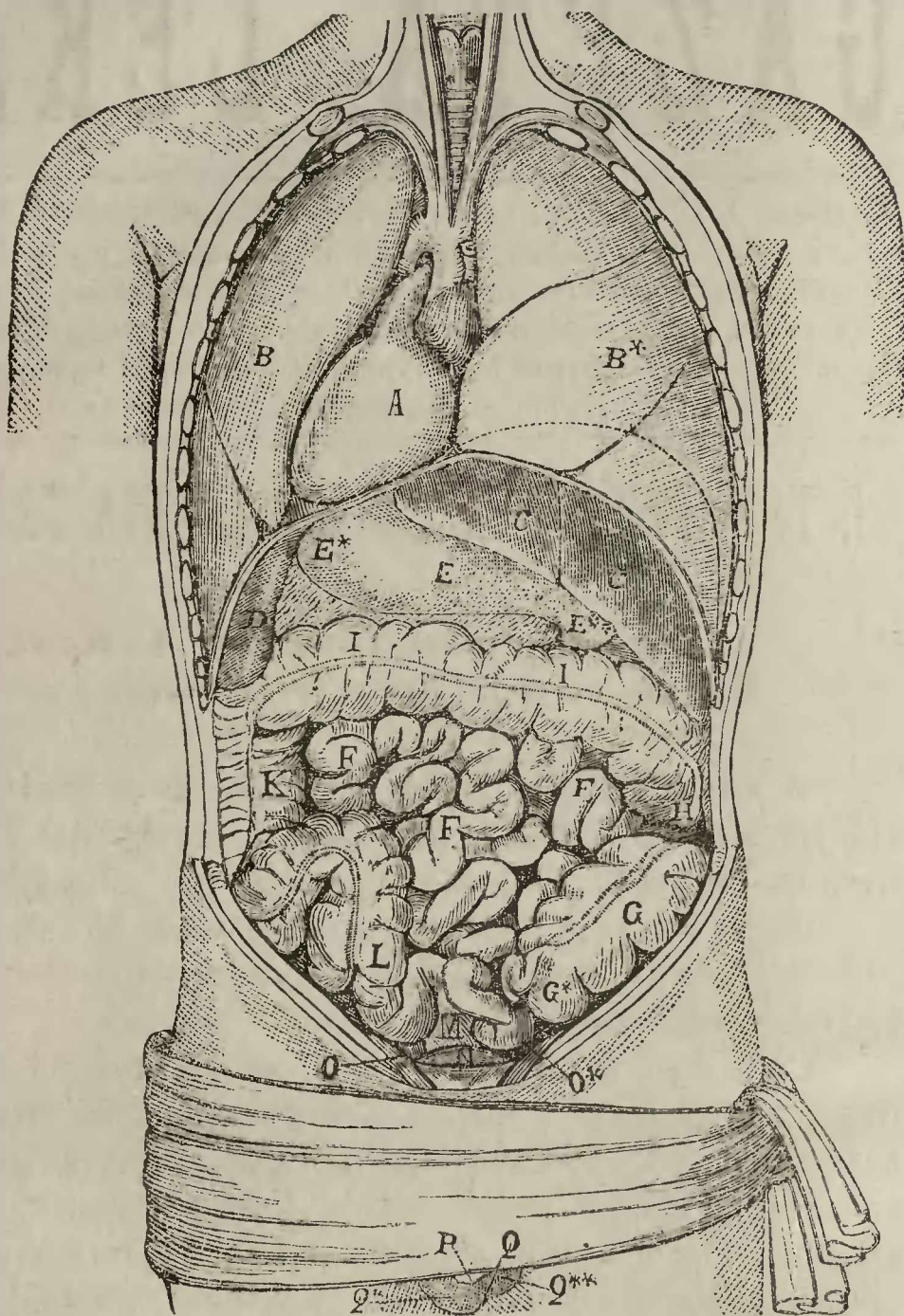


Fig. 1. 1)

Serce, spoczywające na prawej połowie sklepienia przeponowego, leżało tak w przestworze międzyplucowym, że podstawa jego zwróconą była w górę,

1) Figura 1. A serce, z którego widać prawą, czyli tętniczą komórkę, B prawe płuco podzielone na dwa płaty, B* lewe płuco podzielone na trzy płaty, C wątroba umieszczona w lewym podżebrzu, D śledziona umieszczona w prawym podżebrzu, E żołądek zwrócony dnem, (E*) na prawo a wypustem (E**) na lewo. F кишки cienkie, G kiszka ślepa, umieszczona w lewym podbrzuszu, wraz z wyrostkiem robaczkowym (G*) zwróconym na prawo, H kiszka wstępująca, położona w lewej połowie brzucha, I kiszka poprzeczna kierująca się z lewa na prawo, K kiszka zstępująca położona w prawej połowie brzucha, L S Romanum w prawej połowie brzucha, M kiszka prosta, N pęcherz moczowy, O, O* sznurki nasienne, P, Q części pleiowe zewnętrzne pokryte płótnem, które otacza zarówno i biodra, widać tylko żołądź prącia (P) i dno worka mosznowego (Q), którego prawa połowa, wraz z odpowiednim jądrem (Q*) zstępuje niżej aniżeli lewa połowa (Q**) wraz z odpowiednim jądrem.

w tył i na lewo, wierzchołek zaś naprzód i na prawo. Z lewej jego komórki, której przecięcie poprzeczne miało postać półksiężyca, skierowanego wklęsłością

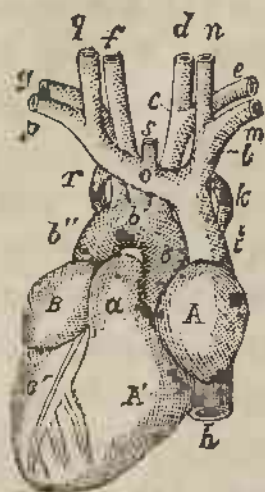


Fig. 2. 1)

swą ku stronie prawej i w tył, wychodził pień tętnicy, który się rozszczepiał na dwie gałęzie, udające się jedna do jednego, druga do drugiego płuca, który zatem przedstawiał się, jako tętnica płucna. Prawa zaś komórka, której jama miała na przecięciu postać zbliżoną do koła, wydawała z siebie aortę. Ta ostatnia, wstąpiwszy z początku przez tylną i lewą stronę tętnicy płucnej w górę, przeginała się łukiem przez prawe oskrzele w tył i na dół do kręgosłupa i zstępowała wzdłuż przedniej i prawej strony trzonów kręgowych do jamy brzusznej, gdzie, zwolna przybierając położenie pośrodkowe, na przedniej powierzchni kręgosłupa rozpadała się przy dolnym końcu trzonu trzeciego kręgu lędźwiowego w zwykły sposób na dwie tętnice bio-

drowe wspólne i tętnicę krzyżową średnią. Stosunek położenia tętnic biodrowych wspólnych do pnia żyły głównej był zupełnie odwrotny jak w stanie prawidłowym. mianowicie rzeczony pień żylny poczynał się zatem od lewej tętnicy biodrowej wspólnej, z której tylną stroną krzyżowała się prawa żyła biodrowa wspólna i wstępował po lewej stronie aorty w górę. Tylne gałęzie części brzusznej aorty nie przedstawiały nic osobliwego. Co się zaś tyczy gałęzi jej przednich i bocznych, to te były uporządkowane w następujący sposób: naprzód odchodziły od niej w otworze aortowym przepony tętnice przeponowe, tuż poniżej tych tętnica żołądko-dwunastnicowa, poniżej tej zaś dopiero tętnica dotrzewna, rozpadająca się tu na dwie gałęzie, z których jedna udawała się do śledziony, jako tętnica śledzionowa, a druga dzieliła się na lewą tętnicę wieńcową żołądka i tętnicę wątrobową. Tuż poniżej tętnicy dotrzewnej odchodziła, jak zwykle, tętnica kręzkowa górna, a dalej ku dołowi tętnica kręzkowa dolna. Co się tyczy tętnic nerkowych, to prawa, z powodu wyższego położenia prawej nerki, odchodziła od aorty nieco pierwej, niż lewa. Tętnice przynerkowe i nasienne pokazywały stosunki podobne, jak zwykle. Poniżej tętnicy kręzkowej górnej krzyżowała się żyła nerkowa prawa z przednią stroną aorty. Odpowiednio początku się tętnicy płucnej aorty wlewały się żyły płuc do przedsionka komórki serca leżącej po stronie lewej, a żyły odprowadzające krew z ustroju, czyli żyły serca i dwie żyły główne do przedsionka komórki serca, leżącej po stronie prawej.

1) Figura 2. Serce tego chorego, wraz z początkiem dużych naczyń, z przodu widziane. A, A' żylna czyli płucna połowa serca umieszczona w lewej połowie ciała, A przedsionek, A' komórka, a pień tętnicy płucnej, B, B' tętnicza czyli aortalna połowa serca, B przedsionek, B' komórka, b, b' aorta, b aorta wstępująca, b' łuk aorty, b'' aorta zstępująca, c tętnica bezimienna, która się dzieli na tętnicę szyjową wspólną (d) i tętnicę podobojczykową lewą (e) f tętnica szyjowa wspólna prawa, g tętnica podobojczykowa prawa, h żyła główna dolna, czyli wstępująca, i żyła główna górna, czyli zstępująca, k żyła nieparzysta w prawej połowie ciała, l żyła bezimienna lewa, powstała wskutek zlania się żyły podobojczykowej (m) i żyły szyjowej wspólnej (n), o żyła bezimienna prawa, powstała wskutek zlania się żyły podobojczykowej (p), i żyły szyjowej wspólnej (q), prócz tego przyjmują żyłę nieparzystą małą (r) leżącą w prawej połowie ciała i żyłę szyjową środkową (s).

Żyła główna zstępująca składała się z dwóch wielkich pni, z których jeden powstawał z żyły podobojczykowej i głowowej wspólnej strony prawej i przebiegał w kierunku więcej ukośnym z góry i od strony prawej na dół i ku stronie lewej, drugi zaś powstawał z tychże żył lewej strony i przebiegał więcej prostopadle z góry na dół. Pierwszy z tych pni był zatem co do przebiegu i znaczenia odpowiedni żyłom głowo-ramieniowej czyli bezimiennym lewej, ostatni zaś żyłom głowo-ramieniowej, czyli bezimiennym prawej. Żyła bezimienna prawa przyjmowała średnią żyłę podskórną szyi (*vena jugularis media*), a przedtem jeszcze pień, który odprowadzał krew żył międzyżebrowych prawych i był odpowiedni żyłom nieparzystej. Żyła bezimienna lewa nie była wzmocniona przez podobne żyły, ale za to w sam początek żyły głównej zstępującej wlewała się żyła, zupełnie odpowiednia tej, która odprowadzała krew żył międzyżebrowych prawych, która jednak z powodu, że zbierała w sobie prócz tego i krew połyku, była nieco grubsza niż tamta. Zatem mieliśmy tu dwie żyły, z których każda mogła być porównana z tak zwaną żyłą nieparzystą; żyła ta była więc w całym słowu znaczeniu parzystą.

