

# 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.

---

### CHEMICZNO-MIKROSKOPOWA PRACOWNIA

dla celów dyjagnostyki lekarskiej

### D-ra E. Przewoskiego,

prosektora Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, dokonywa wszelkich  
rozbiorów moczu, śluzu krwi, nasienia, tkanek patologicznych i t. d.

Chmielna Nr. 26.

3—1

---

### Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich w San Remo.

8—5

---

### Dr. W. Jaroszyński

ordynować będzie jak lat poprzednich od 1 Września w Meran.

10—9

---

### DOM ZDROWIA

### D-ra Oltuszewskiego,

egzystujący w Warszawie od 1880 r. przeniesiony został na ulicę Długą Nr. 6 (dawny pałac  
Kronenberga). Zakład przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych na wszelkiego rodzaju cier-  
pienia. Całe utrzymanie z lekarstwami, opieką lekarską i felerzską od 2—4 rs. na dobę. 6—4

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 Dra RABUTEAU.**

**PIGUŁKI ŻELAZNE D<sup>ra</sup> RABUTEAU**

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryskiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, 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 Paryzkich).*

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. E. Kornilowicz. Dwa przypadki płasawicy połowicznej (*Hemichorea*). — II. J. Pawiński. Zwięźenie i zatkanie tętnic wieńcowych serca, pod względem fizyologicznym, anatomico-patologicznym i klinicznym (Dalszy ciąg). — *Notatki lekarskie*. 22. Z. K r a m s z t y k. Wybroczyny w siatkówce przy białkomoezu. Dwa przypadki chorobowe. — Wiadomości bieżące. — Wspomnienie pośmiertne. — Ogłoszenia.

## I. DWA PRZYPADKI PŁASAWICY POŁOWICZNEJ (*Hemichorea*).

Napisał

**Edward Kornilowicz**

ordynator oddziału psychiatrycznego przy szpitalu Ujazdowskim.

(Rzecz czytana w Towarzystwie Lekarskiem na posiedzeniu klinicznym z 6. III. 1883).

Dotychczas autorowie rozróżniają dwojakiego rodzaju płasawicę połowiczną (*hemichorea*): zwyczajną i objawową (*l'hémichorée ordinaire et l'hémichorée symptomatique*). Co do pierwszej, to natura zmian mózgu, warunkujących takową, nie jest dotychczas poznaną. Co do drugiej, to wiadomem jest, że takowa pod wpływem uszkodzeń mózgu powstaje w połowie ciała przeciwnej cierpieniu mózgowemu i zależną jest od siedliska cierpienia, a nie od natury jego. Ogólną wspólną cechą tak płasawicy połowicznej zwyczajnej, jak i płasawicy połowicznej objawowej jest charakter ruchów podobny do charakteru ruchów, jakie widzimy przy zwykłej płasawicy (*chorea minor*), cała tylko różnica polega na tem, że ruchy te przy płasawicy połowicznej są ograniczone do jednej połowy ciała. Ruchy te są mimowolne, nieprawidłowe, nierytmiczne, odbywają się ciągle, ustają podczas snu, powiększają się podczas ruchów dowolnych i nie podlegają woli.

O płasawicy połowicznej zwyczajnej pisali Moynier, Trousseau, Grisolle, Laseguené. O płasawicy połowicznej objawowej pisali Travers, Roud, Tuchwell, Jackson, dokładniej zaś została zbadaną przez Mitchella, Charcot'a i Raymond'a. U nas poraz pierwszy spotykamy opis takowej w pracy kolegi Gajkiewicza „Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych rok 1879. str. 52. Z pracy tej jako też i z pracy Raymond'a: „*Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée*” pozwolę sobie w części korzystać.

Płasawica połowiczna objawowa najczęściej występuje po napadzie apoplektycznym, gdy objawy porażenia połowicznego (*hemiplegia*), bezwład połowi-

czny i przykurczenia zaczynają ustępować. Jest to tak zwana *hemichorea posthaemorrhagica, posthemiplegica, postparalytica*. W miarę jak mięśnie porażonych kończyn odzyskują swą czynność, zjawiają się w takowych ruchy płasawicze, z początku słabego natężenia, zwiększające się stopniowo i trwające przez całe życie. W większej liczbie przypadków zбочeniu temu towarzyszy znieczulenie połowiczne (*haemianaesthesia*) tak skóry jak i innych narządów zmysłów, jako: to sluchu, węchu, smaku i wzroku.

Płasawica połowiczna może wystąpić i przed porażeniem połowicznym, wkrótce po napadzie apoplektycznym; będzie to tak zwana *hemichorea praehemiplegica*. Tu mogą być dwa przypadki: albo po napadzie apoplektycznym występują ruchy płasawicze, które, przetrwawszy dni kilka, ustępują objawom porażenia połowicznego, które się kończy śmiercią, albo też po napadzie apoplektycznym ruchy płasawicze i porażenie połowiczne ustępują, chory przychodzi do zdrowia, ale po powtórnym napadzie występują znowu ruchy płasawicze i porażenie połowiczne, które może albo zakończyć się śmiercią, albo powtórnie ustąpić i t. d. aż do śmierci. Znieczulenie połowiczne zdarza się i przy tej formie płasawicy połowicznej.

II. Płasawica połowiczna objawowa może towarzyszyć zanikowi częściowemu mózgu, ograniczonemu najczęściej do jednej półkuli. Przyczyną tego zaniku najczęściej bywają choroby przebywane w wieku dziecięcym lub podczas życia wewnątrzmacicznego, jak rozmięczenie, zapalenie mózgu traumatycznego pochodzenia, wynaczynienia w oponach mózgu, stwardnienia zrazowe i t. d.. Najczęściej zaburzenia te prowadzą za sobą nieuleczalne porażenie połowiczne z przykurzeniami, ale niekiedy porażenie połowiczne przemija, a po niem występuje płasawica połowiczna, albo też porażenie połowiczne może być od początku zastąpionem przez płasawicę połowiczną.

Tego rodzaju płasawica połowiczna prawie zawsze trwa przez całe życie. Inteligencyja przytem może być albo zupełnie zachowaną, albo być osłabioną. Często napady epileptyczne są udziałem tego rodzaju chorych. Znieczulenia połowicznego przy tej formie płasawicy połowicznej nie spotykamy.

Nakoniec płasawica połowiczna może wystąpić przy nowotworach mózgu. W tych przypadkach początek takowej nie jest gwałtowny.

Objawy zбочeń ruchowych występują powoli. Często przytem brak porażen połowicznych, a nigdy prawie nie obserwujemy znieczulenia połowicznego. Ruchy zaś płasawicze często są ograniczone do jednej ręki.

Co do zmian w mózgu, jakie spotyka się przy płasawicy połowicznej objawowej, to dotychczasowe doświadczenia na zwierzętach, dokonane przez *Raymond'a* i rezultaty badania zwłok, pozwalają postawić wniosek, że płasawica połowiczna objawowa powstaje wskutek ucisku, drażnienia lub też znieczulenia pęczka włókien torebki wewnętrznej, znajdującego się ku przodowi i na zewnątrz od włókien czuciowych tejże torebki, pęczka włókien znajdujących się w najbliższym stosunku z częścią tylną wzgórka wzrokowego.

Co do płasawicy połowicznej zwyczajnej, to natura zmian mózgu przy takowej, jak to nadmieniliśmy, dotychczas nie jest poznana. W każdym razie



wielce jest prawdopodobnem że i tu zmiany istnieją i że są umiejscowione tam, gdzie i zmiany spotykane przy płasawicy połowicznej objawowej, od której ze względu na objawy niczem się nie różni.

Przedstawiwszy w krótkim zarysie obecny stan nauki o płasawicy połowicznej, pozwolą Szanowni Panowie, że zajmę ich uwagę opisem dwóch przypadków tej choroby.

**P r z y p a d e k I.** Franciszek Napierowski, żołnierz dymisyjonowany, niezonaaty, wieku lat 57.

**W y w i a d y.** Chory mając lat 12 przebył tyfus. W roku 1856 wstąpił do wojska. Podczas służby wojskowej dwa razy chorował na febrę. W roku 1875, będąc już w domu, chory doznał napadu apoplektycznego, początek którego tak opisuje: „Było to przed Bożem Narodzeniem, gdy miał zamiar wbić gwóźdź w ścianę i stałem na desce, uczułem ból w ręce prawej, chciałem wziąć młotek, lecz ręka mi opadła, chcąc zaś się oprzeć na prawej nodze, zleciałem z deski. Ani krzyżeć, ani słowa wymówić nie mogłem.” Z tego opowiadania chorego widzimy, że był to napad apoplektyczny, połączony z utratą mowy i z porażeniem połowicznym strony prawej.

Wkrótce potem chory został odesłany do szpitala Ujazdowskiego, gdzie pozostawał przez 18 miesięcy. Tu dopiero po 3-ich miesiącach zaczął mówić, a w pół roku potworzyły się przykurczenia (*contracturae*) w kończynie górnej prawej. W rok zaś po napadzie władza w kończynie górnej i dolnej prawej zaczęła powracać, ale jednocześnie chory zauważył, że kończyna górna prawa, często pomimo jego woli się porusza. Z początku ruchy te były słabe, lecz stopniowo w miarę powrotu władzy ruch mimowolny się wzmacniał, co szczególnie się uwydatniało, jeżeli chory chciał wziąć jaki bądź przedmiot do ręki. Taki stan kończyny górnej prawej pozostał do obecnej chwili.

W kończynie dolnej prawej, chory odzyskał prawie zupełnie swą władzę. Chory obecnie znajduje się w szpitalu Ujazdowskim, na sali Szanownego Kolegi Sztejnberga, który łaskawie raczył pozwolić mi go zbadać i przedstawić Szanownym Panom.

**S t a n o b e c n y.** Chory wzrostu małego, budowy dobrej, odżywiania miernego. Mięśnie jak w jednej połowie ciała, tak i w drugiej, jednakowo rozwinięte. Błony śluzowe i skóra normalnie ukrwione. Zrenice jednakowo rozszerzone, dobrze oddziałują na światło. Lewa fałda nosowargowa nieco wygładzona. Język chory wysuwa równo. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazało żadnych zбочeń. Tętno 60 uderzeń na minutę. W kończynie górnej prawej, gdy chory takową nie porusza, widzimy pomimowolne poruszanie się palców, zginanie i wyprostowywanie się takowych. Ruch ten nie jest bardzo wyraźny, ale jest objawem bardzo stałym. Oprócz poruszania się palców kończyna górna prawa nieco się porusza i w stawie napięstkowym. W chwili gdy chory dowolnie porusza kończyną górną prawą, ruch ów mimowolny się wzmacnia. Ruchy dowolne są bezładne, nieskoordynowane. Kończyna górna chorego rzuca się w rozmaite strony. Chory przez to wziąć przedmiotu prawą ręką nie może. Najczęściej przedmiot ów rzuca na ziemię. Po każdym ruchu dowolnym, kończyna górna prawa chorego nie od razu się uspakaja. Przy ruchu dowolnym, dokonanym kończyną górną lewą, lub przy chodzeniu, ruch mimowolny w kończynie górnej prawej się wzmacnia. W nocy, gdy chory śpi, ruch mimowolny zupełnie ustaje. W kończynie dolnej ruchu mimowolnego nie obserwujemy. Przy chodzeniu chory nieco powłóczy kończyną dolną prawą. Odruchy kolanowe w obu kończynach dolnych zachowane i nieco wzmożone. *Epilepsiae spinalis* nie ma. Czuć skórne na ukłucie szpilką prawie w całej połowie ciała, a mianowicie w prawej połowie twa-

rzy, szyi, tułowia, w kończynie górnej i dolnej prawej jest stosunkowo do czucia w lewej połowie ciała znacznie osłabione, ale zupełnie nie jest utracone.

Uczucie smaku w połowie języka prawej zupełnie zniesione. Chory tą połową języka nie czuje ani smaku soli, ani smaku roztworu chininy, ani smaku cukru. W lewej zaś połowie języka uczucie smaku jest zachowane.

Uczucie węchu w nozdrzu prawym zupełnie zniesione. Chory po włożeniu jodoformu do nozdrza prawego nie czuje, gdy tymczasem w nozdrzu lewym wyraźnie rozpoznaje zapach jodoformu.

Prawem uchem chory uderzenia zegarka w odległości 10-ciu centymetrów nie słyszy, gdy tymczasem uchem lewym jeszcze w odległości 36 centymetrów wyraźnie słyszy to uderzenie.

Siła wzroku w obu oczach jednakowa. Pole widzenia normalne, również jednakowe w obu oczach. Badanie oftalmoskopowe, dokonane przez D-ra P r z y b y l s k i e g o, nie wykazało żadnych zboczeń na dnie oka.

Chory na zapytania odpowiada przytomnie i logicznie. W obrębie psychicznym żadnych zboczeń nie ma. mowa chorego nieco utrudniona.

W przypadku naszym ciągle istnienie ruchu mimowolnego ograniczonego do jednej kończyny górnej, ruchu nieprawidłowego, nierytmicznego, wzmagającego się podczas ruchu dowolnego, ustępującego tylko podczas snu, ruchu, który wystąpił po napadzie apoplektycznym, kiedy już bezład i przykurczenia stopniowo zaczynały znikać, dalej obecność znieczulenia połowicznego języka na bodźce smakowe, znieczulenie połowiczne błony śluzowej nosa na bodźce węchowe, jako też przytępienie połowiczne czucia w skórze na dotyk i ukłucie i przytępienie połowiczne słuchu, pozwalają mi rozpoznać stan chorego jako *hemichorea posthemiplegica*. Ponieważ zaś przy *paralysis agitans* również mamy do czynienia z ruchem mimowolnym ciągłym, znikającym podczas snu, to moglibyśmy przypuszczać, że i tu mamy do czynienia z tą formą chorobową, ale przy *paralysis agitans* ruch ma charakter wahań rytmicznych, w naszym zaś przypadku mamy ruch nierytmiczny, nieprawidłowy; dalej przy *paralysis agitans* nigdy nie mamy do czynienia ze znieczuleniem połowicznym zmysłów smaku i węchu. *Paralysis agitans* nigdy nie występuje po napadzie apoplektycznym i nigdy nie jest formą stałą, lecz zawsze postępują tak, że gdybyśmy mieli do czynienia *cum paralyse agitante*, to z pewnością po latach siedmiu byłaby zajęta i kończyna dolna i druga kończyna górna. Nakoniec przy *paralysis agitans* zawsze mamy do czynienia z przykurczeniami i ze zeszczywnieniem mięśni, czego tu nie widzimy.

Rozpoznanie różniczkowego przypadku naszego z atetozą nie przeprowadzam, gdyż jak to utrzymuje Charcot nie ma różnicy pomiędzy hemichoreą a hemiatetozą. Hemiatetozą podług niego jest rodzajem hemichorei.

*Tremor senilis* nigdy się nie ogranicza do jednej kończyny górnej, jak to w danym przypadku miało miejsce, lecz zawsze widzimy drżenie nie tylko rąk, ale i głowy.

Przy *sclerosis disseminata* drgania występują tylko przy ruchach dowolnych (*tremblement intentionnaire*) i prawie zawsze są przykurczenia (*contracturae*), czego w przypadku naszym nie widzimy. Nakoniec *sclerosis disseminata* istniejąca przez lat 7 z pewnością uwydatniłaby się większą ilością zaburzeń, niż to ma miejsce w naszym przypadku.

Wreszcie przy bezwładzie połowicznym (*hemiplegia*) bywają drgania, lecz drgania te bywają wówczas, jeżeli są jednocześnie przykurczenia i zanik mięśni i występują tylko przy ruchu dowolnym, przytem drgania owe mają charakter drgań prawidłowych, odbywających się szybko z góry na dół, gdy tymczasem w naszym przypadku drgania mają charakter nieprawidłowy, nieokreślony; palce u rąk to się wyprostowują to się kurczą i ruch ręki odbywa się z góry na dół i z zewnątrz ku wewnątrz.



Przypadek II. Zaremba, wieśniak z Łomżyńskiej gubernii, przysłany do mnie dla zbadania przez szanownego Kolegę Stichego.

Wywiady. Chory 28-letni, nieżonaty, opowiada, że, mając lat 4. dostał konwulsyj. Z początku konwulsyje bywały codziennie, a niekiedy i po dwa razy na dzień; ku końcowi zaś 16 roku stawały się coraz rzadsze, pojawiały się raz na tydzień, raz na miesiąc, nakoniec zupełnie go opuściły. Prawie jednocześnie z pojawieniem się drgawek, kończyna górna lewa zaczęła się pomimo jego woli poruszać. Z ustaniem drgawek ruch ten kończyny górnej nie ustał. To mimowolne poruszanie się kończyny górnej z początku było nieznaczne, lecz stopniowo z wiekiem chorego stawało się coraz wyraźniejszym i dokuczliwszym dla chorego. Jednakże gdy w roku 21-ym stawał do superrewizyi, lekarze nie uznali go za chorego i chory przez lat 6 był rokrocznie wzywany do badania. Przed czterema laty chory mógł jeszcze nieco pomagać w domu przy robocie gospodarskiej, naprzykład przy grabieniu siana, ale już od lat 4-ech z powodu gwałtownych ruchów kończyny górnej chory pracować nie może.

Czytać i pisać chory się nauczył dopiero w 15-ym roku życia, gdyż długo był bardzo nierozwiniętym dzieckiem. Chory przypomina sobie, że mając lat 12, miał zwyczaj chwytając nieznajome sobie osoby za szyję; wówczas był uważany za obłąkanego.