W jamie brzusznej wątroba okazała się położoną w podżebrzu lewym, gdy prawe mieściło w sobie śledzionę. Oba te przyrządy pokazywały przecież w przewrotnym tem położeniu zupełnie ten sam stosunek położenia pojedynczych swych części względem podłużnej osi całego ciała i biegunów takowej, jak przy położeniu prawidłowym. A zatem była wypukła powierzchnia wątroby skierowana w górę, naprzód i na lewo, strona wklęsła zaś w tył, nadół i na prawo. Na powierzchni wklęsłej leżał pęcherz żółciowy, skierowany ku lewej, przedni oddział rowu podłużnego lewego wraz z zachodzącym weń więzmem obłym wątroby ku prawej stronie. Śledziona swą wnęką skierowana ku stronie lewej.

Żołądek był między wklęsłą powierzchnią wątroby i śledzioną umieszczony w taki sposób, że dno jego stykało się z tą ostatnią, odźwiernik zaś przechodził pod wątrobą w dwunastnicę.

Dwunastnica leżała w okolicy lewej nerki i przebiegała, jak zwykle, łukowato, łuk ten jednak, zwrócony wklęsłą swą stroną ku stronie prawej, końcem swym dolnym przedziurawiał kręzkę poprzeczną w kierunku od strony lewej ku prawej. Reszta кишки cienkiej zajmowała średnią część jamy brzusznej i przechodziła po za lewym więzmem *Poupart'a* w kątnicę, która położoną była w lewym dole biodrowym. Okrężnica początek swój brała po lewej stronie następnie wstępowała przez lewą część jamy brzusznej w górę do lewego podżebrza, przechodziła ztąd poniżej żołądka do podżebrza prawego, zstępowała następnie przez prawą część jamy brzusznej na dół do okolicy biodrowej prawej, i skreśliwszy tu zwykły zakręt, czyli tak zwane rzymskie **S**, przechodziła nareszcie w górnym otworze małej miednicy w odbytnicę, która w biegu swym przez jamę miednicy więcej prawej strony tejże się trzymała.

Trzustka leżała, jak zwykle, poprzecznie po za żołądkiem, ale tak, że głowa jej odpowiednio łukowi dwunastnicy znajdowała się w lewej, ogon zaś w prawej stronie brzucha.

Co się tyczy nerek, to prawa leżała wyżej niż lewa. Wreszcie prawe jądro zstępowało głębiej na dół w worku mosznowym, niż lewe.

Przypadek opisany należy zaliczyć do kategorii przemieszczenia trzew wrodzonego ogólnego i zupełnego, gdyż przemieszczenie dotyczyło wszystkich przyrządów obu jam tułowa.

II. ZWĘŻENIE I ZATKANIE TĘTNIC WIĘNCOWYCH SERCA, POD WZGLĘDEM FIZJOLOGICZNYM, ANATOMO - PATOLOGICZNYM I KLINICZNYM

Opisał

D-r Józef Pawiński

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 35).

B. Zmiany anatomo-patologiczne w mięśni serca przy cierpieniach tętnic wieńcowych serca (sprawa ateromatyczna, zwężenie, zatkanie tętnic).

Począwszy od połowy przeszłego stulecia (H e b e r d e n 1768, P a r r y 1799) autorowie zaczęli zwracać uwagę na częste przypadki skostnienia, zwężenia i zatkania tętnic wieńcowych serca. Skostnienie tętnic odżywiających serca uważano wówczas za główną zmianę somatyczną, za pomocą której usiłowano wytłómaczyć sobie zbiór objawów, znanych pod nazwą: *angina pectoris*. Pogląd ten w nieco zmienionej postaci przetrwał aż do naszych czasów. Jaki zaś wpływ wywierają sprawy chorobowe tętnic wieńcowych na sam mięsień serca, nad tem zaczęto się zastanawiać dopiero przed niedawnym czasem. Zdaje się, iż W e i g e r t ¹⁾ był pierwszym, któremu należy się zasługa skierowania badań ku tej drodze. Po nim zjawily się prace Z i e g l e r'a ²⁾, dalej S a m u e l s o n'a ³⁾, C o h n h e i m'a ⁴⁾, wreszcie H u b e r'a ⁵⁾.

Ponieważ zaś w pięknej rozprawie H u b e r'a podane są szczegółowo zmiany anatomo-patologiczne znajduwane w mięśni serca, przy istniejącem skostnieniu tętnic wieńcowych, zatem postaramy się nieco obszerniej rzecz tę tutaj wyłożyć, idąc krok w krok za opisem autora. Czynię to tem chętniej i śmielej, ile że od czasu, jak zaczęto zwracać mniej uwagi na objawy tyczące się samych otworów serca, *resp.* szmery, badanie mięśnia sercowego, tak pod

1) a) Die Bright'sche Nierenerkrankung i t. d. Volkmann'sche Vorträge. 1878. Nr. 162—163 str. 29.

b) Die pathologische Gerinnungsvorgänge. Virchow's Archiv. 1880. Tom 79, str. 106 seq.

2) Deut. Archiv f. klin. Med. 1880. Tom 25, str. 589. Die Ursachen der Nierenschrumpfung.

3) Samuelson a) „Ueber den Einfluss der Coronararterien-Verschliessung auf die Herzaction“. Zeitsch. f. klin. Med. II Tom. 1 Zesz., str. 11—33. Berlin 1880.

b) Folgen der Kranzarterien-Verschliessung auf das Herz. Virchow's Archiv. 1881. Tom 86, str. 539.

4) a) Ueber die Folgen der Kranzarterien-Verschliessung f. d. Herz von C o h n h e i m und v. S c h u l t e s s - R e c h b e r g. Virchow's Archiv. 1881. Tom 85. str. 503.

b) Vorlesungen über allgemeine Pathologie. I Tom. 2 Auflage str. 37.

5) „Ueber den Einfluss der Kranzarterienkrankungen auf das Herz und die chronische Myocarditis“ von D-r H u b e r. Virchow's Archiv. 1882. T. 89. Zesz. 2, str. 236 et seq.

względem fizjologicznym, jak i anatomo-patologicznym stało się sprawą bieżącą. Jest to sprawa bardzo ważna gdyż jej rozstrzygnięcie przyczyni się niezawodnie wiele do wyświeatlenia wielu objawów klinicznych chorób serca, jak również do usunięcia z patologii serca niektórych funkcyjonalnych cierpień. Niektórzy autorowie (B o t k i n, W a s i l i j e w) zaczynają nawet powątpiewać o tak zwanem samodzielnem przesileniu serca (*Ueberanstrengung des Herzens*), a zbiór objawów, towarzyszących wspomnianej postaci chorobowej wyprowadzają od mikroskopowych zmian w samym mięśniu serca. H u b e r przytacza w swej pracy 17 przypadków z przebiegiem klinicznym, w których na sekcji znajdował stwardnienie naczyń wieńcowych serca i zmiany w samym mięśniu serca. Dodać przytem należy, iż zmiany tyczące się serca były najwydatniejsze ze wszystkich zmian pośmiertnych. Głównem siedliskiem zmian chorobowych była lewa komórka, gdy tymczasem prawa odgrywała tylko podrzędną rolę.

Co do lewej komórki, to pierwsze miejsce pod względem częstości zmian anatomo-patologicznych zajmowała jej przednia ścianka a głównie dolna połowa. już to z zajęciem lewego, już to prawego wierzchołka serca. Drugie miejsce przypada na dolną część tylnej ścianki, ostatnie zaś należy się pozostałym częściom, zwłaszcza znajdującym się w bliskości podstawy serca.

Najważniejsze zmiany, spostrzegane w podobnych razach w mięśniu serca przedstawiają się w postaci twardych, połyskujących pasemek, na podobieństwo ścięgien, 2,5 ctm. długości, 6 mm. szerokości. Pasemka te przebiegają równolegle do kierunku włókien mięsnych, a w górnej i dolnej swej części oddają wypustki o nieregularnych zarysach. Od otaczającej niezmięnionej tkanki łatwo pasemka te odróżnić na mocy ich zapadnięcia i zakleśnięcia. Najwyraźniej występują one w środkowych warstwach mięśnia sercowego, w kierunku zaś ku wsierdziu i osierdziu znikają zupełnie.

Modzelowate miejsca (*Schwielen*) przedstawiają się pod drobnowidzem w postaci starszej lub młodszej tkanki łącznej. W tym ostatnim razie tkanka łączna zawiera jeszcze dość dużo okrągłych komórek, jak również naczyń krwionośnych. W miejscach, gdzie się wspomniana modzelowata tkanka znajduje, niepodobna odnaleźć włókien mięsnych. Tylko na granicy pomiędzy zdrową a zmienioną tkanką serca spotyka się włókna pozbawione swych jąder i poprzecznej prążkowatości. Włókna te przedstawiają się w postaci przeświecających, błyszczących cylindrów. Niekiedy można natrafić na wolne jądra (*Kerne*), bądź to oddzielne, bądź też w postaci całych grupp. Wyróżniają się one swoją wielkością, różnorodnością kształtów i łatwym barwieniem się. Jądra te, według wszelkiego prawdopodobieństwa, pozostają w blizkiem powinowactwie z jądrami włókien mięsnych.

Dawniej uważano modzelowate części w mowie będące za produkt zapalenia włókien mięsnych (*myocarditis*).

H u b e r przytacza w swej rozprawie przypadek, rozpoznany jako apopleksja mózgowa. Przy sekcji nie znaleziono zmian, towarzyszących zwykle apopleksji, stwierdzono tylko znaczną arteryjiosklerozę, która dotyczyła także naczyń nerek i kończyn. Prócz tego, nieznaczną rozedmę i obrzęk płuc. Natomiast zmiany tyczące się serca występowały na pierwszy plan. W ściance lewej

komórki znajdowały się gniazda brunatno żółtawego koloru, wyróżniające się od reszty mięśnia sercowego twardością i suchością. Gniazda te oddzielone były od otaczającej tkanki za pośrednictwem nierównej, zębiastej linii, a niekiedy były otoczone wązkim krwotocznym pasem. Gniazda zmienionej tkanki mięsnej znajdowały się głównie w $\frac{1}{3}$ części dolnej przedniej ścianki i w $\frac{2}{3}$ górnych częściach tylnej ścianki. W niektórych miejscach gniazda dochodziły nawet do osierdzia i wsierdzia. Te ostatnie blony serca zachowały jednak swą prawidłową budowę, tylko barwa ich stała się nieco ciemniejszą. Reszta muskultury serca, jak również i zastawki były nietknięte. Tętnice wieńcowe znajdowały się w stanie znacznego przeistoczenia ateromatycznego, a światło tętnicy wieńcowej prawej, czyli tylnej, zatkane było skrzepem na przestrzeni od jej wyjścia z aorty aż do miejsca podziału. Drugi podobny skrzep, zatykający naczynie, znajdował się w części średniej przebiegu gałęzi zstępującej, która od tylnej tętnicy wieńcowej serca bierze swój początek.

Co do zewnętrznego wyglądu, to wspomniane powyżej gniazda zmienionej tkanki serca przedstawiały się dwojako: jedne z nich były bardzo twarde, konsystencyi zbitego, skrzepłego włókniaka, inne znowu składały się z suchej masy, podobnej do sera i otoczone były szerszym lub węższym pasem tkanki więcej zbitej, która posiadała jaśniejszą barwę. W dwóch przypadkach autor zauważył tę ciekawą okoliczność, iż w bezpośrednim sąsiedztwie gniazd, lub też w ich bliskości znajdowały się modzelowate miejsca (*Schwielen*).

W gniazdach niepodobna było za pomocą mikroskopu wykryć ani jąder tkanki łącznej, ani też mięsnej, gdzie nigdzie tylko włókna zachowały jeszcze poprzeczną prążkowatość. Układ włókien mięsnych był wprawdzie jeszcze zachowany, lecz oddzielne włókienka wyglądały jak matowo połyskujące bryłowate ciała, które bardzo słabo pochłaniały substancje barwiące protoplazmę.

Co się tyczy drugiej postaci ognisk, podobnych do kruchej masy zeschniętego sera, to w nich nie można było odróżnić powyżej wspomnianych części, gdyż składały się tylko z rozpadu (*detritus*) i pozbawione były jakiegokolwiek anatomicznej budowy. Naokoło nich autor znajdował komórkowe nacieczenie w postaci szerszego lub węższego pasa, czemu towarzyszyło bujanie naczyń, a niekiedy nawet małe wylewy krwi do tkanki.

Na mocy własności fizycznych i histologicznych ogniska te, podług H u b e r a, muszą być uważane za zawały (*infarctus*), powstałe wskutek zatyczki (*embolus*) lub skrzepu (*thrombus*) w naczyniu doprowadzającym krew do tkanki. Podczas gdy jedne z nich przedstawiają się w postaci typowej zgorzeli (*necrosis*), inne znowu wyróżniają się jeszcze tem, że w ich obwodzie powstają następcze zmiany, polegające na bujaniu tkanki łącznej. Ostatnim zaś wyrazem takiego rozwoju tkanki łącznej są owe zbliżowaciale, modzelowate miejsca (*Schwielenbildung*); są one rezultatem zapalenia, nie mającego skłonności do ropienia, zapalenia powstałego wskutek podrażnienia otaczającej tkanki masą zgorzelinową, rozpadową. Rozpad zaś tkanki, który jest niczem innym jak tylko pewną odmianą zgorzeli, powstaje w takich razach w skutku niedostatecznego dopływu krwi do mięśnia serca, *resp.* w skutku zwężenia lub zamknięcia światła tętnic wieńcowych. Zgorzel ta na zasadzie przyczyny powinna być uważaną

za powstającą z bezkrwistości, ze względu zaś na zmiany histologiczne, za: „*Coagulationsnekrose*“ (W e i g e r t). Dopiero w następstwie wywołuje ona w swem otoczeniu rozwój tkanki łącznej, podobnie jak to bywa w większych zawałach. Pierwotną zaś sprawą całej sprawy chorobowej, wszystkich zmian w mięśniu serca jest cierpienie tętnic wieńcowych. Jeśli serce, wskutek zatkania lub zwężenia tętnic wieńcowych, zostanie nagle i na znacznej przestrzeni pozbawione odżywczego materiału, to zmiany w sercu będą nawet dla gołego oka widoczne, w postaci tak zwanego zawału (*infarctus*). Przeciwnie zaś skoro dopływ krwi do serca zmniejsza się powoli, stopniowo, i dotyczy mniejszych odcinków serca, wtedy powstanie zgorzel drobinowa (*molekuläre Nekrose*). Skutki zawału, jak również i zgorzeli drobinowej, są dla danego narządu jednoznaczne, mianowicie zbliznowacenie tkanki. Jeśli zbliznowacenie powstało z zawałów, to daje początek tak zwanej bliznie zawałowej (*Infarktnarbe*).

Następstwem takiego zbliznowacenia tkanki mięsnej serca bywają:

1) tętniaki (*aneurysmata*) powstające wskutek tego, iż niektóre części serca pozbawione swej elastyczności wypuklają się pod wpływem ciśnienia krwi,

2) zakrzepy ścienne, tworzące się wskutek przejścia sprawy chorobowej z tkanki mięsnej serca na wsierdzie;

3) rozszerzenie lewej i przerost prawej komórki. Rozszerzenie lewej komórki łatwo objaśnić zmianami chorobowymi w jej ściankach i osłabieniem jej żywotności. Przerost zaś prawej komórki powstaje skutkiem zwrotnego zastoju krwi w małym krwiobiegu, zastoju wywołanego głównie osłabieniem czynności lewej komórki.

Niekiedy zdarza się, iż obok cierpienia tętnic wieńcowych serca znajdujemy nie rozszerzenie, lecz przerost lewej komórki; lecz w takim razie przerost jest zwykle dawniejszego pochodzenia, (*arterioskleroza* powierzchownych naczyń, zapalenie nerek). Do takiego przerostu przyłączają się dopiero później sprawy chorobowej w tętnicach wieńcowych i w samym mięśniu serca.

4) Obrzęk płuc.

C. Zwężenie i zatkanie tętnic wieńcowych serca pod względem klinicznym.

Krwotok z tętnic wieńcowych.

Zaznajomiwszy się już z częścią fizjologiczną i anatomo - patologiczną przedmiotu, przechodzimy do trzeciego działu naszej pracy, w którym rozbierzemy kliniczne objawy, towarzyszące chorobowym zmianom tętnic wieńcowych. Wprzód jednak przytoczymy postrzegany przez nas przypadek znacznego zwężenia tętnicy wieńcowej serca lewej.

S p o s t r z e ż e n i e I. Serafin Marcin, wyrobnik, lat 33 liczący, przybył do szpitala Dzieciątka Jezus, do oddziału mego (sala 29), 26 Listopada 1881 r., skarżąc się na silną duszność. Dosięga ona tak znacznego stopnia, iż chory zmuszony jest ciągle siedzieć na łóżku. Chory opowiada, iż przed 6-iu tygodniami, podczas przenoszenia dużego i ciężkiego fortepianu, dostał po raz pierwszy duszności. Duszność zwiększała się stopniowo, jednak chory był jeszcze w stanie zajmować się pracą fizyczną. Dopiero od dwóch tygodni duszność przybrała większe rozmiary, a jednocześnie z pogorszeniem choroby zaczął występować kaszel i płwocina, zmieszana ze krwią. W takim stanie rzeczy chory zmuszony był porzucić swoje zajęcie i położyć się do łóżka. Przed obecną

chorobą czuł się dobrze, tylko zimową i jesienną porą miewał niewielki kaszel. Reumatyzmu chory nie przechodził, o obrzękach kończyn dolnych i twarzy nie wspomina.

Chory wzrostu średniego, odżywiania miernego. Cera twarzy bladawa. Stan bezgorączkowy. Tętno 100 na minutę, miękkie, miarowe; fala krwi mała. Nieznaczny obrzęk stóp. Oddech przyspieszony, 42 na minutę. Granice płuc z przodu i z tyłu klatki piersiowej nieco obniżone. Z tyłu, w okolicy prawej łopatki, odgłos opukowy nieco stłumiony, oddech zaś nieokreślony i liczne rżenia wilgotne. U wierzchołka zaś i u podstawy prawego płuca słychać oddech pęcherzykowy zaostrowany (*respiratio vesicularis aspera*), jak również i z lewej strony klatki piersiowej. Z przodu klatki piersiowej, w dolnych częściach płuc, oddech osłabiony, w górnych zaś zaostrowany. Rżenia wilgotne są jednak z przodu mniej obfite, aniżeli z tyłu. Kaszel silny i męczący; plwocina przeważnie pienista z domieszką krwi. Górna granica serca poniżej IV żebra, lewa przebiega na $\frac{3}{4}$ ctm na zewnątrz od linii sutkowej lewej, dolna granica znajduje się na górnym brzegu 6 żebra, prawa zaś na linii środkowej mostka. Uderzenie wierzchołkowe umiarkowanej siły, wyczuwa się w 5 międzyżebżu, w linii sutkowej lewej. Tętno serca w miejscach wysłuchiwania zastawki dwu i trójdziałnej słabe, lecz czyste; u podstawy serca tony zyskują na sile i wyrazistości. W wielkich naczyniach szyjowych również nie słychać żadnych szmerów.

Mocz wydziela się w umiarkowanej ilości (1200—1300 cc. na dobę), białka nie zawiera. Przyrząd pokarmowy nie przedstawia widocznych zaburzeń z wyjątkiem atonii kiszek.

27. 28. IX. Tętno 100 na minutę. Duszność w jednakowym stopniu. Kaszel męczący, wydzielanie plwociny utrudnione.

29. Tętno 80 na minutę, fala krwi mała, dwubitność w słabym stopniu. Duszność mniejsza, tak, iż chory jest w stanie pozostawać w pozycji leżącej: Oddech 30 na minutę. Ilość rżeń (*crepitation*) mniejsza. Zalecono choremu *Dec. Senegae ex 3j pti 5vj. c. liq. ammon. anis. 3j. S.* Co 2 godziny łyżkę. Bańki suche na plecy. Wino.

30. IX. Tętno 72. Stan chorego w ogóle lepszy.

1. XII. Tętno 100 słabe, małe. Duszność znacznie większa. *Orthopnoea*. Z tyłu klatki piersiowej, począwszy od dolnego kąta lewej łopatki do dolnej granic lewego płuca odgłos opukowy stłumiony, oddech zaś i drżenie piersiowe (*fremitus vocalis*) znacznie słabsze, jak w pozostałych częściach płuc. Tępość serca powiększyła się w wymiarze poprzecznym, w kierunku ku prawemu brzegowi mostka. Oprócz naparu wymiotnicy (*ipecacuanha*) przepisano choremu 3 proszki półgranowe kamfory.

2. XII. Tętno 120. Chory skarży się na bóle w okolicy mostka i na duszność. Kaszel ciągle dokuczliwy. Plwocina trudno się odrywa. Oddech 30 na minutę. Tegoż samego dnia o godzinie 2-iej po południu oddech częstszy, nierówny, 40 na minutę. Tętno 124. U wierzchołka prawego płuca z tyłu słychać liczne rżenia wilgotne i suche. To samo w okolicy podobojczykowej prawej i lewej. Tępość serca powiększa się, zlewając się z tępością śledziony tak, iż niepodobna oznaczyć linii granicznej. Uderzenia serca dość silne. Plwocina pienista. Brzuch wzdęty. Chory chcąc sobie ulżyć w obec wzmagającej się duszności, przybiera instynktownie różne pozycje. W chwili badania zastaliśmy go siedzącego na małym stołeczku przy łóżku, głowę miał nieco pochyloną ku przodowi, lewą ręką opierał się o podbródek przyczem łokciem dotykał krawędzi łóżka. Prawa ręka była także wsparta na krawędzi łóżka. Na twarzy sinica. Obrzęk stóp bardzo nieznaczny, widoczny głównie w okolicy palców. Zalecono: synapizma na piersi a do wewnątrz środki pobudzające.