Stan obecny. Chory jest dobrej budowy, dobrze odżywiany. Skóra i błony śluzowe dobrze ukrwione. Zrenice jednakowo rozszerzone, dobrze oddziałują na światło. W twarzy nie ma żadnych objawów paretycznych. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazało żadnych zboczeń.

Kończyna górna lewa, gdy chory dowolnie takową nie porusza, jest w ciągłych gwałtownych, mimowolnych ruchach. Ruchy te są przeważnie w stawie barkowym, łokciowym, napięstkowym i w stawach palcowych.

Kloniczne skurcze mięśni piersiowych, *brachialis anterior* i mięśni przedramieniowych przednich, a pomiędzy nimi przeważnie mięśnia zginacza wskaziciela, warunkują ruchy zginania i ruchy ksobne, które przeważają nad ruchami wyprostnemi i odsiebniemi, spowodowanemi przez skurcze mięśni: *deltoides*, *triceps brachii* i mięśnie przedramieniowe tylne. Najczęstszy ruch kończyny górnej jest tego rodzaju: kończyna górna chorego, zgięta nieco w łokciu, w położeniu odsiebniem od tułowia, raptownie uderza chorego w brzuch, co zmusza chorego aż do zgięcia się w pasie; po uderzeniu kończyna górna chorego jeszcze przez chwilę porusza się na brzuchu, poczem znowu przechodzi w położenie odsiebne i znowu uderza go w brzuch. Palce rąk, a przeważnie palec wskazujący, są w ciągłych ruchach pod wpływem klonicznych skurczów mięśni przedramienia. Ruchy te palców, a przeważnie palca wskazującego, są tak gwałtowne, że chory oddziera sobie paznokcie, co zmusza chorego do obwiązywania sobie palucha szmatkiem płótna.

Jednocześnie z temi ruchami kończyny górnej, głowa chorego pod wpływem klonicznych skurczów mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego zwraca się w stronę prawą, a strona lewa twarzy się wykrzywia, pod wpływem klonicznych skurczów mięśni twarzowych. Ruchy te są ciągłe, ustają tylko podczas snu. Chory zwykle się kładzie na kończynę górną chorą, by ciężarem ciała swego utrzymać ją w spokoju i tak zasypia. Rano po przebudzeniu się kończyna górna chorego wnet zaczyna się poruszać, ale nie tak gwałtownie jak ku wieczorowi; we dnie chory, chcąc by mu kończyna górna chora nie dokuczała, musi takową utrzymywać zdrową ręką, założywszy palce tej ostatniej pomiędzy palce chorej, a przy jedzeniu i ubieraniu się, gdy ręka zdrowa jest mu potrzebna, chory siedząc na krześle z całej siły się opiera na dłoń lewej ręki, przez co cała kończyna utrzymuje się w spokoju. Są jednakże chwile, że to nie pomaga. Przy takim przytrzymywaniu kończyny górnej takowa jednakże nie przestaje się szamotać, ale ruchy jej nie są już tak gwałtowne, są ograniczone

i nie są tak dokuczliwe. Podczas ruchu dowolnego, nieskomplikowanego, jak np. przy wyciągnięciu kończyny górnej w górę, ruch mimowolny takowej na chwilę ustaje, lecz tylko na chwilę, gdyż zaraz potem jeszcze z większą gwałtownością zaczyna się poruszać, uderzając chorego w brzuch albo w piersi.

Również chory może wyprostować palce, rozstawić takowe, ale to trwa chwilę, poczem występują na nowo ruchy, nad którymi chory już nie jest w stanie zapanować.

Przy ruchach więcej skomplikowanych, jak na przykład wzięcie jakiegobądź przedmiotu ręką, ruch mimowolny gwałtownie się wzmacnia, chory rzuca ręką w rozmaite strony i najczęściej, nie będąc w stanie wziąć przedmiotu do ręki, zrzuca takowy ze stołu; jeżeli zaś jakiś przedmiot większych rozmiarów choremu się uda wziąć do ręki lewej, to nie jest w stanie odrazu go porzucić, palce się bowiem zaciskają.

Siła w kończynie górnej lewej jest dość znaczna. Niekiedy przy gwałtowniejszych ruchach kończyny górnej porusza się i kończyna dolna lewa.

Przy chodzeniu chory mówi, że nieco powłóczy nogą lewą: „palcami zbija kamienie“ jak się wyraża. W kończynach dolnych odruchy ścięgniste są zachowane i nieco wzmożone.

Wszelkie nowe wrażenie, wejście do obcego domu, uwaga innych zwrócona na chorego potęguje ruchy kończyny górnej. Dalej, bezsenność, zmęczenie połączone z biciem serca, gniew, smutek, nakoniec zmiana pogody, potęgują ruchy kończyny górnej; na odwrót, sen, spokój tak fizyczny jak i moralny, jednostajność pogody, zmniejszają te ruchy. Jak tylko stan kończyny górnej ma się pogorszyć, chory zaczyna doznawać „łachotania w piersiach i jakby coś w piersiach skakało“. Wówczas chory uczuwa ogólne osłabienie i kończyna górna chorego zaczyna gwałtowniej się poruszać. Przy takich gwałtownych ruchach chory doznaje zawrotu głowy. Niekiedy znowu chory się uskarża na bóle, to w ramieniu, to w barku, to w przedramieniu. Bóle te są tępe i zwykle szybko przemijające. Połowicznego znieczulenia skóry i narządów zmysłów nie ma. Chory na zapytania odpowiada przytomnie i logicznie. W psychicznej sferze chorego nie widzimy żadnych zboceń.

W przypadku tym widzimy, że mamy do czynienia z chorym, którego kończyna górna lewa jest w ciągłym mimowolnym gwałtownym ruchu, ruchu nieprawidłowym, nierytmicznym, na który wola nie ma wpływu, ruchu ustającym podczas snu, powiększającym się podczas ruchów dowolnych więcej skomplikowanych, ruchu przy gwałtowniejszem nateżeniu którego przyłącza się ruch w mięśniach lewej połowy twarzy i szyi. Wszystko to, jak widzimy, są cechy ruchu płasawiczego. Ponieważ zaś ruch ten widzimy tylko w lewej kończynie i w lewej połowie twarzy i szyi, zatem mamy do czynienia z płasawicą dotykającą jedną połowę ciała, t. j. z płasawicą połowiczną „*hemichorea*“.

Pytanie teraz, jaka to będzie forma płasawicy połowicznej?

Ani o *hemichorea post-*, ani *prae-haemiplegica* mowy tu być nie może, gdyż w przypadku tym płasawica nie rozwinęła się ani po ani przed napadem apoplektycznym. Zatem możemy przypuszczać, że mamy do czynienia albo z *hemichoreą* występującą przy zaniku częściowym mózgu, albo z płasawicą połowiczną występującą przy nowotworze mózgu. Brak dokładniejszych danych anatomicznych nie pozwala mi stanowczo postawić rozpoznania, ale sądząc z tego, że w przypadku tym płasawica powstała prawie jednocześnie z napadem epileptycznym, który już w 4-tym roku życia chorego miał miejsce, dalej, że chory do 12-go roku życia był bardzo mało rozwiniętym chłopcem, do pewnego stopnia idyjotą, przypuszczam, że tu mamy do czynienia z formą płasawicy połowicznej



uwarunkowaną przez częściowy zanik mózgu. Przy płasawicy połowicznej, zależnej od zaniku mózgu, jak to widzieliśmy, nigdy nie obserwowano połowicznego znieczulenia, czego i w naszym przypadku nie widzimy.

Nowotwór mózgu możemy wykluczyć, gdyż niepodobna żeby nowotwór mózgu, trwając lat 24, nie pociągnął za sobą głębszych zmian w mózgu, a zatem nie spowodził więcej skomplikowanych objawów.

I w tym przypadku na tych samych zasadach, jakie były wyżej przytoczone, można wykluczyć wszelkie inne formy zaburzeń w sferze ruchu, jak: *paralysis agitans*, *sclerosis disseminata*, *tremor post hemiplegiam* i t. d., że już nie wspomnę o *epilepsia partialis corticalis*, gdyż przy tej ostatniej drgawki trwają rzadko dłużej nad 1—5 minut i zostawiają po sobie ogromne zmęczenie mięśni kończyny cierpiącej, rodzaj *pareseos*, a nie istnieją ciągle, jak to w naszym przypadku ma miejsce.

---

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

Opisał

**Dr Józef Pawinski**

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

---

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 36).

Oględziny pośmiertne, wykonane w obecności prof. Brodowskiego po upływie 40 godzin od czasu śmierci chorego, wykazały co następuje: Trup męczyzny wysokiego wzrostu. Mięśnie dobrze rozwinięte. Zasób tkanki tłuszczowej podskórnej w umiarkowanej ilości. Na twarzy, kończynach górnych i dolnych sinica. Nieznaczny obrzęk stóp. Przy otwarciu klatki piersiowej płuca słabo opadają, z powodu zaś braku zrostów wydobyć je z klatki piersiowej bardzo łatwo; zawierają dość dużo miejsc, będących w stanie rozedmy. Na powierzchni płuc spostrzega się gołym okiem nierówności, to mniejsze, to większe, które przy obmacywaniu przedstawiają się jako stwardnienia bądź to ograniczone, bądź to rozlane. Na powierzchni rozkroju płuca wyczuwa się również stwardnienia. W prawym płucu znajdujemy to samo, z tą tylko różnicą, iż stwardnienia są więcej rozlane, powstały one z połączenia się wielu stwardniałych części płuca (*bronchopneumonia catarrhalis lobularis acuta*). Błona śluzowa oskrzeli mocno przekrwiona, pokryta śluzem; podłużna i poprzeczna prążkowatość wyraźna, słowem: *bronchopneumonia catarrhalis acuta ex bronchitide orta*.

Serce powiększone w obu wymiarach, głównie jednak w wymiarze poprzecznym. Ten ostatni = 16,5 ctm.. Wymiar podłużny serca, t. j. od wierzchołka do początku aorty, wynosi 14 ctm.. Prawa komórka w stanie przerostu. Na przecięciu ścianka jej = 1,1 ctm.. *Hypertrophia excentrica ventriculi dextri*. Lewa

komórka rozszerzona, a ścianka jej posiada w niektórych w miejscach prawidłową grubość, w innych zaś jest cieńszą niż normalnie. *Dilatatio ventriculi sinistri*. Na zastawce dwu- i trójdzielnej, jak również i na zastawkach półksiężycowych aorty i tętnicy płucnej nie spostrzega się żadnych zmian chorobowych. Otwór przedsionkowo-komórkowy lewy=11 ctm., otwór przedsionkowo-komórkowy prawy=12.2 ctm. Szerokość aorty przy wyjściu jej z serca=7.2 ctm., szerokość tętnicy płucnej w jej początku=7.1 ctm. Mięsień serca wiotki, blady, zwłaszcza mięsień komórki lewej. Na rozkroju mięśnia, jak również na wolnej powierzchni obróconej do jamy serca, widać rozrzucone wysepki, blado-żółtawego koloru, twardość ich jest większą niż innych części mięśnia sercowego. Niektóre mięśnie brodawkowate przedstawiają także zabarwienie blado-żółtawe zamiast zabarwienia czerwonego. W lewej komórce, pomiędzy przegródkami (*trabeculae*) znajdują się świeże skrzepy krwi, z których szczególnie jeden, usadowiony w samym wierzchołku lewej komórki, dochodzi do wielkości orzecha laskowego. Po przecięciu tego skrzepu wypływa blado-czerwonawa, gęstawa ciecz, podobna do drożdży. Po zupełnem usunięciu skrzepu ścianka lewej komórki okazuje się nadzwyczaj zcieńczałą, prawie przeświecającą (*aneurysma cordis*). Najważniejsze jednak zmiany dotyczą tętnic wieńcowych serca. Otwór tętnicy wieńcowej lewej, czyli wielkiej, jest tak zwężony, że zaledwie przepuszcza szpiczynkę lub cienką szpilkę. Po przecięciu tętnicy tej okazuje się, iż w dalszym przebiegu światło jej jest znacznie szersze, w niektórych jednak miejscach światło staje się znowu mniejszem. Błona wewnętrzna (*intima*) jest nierówna, pokryta małemi wyniosłościami, zależnemi od sprawy ateromatycznej. Prawa tętnica wieńcowa także zwężona, lecz w mniejszym stopniu, a na jej błonie wewnętrznej spostrzega się arteryjasklerozę. W aorcie wstępującej, dalej w łuku aorty, w miejscu jej podziału na wielkie naczynia, jak również w aorcie piersiowej, tam gdzie odchodzą tętnice międzyżebrowe, widać to mniejsze, to większe zgrubienia, wystające do światła tętnicy. Konsystencja ich nie dosięga jeszcze wysokiego stopnia, z powodu braku zwapnienia.

W prawej nerce zawał krwotoczny (*infarctus haemorrhagicus*), w którym zaczynają się dopiero przemiany wsteczne, blizny jeszcze nie widać. Zmętnienie nerek. Śledziona dość twarda, czerwona.

A zatem rozpoznanie anatomo-patologiczne brzmiało: *Stenosis arteriae coronariae cordis sinistrae. Dilatio ventriculi sinistri. Hypertrophia ventriculi dextri. Endoaortitis deformans. Bronchopneumonia catarrhalis acuta. Infarctus renis dextri.*

U w a g i. Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z wielu względów.

1) Płuca. Znaleźliśmy w nich ostre nieżytowe zapalenie płuc (*bronchopneumonia catarrhalis acuta*), które powstało z nieżyty oskrzeli i oskrzelików *per continuitatem textus*. U ludzi dorosłych przytrafia się on bardzo rzadko, natomiast u dzieci należy do bardzo częstych chorób. Ponieważ w nieżyto-  
wym zapaleniu płuc nie ma włóknikowego wysięku, jak to bywa w zapaleniu krupowym i ponieważ sprawa chorobowa ma charakter więcej przewlekły, w jednym miejscu proces się rozwija, powstaje stwardnienie, a w drugim następuje rozejście się sprawy chorobowej (*resolutio*), ztąd też objawy opukowe, jak rów-



nież i wysłuchowe nie są tak wybitne, jak to bywa we włóknikowym zapaleniu płuc. W zapaleniu nieżyłowym zdarza się, iż stłumienie, które wykryliśmy pewnego dnia, znika po upływie krótkiego czasu, np. po 3 lub 4 dniach. To samo dzieje się z osłuchiwaniami; jednego dnia słychać oddech nieokreślony, to znowu w 2 lub 3 dni w temże samem miejscu zjawia się oddech oskrzelowy, lub nawet zwykły pęcherzykowy. To samo było i w naszym przypadku; z początku zdawało nam się, iż mamy do czynienia z wysiękiem opłucnym, podczas gdy oddech oskrzelowy słyszalny w okolicy prawej łopatki wskazywał na stwardnienie mięszu płucnego. W ogóle objawy wypukowe i wysłuchowe były tak zmienne, iż niepodobna było coś pewnego z nich wywnioskować. Co się tyczy pochodzenia stwardnień płucnych, to B a r t e l s nie uważa ich za skutek zapalenia płuc, lecz wyprowadza je od zapadnięcia pęcherzyków płucnych. Opadanie zaś pęcherzyków tłumaczy sobie zatknięciem drobnych oskrzeli, a ztąd niemożnością wniknięcia do nich powietrza. W skutek zaś braku powietrza, a więc braku ciśnienia, naczynia krwionośne pęcherzyków płucnych rozszerzają się, powstaje przekrwienie. Pogląd ten, według zdania Sz. prof. B r o d o w s k i e g o, jest niekiedy słusznym, nie zawsze jednak. Prof. B r o d o w s k i znajdował w niektórych przypadkach, zwłaszcza w początku choroby, przekrwienie i produkty zapalne pod drobnowidzem.

W końcu dodać wypada, iż z oględzin posmiertnych przekonaliśmy się także, iż zmiany znalezione w płucach były niedostatecznymi dla wywołania tej strasznej duszności, na którą chory uskarżał się. Dopiero razem ze zmianami chorobowymi mięśnia serca są one w stanie wyjaśnić nam wielką duszność i niepokój chorego.

2) Co się tyczy samego s e r c a, to najwięcej uderzała nas bladość, wiotkość mięśnia sercowego, zwłaszcza lewej komórki i blado-żółtawe stwardniałe miejsca. Zmiany te opisywano dawniej pod nazwą: *myocarditidis indurativae* (Virchow). Dopiero przed niedawnym czasem W e i g e r t zwrócił uwagę, że podobne zmiany towarzyszą najczęściej sprawie ateromatycznej tętnic wieńcowych serca (*endoarteriitis*), co rzeczywiście sprawdziło się w naszym przypadku. Miejsca blado-żółtawe, które dawniej przypisywano mięszowemu (parenchymatycznemu) zapaleniu mięśnia serca, W e i g e r t, H u b e r i inni uważają za zgrzelińowe (*coagulationsnekrose*). Powstają one wskutek niedostatecznego dopływu krwi, zależnego od zwężenia lub zatkania tętnic wieńcowych. Zwężenie zaś i zatkanie biorą najczęściej początek ze sprawy ateromatycznej tychże naczyń. Wskutek osłabienia krążenia krwi w tętnicach wieńcowych, nawet bardzo mały skrzep może łatwo zatkać ich światło. Ponieważ zaś tętnice wieńcowe należą do tak zwanych tętnic końcowych, zatem przy ich zatknięciu powstaje w odpowiedniej części serca absolutna bezkrwistość. Zawał krwotoczny rzadko powstaje w sercu, z tego powodu, iż chociaż w tętnicy końcowej *arteriae coronariae cordis* ciśnienie jest równe zeru, jednakże w żyłę wieńcową wielką ciśnienie będzie ujemnem (wskutek wysysającej siły serca); zatem krew żył nie będzie powracała w kierunku przeciwnym biegowi krwi, lecz będzie dążyć do serca, *resp.* braknie warunków, niezbędnych do powstawania zawału krwotocznego.