3. XII. Tętno 80; duszność nieco mniejsza; w płucach stan jednakowy; plwocina w części pienista, w części szklista i zbita; stan ciągle bezgorączkowy.

4. XII. Tętno 88, słabe, miękkie; duszność trzyma się w jednakowej mierze; obrzęk stóp nieco większy; tępość serca zwiększyła się w kierunku podłużnym, gdyż górna granica bezwzględnej tępości przesunęła się ku górze, o jedno żebro (znajduje się na brzegu dolnym III żebra); u wierzchołka serca pierwszy ton głuchy, słaby, przechodzący jakoby w szmer, trudno jednakże coś stanowczego powiedzieć w tym względzie. Chory przyjmuje *tinct. nervino-tonic. Bestiuscheffi* — 3 razy dziennie po 15 kropel.

5. XII. Tętno 90, duszność nieco mniejsza, chory pozostaje w łóżku; u wierzchołka prawego płuca słychać ciągle rżenia; oddech w dolnych częściach płuc osłabiony.

6. XII. Tętno 100. *Status idem.* 7. XII. Tętno 100, chory po raz pierwszy spał w nocy kilka godzin z rzędu, nad ranem wystąpiła duszność i mocne bicie serca. Serce powiększa się w wymiarze poprzecznym. Tony głuche.

8. XII. Tętno 86 na minutę bardzo słabe, nieznaczna niemiarowość ruchów serca; duszność wielka; chory siedzi na łóżku z opuszczoną ku dołowi głową; sinica twarzy i kończyn dolnych; sen niespokojny; w górnych częściach lewego płuca z przodu i z tyłu klatki piersiowej liczne krepitacje; wymiar poprzeczny tępości serca ciągle zwiększa się; górna granica serca na III żebrze, długość jej wynosi 13 ctm.; lewa granica idzie nieco na zewnątrz od linii sutkowej lewej i = 9 ctm.; prawa granica przesunięta na prawo, przekracza prawy brzeg mostka; długość jej wynosi 11 ctm. Dolną granicę stanowi górny brzeg VI żebra, największy wymiar poprzeczny = 15 ctm.; u wierzchołka serca słaby szmer skurczowy.

9. XII. Serce uderza 80 razy na minutę; tętno nadzwyczaj słabe, tak, iż naliczyć można zaledwie 54 uderzeń na minutę. Chory leży na lewym boku, po przyjęciu zaś pozycyi na wznak widać, że dołek podsercowy przedstawia dość znaczne wypuklenie, wskutku czego granica pomiędzy klatką piersiową a brzuchem jest zupełnie zatartą. Wątroba znacznie powiększona, twarda, dolny jej brzeg bieży w rodzaju łuku od prawego podżebrza ku lewemu. Największa wypukłość łuku dosięga pępka. Przyłożywszy rękę na okolice serca nie czuć ruchów tego ostatniego; Przy pierwszym tonie słaby szmer; w płucach z przodu i z tyłu klatki piersiowej liczne rżenia wilgotne; plwocina do piany podobna; sinica kończyn dolnych i górnych; obrzęk kończyn dolnych bardzo słabego stopnia. Zalecono choremu mleczankę kamforową i wino.

10. XI. Tętno 80, duszność mniejsza, jak również i sinica, u wierzchołka serca zamiast pierwszego tonu słychać słaby szmer skurczowy.

11. XII. Tętno 88, chory czuje się znacznie lepiej, duszność mniejsza, łaknienie poprawia się.

12. XII. Tętno 100, stan znowu gorszy, duszność przybrała większe rozmiary; kaszel nadzwyczaj męczący; oprócz wilgotnych rżeń słychać dużo suchych rżeń w różnych miejscach płuc.

13. XII. Tętno 100 bardzo słabe; duszność wielka; plwocina pienista, ze krwią zmieszana; z przodu klatki piersiowej, zwłaszcza z lewej strony obfite rżenia.

O godzinie 10 wieczorem chory wśród objawów upadku czynności serca i wzmagającej się duszności życie zakończył.

R o z p o z n a n i e: *Asthma cardiacum. Dilatio ventriculi sinistri. Insufficiencia relativa valvulae bicuspidalis. Sclerosis arteriarum coronariarum cordis. Suspilium stenoseos vel obturationis arteriae coronariae magnae. Bronchopneumonia catarrhalis acuta ex bronchitide orta.*

Zanim przejdziemy do rezultatu oględzin posmiertnych wypada nam przede wszystkim usprawiedliwić się z naszego rozpoznania choroby. Najprzód

słów kilka co do rozpoznania objawowego: *asthma cardiacum*. Z historii choroby okazuje się, iż chory nasz uskarżał się najwięcej na duszność, która zresztą i obiektywnie była najwydatniejszym objawem. Dosięgała ona tak wielkich rozmiarów, była tak dokuczliwą dla chorego, iż tenże dla ulżenia sobie przyjmował instyktownie najrozmaitsze pozycyje. Stanowi temu towarzyszyło pewne uczucie obawy i niepokoju. Jakkolwiek duszność istniała bez przerwy w ciągu całego pobytu chorego w szpitalu, lecz natężenie jej przedstawiało pewne wahania; prócz tego występowała niekiedy w postaci napadów trwających $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$ godziny. W czasie napadu duszności oddech stawał się przyspieszonym, powierchownym, twarz chorego bladła i przyjmowała podobnie jak palce rąk i nóg sinicowy wygląd. Niepokój i trwoga malowały się na twarzy chorego. Tętno uderzało częściej: *pulsus frequens, debilis, mollis, parvus*; od czasu do czasu zjawiają się przestanki w tętnie (*p. intermittens*).

Co się tyczy bólu w okolicy serca i mostka, to chory raz tylko jeden wspominał o nim i wtedy nawet ból ten był nieznacznym.

Zachodzi teraz pytanie, jaką dać nazwę wyżej opisanym napadom duszności i niepokoju? Może mieliśmy do czynienia z tak zwaną dusznicą bolesną (*angina pectoris, stenocardia*). Otóż jakkolwiek podobne napady duszności posiadają niektóre cechy właściwe dusznicy bolesnej i przez niektórych autorów bywają za nią brane, nie powinny jednakże być zaliczone do działu tej ostatniej choroby. *Angina pectoris* przedstawia się w następujący sposób: chory, najczęściej po jakimś zmęczeniu, wysiłku fizycznym, przepełnieniu żołądka i t. p. dostaje nagle bez żadnych zwiastunów niezmiernie silnego bólu w okolicy serca lub mostka. Ból ten przedstawia się zwykle w postaci silnego ucisku, pochodzącego jakoby z wielkiego ciężaru cisnącego w kierunku od mostka ku kręgosłupowi. Ból ten rozchodzi się zwykle na kończynę górną lewą (*n. cutaneus externus*) aż do dwóch ostatnich palców ręki, rzadko przenosi się na prawą kończynę górną lub na obie kończyny górne. Bólowi, występującemu w okolicy serca, towarzyszy zwykle ogromny niepokój, obawa blizkiej śmierci i uczucie wielkiej duszności. Chory z obawy powiększenia bólu powstrzymuje oddech, twarz jego blednie, pokrywa się potem, a kończyny ziębną. Często podczas napadu skurcze serca odbywają się zupełnie prawidłowo, serce, jak również i tętno, uderza rytmicznie. Innym razem bicie serca przyspiesza się, lub też rytm jego zwalnia się. Wreszcie uderzenia serca bywają niekiedy nieregularne (arytmiczne) lub przepuszczające (*intermissiones*). Napad taki trwa od kilku minut do kwadransa i kończy się albo śmiercią, co się dość często zdarza, albo też względnem wyzdrowieniem.

Z tego okazuje się, że obraz napadu duszności, jaki spostrzegaliśmy u naszego chorego, miał wiele podobieństwa do dopiero co opisanej dusznicy bolesnej. Nie jest to jednak *angina pectoris striete sic dicta*, lecz tak zwane *asthma cardiacum*.

Różnica pomiędzy obiema postaciami polega na tem, iż:

1) w dusznicy bolesnej pierwszym i najważniejszym objawem jest niesłychanie silny ból w okolicy serca (mostka), czego przy tak zwanej astmie sercowej albo wcale nie bywa, albo też ból jest bardzo nieznaczny.

2) w *angina pectoris*, duszność w ścisłym znaczeniu tego wyrazu nie istnieje, istnieje tylko, że się tak wyrazimy, uczucie duszności (*dyspnoea subjectiva*).

Powietrze przedostaje się bez przeszkody do dróg oddechowych, chory może zupełnie swobodnie oddechać, a jeśli powstrzymuje oddech, to tylko z obawy powiększenia strasznego bólu. Podczas samego napadu osłuchiwanie nie wykazuje nic nieprawidłowego. W astmie zaś sercowej oddech jest utrudniony, powierzchowny, częsty, podobny do oddechu towarzyszącego astmie oskrzelowej; zmiany w płucach istnieją zawsze w większym lub mniejszym stopniu, choć zwykle niedostateczne do wytłumaczenia tak silnej duszności, jaka chorym dokucza. Ztąd też nazwa: *asthma cardiacum*. Niekiedy oddech, z początku przyspieszony, powierzchowny, lecz rytmiczny, staje się nieregularnym, tak, iż zbliża się do typu oddechania *Cheyne-Stokes'a*. Jest to objaw groźny, gdyż wskazuje na rozpoczynające się porażenie ośrodka oddechania.

3) Co się tyczy rokowania, to choć bywa złe w obu postaciach chorobowych, jednak w astmie sercowej jest względnie lepsze, aniżeli w dusznicy bolesnej. W czasie napadu astmy sercowej rzadko chory umiera, gdy tymczasem w *angina pectoris* śmierć jest częstym zejściem.

4) Napad astmy sercowej trwa zwykle dłużej aniżeli w dusznicy bolesnej.

Rozpoznanie anatomiczne. a) Przechodząc do rozpoznania anatomicznego zwróciliśmy najprzód uwagę na płuca. Drogę tę wskazywała nam wielka duszność. Przy pierwszym badaniu chorego zauważyliśmy stłumienie odgłosu opukowego w okolicy prawej łopatki, a wysłuchiwanie wykryło oddech nieokreślony i wilgotne rżężenia. W pozostałych częściach płuc oddech był zaostrozony (*respiratio vesicularis aspera*). Plwocina pienista. Po kilku dniach zaszła już zmiana w płucach i stłumienie odgłosu w okolicy prawej łopatki stało się mniej wydatnem, a natomiast wystąpiło nowe stłumienie z tyłu po lewej stronie klatki piersiowej. Stłumienie to rozciągało się od dolnego kąta łopatki do dolnej granicy lewego płuca. W miejscach stłumienia odgłosu oddech był słabszym, jak również i drżenie ścian klatki piersiowej (*fremitus vocalis*) Obok tego istniał silny, męczący kaszel z pienistą plwociną, która od czasu do czasu zawierała nieco krwi. W przebiegu choroby wspomniane stłumienie odgłosu opukowego zmieniało się tak pod względem swych rozmiarów jako też i co do własności przewodnictwa głosu i oddech stawał się głośniejszym a drżenie piersiowe zyskiwało na sile. Pod koniec choroby ilość wilgotnych rżężeń w płucach zwiększyła się szybko. Ponieważ zaś granice płuc były tylko nieznacznie obniżone, zatem zależało z góry zaraz wykluczyć rozedmę, jako możliwą przyczynę strasnej duszności. O włóknikowym zapaleniu płuc nie mogło być mowy, z powodu zbyt słabego natężenia objawów opukowych i wysłuchowych. Wprawdzie podczas pierwszego badania chorego znaleźliśmy stłumienie odgłosu w okolicy prawej łopatki, lecz nieznacznego stopnia i to z oddechem nieokreślonym (*respiratio indeterminata*) Zresztą przeciw ostremu włóknikowemu zapaleniu płuc przemawiał początek choroby, która, sądząc ze słów chorego, rozpoczęła się powoli, od silnego kaszlu, bez dreszczów i bez podwyższenia ciepłoty ciała. Plwocina krwista zjawiała się dopiero wśród wzmagającej się duszności w czasie pobytu chorego w szpitalu. Kiedy w dolnej części

lewego płuca wystąpiło stłumienie odgłosu z osłabieniem oddechu, jak również i drżenia piersiowego, a po nad górną granicą stłumienia usłyszeliśmy oddech oskrzelowy, wtedy nasuwała się nam myśl wysięku opłucnego (*pleuritis exsudativa*). Przypuszczenie to wydawało się tem więcej uzasadnionem, iż jednocześnie ze zjawieniem się stłumienia duszność stała się większą. Jednakże fizykalne objawy wydały mi się za mało wydatnymi, jak dla *pleuritis exsudativa* i zbyt szybko zmieniającymi się.

O odmie piersiowej (*pneumothorax*) nie mogliśmy myśleć, z powodu braku fizykalnych objawów właściwych tej chorobie.

Po wyłączeniu więc powyższych chorób, pozostało nam tylko nieżytowe zapalenie płuc (*pneumonia catarrhalis*), które najwięcej miało za sobą danych. Wprawdzie nie objaśniało nam ono tej straszliwej duszności, jednak tłumaczyło nam najlepiej powstawanie owych rozrzuconych miejsc ze stłumionym odgłosem opukowym i oddechem bądź to osłabionym, bądź to nieokreślonym. Wreszcie zmienność objawów i miejsca najwięcej odpowiada pełzającemu przebiegowi nieżytego zapalenia płuc. Punktem wyjścia tej ostatniej był niezawodnie nieżyt oskrzeli (*bronchitis acuta*), który i obecnie jeszcze wraz z dusznością najwięcej dokucza choremu.

b) S e r c e. Ponieważ zaś dane znalezione w płucach nie były dostatecznymi do wyjaśnienia niesłychanej duszności i niepokoju i to w obec bezgorączkowego stanu chorego i ponieważ chemiczne i mikroskopowe badanie moczu nie wykryło nic szczególnego, wypadało więc zwrócić całą uwagę na ośrodek krwiobiegu. Lecz i co do serca nadzieje nasze zostały zawiedzione i pomimo bardzo starannego i kilkakrotnie codziennie powtarzanego opukiwania i osłuchiwania nie mogliśmy nic więcej wykryć, jak tylko powiększenie tępości serca w obu wymiarach; słaby szmer skurczowy w okolicy wierzchołka serca. Szmer ten jednakże był bardzo niestałym, niekiedy znikał zupełnie, a ton skurczowy był wtedy głuchym, niekiedy szmer zjawiał się obok tonu, w końcu zaś choroby występował zamiast pierwszego tonu. Wobec więc takiej zmienności siły i czasu znikania i występowania szmeru przyjęliśmy w zględną niedostateczność zastawki dwudzielnej. Za tem przemawiało i rozszerzenie serca, zwłaszcza lewej komórki, jak również i ta okoliczność, iż szmer stawał się najwyraźniejszym pod koniec choroby, kiedy zasób sił chorego, *resp.* serca, szybko się wyczerpywał. Wreszcie gdyby istniała rzeczywista niedostateczność zastawki dwudzielnej, zależna od zmian anatomicznych zastawki, to w obec tak silnej duszności, musielibyśmy już mieć znaczny obrzęk kończyn dolnych i mniej lub więcej niemiarowe tętno. Zresztą reumatyzmu chory nigdy nie przebywał, co także przemawia w części przeciw istnieniu rzeczywistej niedostateczności zastawki. Brak cukru w moczu nie pozwalał na objaśnienie duszności cukrzycą (*diabetes mellitus*). Początek przebiegu choroby nie wskazywał na zapalenie osierdzia (*pericarditis*).

W takim stanie rzeczy pozostawało nam:

1) albo przypuścić istnienie rozszerzenia części wstępującej aorty, któraby w takim razie uciskała splot sercowy;

2) albo objaśnić powyższe objawy tak zwanym przeciążeniem serca (*Ueberanstrengung des Herzens*,

3) lub wreszcie przyjąć zmiany chorobowe mięśnia serca za główną przyczynę spostrzeganych u naszego chorego objawów.

1) Pierwsze przypuszczenie miało za sobą mniej prawdopodobieństwa, aniżeli dwa pozostałe, z powodu, iż w przebiegu aorty nie słychać było ani szmeru skurczowego, ani też 2-gi ton nie wyróżniał się swoją siłą, rezonansem. Prócz tego opukiwanie nie wskazywało na rozszerzenie części wstępującej aorty.

2) Co się tyczy drugiego punktu, to musimy wyznać, iż obraz naszej choroby miał wiele podobieństwa do obrazu tak zwanego przesilenia, przeciążenia serca (*Ueberanstrengung des Herzens*). Postać ta, na którą przed niedawnym dopiero czasem zwrócono uwagę (*Seitz*), polega na zmęczeniu, wyczerpaniu serca, przy czem zmiany anatomo-patologiczne znajduwane na sekcji w samym mięśniu serca są prawie żadne. Istnieje tylko rozszerzenie serca, zwłaszcza lewej komórki, bez żadnych wad zastawek. Występuje ona u ludzi ciężko pracujących fizycznie, u żołnierzy odbywających forsowne marsze, najczęściej w wieku dojrzałym, wśród objawów bicia serca, wielkiej duszności, niepokoju, przy mniej więcej zdrowym stanie płuc i prawidłowej ciepłocie ciała. Widzimy więc, że postać ta ma wiele wspólnych cech z chorobą przez nas spostrzeganą, jednakże są i pewne między nimi różnice. Przeciw przesileniu serca przemawiają następujące okoliczności:

a) chorzy przychodzą dość szybko do siebie po kilkudniowym odpoczynku w domu lub szpitalu, tylko w razie ponowienia się napadów stan chorego nie polepsza się nawet mimo odpoczynku. Śmierć rzadko następuje, w czasie pierwszego lub następnego wystąpienia choroby. W naszym przypadku pomimo wypoczynku, opieki lekarskiej, stan chorego stopniowo się pogarszał, a w końcu zakończył się śmiercią.

b) Rytm uderzeń serca i tętna bywa zwykle w tak zwanem przesileniu serca niemiarowym, u naszego zaś chorego w czasie całego pobytu w szpitalu, skurcze serca i uderzenia tętna, były zupełnie rytmiczne, gdyż nadzwyczaj drobne zmiany w następstwie jednych skurczów za drugimi nie mogły być zaliczone do właściwej arytmii.

c) Szmeru podobne do osierdziowych zdarzają się często w przesileniu serca, których w danym przypadku nie było.

d) Trzecie przypuszczenie miało z sobą najwięcej prawdopodobieństwa. Jakie jednak zmiany należało przyjąć w mięśniu serca? Ponieważ początek, przebieg choroby i niektóre objawy fizykalne nie odpowiadały obrazowi, jaki autorowie podają dla stłuszczenia serca (*degeneratio adiposa cordis*), wypadło więc zwrócić się do samych tętnic wieńcowych serca. Najczęstszą sprawą chorobową jaką się w nich spotyka, jest stwardnienie błony wewnętrznej (*arterio-sclerosis*) które często prowadzi do zwężenia lub zatkania ich światła. Dalszem następstwem są zmiany w mięśniu serca poprzednio już opisane, w części anatomo-patologicznej.

(C. d. n.)

NOTATKI LEKARSKIE.

21. Tyfus brzuszny. Liczne ropnie podskórne w okresie wyzdrowiania.

Bronisława K., lat 16, przybyła w dniu 16 Czerwca r. b. na salę 6 w szpitalu Dzieciątka Jezus, skarżąc się na ból głowy i gardła i na rozwolnienie.

O ile zapamięta, poprzednio nigdy nie chorowała obłożnie; dokuczał jej tylko od czasu do czasu nieznośny kaszel. Regularności jeszcze nie było. Od kilku dni chora czuła się niedobrze, straciła apetyt, doznawała „lamania w kościach“ i po uporeczywem zaparciu stolca od paru dni miała rozwolnienie; na dzień przed wstąpieniem do szpitala doznała dość silnych dreszczów. Podczas pobytu w szpitalu dreszcze powtarzały się codziennie, jeszcze przez dni parę. Ból głowy wzrastał się, rozwolnienie nie ustępowało.

Chorą widziałem pierwszy raz w dniu 23. VI.; był to ósmy dzień choroby, stan zaś chorej był podówczas następujący:

Chora wzrostu średniego, zbudowana dość słabo, odżywiana również niezbyt świetnie; stan gorączkowy, ciepłota ranna 39° C., wieczorem 40,1° C., tętno około 100, dość twarde i duże, częstość oddechu 30; na skórze nie ma żadnej wysypki.

Klatka piersiowa trochę wydłużona, sutki prawie wcale nie rozwinięte. Ruchy oddechowe jednakie po obu stronach. Granice płuc prawidłowe, odgłos wypukowy wszędzie normalny. Wydech nieco wydłużony i niewielką ilość rzężeń suchych i wilgotnych, grubo-oskrzelowych, słychać na całej klatce piersiowej. Nieznaczny suchy kaszel.

Wymiar serca prawidłowy; tony czyste, dość silne.