Z drugiej znowu strony, wskutek upadku odżywiania może nastąpić przeistoczenie tłuszczowe włókien mięsnych (*degeneratio adiposa*), obok miejscowej zgorzeli. Dwie więc sprawy chorobowe i stłuszczenie i zgorzel koagulacyjna tłómaczą nam w zupełności zmiany znalezione w sercu. Na miejscach uległych zgorzeli zjawia się w dalszym ciągu sprawa tkanka bliznowa (modzelowata), która może dać powód do utworzenia się tętniaka serca (*aneurysma cordis*). Badanie drobnowidzowe skrawków z mięśnia serca, wykonane przez Sz. prof. Brodowskię, wykazało mniej więcej te same zmiany, jakie H u b e r w mięśniu serca spostrzegał.

3) Dalej zasługuje na uwagę ta okoliczność, iż sprawa ateromatyczna rozwinęła się w danym przypadku w tętnicach wieńcowych serca i w aorcie u człowieka młodego liczącego 33 lat, pomimo że naczynia obwodowe (tętnica promieniowa) nie były dotknięte sprawą ateromatyczną. Z tego można wyprowadzić ważny wniosek kliniczny, iż brak arteryosklerozy naczyń obwodowych nie wyłącza istnienia sprawy ateromatycznej w naczyniach wielkich, bliżej serca położonych.

\*

\*

\*

### Przeistoczenie ateromatyczne tętnic wieńcowych serca. Stwardnienie tętnic.

(*Arteriosclerosis*).

Przeistoczenie ateromatyczne tętnic wieńcowych serca, które często do stwardnienia i skostnienia ich prowadzi, spotyka się głównie w wieku podeszłym, częściej u mężczyzn aniżeli u kobiet, niekiedy zjawia się u osób młodszych pomiędzy 20 a 30 rokiem życia. Występuje zaś oddzielnie, lub ze stwardnieniem innych naczyń, co się częściej przytrafia. Przyczynami uspasabiającymi bywają: przewlekły alkoholizm, ciężka praca fizyczna (*T r a u b e*), namiętne palenie tytoniu, przymiot i t. d. Prócz tego, w samych tętnicach wieńcowych istnieją pewne warunki, sprzyjające rozwojowi sprawy ateromatycznej, a mianowicie liczne zgięcia (*la loi des courbures — P e t e r*), silne ruchy (*la loi des violences extérieures — P e t e r*) i grubość błony wewnętrznej. Już przed kilkunastu laty H e n k e zauważył, iż tętnice wieńcowe podlegają sprawie ateromatycznej częściej, aniżeli inne naczynia, z powodu, że ich błona wewnętrzna (*intima*) jest nadzwyczaj grubą, nawet grubszą aniżeli błona średnia (*media*). Tym sposobem sprawa ateromatyczna może się rozwijać w całej pełni. P e t e r, mówiąc o ateromacie naczyń, przytacza następujący szereg, ułożony przez R o k i t a n s k y'ę g o, wskazujący na większą lub mniejszą częstość, z jaką sprawa ateromatyczna dotyka różne naczynia:

1) *Aorta ascendens*. 2) *Arcus aortae*. 3) *Aorta abdominalis*. 4) *Aorta thoracica*. 5) *Arteria splenica*. 6) *Arteria cruralis*. 7) *Arteria iliaca interna*. 8) *Arteriae coronariae cordis*. 9) *Arteria carotis interna*. 10) *Arteriae vertebrales*. 11) *Arteriae uterinae*. 12) *Arteria brachialis*. 13) *Arteria subclavia*. 14) *Arteria spermatica*. 15) *Arteria carotis communis*. 16) *Arteria hypogastrica*. 17) *Arteria pulmonalis*.



Skostnienie tętnic wieńcowych serca występuje albo:

1) jednocześnie z przeistoczeniem ateromatycznym innych tętnic, *arterio-sclerosis generalis*,

2) albo towarzyszy tylko sprawie ateromatycznej aorty wstępującej i łuku aorty,

3) lub wreszcie występuje samodzielnie, odrębnie, bez stwardnienia innych naczyń.

Najczęściej skostnienie tętnic wieńcowych przypada jednocześnie ze skostnieniem błony wewnętrznej aorty wstępującej, co się łatwo tłómaczy tem, iż sprawa chorobowa przechodzi *per continuitatem textus* na same naczynia odżywiające serca. W tych zaś ostatnich daje najczęściej powód do zwężenia lub nawet zatkania światła. Niekiedy sprawa ateromatyczna dotyczy tylko samych ujść tętnic wieńcowych, gdy tymczasem w dalszym przebiegu *intima* jest zupełnie niezmienną. Mylnie jednak sądziłby ten, ktoby przypuszczał, iż arteryjoskleroza, ograniczająca się tylko do samych otworów tętnic serca, jest sprawą mniej niebezpieczną dla samego serca, aniżeli arteryjoskleroza w dalszym ich przebiegu. W rzeczywistości rzecz się ma odwrotnie i zwężenie lub zatkanie tętnic wieńcowych w miejscu ich ujścia w aorcie, sprowadza bardzo smutne następstwa dla muskulatury i innerwacyi serca. Wywołuje ono bezkrwistość znacznego stopnia, bo wtedy nie może być mowy o wyrównaniu krążenia krwi za pomocą gałęzi obocznych, jak to się zdarza przy zwężeniu tętnic na ich przebiegu. Sprawa ateromatyczna czyli zwężenie zwykle obejmuje obie tętnice wieńcowe, lecz w niejednakowym stopniu. Zdaje się, że zatkanie lub wyższe stopnie zwężenia spotyka się częściej w tętnicy wieńcowej lewej czyli wielkiej, aniżeli w prawej. Niekiedy sprawa ateromatyczna dosięga tak wielkiego nateżenia, iż niepodobna odnaleźć otworów tętnic (przypadek H u c h a r d'a <sup>1)</sup>).

Co się tyczy wad zastawek serca, to skostnienie tętnic wieńcowych przytrafia się daleko częściej przy wadach zastawek aorty, aniżeli zastawki dwudzielnej. Tłómaczy się to bliskością zastawek aorty od otworów naczyń odżywiających serca. Jakie skutki pociąga za sobą zwężenie lub zatkanie tętnic wieńcowych pod względem anatomo-patologicznym, o tem była już mowa poprzednio.

Skostnienie tętnic wieńcowych bywa niekiedy przymiotowej natury (*syphilitis*) <sup>2)</sup> i prowadzi często do zwężenia i zmian w mięśniu serca, powyżej opisanych.

Ponieważ przypadki znacznego zwężenia, zatkania tętnic wieńcowych serca, jak również skrzepów i zatyczek w tychże naczyniach, stwierdzone sekcją, należą w każdym razie do rzadkich, zatem przytoczymy ich kilka z literatury dawniejszej. Tym sposobem łatwiej będzie wyrobić sobie dokładne pojęcie o przebiegu i objawach tej choroby.

<sup>1)</sup> Henri H u c h a r d. „Des angines de poitrine“. Revue de Medecine. Avril. 1883. Paris.

<sup>2)</sup> P. E h r l i e h. „Ueber syphilitische Herzinfarkte“. Zeitschrift für klin. Med. 1 Tom. 2 Zesz. str. 378. Berlin 1879.

M a l m s t e n <sup>1)</sup> (Zatkanie tętnicy wieńcowej serca stało się powodem porażenia serca i śmierci chorego). „Chory lat 65 cierpiał na kolkę nerkową (*Nierensteinkolik*), przyczem od czasu do czasu odchodziły z moczem małe kamienie. Pewnego dnia chory zaczął się uskarżać na ogólne osłabienie, ból w krzyżu, i w ramionach, dalej na ciśnienie w piersiach w dolku podsercowym. Tym objawom towarzyszyły mdłości i niepokój. Tętno serca były wtedy czyste, lecz słabe; tętno 64 na minutę, małe. Nazajutrz tętno serca stały się jeszcze słabszymi, zaledwie słyszalnymi, tętno było słabe, opieszale. Po upływie 15 minut tętno zniknęło zupełnie, tętno 40 na minutę, nitkowate. Tępość serca zmniejszona z powodu rozedmy płuc. Wkrótce chory wśród nieregularnego oddechania *Cheyne-Stokes'a* życie zakończył.

Przy sekcji znaleziono: serce powiększone, ilość tkanki tłuszczowej otaczającej je umiarkowana, mięsień serca w stanie przerostu, różnej twardości. Niektóre miejsca były miększe, aniżeli prawidłowe, inne znowu odznaczały się niezwykłą twardością, wreszcie inne posiadały zwykłą konsystencyję. Miększe części były zabarwione na szaro-żółty lub żółtawy kolor, twardsze zaś posiadały biało-szarawą barwę. Mięśnie brodawkowe i przegródki mięśniowe także w stanie przerostu i przeistoczenia. Błona wewnętrzna serca nie przedstawia nic szczególnego, oprócz częściowego zgrubienia. W części wstępującej aorty, jak również w jej łuku, nieznaczny ateromat, natomiast w części zstępującej sprawa ateromatyczna przedstawia się w większych rozmiarach i miejscami spotyka się blaszki kostne i wrzody. Mimo to światło aorty prawidłowe, nie rozszerzone. Tętnice wieńcowe serca znajdują się w stanie znacznego przeistoczenia ateromatycznego z wytworzeniem blaszek kostnych na błonie wewnętrznej i ze znacznym rozszerzeniem ich światła. Ujście tętnicy wieńcowej prawej zwężone, wskutek okalającego je pierścienia zwapniałej tkanki. W dalszym przebiegu światło jej jest dwa razy szersze, niż prawidłowo. W odległości 2 cali od miejsca wyjścia z aorty tętnicy wieńcowej prawej znaleziono tętniak, wielkości dużego grochu, otoczony tkanką serca. Tętniak ten był tak wypełniony skrzepami, iż zatyczki, pochodzące z nich, a w części pozostające jeszcze w połączeniu z niemi, wypełniają prawie całe światło tętnicy. Poza tętniakiem tętnica była także rozszerzoną, a ścianki jej zgrubiałe i stwardniałe; jednakże zatyczek nie znaleziono“.

W tym przypadku tętniak powstał w skutek arteryjasklerozy; która stała się także przyczyną zatyczki (*embolus*). ta zaś ostatnia spowodowała śmierć. Że śmierć nie nastąpiła nagle, lecz dopiero w kilka godzin po parzie mięśnia serca, tłumaczy autor tem, że prawdopodobnie zatyczka nie zupełnie zatykała światło tętnicy i że tym sposobem przepuszczała jeszcze pewną ilość krwi, która zaopatrywała mięsień serca w krew o tyle, iż tenże był w stanie wykonywać przez pewien czas słabe skurcze.

<sup>1)</sup> M a l m s t e n. Fälle von Tod in Folge von Herzlähmung und Herzschwäche bei Affection der Arteriae coronariae mit Verengung ihrer Mündungen (*Hygiea*. XXXVIII. 5. Svenska läkaresällsk. förh. str. 109. Maj. 1876). S c h m i d t's Jahrbücher. Jahrg. 1879. Tom. 183, str. 254—256.



Drugi przypadek nagłej śmierci przytacza Dr. Lemchen<sup>1)</sup>. Chory 63-letni, silnej budowy ciała. Przed 8 laty przechodził niezbyt płucny, od którego to czasu pozostała skłonność do powrotów choroby. Przy badaniu okazało się, iż uderzenie wierzchołkowe było nadzwyczaj słabe; tępość serca zajmowała większą przestrzeń, niż prawidłowo. Tętno serca były słabe, lecz bez szmerów. Chory lubił ruch i ćwiczenia gimnastyczne. Pewnego razu dostał zawrotu głowy, nudności, połączonych z ogólnem osłabieniem. Objawy te znikły szybko, mogły zaś być uważane za zależne od otrucia nikotyną. 24. IX 1876. chory po odbytem polowaniu wziął turecką kąpiel. Wkrótce po niej uczuł nagle ciężar i ściskanie w piersiach (*Brustbeklemmung*), a później ból. Ból ten rozchodził się ze środka piersi do ramion, a był tak silny, iż chory zaledwie przy wielkim wysiłku i z uczuciem blizkiego zemdlenia do domu powrócił. Był on bardzo blady, a twarz jego pokrywał obfity pot. Po odpoczynku i użyciu wody Bilińskiej stan chorego poprawił się nieco, jednakże ścisnienie w piersi i osłabienie pozostały jeszcze. Przywołany lekarz zauważył: bladość twarzy, małe, nieco nieregularne tętno, powiększenie tępości serca; osłabienia tonów nie było. Na bicie serca chory nie narzekał. Noc przebył chory spokojnie, nazajutrz czuł się dobrze, uskarżając się tylko na ból w dolnej części klatki piersiowej i w okolicy serca. Tętno było nieco słabsze niż zwykle miarowe, tylko nieco częstsze. Uderzenie wierzchołkowe było również nadzwyczaj słabe. Tętno serca gluche, zamącone (*verwirrene*), lecz bez szmerów. W dolnej, tylnej części lewego płuca nieco rzeżeń wilgotnych. Brzuch wzdęty. Po użyciu *inf. sennae comp.* chory czuł się znacznie lepiej. W ciągu tygodnia stan chorego poprawiał się stopniowo, tak iż po upływie 8 dni od ataku chory czuł się zupełnie zdrowym. D. 2. X. po wejściu na wschody chory nagle zaniemógł, a w kilka minut życie zakończył.

Rezultat sekcji był następujący: serce powiększone, wierzchołek serca zaokrąglony, utworzony głównie przez lewą komórkę. Obie połowy serca, zwłaszcza lewa, napelnione na wpół skrzeplą krwią, włókniaka nie wiele. Prawa komórka nieco większa niż lewa, o ściankach zwykłej grubości, z licznymi już to rozlaniami, już to ograniczonymi, małymi, żółtawymi plamami, zagłębiającymi się w samą muskulaturę serca. Lewa komórka nieco rozszerzona, mianowicie w dolnej części. W górnej części przy podstawie ścianka lewej komórki zgrubiała, w kierunku zaś ku wierzchołkowi staje się coraz cieńszą. W górnej, zgrubiałej części mięśnia znajdowały się tu i ówdzie to większe, to mniejsze wysepki, szaro białawego koloru. Wysepki te dość znacznej twardości dawały z siebie wypustki; składały się zaś głównie z tkanki łącznej, która mniej lub więcej zajmowała miejsce włókien mięsnych. W miejscu początku wielkich naczyń serca (*conus arteriosus*) jedna z takich plam posiadała 10 mm. długości. Muskulatura zcieńczonej części komórki była nadzwyczaj zmienioną, wiotką, a na powierzchni rozkroju była upstrzoną brudno szaremi, żółto szaremi, albo jasno czerwone plamami. Niektóre plamy były miękkie, po-

<sup>1)</sup> Hygiea XXXVIII. (O. Svenska läkaresällsk förh. str. 224. Oct. 1876). Schmidt's Jahrb. 879. Tom 183. str. 255.

siadaly spójność galaretowatą. Ognisk ropnych nie było. Na wewnętrznej powierzchni lewej komórki, mianowicie w bliskości wierzchołka, pomiędzy *trabeculae carnae* skrzepy. Na zastawkach nie szczególnego. Tętnice wieńcowe w stanie silnego przeistoczenia ateromatycznego, w niektórych miejscach światło ich jest rozszerzone, w niektórych mocno zwężone, lecz nie zatkane. W aortcie piersiowej rozsiane miejsca, dotknięte sprawą ateromatyczną.

Autor uważa sprawę ateromatyczną tętnic wieńcowych za sprawę pierwotną, która stała się powodem następczych zmian, a mianowicie zapalenia mięśnia serca, zapalenia osierdzia (w nieznacznym stopniu) i zakrzepów w lewej komórce. Jako moment etjologiczny zasługują na uwagę częste wysiłki fizyczne, a silny napad, który zjawił się po tureckiej kąpieli, pozostawał zapewne w związku z powstawaniem skrzepów.

D-r P e t t e r s o n <sup>1)</sup> podaje przypadek, w którym osłabienie serca i powstawanie zatysek spowodowało śmierć. Na sekyi nie znaleziono żadnych zmian w samych tętnicach wieńcowych serca, tylko ujścia ich były zwężone.