Brzuch umiarkowanie powiększony, bolesny przy dotknięciu przeważnie w okolicy kiszki ślepej i okrężnicy wstępującej. Śledziona sięga nad ósme żebro i daje się dobrze wyczuć mniej więcej na palec pod brzegiem żeber; okolica śledziona nieco bolesna na dotyk. Wątroba nie powiększona. Kiszki wypełnione kałem; od czasu do czasu burkotanie (*borborygmi*). Język obłożony, dość suchy. Chora miewa dziennie pięć do sześciu wypróżnień płynnych, koloru ciemno-żółtego. Uryny około 500 cent. sześć; kolor moczu ciemno-czerwony, białka nie ma, znaczny osad złożony z moczanów.

Chora znajduje się w stanie nieco pobudzonym; w nocy, według opowiadania posługaczki, trochę bredzi.

Biorąc pod uwagę początek choroby i dane osiągnięte podczas badania, mianowicie, ciepłotę ciała, powiększenie śledziona, stan przewodu pokarmowego, lekkie zajęcie oskrzeli i objawy ze strony ośrodków mózgowych, pomimo braku dotychczas wysypki, nie wahałem się z postawieniem rozpoznania: tyfus brzuszny. Zaleciłem zimne okłady na głowę, także obmywanie całego ciała; *olei ricini* $\frac{1}{2}$ łyżki. Ciepły okład na brzuch; herbatę, kawę czarną, nieco wina i rosół.

W ciągu drugiego tygodnia choroby ciepłota ranna bywała 39° 39,5° C., wieczorna zaś sięgała do 40,2° C., tętno zwykle około 120. Na skórze brzucha i piersi w niewielu miejscach zjawiała się wysypka. Śledziona się nieco powiększyła ku górze i sięgała do 7 żebra. Stolce pozostały bez żadnej zmiany; lekki *meteorismus*, język zupełnie suchy. Pod koniec drugiego tygodnia objawy mózgowie przybrały rozmiary groźniejsze, prawie ciągła nieprzytomność; tętno stało się więcej miękkim, a tony serca nieco słabszymi. W obec tego prócz dyjety pożywnej i wina, zastosowano: *Inf. Valer.* (3j— $\overline{5}$ vj).

Już na początku trzeciego tygodnia objawy mózgowie stały się jeszcze więcej zatrważającymi, nieprzytomność nie ustawała ani na chwilę, od czasu do czasu chora zrywała się z łóżka i chciała uciekać. Tętno dochodziło niekiedy

do 130 uderzeń na minutę. Ciężota ranna 39,5°, C. wieczorna 40,5 C., a nawet przez trzy dni 41° C. W wypróżnieniach zjawily się żyłki krwi, a na wardze górnej wyprysk niezbyt obfity, który po 5 dniach znikł zupełnie. Z obawy wyczerpania sił chorej, prócz większej ilości wina zaleciłem mleczankę kamforową.

Dwudziestego trzeciego dnia choroby ciężota zaczęła opadać tak, że w końcu czwartego tygodnia spadła prawie do normy. W tym samym czasie na brzuchu, bokach i łądźwiach wystąpiło kilka czyraków dość bolesnych, które jednak dość prędko się zagoily, wywoławszy około trzydziestego dnia choroby nieznaczną zwyżkę ciężoty. Potem stan chorej szybko się zaczął poprawiać.

Dopiero 22. VII., a więc w trzydziści siedm dni od daty zasłabnięcia, na brzuchu i piersiach powstało kilka miejsc zaczerwienionych, nieco wniesionych nad powierzchnię skóry i trochę bolesnych przy dotknięciu. Ciężota ciała pozostała wprawdzie w tym dniu normalną, lecz zaraz nazajutrz chora poczuła wieczorem dreszcze i ciężota podskoczyła do 38,5° C. Już następnego dnia (24. VII.) na wszystkich wspomnianych miejscach można było wyczuć bardzo wyraźne chęłbotanie (*fluctuatio*). Wielkość i wygląd zewnętrzny wszystkich ropni był zupełnie podobny do wzniesienia skóry, powstającego zaraz po odjęciu dobrze naciągniętej, suchej bańki. Ogółem ropni było dwanaście, z tej liczby jeden na skórze czaszki (*in capillitio*), jeden na klatce piersiowej i jeden na wewnętrznej powierzchni lewego ramienia około pachy.

W skutek takiego stanu, chora została przeniesioną do oddziału chirurgicznego kol. Matla k o w s k i e g o, który w dniu 26. VII, otworzył 9 ropni, przy czym wypłynęła ropa gęsta, niecuchnąca, ścianki ropni okazały się gładkie i mało zmienione. Przez następne dwa dni chora nieco gorączkowała, zresztą stan ogólny był zadawalniający.

W dniu 1. VIII. otworzono jeszcze dwa ropnie, na czaszce w okolicy ciemieniowej prawej i na brzuchu, i tu ropa była bardzo gęsta, po odejściu zaś jej wydzieliły się same kawałki zmartwiałych tkanek ze ścian ropni, na około brak było wszelkich objawów zapalnych. Rany po przecięciu goily się bardzo szybko, jeden zaś z ropni nie otworzony uległ wessaniu. W dniu 10. VIII. chora była już zupełnie zdrową.

Czyraki i ropnie podskórne, występujące w czasie powrotu do zdrowia po tyfusie brzuszny, są rzeczą dość częstą, ostatnie jednak zdarzają się stosunkowo rzadziej niż pierwsze. Liebermeister na 1750 chorych, dotkniętych tyfusem brzuszny (od roku 1865 do 1871 roku), widział ropnie u 85, a więc w 4,85%.

W przytoczonym powyżej przypadku godną jest uwagi niezwykła ilość ropni, umiejscowionych pod skórą i występujących równocześnie na różnych częściach ciała; uderza także i to, że wbrew zwyczajowi znajdowały się one głównie na miejscach, które wcale nie były wystawione na ucisk podczas choroby. Zwykłym siedliskiem tego rodzaju ropni są pośladki i okolica łądźwiowa, tutaj zaś zajmowały skórę brzucha, przednią okolicę klatki piersiowej i okolicę ciemieniową na głowie. Wszystkie te ropnie, jak wyżej nadmienilem, były ściśle umiejscowione w tkance łącznej podskórnej, M. Jakowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

40. Neudörfer. Przyczynek do kwestyi działania i stosowania chloroformu.

(Dokonezenie. — Patrz Nr. 34).

2) Ile chloroformu pochłonać może surowica krwi?

Z razu sądził autor, że pochłonie ona go mniej aniżeli woda destylowana. Doświadczenie jednak dało wynik wprost przeciwny. Okazało się mianowicie,

że 100 cent. surowicy krwi pochłania od 988—1018 miligramów chloroformu. Autor z tego wnosi, że nie całą ilość chloroformu należałoby uważać za rozpuszczoną w surowicy, ale część jego jakoby uwięzioną przez lepkie cząsteczki surowicy przy klóceniu jej z chloroformem.

3) Ile wreszcie pochłonać jest w stanie żywa krew w całości? Otóż krew wypuszczona bezpośrednio z żyły, a przez dodatek dwuwęglanu sodu utrzymana w stanie ciekłym, pochłaniała na 100 cent. 1753 miligr. chloroformu.

Z powyższego okazuje się, ile w ogóle wynaczyniona surowica lub krew zawierać w sobie może najwyżej chloroformu płynnego. Daleko jest trudniejszym oznaczenie ile najwyżej krew krążąca pochłonać jest w stanie par chloroformowych, albo, co dla nas nierównie jest ważniejszym, ile chloroformu pochłoneła krew, gdy nastąpiło zupełne znieczulenie. Rozwiązanie pytania tego przedstawia następujące trudności. Przedewszystkiem, jak to okażemy później, zawartość chloroformu w powietrzu wdechanem jest zmienną, a gdybyśmy nawet byli w stanie ilość tę oznaczyć, to trudno znowu oznaczyć ilość chloroformu uchodzącego z powietrzem wydechanem, a gdyby nawet i to było możliwem, to pozostawalibyśmy jeszcze w niepewności, ile chloroformu pochłaniają pierwiastki tkankowe. Pomimo tych trudności autor ma zamiar w dalszych pracach przynajmniej do rozwiązania kwestyi się zbliżyć.

Opierając się na wymienionych powyżej badaniach wstępnych, autor przystępuje do następujących wywodów, które już bezpośrednio poprowadziły go do pewnych praktycznych wyników, odnośnie od stosowania chloroformu jako środka znieczulającego. Wiadomem jest, że mieszanina gazów dyfundując przez błony do próżni nie przechodzi do takowej w niezmienionym stosunku, ale w stosunku zależnym od współczynnika przenikania pojedynczych gazów. To samo ma miejsce, gdy mieszanina przecieka do płynów. Wiadomą jest rzeczą, że powietrze, przenikając do wody, przedstawia w tej ostatniej stosunek tlenu do azotu prawie 1 : 2, gdy tymczasem w atmosferze stosunek ten jest równym 1 : 4. Wynika więc stąd, że współczynnik absorbcyjny wody dla tlenu jest większym, aniżeli dla azotu. Można by to wyrazić jeszcze i tak, że woda posiada większe powinowactwo do tlenu aniżeli do azotu. Podobnie się dzieje i z krwią. I krew pochłania w różnym stopniu rozmaite gazy. Najbardziej wszakże opracowaną jest kwestyja zdolności pochłaniania pewnych gazów przez krążki krwi, a zwłaszcza przez hemoglobinę. Przekonano się, że hemoglobina większe ma powinowactwo do tlenku węgla aniżeli do tlenu. Jeżeli zatem w atmosferze, w której oddechamy, znajduje się tlenek węgla, to hemoglobina przestaje pochłaniać tlen, a w jego miejsce wchodzi tlenek węgla. Jeszcze silniejsze powinowactwo ma hemoglobina do tlenku azotu, tak, że ten ostatni wypiera ze związku nie tylko tlen ale i tlenek węgla. Ale jakkolwiek gaz posiadający silniejsze powinowactwo do danego płynu w większej ilości do takowego wnika, to jednakże doświadczenie wykazało, że jeżeli gaz silne powinowactwo mający znajdować się będzie w obec nadmiaru gazu posiadającego słabsze powinowactwo, to w tych warunkach stosunek wchłanianych gazów nie będzie odpowiadał wyłącznie stosunkowi ich współczynników absorbcyjnych, ale na niekorzyść tych ostatnich działać będzie sam nadmiar gazu z mniejszem powinowactwem. Doświadczenie przekonało, że gdy w atmosferze znajdować się będzie 1% tlenku węgla, to wtedy zawartość tlenu w hemoglobinie spadnie z 20% do 11%, a zawartość tlenku węgla w hemoglobinie równać się będzie 10,7%. W tych warunkach zwierzę po 20 minutach umiera. Jeżeli jednak w atmosferze znajdować się będzie 0,025% tlenku węgla, to wtedy zawartość tlenu w hemoglobinie zmniejszy się tylko do 19,9%, a zawartość tlenku węgla wynosić będzie 1,2%. Jeżeli teraz zwierzę pomieścimy w atmosferze czystego tlenu, w którym zawierać się będzie 1% tlenku węgla, to i w tych warunkach przejdzie do krwi tlenku węgla 10,7%, ale tlenu wtedy hemoglobina zawierać będzie 20—23% i wtedy

powyższy procent tlenu węgla nie będzie działał śmiertelnie. H o p p e - S e y - l e r i G r é h a n t twierdzą wprawdzie, że jeżeli w mieszaninie 3 wyżej wspomnianych gazów (tlen, tlenek węgla, tlenek azotu), najslabszy w nich znajduje się w wielkim nadmiarze, to nie dopuszcza on do pochłaniania gazów z powinowactwem silniejszym. Autor wszakże twierdzi, że nie należy sądzić, jakoby one nie były pochłaniane, ale tylko, że przestały być szkodliwymi.