Przypadek ten był następujący: chora 36 letnia, silnej budowy ciała, cierpiąca od czasu do czasu na histeryczne napady. Gościeca nie przechodziła. W czasie pierwszego widzenia chorej przez autora chora skarżyła się na znużenie, ściskanie w gardle i nieznaczny ból w górnej części mostka. Chora była niespokojną, a pomimo iż kończyny, zwłaszcza dolne, były chłodne, skarżyła się na uczucie gorąca. Ze strony układu nerwowego nie zauważono żadnych zaburzeń. Oddech był zupełnie prawidłowym, tylko w prawym płucu słychać było nieznaczne grube rżżenia. Tępość serca nieco powiększona w wymiarze poprzecznym, uderzenie wierzchołkowe słabe, tony czyste bez pobocznych szmerów. Tętno opieszale (54 na m.) słabe, bez przestanków (intermissyj). W czasie dwóch następnych dni chora narzekała na ból w prawym stawie łokciowym i napiętko-przedramieniowym, jak również w lewym stawie ramieniowym. Stawy te nie były ani zaczerwienione, ani obrzmiałe. Następnie chora przez dwa dni nie czuła żadnego bólu. Później zjawiło się osłabienie i uczucie zimna w lewej nodze. Tętno stało się częstszym (90 na m.) słabem. D. 7. VIII. niepokój powiększył się, chora czuła nagle ścisnienie w piersi, ból w okolicy serca i wielki brak powietrza. Do tego przyłączyła się ogromna wrażliwość dolka sercowego i kilkakrotne wymioty, w których nawet można było dojrzeć ślady krwi. D. 8. VIII. twarz i wargi sine, duszność większa, tak, iż chora nie może leżeć na łóżku. Wymioty trwają nadal, zjawił się nawet kaszel z krwistą plwociną. Z przodu i z tyłu w klatce piersiowej słychać liczne grube rżżenia; tętno 136 na minutę, nadzwyczaj słabe. U wierzchołka serca, słaby szmer skurczowy. Pod wpływem środków pobudzających, wymioty ustały, kaszel zmniejszył się, a z plwociny znikła krew. Ilość rżżeń w płucach zmniejszyła się, jak również i duszność. Tętno stało się mniej częstym, ale w każdym razie było jeszcze przyspieszonym. Już w południe 8 Sierpnia szmer podmuchowy,

---

<sup>1)</sup> Hygiea. XL. 7. Svenska läkaresällsk. förh. str. 161. Juli. 1888. Schmidt' Jahrb. 1879 Tom 183 str. 256.



słyszalny w okolicy wierzchołka serca, znikł zupełnie. Następnego dnia był względnie dobry, lecz 10 Sierpnia wspomniane objawy wystąpiły znowu z większą siłą. Tępość serca zwiększyła się nieco, uderzenia wierzchołkowe o nie podobna było wyczuć. Tęno serca słabe, głuche, lecz bez szmerów, drugi ton tętnicy płucnej bez wzmocnienia (akcentuacji). Tętno tętnicy promieniowej nadzwyczaj słabe; niekiedy zupełnie nie wyczuwalne. Siły opuszczają chorego. 13 Sierpnia chory zmarł wśród objawów uduszenia.

**R e z u l t a t s e k c y i:** w jamie prawej oplucnej dość znaczna ilość prześięku, w lewej znacznie mniej. W obu płucach żadnych widocznych zmian, z powierzchni przecięcia wydobywa się obfity blado-żółtawy pienisty płyn. W tętnicy płucnej nic szczególnego. W jamie osierdzia znajduje się nieco surowiczej, przezroczystej cieczy. Serce powiększone w wymiarze podłużnym i poprzecznym. Prawa połowa serca rozszerzona wskutek obecności wielkiego skrzepu krwi. W prawym przedsionku zatyczka (*embolus*). Wsierdzie dość twarde i gładkie. Mięsień serca twardy, blady, żółtawego koloru. Grubość ścianki wynosi przy podstawie 2—3 mm., we środku 3—4 mm., a przy wierzchołku 2—3 mm.. Na zastawce trójdzielnej i na zastawkach półksiężycowych tętnicy płucnej nie spostrzega się żadnych zmian chorobowych. W lewej komórce znajduje się wielki skrzep krwi, który w swej dolnej części pozostawał w związku z drugim, twardym skrzepem, zatykającym całą dolną część komórki. Skrzep ten brudno-szarawej barwy z odcieniem czerwonym, posiadał 13 cm. długości. Przestrzenie pomiędzy przegrodami mięśniowymi (*trabeculae carneae*) wypełnione w części zbitymi, w części miękkimi skrzepami. Lewy przedsionek wypełniony również masą skrzepłej krwi. Błona wewnętrzna serca przedstawia się w miejscach wolnych od skrzepów bladą, gładką, połyskującą, pod skrzepami zaś posiadała barwę niebiesko-czerwoną bez połysku. Wielki skrzep krwi pozostawał w związku ze ściankami komórki. Grubość ścianki lewej komórki wynosiła u podstawy 12 mm., a u wierzchołka tylko 3—4 milimetrów. Mięśnie brodawkowe posiadają białawą, nieco żółtawą barwę. Na zastawce dwudzielnej, jak również i na zastawkach półksiężycowych aorty nie ma żadnych zmian chorobowych. W części wstępującej aorty, łuku i w początku części zstępującej aorty znaleziono kilka miejsc, dotkniętych sprawą ateromatyczną. Tuż nad zastawkami półksiężycowymi spostrzega się również przeistoczenie ateromatyczne w postaci dość obszernej, rozlanej masy stwardniałej, która sięga aż do zatok Valsalvy. Otwory tętnic wieńcowych były otoczone stwardniałą masą, a przytem tak zwężone, iż z trudnością tylko można było przez nie przeprowadzić zgłębnik mający  $\frac{1}{2}$  milimetra grubości. W dalszym przebiegu tętnice wieńcowe przedstawiały się zupełnie prawidłowo, bez zgrubienia ścianek i bez zatkania ich światła. Autor sądzi, iż najprzód istniała arteryjaskleroza aorty i wielkich naczyń, która stała się powodem zwężenia ujścia tętnic wieńcowych. To zaś ostatnie wywołało następnie zmiany w mięśniu serca. Uderzającym w tym przypadku jest wczesne wystąpienie sprawy ateromatycznej u kobiety 36-letniej.

### Stosunek skostnienia i zwężenia tętnic wieńcowych serca do dusznicy bolesnej (*angina pectoris*).

Wiadomo, iż zdanie, jakoby skostnienie tętnic wieńcowych serca było główną przyczyną dusznicy bolesnej, sięga jeszcze przeszłego stulecia (Jenner, Parry). Nawet w nowszych czasach pogląd ten znalazł wielu zwolenników z tą tylko różnicą, iż w powstawaniu dusznicy zaczęto oprócz arteryosklerozy przypisywać ważne znaczenie zwężeniu tętnic wieńcowych (Potain, Séé, Balfour) i zatyczkom (Virchow, Colnhelm, Quain). Według zdania tych ostatnich autorów ostateczną przyczyną *anginae pectoris* ma być bezkrwistość serca. Huchard<sup>1)</sup>, który niedawno poświęcił obszerną monografię rozbirowi choroby w mowie będącej, dochodzi nawet do tego, iż za rzeczywistą dusznicę bolesną uważa tylko tę, która powstaje na drodze bezkrwistości serca (zwężenie, zatkanie, skurcz tętnic wieńcowych). Ona to właśnie, prowadzi często do śmierci i tem się różni od innych postaci dusznicy, które zjawiają się u chorych dotkniętych dną, maciennictwem, nieżytem żołądka, rozszerzeniem serca, cierpieniem mięśnia sercowego i które dają zwykle lepsze rokowanie

(C. d. n.)

---

## NOTATKI LEKARSKIE.

---

### 22. Wybroczyny w siatkówce przy białkomoczu. Dwa przypadki chorobowe.

Urzędnik, mający lat około trzydziestu, zgłosił się dnia 9 Czerwca b. r. do mojego domowego ambulatoryjum. Od niedawnego czasu zauważył przy czytaniu jakąś przeszkodę ze strony wzroku, której dokładnie opisać nie umie, ale którą czuje dotkliwie. Przy badaniu znalazłem nadwzroczność w bardzo umiarkowanym stopniu ( $\frac{1}{50}$ ), przy zupełnie prawidłowej sile widzenia. Nadwzroczność skarg chorego nie objaśniała już z tego powodu, że tak niski stopień tej wady w tak młodym wieku jeszcze trudności przy czytaniu sprawiać nie mógł. Przytem opowiadanie chorego wcale nie przemawiało za zmęczeniem wzroku, gdyż cierpienie wystąpiło dosyć nagle. Obraz wziernikowy całą sprawę rozjaśnił. Znalazłem w pobliżu nerwu i w okolicy plamki żółtej parę drobnych wynaczynień w siatkówce wśród prawidłowego zresztą obrazu wziernikowego. Ponieważ tego rodzaju krwotoki budzą zawsze mocne podejrzenie głębokich zmian w składzie krwi, dlatego zwróciłem uwagę na stan ogólny chorego. Cierpi on od dawnego już czasu na przypadłości żołądkowe i czuje się osłabionym. Nie zaleciwszy żadnego leczenia, zawiadomiłem tylko listownie kolegę, pod którego opieką chory się znajdował, o stanie jego siatkówki. Wskutek tego chory poddany został ścisłemu badaniu i w moczu znaleziono białko.

Przed niedawnym czasem wezwany zostałem jednocześnie z kolegą Apte do Rabina ze Słonimia, który dla leczenia przyjechał do Warszawy. Czuje się on od dawnego już czasu osłabionym. Przed tygodniem zauważył nagle trudności w czytaniu. Te trudności opisuje dokładnie. Jest on krótkowzroczny i do patrzenia na odległe przedmioty używa oddawna okularów. Przy tem patrzeniu żadna zmiana nie nastąpiła; widzi tak dobrze, jak dawniej. I przy czytaniu każda głoska, na którą w danej chwili patrzy, przedstawia się czysto, wyraźnie; tylko dalsze litery, na które ma wzrok swój przenieść, zacierają mu się, znikają, tak, że odszukiwać je musi; też same objawy występowały przy



czytaniu każdym okiem oddzielnie i oboma razem. Zrazu przypuszczałem połowiczną ślepotę lewą (bo czytał pismo hebrajskie, które od prawej strony idzie ku lewej). Ale to przypuszczenie wkrótce musiałem porzucić: pole widzenia przy zwykłym doraźnym badaniu okazało się prawidłowe; wreszcie przy czytaniu polskiej książki te same występowały trudności. Widocznie więc znajdowały się rozproszone drobne braki w środkowej okolicy pola widzenia, a więc przypuszczać należało i odpowiednie zmiany anatomiczne w siatkówce. Ze względu na szybkość wystąpienia tych objawów najbardziej prawdopodobnym się zdawało, że mamy do czynienia z drobnymi wybrczynami. A w dalszym ciągu, szukając najczęstszej przyczyny rozproszonych drobnych wybrczyn w środkowych okolicach siatkówki, jeszcze przed obejrzeniem dna oka zwróciłem uwagę konsultującego ze mną kolegi na możliwość choroby Bright'a. Ogólny stan przedstawiał się w taki sposób, że zajęcie i podeszły wiek chorego, zdawały się dostatecznie jego skargi tłómaczyć. Tylko na stopach znaleźliśmy lekki obrzęk, który jeszcze ostatecznie kwestyi nie rozstrzygał. Badanie wziernikowe dało wynik ujemny, ale z powodu niedostatecznego zaciemnienia pokoju nie mogło być dokładne. Polecilem choremu zgłosić się do mego mieszkania. Po kilku dniach chory przyszedł i przyniósł mi jednocześnie rezultat badania moczu, w którym znaczną ilość białka znaleziono; podejrzenie więc zdawało się jeszcze prawdopodobniejsze. Ale przy pilnem oglądaniu wziernikiem żadnych zmian w siatkówce dostrzedz nie mogłem. Że źrenica bardzo była wąską, wpuściłem kroplę atropiny i dopiero po rozszerzeniu źrenicy przekonałem się, że przypuszczenie było słuszne. Na zewnątrz i ku górze od nerwu wzrokowego (w obrazie odwrotnym) znajdowały się dwie plamy krwawe, podługowate, prążkowane, jakby namalowane pędzlem lekko w czerwonej farbie namoczoną; taki wygląd jest jak wiadomo charakterystyczny dla wylewów krwawych pomiędzy włókna nerwowe siatkówki. Plamka żółta przedstawiała się jako owal, nieco ciemniejszą barwą od tła siatkówki odbijający. Na górnym brzegu owala dojrzałem parę drobnych wybrczyn, ale to tak drobnutkich, że dopiero umieściwszy po za wziernikiem mocną wypukłą soczewkę, mogłem je dokładnie obejrzeć. Zresztą na dnie oka żadnych zmian nie dostrzegłem. Nerwy tylko były lekko zagłębione, co u starych ludzi bardzo często się napotyka.

Ogłaszam te przypadki nie dla tego, że stan siatkówki był w obu pierwszą i główną pobudką dla zbadania moczu i rozpoznania choroby; przypadki tego rodzaju tak często się powtarzają i tak są znane, że na ogłoszenie nie zasługują. I nie dla tego, że w drugim przypadku nawet nie zmiany wziernikowe, a subiektywne objawy, dokładnie przez inteligentnego chorego opowiedziane, obudziły podejrzenie cierpienia nerkowego. I nie dla tego, aby zwrócić uwagę, że w tego rodzaju przypadkach, wymagających bardzo dokładnego zbadania dna oka, nawet lekarz wprawny w użycie wziernika nie powinien zaniedbać rozszerzenia źrenicy; tę zasadę znają dobrze okuliści i zawsze stosują. Głównie do ogłoszenia tych przypadków pobudziła mnie sama postać, w jakiej choroba siatkówki wystąpiła. Choć nie rzadko tego rodzaju zmiany przy białkomoczu się napotykają, ale nie są to zmiany typowe. Do zupełności obrazu brakło, jak wiadomo, białych plamek w siatkówce i znanej korony promienistej w około plamki żółtej. Obraz ten objaśnia się bardzo wczesnym okresem choroby. W obu przypadkach badanie nastąpiło w bardzo krótkim czasie po pojawieniu się pierwszych objawów chorobnych. Widocznem jest, że stosunkowo rzadziej napotykać musi lekarz tę wczesną postać chorobną. Gdyby chorzy, którzy materiału do niniejszej notatki dostarczyli, nie byli zajęci bezustannie książkami, jeszczeby z pewnością nie wiedzieli, że wzrok ich szwankuje. A wszakże daleko częściej zapalenie nerek napotyka się właśnie u ludzi, zajętych pracą nie umysłową.

U obu chorych zmiany w obrazach wziernikowych ograniczały się tylko na drobnych wynaczynieniach. Przy białaczce i zbliżonych do niej chorobach



krwi, główne zmiany polegają także na drobnych wybroczynach. Białe plamy w środku wybroczyn, które tym ostatnim cierpieniom towarzyszą, nie napotyka się stale i nie są koniecznym, charakterystycznym objawem. A jednak, jakkolwiek wyłącznie drobne wynaczynienia w jednym i drugim razie na obraz chrobnny się składają, wszakże obraz ten ostatecznie wypada zwykle inny przy białkomoczu, niż przy białacze. Różnica polega na umiejscowieniu i ugrupowaniu plam krwawych. Wybroczyny, towarzyszące cierpieniu nerek, znajdują się przeważnie w środkowej okolicy siatkówki, blisko nerwu wzrokowego i najczęściej samą plamkę żółtą zajmują. Przy białacze i pokrewnych chorobach wybroczyny zwykle napotyka się na obwodzie siatkówki. Zapewne w znacznej części ta okoliczność jest przyczyną, że zmiany przy białacze znajduwane bywają tylko dla tego, że lekarz je zgóry przypuszcza i szuka; przy białkomoczu skargi chorych najczęściej do badania oczu skłaniają. Jakkolwiek bardzo trudno zrozumieć przyczynę tej różnicy w obrazach wziernikowych, jakkolwiek trudno zdać sobie sprawę, dla czego w jednym razie krwotoki przy plamce żółtej, w drugim razie daleko od niej się pojawiają, wszakże sam fakt przyjąć trzeba.

Dałem notatce niniejszej tytuł „w y b r o c z y n y s i a t k ó w k o w e”, jakkolwiek zgodnie z panującą dziś nomenklaturą, należało napisać: *retinitis albuminurica*. Otóż żaden z wyrazów składających tę nazwę nie wytrzymuje krytyki. Jeszcze epitet przymiotnikowy tolerować trzeba. Jakkolwiek zmiany w siatkówce nie zależą bezpośrednio od obecności białka w moczu, albo od zapalenia nerek, ale dopóki najbliższa tych zmian przyczyna nie będzie znana, potrzeba nazwę taką zachować. A można to uczynić tem zasadniej, że choć obraz wziernikowy, tej nazwie odpowiadający, dosyć bywa różny, wszakże najczęściej pewne stale posiada cechy i istotnie najczęściej jednocześnie z białkomoczem występuje. Ale nazwa *retinitis*, z a p a l e n i e s i a t k ó w k i, niczem, o ile sędzę, nie da się usprawiedliwić. Już to wogóle w oftalmologii bardzo często nadużywa się nazwy z a p a l e n i e. Chociaż to nadużycie najmniej do łącznicy się stosuje, ale nawet pewne postacie *conjunctivitis* mało na tę nazwę zasługują. Gorzej już dzieje się z rogówką. Często najprostszy wrzód, żadnych cech zapalenia nie przedstawiający, nosi nazwę *keratitis ulcerosa*; wrzód czysto rozpadowego charakteru, typowy przedstawiciel rozpadowej sprawy, nazywa się *keratitis neuroparalytica*. Ale najgorzej się dzieje ze sprawami chorobnymi, które na dnie oka występują. Ogromna większość patologicznych obrazów wziernikowych figuruje jako sprawy zapalne. Parę białych plamek na dnie oka, rozproszone wynaczynienia, barwnik gdziegdzie nagromadzony, odsłonięcie naczyń naczyniówki na ograniczonej przestrzeni, wszystko to nazywa się *retinitis*, albo *chorioiditis*. Przy tych chorobach nie tylko brak wszystkich czterech kardynalnych objawów, jakich dawna patologija w całości wymagała, aby sprawie chorobnej przyznać nazwę zapalenia, ale nie ma i tych momentów, które podług nowszej nauki sprawę zapalną cechują. Niewątpliwie większość lekarzy czuje dobrze, że nazywa zapaleniem sprawę, nie zasługującą wcale na tę nazwę, ale kwestyję nazwy uważają za podrzędną i mało znaczącą. Pogląd to niezupełnie słuszny. Jeżeli wyraz z a p a l e n i e ma wyraźne i określone w patologii znaczenie, to już nadużywać go nie należy. Prawda, że wyrazy *retinitis*, albo *chorioiditis* w znaczenie c h o r o b a siatkówki albo naczyniówki są wygodne w użyciu; gdybyśmy tych wyrazów mniej używali, musielibyśmy często uciekać się do omówień, ale czyż drobna dogodność może fałszywe nazwy usprawiedliwić? Co więcej, przypuszczam, że nieraz te nazwy praktyczną szkodę przynoszą. Rozpoznawszy sprawę zapalną, mimowoli może lekarz zwraca się nieraz ku tym środkom, które przeciwzapalny arsenał stanowią, tembardziej, że są to choroby dla leczenia w ogóle niewdzięczne i trudne.