Wyżej powiedzieliśmy, że powietrze nasycone chloroformem działa niszcząco na krążki krwi. Przed chwilą wykazaliśmy, że tlen nie należy do gazów, do których hemoglobina najsilniejsze ma powinowactwo. Zdaniem autora powinowactwo hemoglobiny do tlenu w ogóle nie jest wielkością stałą, a natomiast w pewnych granicach zmienną, co zależy od indywidualności, czyli innem słowem od konstytucyi danego ustroju. Otóż w ustroju, w którym hemoglobina ma słabe do tlenu powinowactwo bardzo być może, że nie tylko tlenek węgla i tlenek azotu są w stanie wyprzeć tlen ze związku z hemoglobina i w ten sposób śmierć wywołać, ale i inne gazy mogą to uczynić. Autor przypuszcza, że śmierć spowodowana wdychaniem chloroformu zależy właśnie od konstytucyjonalnego słabego powinowactwa hemoglobiny do tlenu i że w tym przypadku chloroform na jego miejsce się podstawia. Jeżeli znieczulamy chloroformem osobnika, którego hemoglobina ma stosunkowo słabe powinowactwo do tlenu, jeśli zatem krwi dajemy do oddechania powietrze zawierające 20% chloroformu, to wtedy w 100vv. tego powietrza obok 20vv. chloroformu znajduje się tylko 80vv. powietrza atmosferycznego. Krwi zatem zamiast zwykłej ilości 20% tlenu dostarczamy gazu tego tylko 16%. Otóż przy słabym powinowactwie hemoglobiny do tlenu bardzo być może, że w tych warunkach hemoglobina za mało lub wcale tlenu nie pochłania, a chloroform trujący swój wpływ wywrzeć może. Przypuszczenie takie zdaje się być bardziej w zgodzie z faktami, aniżeli owo, które wyprowadza zejście śmiertelne przy chloroformowaniu z osłabienia lub z chorób serca; jest bowiem wiadomem, że ludzie ze słabym tętnem serca, a nawet z wyraźnymi wadami tego narządu, bywają chloroformowani bez wszelkich groźnych przypadłości i naodwrot widziano przypadki śmierci przy chloroformowaniu u osób z silnym tętnem i zupełnie zdrowym sercem.

Przypuszczenie powyższe wskazuje zarazem drogę, na jakiej uniknąć by się dało w mowie będącego niebezpieczeństwa. Wykazaliśmy, że nawet ów silnie trujący tlenek węgla stać się może nieszkodliwym, jeżeli tlen znajdować się będzie w nadmiarze. Opierając się na tem wnioskuje autor, że gdy chorego mającego być poddanym chloroformowaniu umieścimy w atmosferze, w której tlen zawierać się będzie w nadmiarze, to w takich warunkach chloroform nie będzie mógł wywrzeć niszczącego swojego wpływu na ciało krwi. Krążki krwi w tym razie, nawet! przy słabym ich do tlenu powinowactwie, chłonać będą ilość tlenu dostatecznie wielką do zachowania swej żywotności. Słowem, autor sądzi, że gdy zamiast powietrza tlen czysty nasycimy chloroformem i taką mieszaniną każemy choremu oddechać, to unikniemy wszelkiego niebezpieczeństwa.

Przed przystąpieniem do doświadczeń w tym kierunku autor stawiał sobie teoretyczne zarzuty, które mogłyby przeciwskazywać stosowanie do oddechania mieszaniny chloroformu z czystym tlenem. Naprzód szło mu o to, czy ze względów chemicznych nie wytworzą się w tych warunkach jakiegokolwiek związki, szkodliwe na ustrój oddziaływać mogące. Możliwość wytworzenia się fosgenu i kwasu solnego, ale bliższe zbadanie tej kwestyi czyni obawy te zupełnie płonnymi. Następnie wobec zarzutu, że oddechanie czystym tlenem pod ciśnieniem zwykłym atmosferycznym nie jest bez szkody dla ustroju, autor zwraca uwagę na to, że 1) ponieważ tlen tu jest pomieszany z 20% chloroformu, ciśnienie jego zatem jest mniejsze od jednej atmosfery, 2) że skutki szkodliwe oddechania czystym tlenem uwydatniają się dopiero po kilkugodzinnem lub dłuższem jeszcze oddechaniu tym gazem, ale skutków tych zupełnie

w rachubę brać nie można wobec krótkiego czasu potrzebnego do wywołania znieczulenia

Znieczulenie za pomocą mieszaniny tlenu z chloroformem zastosował przede wszystkim N. u psów; wyniki były doskonale. Psy w bardzo krótkim czasie (1—2 minut) zupełnie ulegały znieczuleniu, po ominięciu zaś znieczulenia również bardzo prędko odzyskiwały przytomność, tak, że po kilku minutach były rześwemi i wesołemi.

Po tych doświadczeniach zastosował autor znieczulenie wyżej podaną metodą u ludzi, również ze skutkiem nad wszelkie spodziewanie pomyslnym. O jednym np. z chorych opowiada autor, że przyglądał się on operacji na nim dokonywanej (chodziło o wyjęcie kuli ze śródrcza), przyczem ani się skrzywił, a po operacji powiedział, że był wprawdzie nieco odurzonym, nie spał wszakże, wszystko widział, ale żadnego nie czuł bólu, sądził nawet, że znieczulenie było niepotrzebnem, gdyż operacja była bezbolesną. Był to pierwszy chory, u którego N. stosował swoje metodę, skutkiem czego starał się znieczulenie nie tak daleko doprowadzić. W innych przypadkach stosował N. mieszaninę chloroformu z tlenem (10% chloroformu), przy czem operacja przeciągała się dość długo (np. wycięcie stawu łokciowego); chorzy odznaczali się spokojem, oczy bywały na wpół zamknięte, rysy twarzy nie ulegały zmianom, charakteryzującym zwykle głębokie odurzenie, ale raczej przedstawiały obraz spokojnie zasypiającego człowieka. Również charakterystycznym jest szybkie budzenie się i przychodzenie do zupełnej przytomności. Autor wspomina, że u chorego z przerostem serca, cierpiącego na stenokardyalne napady, dwa razy uspakajał napady te, podając do wdychania 3% mieszaninę chloroformu w tlenie. Za każdym razem po upływie minuty następowało odurzenie, poczem chory szybko się budził, zupełnie dobrze się czując.

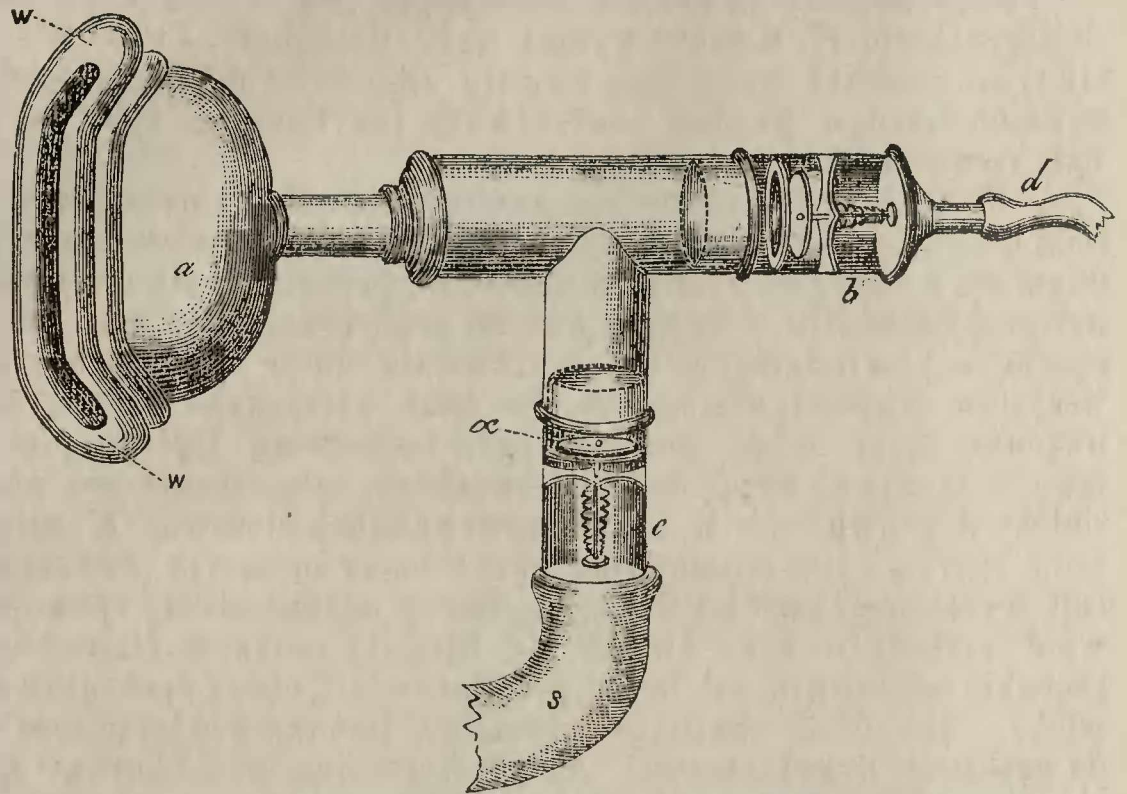
W ogóle zaznacza autor, że przy chloroformowaniu jego metodą unika się wpływów następczych, towarzyszących zwykłemu chloroformowaniu, a mianowicie: wielkiego osłabienia, bólu głowy, apatii, mdłości i wymiotów, w ogóle nie daje się widzieć, aby chory czuł się potem więcej osłabionym. Wszyscy chorzy czują się po przebudzeniu dobrze i krzepko, jakby po zdrowym śnie i pomimo przebycia operacji nie ulegali tak zwykłemu poblednięciu. Szczególnie dodatnią stroną tej metody stanowi brak okresu pobudzenia, spokojne oddechanie, szybkie zapadnięcie w sen i naodwrot szybkie przebudzenie się. Przez prędko następujące znieczulenie nietylko operujący zyskuje na czasie, ale co ważniejsza, ilość chloroformu, czas jego szkodliwego wpływu na krew, znacznie się zmniejszają. Autor dotąd z zupełną stanowczością nie może orzec, jaki jest najodpowiedniejszy procent w mowie będącej mieszaniny, ale to napewno twierdzi, że nasyciona mieszanina (20%) nie jest potrzebną. Najodpowiedniejszą zdaje się być 3—5%-owa.