Zygmunt Kramsztyk.



## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* W Nrze 17 Kroniki Lekarskiej z r. b. pojawiła się pewnego rodzaju zaczepka Gazety Lekarskiej, mianowicie krytyka, ale czego? ... ogłoszenia pomieszczonego w jednym z N-rów Gazety Lekarskiej, na okładce. Tak jest, nie mylimy się, krytyka ogłoszenia. Wprawdzie mogło by to nam bardzo pochlebiać, że nawet ogłoszenia zamieszczane w Gazecie Lekarskiej budzą taki interes literacko-naukowy (!?), iż podlegają obszernej krytyce, szczerze jednak przyznamy, że wolelibyśmy spotykać się z krytyką prac naukowych i na taką odpowiadać. Ale cóż robić, zmuszeni jesteśmy i w tym razie dać odpowiedź „Kronice Lekarskiej“.

Przedewszystkiem jak najmocniej protestujemy przeciw pogładowi „Kroniki“, jakoby „Redakcyjja pisma, pomieszczająca jakiś inserat, solidaryzowała się niejako z ogłaszającym, poręczała do pewnego stopnia za dobroć odpowiedniego środka, za sumiennosc ogłaszającego“. Jest to pogląd najzupełniej fałszywy; żadna Redakcyjja pisma nie przyjmuje na siebie odpowiedzialności za ogłoszenia i żadna nie poręcza za dobroć środka i sumiennosc ogłaszającego; chcemy nawet wierzyć, że i Redakcyjja Kroniki tego nie robi; gdyż postępowanie takie do dziwnych rezultatów mogłoby doprowadzić. Następnie, co do przepowiedni Sz. Red. Kroniki, jakie będą następstwa owego ogłoszenia, że mianowicie znajdzie się ono w innych pismach z dodatkiem „wyjątek z Gazety Lekarskiej i t. d.“, to możemy zapewnić Sz. Redakcyjję, iż tak nie będzie, a to właśnie dla tego, iż ogłoszenie wcale nie jest „wyjątkiem z Gazety Lek.“ i że tego rodzaju przedrukowi zawsze można zapobiedz. Nie można tylko zapobiedz takim przedrukowi, jaki pomieszczyła Sz. Red. Kroniki, a taki przedruk robi większą reklamę aniżeli dziesięć lub dwadzieścia ogłoszeń, podnosi bowiem do godności sprawy rzecz, na którą doprawdy mało kto zwrócił by uwagę, a ci którzyby i zwrócili, ruszyliby ramionami z politowaniem nad naiwnością i głupotą ogłaszającego. Obecnie ów cudowny uzdrowiacz ma wielkie obowiązki wdzięczności dla Redakcyjji Kroniki, z pewnością nie spodziewał się on takiego rozgłosu. Jest jednak jedna okoliczność, która nas bardzo nieprzyjemnie zadziwia. Robiąc jakiś zarzut, czy to pojedynczej osobie, czy stowarzyszeniu, trzeba go robić w dobrej wierze, to jest być przekonanym, iż robi się zarzut słuszny. Tymczasem w tym razie rzecz się ma inaczej. Sz. Red. Kroniki zarzuca nam, iż pomieszciliśmy to ogłoszenie, a kilka wierszy poniżej dobrodusznie objaśnia, iż nie mogliśmy postąpić inaczej, gdyż jesteśmy związani umową, radzi nam tylko „kosztem wielkich ofiar“ zerwać ową umowę. Otóż w naszym przekonaniu, jeżeliśmy się do czegokolwiek zobowiązali, musimy do terminu dotrzymać — wobec zaś Czytelników naszych nie możemy podlegać najmniejszemu zarzutowi, gdyż od samego początku oświadczylismy Im, jakie na nas ciążyą zobowiązania i postępowaliśmy z najzupełniejszą jawnością i otwartością. Jak zaś ściśle pojmujemy spełnianie przyjętych zobowiązań, to możemy Szan. Red. Kroniki dać dotykalny przykładzik. W roku zeszłym proponowano nam pomieszczenie reklam specyfików francuzkich, to jest artykułów, mających pozór prac naukowych, a służących jedynie za reklamę dla nowych środków, lub pojedynczych firm aptekarskich francuzkich. Ponieważ umowa nasza do tego na szczęście wcale nas nie zobowiązuje, przeto bez względu na wysokość proponowanej zapłaty stanowczo odmówiliśmy powyższemu żądaniu, tymczasem, owe płatne pseudo-artykuly pojawiły się... w Kronice Lekarskiej! (Nr. 6 r. 1882).

*Berlin.* W d. 15 Października r. b. uroczyste obchodzone będzie przez jego uczniów 25-letni jubileusz prof. E. du Bois - Raymond'a.

*Freiburg.* Na kongresie przyrodników mającym odbyć się tutaj 18—21 Września na dwóch posiedzeniach ogólnych odezty mieć będą Hertwig, Schweinfurth i Liebermeister. Na posiedzeniach sekeyjnych z medycyny wewnętrznej rozprawy toczyć się będą o „postępowym zaniku mięśni“ i o „leczeniu ostrego gościca stawowego przetworami salicylowemi“. W dyskusyi nad pierwszym z tych przedmiotów między innymi udział wezmą Lichtheim Erbi Baümler. Z dziedziny pedyjatrii ukazać się obszerne referaty o gruźlicy i przymocie każdy z tych przedmiotów podzielonym jest na 11 części, każda część z oddzielnym referentem, między którymi wymienieni są: H enoch, Demme, Weigert, Heubner, Kassowitz, Baginski, Kohts, Thomas.

**Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:**

— *Przegląd lekarski*. Nr. 36. J. Mikułecz. Dwa przypadki osteoplastycznej resekcji stopy według metody własnej. — W. Jaworski. O powstawaniu i rozpoznawaniu rozstrzeni żołądka. (C. d.)

— *Medycyna*. Nr. 36. W. Mączyński. Kilka słów o szczepieniu ospy ochronnej.

---

**WSPOMNIENIE POŚMIERTNE.**

Zmarły w d. 9 Sierpnia r. b. ś. p. Antoni Andrzejowski, Magister medycyny i chirurgii, urodził się w Krakowie w 1807. Tamże uczęszczał do Gimnazjum Ś-tej Anny, a w 1830 ukończył na Wszechnicy Jagiellońskiej nauki lekarskie, otrzymawszy powyższy stopień, potwierdzony następnie przez ówczesny Uniwersytet Warszawski wraz z udzieleniem mu prawa do praktyki w Królestwie.

Syn niezamożnych rodziców, od wczesnej młodości śp. Andrzejowski o własnych musiał iść siłach, to też jeszcze w szkołach, pracując na siebie wspomagał nadto sędziwego ojca. Weześnie też jąc się musiał i w lekarskim zawodzie pracy dla chleba, choć niezawodnie szersze umysłowe jego zdolności byłyby mu pozwoliły pokusić się o świetniejszą, stołeczną, być może karyerę.

Już w 1833 widzimy go lekarzem przy rządowych zakładach górniczych w Miedzianogórze (w Kieleckiem), gdzie przebywał do 1844 r. Potem zostaje lekarzem powiatu Kieleckiego, a od r. 1867 lekarzem miejskim i pomocnikiem Inspektora gub. Kieleckiej. W 1878 usunął się od służby, pracował wszakże dalej jako lekarz praktykujący. W 1880 r. po 50-ciu latach lekarskiego zawodu, chlubnie i pożytecznie dla współbraci spełnionego, liczni koledzy, wdzięczni pacjenci i wielbiciele uczcili go uroczystym jubileuszowym obchodem i złożyli mu pamiątkowe album z fotografiami.

Pięćdziesiąt lat pracy lekarskiej! pół wieku prowincjonalnej praktyki! Całą słów tych doniosłość, całą wielkość ciężkiego takiej pracy brzemienia, pojmie każdy, kto sobie pomyśli, ile to sił stargać potrzeba, by choć lat kilka wśród znoju i niewywechasy, złych dróg i niepogody wytrwać, zawsze do boju gotowym, na lekarskiej twierdzy wyłomie. Iluż to młodych lekarzy, już po latach kilku takiego trudu, ze znużeniem ciężkie stanowisko porzucić pospiesza? Cóż więc powiedzieć o tej dzielnej, niespożytej organizacyi, co przez pół wieku potrafiła opierać się znojom, co mówić o człowieku, co przez pół wieku bojował ciągle, bez wytchnienia, a pracował szczerze, serdecznie i zawsze z pogodnym obliczem? Niezawodnie i w życiu śp. Andrzejowskiego bywały chwile, gdy, syt dobrych, pocziwych uczynków, a twardym wyczerpany trudem, zatęsknił do spokojniejszego, mniej mozolnego życia, ale trzymał go na miejscu obowiązek dla coraz liczniejszej rodziny, której prawdziwym, wzorowym był ojcem i zwolna rozwijające się przywiązanie do tych, którym najwięcej pracy, sił i wiedzy przynosił w ofierze.

Ale i ta dzielna budowa, ta wyjątkowa siła nie mogła się wreszcie oprzeć prawom natury. Wyczerpały się zasoby pięknego umysłu i fizyczne stargały się siły. Gaśł zwolna i cicho, a starczy zauik mózgowia położył kres pracowitemu, pożytecznemu i zacnemu żywotowi zasłużonego lekarza.

Na grób wytrwałego pracownika, zroszony łzami wdzięczności licznych rodzin, których przez lat tyle był prawdziwym opiekunem w niedoli, doradcą w chorobie, a przyjacielem w nieszczęściu i my rzucamy listek koleżeńskiego, bratniego wspomnienia, bo zmarły był nietylko dzielnym lekarzem, w pięknym tego wyrazu znaczeniu, ale dobrym szlachetnym towarzyszem, co górując nad innemi nauką i doświadczeniem, zagrzewał swym przykładem do pracy i umoralniał tych wszystkich, co z nim obcowali. Cichy i skromny, słodki w obejściu, dla siebie surowy, pobłażliwy dla współbraci, pięknym był dla nas wzorem. Rodzinie swej zamożności nie zostawia wielkiej, ale dał jej nieskalane imię cnotliwego człowieka i zacnego członka społeczeństwa.

Cześć jego pamięci, niech lekką będzie mu ziemia.

M. L.

*Kielce 13 Sierpnia 1883.*



# OFNER KROLEWSKA WODA GORZKA MATTONI.

## Mattoni i Wille w Peszcie

Zaszczycona chwalebna opinija najpierwszych lekarzy Europy  
Używana bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

1. w chorobach kanałów kiszkowych
2. „ obstrukcyi 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—13  
              } u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj

## SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH PRZY APTECE POD FIRMA

### D. T. HEINRICH

istniejący

Zaopatrzone zostały w Sól Vichy do kąpeli, 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—25

# LEKARZA

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



# MATTONI'EGO GISSHÜBLER

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 aptecznych  
i aptekach Rossyi

**SKŁADY** u Aleksandra Wenzla w Petersburgu Kazańska 3.  
u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20—13

## SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMĄ

**D. T. H E N R I C H**

istniejący,

Zaopatrzony został 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—25

**Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.**

Wyszło i jest do nabycia we wszystkich księgarniach dzieło p. t.

**SYFILIDOLOGIIJA**

napisana przez **D. Ż. Krówczyńskiego** w 8, str. XII i 448.

Cena 5 zł. w. a.

0—4

**Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.**

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

**FARMAKOLOGIIJA**

professorów **Nothnagel'a i Rossbach'a.**

PRZEKŁAD Z 4-0 WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena dzieła wynosi **Rs. 6** z przesyłką **Rs. 6 k. 50.**

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 45,

oraz we wszystkich Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich. 0—22



# 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.

---

### CHEMICZNO-MIKROSKOPOWA PRACOWNIA

dla celów dyjagnostyki lekarskiej

### D-ra E. Przewoskiego,

prosektora Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, dokonywa wszelkich  
rozbiorów moczu, śluzu krwi, nasienia, tkanek patologicznych i t. d.

Chmielna Nr. 26.

3—1

---

### Dr. Tymowski.

praktykuje jak lat poprzednich w San Remo.

8—5

---

### Dr. W. Jaroszyński

ordynować będzie jak lat poprzednich od 1 Września w Meran.

10—9

---

### DOM ZDROWIA

### D-ra Oltuszewskiego,

egzystujący w Warszawie od 1880 r., przeniesiony został na ulicę Długą Nr. 6 (dawny pałac  
Kronenberga). Zakład przyjmuje na stałe pomieszczenie chorych na wszelkiego rodzaju cier-  
pienia. Całe utrzymanie z lekarstwami, opieką lekarską i felerzską od 2—4 rs. na dobę. 6—4

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, palpitaacjach, 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 Dra RABUTEAU.**

**PIGUŁKI ŻELAZNE D<sup>ra</sup> RABUTEAU**

LAUREATA INSTYTUTU FRANCYI

PIGUŁKI ŻELAZNE RABUTEAU są pokryte cukrem.

Liczne studia, dokonywane w szpitalach przez profesorów fakultetu paryzkiego wykazały stanowczą skuteczność Pigulek żelaznych Rabuteau w następujących słabościach: *blednicy, bezkrwistości, w utratkach krwi, w ogólnej niemocy, wycieńczeniu, 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 obstrukcyi. 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 najwątłejsze nawet i nie szkodzą w niczem żołądkowi.“

*(Gazeta Szpitali Paryzkich).*

Zażywać 9 do 12 kapsulek 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. E. Kornilowicz. Dwa przypadki płasawicy połowicznej (*Hemichorea*). — II. J. Pawiński. Zwięźenie i zatkanie tętnic wieńcowych serca, pod względem fizyologicznym, anatomico-patologicznym i klinicznym (Dalszy ciąg). — *Notatki lekarskie*. 22. Z. K r a m s z t y k. Wybroczyny w siatkówce przy białkomoezu. Dwa przypadki chorobowe. — Wiadomości bieżące. — Wspomnienie pośmiertne. — Ogłoszenia.

## I. DWA PRZYPADKI PŁASAWICY POŁOWICZNEJ (*Hemichorea*).

Napisał

**Edward Kornilowicz**

ordynator oddziału psychiatrycznego przy szpitalu Ujazdowskim.

(Rzecz czytana w Towarzystwie Lekarskiem na posiedzeniu klinicznym z 6. III. 1883).

Dotychczas autorowie rozróżniają dwojakiego rodzaju płasawicę połowiczną (*hemichorea*): zwyczajną i objawową (*l'hemichorée ordinaire et l'hemichorée symptomatique*). Co do pierwszej, to natura zmian mózgu, warunkujących takową, nie jest dotychczas poznaną. Co do drugiej, to wiadomem jest, że takowa pod wpływem uszkodzeń mózgu powstaje w połowie ciała przeciwnej cierpieniu mózgowemu i zależną jest od siedliska cierpienia, a nie od natury jego. Ogólną wspólną cechą tak płasawicy połowicznej zwyczajnej, jak i płasawicy połowicznej objawowej jest charakter ruchów podobny do charakteru ruchów, jakie widzimy przy zwykłej płasawicy (*chorea minor*), cała tylko różnica polega na tem, że ruchy te przy płasawicy połowicznej są ograniczone do jednej połowy ciała. Ruchy te są mimowolne, nieprawidłowe, nierytmiczne, odbywają się ciągle, ustają podczas snu, powiększają się podczas ruchów dowolnych i nie podlegają woli.

O płasawicy połowicznej zwyczajnej pisali Moynier, Trousseau, Grisolles, Lasguenes. O płasawicy połowicznej objawowej pisali Travers, Roud, Tuchwell, Jackson, dokładniej zaś została zbadaną przez Mitchella, Charcot'a i Raymond'a. U nas poraz pierwszy spotykamy opis takowej w pracy kolegi Gajkiewicza „Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych rok 1879. str. 52. Z pracy tej jako też i z pracy Raymond'a: „*Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hemichorée*” pozwolę sobie w części korzystać.

Płasawica połowiczna objawowa najczęściej występuje po napadzie apoplektycznym, gdy objawy porażenia połowicznego (*hemiplegia*), bezwład połowi-

czny i przykurczenia zaczynają ustępować. Jest to tak zwana *hemichorea posthaemorrhagica, posthemiplegica, postparalytica*. W miarę jak mięśnie porażonych kończyn odzyskują swą czynność, zjawiają się w takowych ruchy płasawicze, z początku słabego natężenia, zwiększające się stopniowo i trwające przez całe życie. W większej liczbie przypadków zбочzeniu temu towarzyszy znieczulenie połowiczne (*haemianaesthesia*) tak skóry jak i innych narządów zmysłów, jako: to sluchu, węchu, smaku i wzroku.

Płasawica połowiczna może wystąpić i przed porażeniem połowicznym, wkrótce po napadzie apoplektycznym; będzie to tak zwana *hemichorea praehemiplegica*. Tu mogą być dwa przypadki: albo po napadzie apoplektycznym występują ruchy płasawicze, które, przetrwawszy dni kilka, ustępują objawom porażenia połowicznego, które się kończy śmiercią, albo też po napadzie apoplektycznym ruchy płasawicze i porażenie połowiczne ustępują, chory przychodzi do zdrowia, ale po powtórnym napadzie występują znowu ruchy płasawicze i porażenie połowiczne, które może albo zakończyć się śmiercią, albo powtórnie ustąpić i t. d. aż do śmierci. Znieczulenie połowiczne zdarza się i przy tej formie płasawicy połowicznej.

II. Płasawica połowiczna objawowa może towarzyszyć zanikowi częściowemu mózgu, ograniczonemu najczęściej do jednej półkuli. Przyczyną tego zaniku najczęściej bywają choroby przebywane w wieku dziecięcym lub podczas życia wewnątrzmacicznego, jak rozmięczenie, zapalenie mózgu traumatycznego pochodzenia, wynaczynienia w oponach mózgu, stwardnienia zrazowe i t. d.. Najczęściej zaburzenia te prowadzą za sobą nieuleczalne porażenie połowiczne z przykurzeniami, ale niekiedy porażenie połowiczne przemija, a po niem występuje płasawica połowiczna, albo też porażenie połowiczne może być od początku zastąpionem przez płasawicę połowiczną.

Tego rodzaju płasawica połowiczna prawie zawsze trwa przez całe życie. Inteligencyja przytem może być albo zupełnie zachowaną, albo być osłabioną. Często napady epileptyczne są udziałem tego rodzaju chorych. Znieczulenia połowicznego przy tej formie płasawicy połowicznej nie spotykamy.

Nakoniec płasawica połowiczna może wystąpić przy nowotworach mózgu. W tych przypadkach początek takowej nie jest gwałtowny.

Objawy zбочzeń ruchowych występują powoli. Często przytem brak porażen połowicznych, a nigdy prawie nie obserwujemy znieczulenia połowicznego. Ruchy zaś płasawicze często są ograniczone do jednej ręki.

Co do zmian w mózgu, jakie spotyka się przy płasawicy połowicznej objawowej, to dotychczasowe doświadczenia na zwierzętach, dokonane przez *Raymond'a* i rezultaty badania zwłok, pozwalają postawić wniosek, że płasawica połowiczna objawowa powstaje wskutek ucisku, drażnienia lub też znieczulenia pęczka włókien torebki wewnętrznej, znajdującego się ku przodowi i na zewnątrz od włókien czuciowych tejże torebki, pęczka włókien znajdujących się w najbliższym stosunku z częścią tylną wzgórka wzrokowego.

Co do płasawicy połowicznej zwyczajnej, to natura zmian mózgu przy takowej, jak to nadmieniliśmy, dotychczas nie jest poznana. W każdym razie



wielce jest prawdopodobnem że i tu zmiany istnieją i że są umiejscowione tam, gdzie i zmiany spotykane przy płasawicy połowicznej objawowej, od której ze względu na objawy niczem się nie różni.

Przedstawiwszy w krótkim zarysie obecny stan nauki o płasawicy połowicznej, pozwolą Szanowni Panowie, że zajmę ich uwagę opisem dwóch przypadków tej choroby.

**P r z y p a d e k I.** Franciszek Napierowski, żołnierz dymisyjonowany, niezonaaty, wieku lat 57.

**W y w i a d y.** Chory mając lat 12 przebył tyfus. W roku 1856 wstąpił do wojska. Podczas służby wojskowej dwa razy chorował na febrę. W roku 1875, będąc już w domu, chory doznał napadu apoplektycznego, początek którego tak opisuje: „Było to przed Bożem Narodzeniem, gdy miał zamiar wbić gwóźdź w ścianę i stałem na desce, uczułem ból w ręce prawej, chciałem wziąć młotek, lecz ręka mi opadła, chcąc zaś się oprzeć na prawej nodze, zleciałem z deski. Ani krzyżeć, ani słowa wymówić nie mogłem.” Z tego opowiadania chorego widzimy, że był to napad apoplektyczny, połączony z utratą mowy i z porażeniem połowicznym strony prawej.

Wkrótce potem chory został odesłany do szpitala Ujazdowskiego, gdzie pozostawał przez 18 miesięcy. Tu dopiero po 3-ich miesiącach zaczął mówić, a w pół roku potworzyły się przykurczenia (*contracturae*) w kończynie górnej prawej. W rok zaś po napadzie władza w kończynie górnej i dolnej prawej zaczęła powracać, ale jednocześnie chory zauważył, że kończyna górna prawa, często pomimo jego woli się porusza. Z początku ruchy te były słabe, lecz stopniowo w miarę powrotu władzy ruch mimowolny się wzmacniał, co szczególnie się uwydatniało, jeżeli chory chciał wziąć jaki bądź przedmiot do ręki. Taki stan kończyny górnej prawej pozostał do obecnej chwili.

W kończynie dolnej prawej, chory odzyskał prawie zupełnie swą władzę. Chory obecnie znajduje się w szpitalu Ujazdowskim, na sali Szanownego Kolegi S z t e i n b e r g a, który łaskawie raczył pozwolić mi go zbadać i przedstawić Szanownym Panom.

**S t a n o b e c n y.** Chory wzrostu małego, budowy dobrej, odżywiania miernego. Mięśnie jak w jednej połowie ciała, tak i w drugiej, jednakowo rozwinięte. Błony śluzowe i skóra normalnie ukrwione. Zrenice jednakowo rozszerzone, dobrze oddziałują na światło. Lewa fałda nosowargowa nieco wygładzona. Język chory wysuwa równo. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazało żadnych zboczeń. Tętno 60 uderzeń na minutę. W kończynie górnej prawej, gdy chory takową nie porusza, widzimy pomimowolne poruszanie się palców, zginanie i wyprostowywanie się takowych. Ruch ten nie jest bardzo wyraźny, ale jest objawem bardzo stałym. Oprócz poruszania się palców kończyna górna prawa nieco się porusza i w stawie napięstkowym. W chwili gdy chory dowolnie porusza kończyną górną prawą, ruch ów mimowolny się wzmacnia. Ruchy dowolne są bezładne, nieskoordynowane. Kończyna górna chorego rzuca się w rozmaite strony. Chory przez to wziąć przedmiotu prawą ręką nie może. Najczęściej przedmiot ów rzuca na ziemię. Po każdym ruchu dowolnym, kończyna górna prawa chorego nie od razu się uspakaja. Przy ruchu dowolnym, dokonanym kończyną górną lewą, lub przy chodzeniu, ruch mimowolny w kończynie górnej prawej się wzmacnia. W nocy, gdy chory śpi, ruch mimowolny zupełnie ustaje. W kończynie dolnej ruchu mimowolnego nie obserwujemy. Przy chodzeniu chory nieco powłóczy kończyną dolną prawą. Odruchy kolanowe w obu kończynach dolnych zachowane i nieco wzmożone. *Epilepsiae spinalis* nie ma. Czucie skórne na ukłucie szpilką prawie w całej połowie ciała, a mianowicie w prawej połowie twa-

rzy, szyi, tułowia, w kończynie górnej i dolnej prawej jest stosunkowo do czucia w lewej połowie ciała znacznie osłabione, ale zupełnie nie jest utracone.

Uczucie smaku w połowie języka prawej zupełnie zniesione. Chory tą połową języka nie czuje ani smaku soli, ani smaku roztworu chininy, ani smaku cukru. W lewej zaś połowie języka uczucie smaku jest zachowane.

Uczucie węchu w nozdrzu prawym zupełnie zniesione. Chory po włożeniu jodoformu do nozdrza prawego nie czuje, gdy tymczasem w nozdrzu lewym wyraźnie rozpoznaje zapach jodoformu.

Prawym uchem chory uderzenia zegarka w odległości 10-ciu centymetrów nie słyszy, gdy tymczasem uchem lewym jeszcze w odległości 36 centymetrów wyraźnie słyszy to uderzenie.

Siła wzroku w obu oczach jednakowa. Pole widzenia normalne, również jednakowe w obu oczach. Badanie oftalmoskopowe, dokonane przez D-ra P r z y b y l s k i e g o, nie wykazało żadnych zboczeń na dnie oka.

Chory na zapytania odpowiada przytomnie i logicznie. W obrębie psychicznym żadnych zboczeń nie ma. mowa chorego nieco utrudniona.

W przypadku naszym ciągle istnienie ruchu mimowolnego ograniczonego do jednej kończyny górnej, ruchu nieprawidłowego, nierytmicznego, wzmagającego się podczas ruchu dowolnego, ustępującego tylko podczas snu, ruchu, który wystąpił po napadzie apoplektycznym, kiedy już bezład i przykurczenia stopniowo zaczynały znikać, dalej obecność znieczulenia połowicznego języka na bodźce smakowe, znieczulenie połowiczne błony śluzowej nosa na bodźce węchowe, jako też przytępienie połowiczne czucia w skórze na dotyk i ukłucie i przytępienie połowiczne słuchu, pozwalają mi rozpoznać stan chorego jako *hemichorea posthemiplegica*. Ponieważ zaś przy *paralysis agitans* również mamy do czynienia z ruchem mimowolnym ciągłym, znikającym podczas snu, to moglibyśmy przypuszczać, że i tu mamy do czynienia z tą formą chorobową, ale przy *paralysis agitans* ruch ma charakter wahań rytmicznych, w naszym zaś przypadku mamy ruch nierytmiczny, nieprawidłowy; dalej przy *paralysis agitans* nigdy nie mamy do czynienia ze znieczuleniem połowicznym zmysłów smaku i węchu. *Paralysis agitans* nigdy nie występuje po napadzie apoplektycznym i nigdy nie jest formą stałą, lecz zawsze postępuje tak, że gdybyśmy mieli do czynienia *cum paralyse agitante*, to z pewnością po latach siedmiu byłaby zajęta i kończyna dolna i druga kończyna górna. Nakoniec przy *paralysis agitans* zawsze mamy do czynienia z przykurczeniami i ze zeszczywnieniem mięśni, czego tu nie widzimy.

Rozpoznanie różniczkowego przypadku naszego z atetozą nie przeprowadzam, gdyż jak to utrzymuje Charcot nie ma różnicy pomiędzy hemichoreą a hemiatetozą. Hemiatetozą podług niego jest rodzajem hemichorei.

*Tremor senilis* nigdy się nie ogranicza do jednej kończyny górnej, jak to w danym przypadku miało miejsce, lecz zawsze widzimy drżenie nie tylko rąk, ale i głowy.

Przy *sclerosis disseminata* drgania występują tylko przy ruchach dowolnych (*tremblement intentionnaire*) i prawie zawsze są przykurczenia (*contracturae*), czego w przypadku naszym nie widzimy. Nakoniec *sclerosis disseminata* istniejąca przez lat 7 z pewnością uwydatniłaby się większą ilością zaburzeń, niż to ma miejsce w naszym przypadku.

Wreszcie przy bezwładzie połowicznym (*hemiplegia*) bywają drgania, lecz drgania te bywają wówczas, jeżeli są jednocześnie przykurczenia i zanik mięśni i występują tylko przy ruchu dowolnym, przytem drgania owe mają charakter drgań prawidłowych, odbywających się szybko z góry na dół, gdy tymczasem w naszym przypadku drgania mają charakter nieprawidłowy, nieokreślony; palce u rąk to się wyprostowują to się kurczą i ruch ręki odbywa się z góry na dół i z zewnątrz ku wewnątrz.



Przypadek II. Zaremba, wieśniak z Łomżyńskiej gubernii, przysłany do mnie dla zbadania przez szanownego Kolegę Stichego.

Wywiady. Chory 28-letni, nieżonaty, opowiada, że, mając lat 4. dostał konwulsyj. Z początku konwulsyje bywały codziennie, a niekiedy i po dwa razy na dzień; ku końcowi zaś 16 roku stawały się coraz rzadsze, pojawiały się raz na tydzień, raz na miesiąc, nakoniec zupełnie go opuściły. Prawie jednocześnie z pojawieniem się drgawek, kończyna górna lewa zaczęła się pomimo jego woli poruszać. Z ustaniem drgawek ruch ten kończyny górnej nie ustał. To mimowolne poruszanie się kończyny górnej z początku było nieznaczne, lecz stopniowo z wiekiem chorego stawało się coraz wyraźniejszym i dokuczliwszym dla chorego. Jednakże gdy w roku 21-ym stawał do superrewizyi, lekarze nie uznali go za chorego i chory przez lat 6 był rokrocznie wzywany do badania. Przed czterema laty chory mógł jeszcze nieco pomagać w domu przy robocie gospodarskiej, naprzykład przy grabieniu siana, ale już od lat 4-ech z powodu gwałtownych ruchów kończyny górnej chory pracować nie może.

Czytać i pisać chory się nauczył dopiero w 15-ym roku życia, gdyż długo był bardzo nierozwiniętem dzieckiem. Chory przypomina sobie, że mając lat 12, miał zwyczaj chwytając nieznajome sobie osoby za szyję; wówczas był uważany za obłąkanego.

Stan obecny. Chory jest dobrej budowy, dobrze odżywiany. Skóra i błony śluzowe dobrze ukrwione. Zrenice jednakowo rozszerzone, dobrze oddziałują na światło. W twarzy nie ma żadnych objawów paretycznych. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazało żadnych zboczeń.

Kończyna górna lewa, gdy chory dowolnie takową nie porusza, jest w ciągłych gwałtownych, mimowolnych ruchach. Ruchy te są przeważnie w stawie barkowym, łokciowym, napięstkowym i w stawach palcowych.

Kloniczne skurcze mięśni piersiowych, *brachialis anterior* i mięśni przedramieniowych przednich, a pomiędzy nimi przeważnie mięśnia zginacza wskaziciela, warunkują ruchy zginania i ruchy ksobne, które przeważają nad ruchami wyprostnemi i odsiebniemi, spowodowanemi przez skurcze mięśni: *deltoides*, *triceps brachii* i mięśnie przedramieniowe tylne. Najczęstszy ruch kończyny górnej jest tego rodzaju: kończyna górna chorego, zgięta nieco w łokciu, w położeniu odsiebniem od tułowia, raptownie uderza chorego w brzuch, co zmusza chorego aż do zgięcia się w pasie; po uderzeniu kończyna górna chorego jeszcze przez chwilę porusza się na brzuchu, poczem znowu przechodzi w położenie odsiebne i znowu uderza go w brzuch. Palce rąk, a przeważnie palec wskazujący, są w ciągłych ruchach pod wpływem klonicznych skurczów mięśni przedramienia. Ruchy te palców, a przeważnie palca wskazującego, są tak gwałtowne, że chory oddziera sobie paznokcie, co zmusza chorego do obwiązywania sobie palucha szmatkiem płótna.

Jednocześnie z temi ruchami kończyny górnej, głowa chorego pod wpływem klonicznych skurczów mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego zwraca się w stronę prawą, a strona lewa twarzy się wykrzywia, pod wpływem klonicznych skurczów mięśni twarzowych. Ruchy te są ciągłe, ustają tylko podczas snu. Chory zwykle się kładzie na kończynę górną chorą, by ciężarem ciała swego utrzymać ją w spokoju i tak zasypia. Rano po przebudzeniu się kończyna górna chorego wnet zaczyna się poruszać, ale nie tak gwałtownie jak ku wieczorowi; we dnie chory, chcąc by mu kończyna górna chora nie dokuczała, musi takową utrzymywać zdrową ręką, założywszy palce tej ostatniej pomiędzy palce chorej, a przy jedzeniu i ubieraniu się, gdy ręka zdrowa jest mu potrzebna, chory siedząc na krześle z całej siły się opiera na dłoń lewej ręki, przez co cała kończyna utrzymuje się w spokoju. Są jednakże chwile, że to nie pomaga. Przy takim przytrzymywaniu kończyny górnej takowa jednakże nie przestaje się szamotać, ale ruchy jej nie są już tak gwałtowne, są ograniczone

i nie są tak dokuczliwe. Podczas ruchu dowolnego, nieskomplikowanego, jak np. przy wyciągnięciu kończyny górnej w górę, ruch mimowolny takowej na chwilę ustaje, lecz tylko na chwilę, gdyż zaraz potem jeszcze z większą gwałtownością zaczyna się poruszać, uderzając chorego w brzuch albo w piersi.

Również chory może wyprostować palce, rozstawić takowe, ale to trwa chwilę, poczem występują na nowo ruchy, nad którymi chory już nie jest w stanie zapanować.

Przy ruchach więcej skomplikowanych, jak na przykład wzięcie jakiegobądź przedmiotu ręką, ruch mimowolny gwałtownie się wzmacnia, chory rzuca ręką w rozmaite strony i najczęściej, nie będąc w stanie wziąć przedmiotu do ręki, zrzuca takowy ze stołu; jeżeli zaś jakiś przedmiot większych rozmiarów choremu się uda wziąć do ręki lewej, to nie jest w stanie odrazu go porzucić, palce się bowiem zaciskają.

Siła w kończynie górnej lewej jest dość znaczna. Niekiedy przy gwałtowniejszych ruchach kończyny górnej porusza się i kończyna dolna lewa.

Przy chodzeniu chory mówi, że nieco powłóczy nogą lewą: „palcami zbija kamienie“ jak się wyraża. W kończynach dolnych odruchy ścięgniste są zachowane i nieco wzmożone.