A teraz słów kilka o technice zalecanej metody. N. zaleca nowy przyrząd *Limousin'a* dla otrzymywania tlenu, w którym to przyrządzie jak wiadomo tlen otrzymuje się przez ogrzewanie chloranu potasu zmieszanego z tlenkiem manganu. Tlen otrzymany tym sposobem przechowuje się w poduszkach odpowiednich lub też gazometrach. Poduszka lub pęcherz zawierający tlen wypełnia się parami chloroformu w ten sposób, że wlewamy do niego przez kurek za pomocą pipety odpowiednią ilość chloroformu, stosownie do żądanej koncentracji (p. w.). Po zamknięciu kurka przez ruch obrotowy poduszki lub pęcherza chloroform rozlewa się po ścianach wewnętrznych i szybko przechodzi w pary. Ponieważ chloroform łatwo ulatnia się przez pory pęcherza, właściwym więc jest dopiero przed użyciem mieszaninę gazów przygotować.

Tu zwrócić jeszcze należy uwagę, że najlepiej używać kurków metalowych, gdyż kauczukowe pod wpływem tej mieszaniny ulegają zmięknieniu i prędko się psują.

Co do samego mechanizmu wdechania chodzi tu o to, aby gazy raz wprowadzone do płuc po akcji wydechowym zostały zupełnie na zewnątrz usunięte.

W tym celu po rozmaitych próbach autor uznał za najodpowiedniejsze klapki sprężynowe. Mają one tę własność, że z nadzwyczajną łatwością odmykają się i zamykają nawet przy powierzchownych tylko ruchach oddechowych, a pomimo tego zupełnie szczelnie zamykają. Przyrządy te przygotowuje



N., mechanik Markoni w Wiedniu. Przyrząd, który załączony objaśnia rysunek, składa się zatem w ogóle: z tak zwanej maski kauczukowej, której brzeg opatrzony jest rurą gumową wypełnioną powietrzem w tym celu, aby maska przyciśniona do twarzy szczelnie przylegała; od maski tej idzie rura zrazu pojedyncza, później dzieląca się na dwie odnogi, z których jedna pozostaje w połączeniu z poduszką wypełnioną mieszaniną znieczulającą, a druga z atmosferą zewnętrzną. Każda z tych odnóg opatrzona jest wyżej opisanymi klapkami w ten sposób, że przy akcji wdechania otwiera się klapka od zbiornika mieszaniny znieczulającej, a zamyka klapka odnogi prowadzącej na zewnątrz i naodwrot.

(*Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie T. 18. Z. III i IV*)

Fr. Jawdyński.

Wiadomości bieżące.

Egipt. Według wykazu o śmiertelności cholery w r. 1865 w Egipcie, podanego w „Lancetie“, znajdujemy fakt interesujący, że na 61,192 przypadków śmierci wypadła: muzułmanów 59,104, chrześcijan 1,978, żydów 110.

Berlin. Sąd okręgowy berliński skazał lekarza X. na 9 miesięcy więzienia, uznając go winnym wywołania poronienia, wskutek którego nastąpiły silne krwotoki i śmierć chorej.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:

— *Przegląd lekarski.* Nr. 35. W. Jaworski. O powstawaniu i rozpoznawaniu rozstrzeni żołądka.

— *Medycyna.* Nr. 35. K. Rumszewicz. przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka.

Na pomnik Mickiewicza. Zebrane w kółku lekarskim przez D-ra Neumana, w Sosnowcu, 23 rs. — Razem z poprzednio zebranymi. Rs. 1010 kop. 50, 5 Złr., 10 franków. w złocie i 1 dukat w złocie.

Sprostowanie. W N-rze 36 Gaz. Lek. w Wiadomościach bieżących zamiast D-r K w a ś n i e w s k i, powinno być D-r K w a ś n i e k i b. chirurg w szpitalu Ewangelickim w Warszawie i w wierszu 8 zamiast S i e n e c u s, powinno być S i e m e n s.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 25 Августа 1883 г. Друк К. Ковалевскаго. Крѣлевска № 23.

MATTONI'EGO GIESSHÜBLER



Najczyściejsza woda kwaśna alkaliczna
NAJLEPSZY NAPÓJ STOŁOWY I ORZEŻWIAJĄCY

wypróbowany przy kaszlu, chorobach gardła i przy katarach żołądka
 i pęcherza moczowego.

Pastyłki do trawienia.

HENRYK MATTONI (Karlsbad).

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjałów aptec n
 i aptekach Rossyi

SKŁADY u Aleksandra Wenzla w Petersburgu Kazańska 3.
 u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20—12

DRAGEES MEYNET
 D'EXTRAIT
 DE FOIE DE MORUE

Pigulki Meynet z Ekstraktu Tranu Rybiego. Zatwierdzone przez Paryzką Akademię Medyczną. Zalecane przez wszystkich lekarzy jako skuteczniejsze od tranu rybiego, nie sprawiające ani niesmaku ani odbijania się.

Pigulki Meynet sprzedają się w pudełkach albo we flakonach. Wymagane na etykiecie znak fabryczny, jak obok, i podpis G. Meynet, niebieskim atramentem. • Skład Hurtowy: A. Fourny.

44, ulica Amsterdam, w Paryżu. W ROSSYI WE WSZYSTKICH GŁÓWNIJSZYCH APTEKACH.

O PIELEGNOWANIU CHORYCH

W DOMU I SZPITALU

PRZEKŁAD DZIEŁA Prof. BILLROTH'A
 Z DRUGIEGO NIEMIECKIEGO WYDANIA.

Cena egzemplarza zbroszurowanego rs. 1.—Kartonowanego rs. 1 kop. 30.—Przesyłka pocztą kop. 40. Jest do nabycia we wszystkich księgarniach. Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

0—9

OFNER KROLEWSKA WODA GORZKA MATTONI.

Mattoni i Wille w Peszcie

Zaszczycona chwalebna opinią najpierwszych lekarzy Europy

Używaną bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

1. w chorobach kanałów kiszkowych
2. „ obstrukeyi chronicznej
3. „ uderzeń do głowy, zawrotach, biciach serca i astmie,
4. „ febrze wywołanej zanieczyszczeniem żołądka
5. „ chronicznych w ogóle
6. „ lekkich cierpieniach skrofulicznych
7. „ stłuszczeniu
8. „ organów płciowych kobiecych

Sprzedaje się we wszystkich składach materyjałów aptecznych
 i aptekach w Rossyi.

SKŁADY } u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazańska 3 20—12
 } u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj

OD WYDAWCY KURJERA CODZIENNEGO.

Starania o rozwój pisma naszego, a tem samem uczynienia go najpopularniejszym, zaznaczyliśmy od czasu przejścia Kurjera pod nową redakcyję. Wskutek uzyskanego pozwolenia w roku bieżącym rozszerzyliśmy znacznie program Kurjera Codziennego. Nie poprzestając na tem przedsięwzięliśmy **wyłącznie dla prenumeratorów Kurjera Codziennego wydawnictwo nowego stereotypowego odbicia.**

ENCYKLOPEDIJI POWSZECHNEJ

(TREŚĆ WIEDZY LUDZKIEJ)

w 12 Tomach z 2 Suplementami

za cenę niepraktykowanie niską:

a mianowicie:

Tom Encyklopedyi powszechnej objętości 30 arkuszy druku w wielkiej ósemce, za 60 kop. Z przes. pocztą 85 kop. 2 Suplementa liczyć się będą za jeden tom. Wydanie na welinowym papierze, kosztować będzie po 80 kop. za tom, a z przesyłką pocztą po rs. 1 kop. 5.

Encyklopedyi dotąd opuściło prassę tomów 3. Nowo-przybywający prenumeratorzy Kurjera z dniem 1-go Października otrzymują Encyklopedyję począwszy od tomu 1-go co miesiąc jeden tom.

PROGRAM KURJERA CODZIENNEGO

(Wychodzi codziennie nie wyłączając świąt, oprócz Bożego Narodzenia i Wielkiej Nocy).

1) Wiadomości urzędowe. 2) Kronika wiadomości miejskich i prowincjonalnych z Cesarstwa i zagranicy. 3) Powieści, opowiadania i poezyje. 4) Życiorysy znakomitości z drzeworytami. 5) Artykuły społeczne, ekonomiczne, przyrodnicze, rolnicze oraz dotyczące handlu i przemysłu. 6) Wiadomości z literatury, teatru, sztuki,—przeglądy polityczne i telegramy. 7) Kronika sądowa. 8) Felieton. 9) Korespondencyje z Cesarstwa i z zagranicy. 10) Ilustracyje do bieżących wydarzeń. 11) Logogryfy, szarady, rebusy, szachy i t. d. 12) Rozmaitości. 13) Wiadomości giełdowe, handlowe i przemysłowe. 14) Ogłoszenia.

W miarę potrzeby bezpłatne dodatki poranne.

Nadmieniamy jeszcze, że ułatwiając wydatki prenumeratorom Kurjera Codziennego, na prowincyi, przyjmować będziemy odtąd od zapisujących się z prowincyi na Encyklopedyję opłatę miesięczną na Kurjer Codzienny. Mogą więc nadsyłać co miesiąc na Kurjer 75 kop. i na Encyklopedyję 85 kop. z przesyłką, czyli razem rs. 1 kop. 60. Drobne mogą być przysyłane markami pocztowemi.

WARUNKI PRENUMERATY

Cena Kurjera:

w Warszawie:		na Prowincyi i w Cesarstwie:	
Miesięcznie . . .	rs. — kop. 50	Miesięcznie . . .	rs. — kop. 75
Kwartalnie . . .	1 „ 50	Kwartalnie . . .	2 „ 25
Półrocznie . . .	3 „ —	Półrocznie . . .	4 „ 50
Rocznie . . .	6 „ —	Rocznie . . .	9 „ —

Za odnośzenie do domu dopłaca się kop. 5 miesięcznie.

Cena Kurjera wraz z Encyklopedyją:

w Warszawie:		na Prowincyi i w Cesarstwie:	
Miesięcznie . . .	rs. 1 kop. 10	Miesięcznie . . .	rs. 1 kop. 60
Kwartalnie . . .	3 „ 30	Kwartalnie . . .	4 „ 80
Półrocznie . . .	6 „ 60	Półrocznie . . .	9 „ 60
Rocznie . . .	13 „ 20	Rocznie . . .	19 „ 20

Adres Redakcyi: Czysta Nr. 6.

Wydawca Hipolit Orgelbrand.