Wszelkie nowe wrażenie, wejście do obcego domu, uwaga innych zwrócona na chorego potęguje ruchy kończyny górnej. Dalej, bezsenność, zmęczenie połączone z biciem serca, gniew, smutek, наконец zmiana pogody, potęgują ruchy kończyny górnej; na odwrót, sen, spokój tak fizyczny jak i moralny, jednostajność pogody, zmniejszają te ruchy. Jak tylko stan kończyny górnej ma się pogorszyć, chory zaczyna doznawać „łachotania w piersiach i jakby coś w piersiach skakało“. Wówczas chory uczuwa ogólne osłabienie i kończyna górna chorego zaczyna gwałtowniej się poruszać. Przy takich gwałtownych ruchach chory doznaje zawrotu głowy. Niekiedy znowu chory się uskarża na bóle, to w ramieniu, to w barku, to w przedramieniu. Bóle te są tępe i zwykle szybko przemijające. Połowicznego znieczulenia skóry i narządów zmysłów nie ma. Chory na zapytania odpowiada przytomnie i logicznie. W psychicznej sferze chorego nie widzimy żadnych zboceń.

W przypadku tym widzimy, że mamy do czynienia z chorym, którego kończyna górna lewa jest w ciągłym mimowolnym gwałtownym ruchu, ruchu nieprawidłowym, nierytmicznym, na który wola nie ma wpływu, ruchu ustającym podczas snu, powiększającym się podczas ruchów dowolnych więcej skomplikowanych, ruchu przy gwałtowniejszem nateżeniu którego przyłącza się ruch w mięśniach lewej połowy twarzy i szyi. Wszystko to, jak widzimy, są cechy ruchu płasawiczego. Ponieważ zaś ruch ten widzimy tylko w lewej kończynie i w lewej połowie twarzy i szyi, zatem mamy do czynienia z płasawicą dotykającą jedną połowę ciała, t. j. z płasawicą połowiczną „*hemichorea*“.

Pytanie teraz, jaka to będzie forma płasawicy połowicznej?

Ani o *hemichorea post-*, ani *prae-haemiplegica* mowy tu być nie może, gdyż w przypadku tym płasawica nie rozwinęła się ani po ani przed napadem apoplektycznym. Zatem możemy przypuszczać, że mamy do czynienia albo z *hemichoreą* występującą przy zaniku częściowym mózgu, albo z płasawicą połowiczną występującą przy nowotworze mózgu. Brak dokładniejszych danych anatomicznych nie pozwala mi stanowczo postawić rozpoznania, ale sądząc z tego, że w przypadku tym płasawica powstała prawie jednocześnie z napadem epileptycznym, który już w 4-tym roku życia chorego miał miejsce, dalej, że chory do 12-go roku życia był bardzo mało rozwiniętym chłopcem, do pewnego stopnia idyjotą, przypuszczam, że tu mamy do czynienia z formą płasawicy połowicznej



uwarunkowaną przez częściowy zanik mózgu. Przy płasawicy połowicznej, zależnej od zaniku mózgu, jak to widzieliśmy, nigdy nie obserwowano połowicznego znieczulenia, czego i w naszym przypadku nie widzimy.

Nowotwór mózgu możemy wykluczyć, gdyż niepodobna żeby nowotwór mózgu, trwając lat 24, nie pociągnął za sobą głębszych zmian w mózgu, a zatem nie spowodził więcej skomplikowanych objawów.

I w tym przypadku na tych samych zasadach, jakie były wyżej przytoczone, można wykluczyć wszelkie inne formy zaburzeń w sferze ruchu, jak: *paralysis agitans*, *sclerosis disseminata*, *tremor post hemiplegiam* i t. d., że już nie wspomnę o *epilepsia partialis corticalis*, gdyż przy tej ostatniej drgawki trwają rzadko dłużej nad 1—5 minut i zostawiają po sobie ogromne zmęczenie mięśni kończyny cierpiącej, rodzaj *pareseos*, a nie istnieją ciągle, jak to w naszym przypadku ma miejsce.

---

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

Opisał

**Dr Józef Pawinski**

lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

---

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 36).

Oględziny pośmiertne, wykonane w obecności prof. Brodowskiego po upływie 40 godzin od czasu śmierci chorego, wykazały co następuje: Trup mężczyzny wysokiego wzrostu. Mięśnie dobrze rozwinięte. Zasób tkanki tłuszczowej podskórnej w umiarkowanej ilości. Na twarzy, kończynach górnych i dolnych sinica. Nieznaczny obrzęk stóp. Przy otwarciu klatki piersiowej płuca słabo opadają, z powodu zaś braku zrostów wydobyć je z klatki piersiowej bardzo łatwo; zawierają dość dużo miejsc, będących w stanie rozedmy. Na powierzchni płuc spostrzega się gołym okiem nierówności, to mniejsze, to większe, które przy obmacywaniu przedstawiają się jako stwardnienia bądź to ograniczone, bądź to rozlane. Na powierzchni rozkroju płuca wyczuwa się również stwardnienia. W prawym płucu znajdujemy to samo, z tą tylko różnicą, iż stwardnienia są więcej rozlane, powstały one z połączenia się wielu stwardniałych części płuca (*bronchopneumonia catarrhalis lobularis acuta*). Błona śluzowa oskrzeli mocno przekrwiona, pokryta śluzem; podłużna i poprzeczna prążkowatość wyraźna, słowem: *bronchopneumonia catarrhalis acuta ex bronchitide orta*.

Serce powiększone w obu wymiarach, głównie jednak w wymiarze poprzecznym. Ten ostatni = 16,5 ctm.. Wymiar podłużny serca, t. j. od wierzchołka do początku aorty, wynosi 14 ctm.. Prawa komórka w stanie przerostu. Na przecięciu ścianka jej = 1,1 ctm.. *Hypertrophia excentrica ventriculi dextri*. Lewa

komórka rozszerzona, a ścianka jej posiada w niektórych w miejscach prawidłową grubość, w innych zaś jest cieńszą niż normalnie. *Dilatatio ventriculi sinistri*. Na zastawce dwu- i trójdzielnej, jak również i na zastawkach półksiężycowych aorty i tętnicy płucnej nie spostrzega się żadnych zmian chorobowych. Otwór przedsionkowo-komórkowy lewy=11 ctm, otwór przedsionkowo-komórkowy prawy=12.2 ctm. Szerokość aorty przy wyjściu jej z serca=7.2 ctm., szerokość tętnicy płucnej w jej początku=7.1 ctm. Mięsień serca wiotki, blady, zwłaszcza mięsień komórki lewej. Na rozkroju mięśnia, jak również na wolnej powierzchni obróconej do jamy serca, widać rozrzucone wysepki, blado-żółtawego koloru, twardość ich jest większą niż innych części mięśnia sercowego. Niektóre mięśnie brodawkowate przedstawiają także zabarwienie blado-żółtawe zamiast zabarwienia czerwonego. W lewej komórce, pomiędzy przegródkami (*trabeculae*) znajdują się świeże skrzepy krwi, z których szczególnie jeden, usadowiony w samym wierzchołku lewej komórki, dochodzi do wielkości orzecha laskowego. Po przecięciu tego skrzepu wypływa blado-czerwonawa, gęstawa ciecz, podobna do drożdży. Po zupełnem usunięciu skrzepu ścianka lewej komórki okazuje się nadzwyczaj zcieńczałą, prawie przeświecającą (*aneurysma cordis*). Najważniejsze jednak zmiany dotyczą tętnic wieńcowych serca. Otwór tętnicy wieńcowej lewej, czyli wielkiej, jest tak zwężony, że zaledwie przepuszcza szpecinkę lub cienką szpilkę. Po przecięciu tętnicy tej okazuje się, iż w dalszym przebiegu światło jej jest znacznie szersze, w niektórych jednak miejscach światło staje się znowu mniejszem. Błona wewnętrzna (*intima*) jest nierówna, pokryta małemi wyniosłościami, zależnemi od sprawy ateromatycznej. Prawa tętnica wieńcowa także zwężona, lecz w mniejszym stopniu, a na jej błonie wewnętrznej spostrzega się arteryjasklerozę. W aorcie wstępującej, dalej w łuku aorty, w miejscu jej podziału na wielkie naczynia, jak również w aorcie piersiowej, tam gdzie odchodzą tętnice międzyżebrowe, widać to mniejsze, to większe zgrubienia, wystające do światła tętnicy. Konsystencja ich nie dosięga jeszcze wysokiego stopnia, z powodu braku zwapnienia.

W prawej nerce zawał krwotoczny (*infarctus haemorrhagicus*), w którym zaczynają się dopiero przemiany wsteczne, blizny jeszcze nie widać. Zmętnienie nerek. Śledziona dość twarda, czerwona.

A zatem rozpoznanie anatomo-patologiczne brzmiało: *Stenosis arteriae coronariae cordis sinistrae. Dilatio ventriculi sinistri. Hypertrophia ventriculi dextri. Endoaortitis deformans. Bronchopneumonia catarrhalis acuta. Infarctus renis dextri.*

U w a g i. Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z wielu względów.

1) Płuca. Znaleźliśmy w nich ostre nieżytowe zapalenie płuc (*bronchopneumonia catarrhalis acuta*), które powstało z nieżyty oskrzeli i oskrzelików *per continuitatem textus*. U ludzi dorosłych przytrafia się on bardzo rzadko, natomiast u dzieci należy do bardzo częstych chorób. Ponieważ w nieżyto-wym zapaleniu płuc nie ma włóknikowego wysięku, jak to bywa w zapaleniu krupowym i ponieważ sprawa chorobowa ma charakter więcej przewlekły, w jednym miejscu proces się rozwija, powstaje stwardnienie, a w drugim następuje rozejście się sprawy chorobowej (*resolutio*), ztąd też objawy opukowe, jak rów-



nież i wysłuchowe nie są tak wybitne, jak to bywa we włóknikowym zapaleniu płuc. W zapaleniu nieżytowym zdarza się, iż stłumienie, które wykryliśmy pewnego dnia, znika po upływie krótkiego czasu, np. po 3 lub 4 dniach. To samo dzieje się z osłuchiwaniami; jednego dnia słychać oddech nieokreślony, to znowu w 2 lub 3 dni w temże samem miejscu zjawia się oddech oskrzelowy, lub nawet zwykły pęcherzykowy. To samo było i w naszym przypadku; z początku zdawało nam się, iż mamy do czynienia z wysiękiem opłucnym, podczas gdy oddech oskrzelowy słyszalny w okolicy prawej łopatki wskazywał na stwardnienie mięszu płucnego. W ogóle objawy wypukowe i wysłuchowe były tak zmienne, iż niepodobna było coś pewnego z nich wywnioskować. Co się tyczy pochodzenia stwardnień płucnych, to B a r t e l s nie uważa ich za skutek zapalenia płuc, lecz wyprowadza je od zapadnięcia pęcherzyków płucnych. Opadanie zaś pęcherzyków tłumaczy sobie zatknięciem drobnych oskrzeli, a ztąd niemożnością wniknięcia do nich powietrza. W skutek zaś braku powietrza, a więc braku ciśnienia, naczynia krwionośne pęcherzyków płucnych rozszerzają się, powstaje przekrwienie. Pogląd ten, według zdania Sz. prof. B r o d o w s k i e g o, jest niekiedy słusznym, nie zawsze jednak. Prof. B r o d o w s k i znajdował w niektórych przypadkach, zwłaszcza w początku choroby, przekrwienie i produkty zapalne pod drobnowidzem.

W końcu dodać wypada, iż z oględzin posmiertnych przekonaliśmy się także, iż zmiany znalezione w płucach były niedostatecznymi dla wywołania tej strasznej duszności, na którą chory uskarżał się. Dopiero razem ze zmianami chorobowemi mięśnia serca są one w stanie wyjaśnić nam wielką duszność i niepokój chorego.

2) Co się tyczy samego s e r c a, to najwięcej uderzała nas bladość, wiotkość mięśnia sercowego, zwłaszcza lewej komórki i blado-żółtawe stwardniałe miejsca. Zmiany te opisywano dawniej pod nazwą: *myocarditidis indurativae* (Virchow). Dopiero przed niedawnym czasem W e i g e r t zwrócił uwagę, że podobne zmiany towarzyszą najczęściej sprawie ateromatycznej tętnic wieńcowych serca (*endoarteriitis*), co rzeczywiście sprawdziło się w naszym przypadku. Miejsca blado-żółtawe, które dawniej przypisywano mięszowemu (parenchymatycznemu) zapaleniu mięśnia serca, W e i g e r t, H u b e r i inni uważają za zgrzelińowe (*coagulationsnekrose*). Powstają one wskutek niedostatecznego dopływu krwi, zależnego od zwężenia lub zatkania tętnic wieńcowych. Zwężenie zaś i zatkanie biorą najczęściej początek ze sprawy ateromatycznej tychże naczyń. Wskutek osłabienia krążenia krwi w tętnicach wieńcowych, nawet bardzo mały skrzep może łatwo zatkać ich światło. Ponieważ zaś tętnice wieńcowe należą do tak zwanych tętnic końcowych, zatem przy ich zatknięciu powstaje w odpowiedniej części serca absolutna bezkrwistość. Zawał krwotoczny rzadko powstaje w sercu, z tego powodu, iż chociaż w tętnicy końcowej *arteriae coronariae cordis* ciśnienie jest równe zeru, jednakże w żyłę wieńcowej wielkiej ciśnienie będzie ujemnem (wskutek wysysającej siły serca); zatem krew żył nie będzie powracała w kierunku przeciwnym biegowi krwi, lecz będzie dążyć do serca, *resp.* braknie warunków, niezbędnych do powstawania zawału krwotocznego.

Z drugiej znowu strony, wskutek upadku odżywiania może nastąpić przeistoczenie tłuszczowe włókien mięsnych (*degeneratio adiposa*), obok miejscowej zgorzeli. Dwie więc sprawy chorobowe i stłuszczenie i zgorzel koagulacyjna tłómaczą nam w zupełności zmiany znalezione w sercu. Na miejscach uległych zgorzeli zjawia się w dalszym ciągu sprawa tkanka bliznowa (modzelowata), która może dać powód do utworzenia się tętniaka serca (*aneurysma cordis*). Badanie drobnowidzowe skrawków z mięśnia serca, wykonane przez Sz. prof. Brodowskię, wykazało mniej więcej te same zmiany, jakie H u b e r w mięśniu serca spostrzegał.

3) Dalej zasługuje na uwagę ta okoliczność, iż sprawa ateromatyczna rozwinęła się w danym przypadku w tętnicach wieńcowych serca i w aorcie u człowieka młodego liczącego 33 lat, pomimo że naczynia obwodowe (tętnica promieniowa) nie były dotknięte sprawą ateromatyczną. Z tego można wyprowadzić ważny wniosek kliniczny, iż brak arteryosklerozy naczyń obwodowych nie wyłącza istnienia sprawy ateromatycznej w naczyniach wielkich, bliżej serca położonych.

\*

\*

\*

### Przeistoczenie ateromatyczne tętnic wieńcowych serca. Stwardnienie tętnic.

(*Arteriosclerosis*).

Przeistoczenie ateromatyczne tętnic wieńcowych serca, które często do stwardnienia i skostnienia ich prowadzi, spotyka się głównie w wieku podeszłym, częściej u mężczyzn aniżeli u kobiet, niekiedy zjawia się u osób młodszych pomiędzy 20 a 30 rokiem życia. Występuje zaś oddzielnie, lub ze stwardnieniem innych naczyń, co się częściej przytrafia. Przyczynami uspasabiającymi bywają: przewlekły alkoholizm, ciężka praca fizyczna (*T r a u b e*), namiętne palenie tytoniu, przymiot i t. d. Prócz tego, w samych tętnicach wieńcowych istnieją pewne warunki, sprzyjające rozwojowi sprawy ateromatycznej, a mianowicie liczne zgięcia (*la loi des courbures — P e t e r*), silne ruchy (*la loi des violences extérieures — P e t e r*) i grubość błony wewnętrznej. Już przed kilkunastu laty H e n k e zauważył, iż tętnice wieńcowe podlegają sprawie ateromatycznej częściej, aniżeli inne naczynia, z powodu, że ich błona wewnętrzna (*intima*) jest nadzwyczaj grubą, nawet grubszą aniżeli błona średnia (*media*). Tym sposobem sprawa ateromatyczna może się rozwijać w całej pełni. P e t e r, mówiąc o ateromacie naczyń, przytacza następujący szereg, ułożony przez R o k i t a n s k y'ę g o, wskazujący na większą lub mniejszą częstość, z jaką sprawa ateromatyczna dotyka różne naczynia:

1) *Aorta ascendens*. 2) *Arcus aortae*. 3) *Aorta abdominalis*. 4) *Aorta thoracica*. 5) *Arteria splenica*. 6) *Arteria cruralis*. 7) *Arteria iliaca interna*. 8) *Arteriae coronariae cordis*. 9) *Arteria carotis interna*. 10) *Arteriae vertebrales*. 11) *Arteriae uterinae*. 12) *Arteria brachialis*. 13) *Arteria subclavia*. 14) *Arteria spermatica*. 15) *Arteria carotis communis*. 16) *Arteria hypogastrica*. 17) *Arteria pulmonalis*.



Skostnienie tętnic wieńcowych serca występuje albo:

1) jednocześnie z przeistoczeniem ateromatycznym innych tętnic, *arterio-sclerosis generalis*,

2) albo towarzyszy tylko sprawie ateromatycznej aorty wstępującej i łuku aorty,

3) lub wreszcie występuje samodzielnie, odrębnie, bez stwardnienia innych naczyń.

Najczęściej skostnienie tętnic wieńcowych przypada jednocześnie ze skostnieniem błony wewnętrznej aorty wstępującej, co się łatwo tłómaczy tem, iż sprawa chorobowa przechodzi *per continuitatem textus* na same naczynia odżywiające serca. W tych zaś ostatnich daje najczęściej powód do zwężenia lub nawet zatkania światła. Niekiedy sprawa ateromatyczna dotyczy tylko samych ujść tętnic wieńcowych, gdy tymczasem w dalszym przebiegu *intima* jest zupełnie niezmienioną. Mylnie jednak sądziłby ten, ktoby przypuszczał, iż arteryjostkleroza, ograniczająca się tylko do samych otworów tętnic serca, jest sprawą mniej niebezpieczną dla samego serca, aniżeli arteryjostkleroza w dalszym ich przebiegu. W rzeczywistości rzecz się ma odwrotnie i zwężenie lub zatkanie tętnic wieńcowych w miejscu ich ujścia w aorcie, sprowadza bardzo smutne następstwa dla muskulatury i innerwacyi serca. Wywołuje ono bezkrwistość znacznego stopnia, bo wtedy nie może być mowy o wyrównaniu krążenia krwi za pomocą gałęzi obocznych, jak to się zdarza przy zwężeniu tętnic na ich przebiegu. Sprawa ateromatyczna czyli zwężenie zwykle obejmuje obie tętnice wieńcowe, lecz w niejednakowym stopniu. Zdaje się, że zatkanie lub wyższe stopnie zwężenia spotyka się częściej w tętnicy wieńcowej lewej czyli wielkiej, aniżeli w prawej. Niekiedy sprawa ateromatyczna dosięga tak wielkiego nateżenia, iż niepodobna odnaleźć otworów tętnic (przypadek H u c h a r d'a <sup>1)</sup>).

Co się tyczy wad zastawek serca, to skostnienie tętnic wieńcowych przytrafia się daleko częściej przy wadach zastawek aorty, aniżeli zastawki dwudzielnej. Tłómaczy się to bliskością zastawek aorty od otworów naczyń odżywiających serca. Jakie skutki pociąga za sobą zwężenie lub zatkanie tętnic wieńcowych pod względem anatomo-patologicznym, o tem była już mowa poprzednio.

Skostnienie tętnic wieńcowych bywa niekiedy przymiotowej natury (*syphilitis*) <sup>2)</sup> i prowadzi często do zwężenia i zmian w mięśniu serca, powyżej opisanych.

Ponieważ przypadki znacznego zwężenia, zatkania tętnic wieńcowych serca, jak również skrzepów i zatyczek w tychże naczyniach, stwierdzone sekcją, należą w każdym razie do rzadkich, zatem przytoczymy ich kilka z literatury dawniejszej. Tym sposobem łatwiej będzie wyrobić sobie dokładne pojęcie o przebiegu i objawach tej choroby.

---

<sup>1)</sup> Henri H u c h a r d. „Des angines de poitrine“. Revue de Médecine. Avril. 1883. Paris.

<sup>2)</sup> P. E h r l i c h. „Ueber syphilitische Herzinfarkte“. Zeitschrift für klin. Med. 1 Tom. 2 Zesz. str. 378. Berlin 1879.

M a l m s t e n <sup>1)</sup> (Zatkanie tętnicy wieńcowej serca stało się powodem porażenia serca i śmierci chorego). „Chory lat 65 cierpiał na kolkę nerkową (*Nierensteinkolik*), przyczem od czasu do czasu odchodziły z moczem małe kamienie. Pewnego dnia chory zaczął się uskarżać na ogólne osłabienie, ból w krzyżu, i w ramionach, dalej na ciśnienie w piersiach w dolku podsercowym. Tym objawom towarzyszyły mdłości i niepokój. Tętno serca były wtedy czyste, lecz słabe; tętno 64 na minutę, małe. Nazajutrz tętno serca stały się jeszcze słabszymi, zaledwie słyszalnymi, tętno było słabe, opieszale. Po upływie 15 minut tętno zniknęło zupełnie, tętno 40 na minutę, nitkowate. Tępość serca zmniejszona z powodu rozedmy płuc. Wkrótce chory wśród nieregularnego oddechania *Cheyne-Stokes'a* życie zakończył.

Przy sekcji znaleziono: serce powiększone, ilość tkanki tłuszczowej otaczającej je umiarkowana, mięsień serca w stanie przerostu, różnej twardości. Niektóre miejsca były miększe, aniżeli prawidłowe, inne znowu odznaczały się niezwykłą twardością, wreszcie inne posiadały zwykłą konsystencyję. Miększe części były zabarwione na szaro-żółty lub żółtawy kolor, twardsze zaś posiadały biało-szarawą barwę. Mięśnie brodawkowe i przegródki mięśniowe także w stanie przerostu i przeistoczenia. Błona wewnętrzna serca nie przedstawia nic szczególnego, oprócz częściowego zgrubienia. W części wstępującej aorty, jak również w jej łuku, nieznaczny ateromat, natomiast w części zstępującej sprawa ateromatyczna przedstawia się w większych rozmiarach i miejscami spotyka się blaszki kostne i wrzody. Mimo to światło aorty prawidłowe, nie rozszerzone. Tętnice wieńcowe serca znajdują się w stanie znacznego przeistoczenia ateromatycznego z wytworzeniem blaszek kostnych na błonie wewnętrznej i ze znacznym rozszerzeniem ich światła. Ujście tętnicy wieńcowej prawej zwężone, wskutek okalającego je pierścienia zwapniałej tkanki. W dalszym przebiegu światło jej jest dwa razy szersze, niż prawidłowo. W odległości 2 cali od miejsca wyjścia z aorty tętnicy wieńcowej prawej znaleziono tętniak, wielkości dużego grochu, otoczony tkanką serca. Tętniak ten był tak wypełniony skrzepami, iż zatyczki, pochodzące z nich, a w części pozostające jeszcze w połączeniu z niemi, wypełniają prawie całe światło tętnicy. Poza tętniakiem tętnica była także rozszerzoną, a ścianki jej zgrubiałe i stwardniałe; jednakże zatyczek nie znaleziono“.

W tym przypadku tętniak powstał w skutek arteryjasklerozy; która stała się także przyczyną zatyczki (*embolus*). ta zaś ostatnia spowodowała śmierć. Że śmierć nie nastąpiła nagle, lecz dopiero w kilka godzin po paraliżu mięśnia serca, tłumaczy autor tem, że prawdopodobnie zatyczka nie zupełnie zatykała światło tętnicy i że tym sposobem przepuszczała jeszcze pewną ilość krwi, która zaopatrywała mięsień serca w krew o tyle, iż tenże był w stanie wykonywać przez pewien czas słabe skurcze.

<sup>1)</sup> M a l m s t e n. Fälle von Tod in Folge von Herzlähmung und Herzschwäche bei Affection der Arteriae coronariae mit Verengung ihrer Mündungen (*Hygiea*. XXXVIII. 5. Svenska läkaresällsk. förh. str. 109. Maj. 1876). S c h m i d t's Jahrbücher. Jahrg. 1879. Tom. 183, str. 254—256.



Drugi przypadek nagłej śmierci przytacza Dr. Lemchen<sup>1)</sup>. Chory 63-letni, silnej budowy ciała. Przed 8 laty przechodził niezbyt płucny, od którego to czasu pozostała skłonność do powrotów choroby. Przy badaniu okazało się, iż uderzenie wierzchołkowe było nadzwyczaj słabe; tępość serca zajmowała większą przestrzeń, niż prawidłowo. Tętno serca były słabe, lecz bez szmerów. Chory lubił ruch i ćwiczenia gimnastyczne. Pewnego razu dostał zawrotu głowy, nudności, połączonych z ogólnem osłabieniem. Objawy te znikły szybko, mogły zaś być uważane za zależne od otrucia nikotyną. 24. IX 1876. chory po odbytem polowaniu wziął turecką kąpiel. Wkrótce po niej uczuł nagle ciężar i ściskanie w piersiach (*Brustbeklemmung*), a później ból. Ból ten rozchodził się ze środka piersi do ramion, a był tak silny, iż chory zaledwie przy wielkim wysiłku i z uczuciem blizkiego zemdlenia do domu powrócił. Był on bardzo blady, a twarz jego pokrywał obfity pot. Po odpoczynku i użyciu wody Bilińskiej stan chorego poprawił się nieco, jednakże ścisnienie w piersi i osłabienie pozostały jeszcze. Przywołany lekarz zauważył: bladość twarzy, małe, nieco nieregularne tętno, powiększenie tępości serca; osłabienia tonów nie było. Na bicie serca chory nie narzekał. Noc przebył chory spokojnie, nazajutrz czuł się dobrze, uskarżając się tylko na ból w dolnej części klatki piersiowej i w okolicy serca. Tętno było nieco słabsze niż zwykle miarowe, tylko nieco częstsze. Uderzenie wierzchołkowe było również nadzwyczaj słabe. Tętno serca gluche, zamącone (*verwirrene*), lecz bez szmerów. W dolnej, tylnej części lewego płuca nieco rzeżeń wilgotnych. Brzuch wzdęty. Po użyciu *inf. sennae comp.* chory czuł się znacznie lepiej. W ciągu tygodnia stan chorego poprawiał się stopniowo, tak iż po upływie 8 dni od ataku chory czuł się zupełnie zdrowym. D. 2. X. po wejściu na wschody chory nagle zaniemógł, a w kilka minut życie zakończył.

Rezultat sekcji był następujący: serce powiększone, wierzchołek serca zaokrąglony, utworzony głównie przez lewą komórkę. Obie połowy serca, zwłaszcza lewa, napelnione na wpół skrzeplą krwią, włókniaka nie wiele. Prawa komórka nieco większa niż lewa, o ściankach zwykłej grubości, z licznymi już to rozlaniami, już to ograniczonymi, małymi, żółtawymi plamami, zagłębiającymi się w samą muskulaturę serca. Lewa komórka nieco rozszerzona, mianowicie w dolnej części. W górnej części przy podstawie ścianka lewej komórki zgrubiała, w kierunku zaś ku wierzchołkowi staje się coraz cieńszą. W górnej, zgrubiałej części mięśnia znajdowały się tu i ówdzie to większe, to mniejsze wysepki, szaro białawego koloru. Wysepki te dość znacznej twardości dawały z siebie wypustki; składały się zaś głównie z tkanki łącznej, która mniej lub więcej zajmowała miejsce włókien mięsnych. W miejscu początku wielkich naczyń serca (*conus arteriosus*) jedna z takich plam posiadała 10 mm. długości. Muskulatura zcieńczonej części komórki była nadzwyczaj zmienioną, wiotką, a na powierzchni rozkroju była upstrzoną brudno szaremi, żółto szaremi, albo jasno czerwone plamami. Niektóre plamy były miękkie, po-

<sup>1)</sup> Hygiea XXXVIII. (O. Svenska läkaresällsk förh. str. 224. Oct. 1876). Schmidt's Jahrb. 879. Tom 183. str. 255.

siadaly spójność galaretowatą. Ognisk ropnych nie było. Na wewnętrznej powierzchni lewej komórki, mianowicie w bliskości wierzchołka, pomiędzy *trabeculae carnae* skrzepy. Na zastawkach nie szczególnego. Tętnice wieńcowe w stanie silnego przeistoczenia ateromatycznego, w niektórych miejscach światło ich jest rozszerzone, w niektórych mocno zwężone, lecz nie zatkane. W aortcie piersiowej rozsiane miejsca, dotknięte sprawą ateromatyczną.

Autor uważa sprawę ateromatyczną tętnic wieńcowych za sprawę pierwotną, która stała się powodem następczych zmian, a mianowicie zapalenia mięśnia serca, zapalenia osierdzia (w nieznacznym stopniu) i zakrzepów w lewej komórce. Jako moment etjologiczny zasługują na uwagę częste wysiłki fizyczne, a silny napad, który zjawił się po tureckiej kąpieli, pozostawał zapewne w związku z powstawaniem skrzepów.

D-r P e t t e r s o n <sup>1)</sup> podaje przypadek, w którym osłabienie serca i powstawanie zatysek spowodowało śmierć. Na sekyi nie znaleziono żadnych zmian w samych tętnicach wieńcowych serca, tylko ujścia ich były zwężone.

Przypadek ten był następujący: chora 36 letnia, silnej budowy ciała, cierpiąca od czasu do czasu na histeryczne napady. Gośćca nie przechodziła. W czasie pierwszego widzenia chorej przez autora chora skarżyła się na znużenie, ściskanie w gardle i nieznaczny ból w górnej części mostka. Chora była niespokojną, a pomimo iż kończyny, zwłaszcza dolne, były chłodne, skarżyła się na uczucie gorąca. Ze strony układu nerwowego nie zauważono żadnych zaburzeń. Oddech był zupełnie prawidłowym, tylko w prawym płucu słychać było nieliczne grube rżenia. Tępość serca nieco powiększona w wymiarze poprzecznym, uderzenie wierzchołkowe słabe, tony czyste bez pobocznych szmerów. Tętno opieszale (54 na m.) słabe, bez przestanków (intermissyj). W czasie dwóch następnych dni chora narzekała na ból w prawym stawie łokciowym i napiętko-przedramieniowym, jak również w lewym stawie ramieniowym. Stawy te nie były ani zaczerwienione, ani obrzmiałe. Następnie chora przez dwa dni nie czuła żadnego bólu. Później zjawiło się osłabienie i uczucie zimna w lewej nodze. Tętno stało się częstszym (90 na m.) słabem. D. 7. VIII. niepokój powiększył się, chora czuła nagle ścisnienie w piersi, ból w okolicy serca i wielki brak powietrza. Do tego przyłączyła się ogromna wrażliwość dolka sercowego i kilkakrotne wymioty, w których nawet można było dojrzeć ślady krwi. D. 8. VIII. twarz i wargi sine, duszność większa, tak, iż chora nie może leżeć na łóżku. Wymioty trwają nadal, zjawił się nawet kaszel z krwistą plwociną. Z przodu i z tyłu w klatce piersiowej słychać liczne grube rżenia; tętno 136 na minutę, nadzwyczaj słabe. U wierzchołka serca, słaby szmer skurczowy. Pod wpływem środków pobudzających, wymioty ustały, kaszel zmniejszył się, a z plwociny znikła krew. Ilość rżeń w płucach zmniejszyła się, jak również i duszność. Tętno stało się mniej częstym, ale w każdym razie było jeszcze przyspieszonym. Już w południe 8 Sierpnia szmer podmuchowy,

---

<sup>1)</sup> Hygiea. XL. 7. Svenska läkaresällsk. förh. str. 161. Juli. 1888. Schmidt' Jahrb. 1879 Tom 183 str. 256.



słyszalny w okolicy wierzchołka serca, znikł zupełnie. Następnego dnia był względnie dobry, lecz 10 Sierpnia wspomniane objawy wystąpiły znowu z większą siłą. Tępość serca zwiększyła się nieco, uderzenia wierzchołkowe o nie podobna było wyczuć. Tęno serca słabe, głuche, lecz bez szmerów, drugi ton tętnicy płucnej bez wzmocnienia (akcentuacji). Tętno tętnicy promieniowej nadzwyczaj słabe; niekiedy zupełnie nie wyczuwalne. Siły opuszczają chorego. 13 Sierpnia chory zmarł wśród objawów uduszenia.

**R e z u l t a t s e k c y i:** w jamie prawej oplucnej dość znaczna ilość przesięku, w lewej znacznie mniej. W obu płucach żadnych widocznych zmian, z powierzchni przecięcia wydobywa się obfity blado-żółtawy pienisty płyn. W tętnicy płucnej nic szczególnego. W jamie osierdzia znajduje się nieco surowiczej, przezroczystej cieczy. Serce powiększone w wymiarze podłużnym i poprzecznym. Prawa połowa serca rozszerzona wskutek obecności wielkiego skrzepu krwi. W prawym przedsionku zatyczka (*embolus*). Wsierdzie dość twarde i gładkie. Mięsień serca twardy, blady, żółtawego koloru. Grubość ścianki wynosi przy podstawie 2—3 mm., we środku 3—4 mm., a przy wierzchołku 2—3 mm.. Na zastawce trójdzielnej i na zastawkach półksiężycowych tętnicy płucnej nie spostrzega się żadnych zmian chorobowych. W lewej komórce znajduje się wielki skrzep krwi, który w swej dolnej części pozostawał w związku z drugim, twardym skrzepem, zatykającym całą dolną część komórki. Skrzep ten brudno-szarawej barwy z odcieniem czerwonym, posiadał 13 cm. długości. Przestrzenie pomiędzy przegrodami mięśniowymi (*trabeculae carneae*) wypełnione w części zbitymi, w części miękkimi skrzepami. Lewy przedsionek wypełniony również masą skrzepłej krwi. Błona wewnętrzna serca przedstawia się w miejscach wolnych od skrzepów bladą, gładką, połyskującą, pod skrzepami zaś posiadała barwę niebiesko-czerwoną bez połysku. Wielki skrzep krwi pozostawał w związku ze ściankami komórki. Grubość ścianki lewej komórki wynosiła u podstawy 12 mm., a u wierzchołka tylko 3—4 milimetrów. Mięśnie brodawkowe posiadają białawą, nieco żółtawą barwę. Na zastawce dwudzielnej, jak również i na zastawkach półksiężycowych aorty nie ma żadnych zmian chorobowych. W części wstępującej aorty, łuku i w początku części zstępującej aorty znaleziono kilka miejsc, dotkniętych sprawą ateromatyczną. Tuż nad zastawkami półksiężycowymi spostrzega się również przeistoczenie ateromatyczne w postaci dość obszernej, rozlanej masy stwardniałej, która sięga aż do zatok Valsalvy. Otwory tętnic wieńcowych były otoczone stwardniałą masą, a przytem tak zwężone, iż z trudnością tylko można było przez nie przeprowadzić zgłębnik mający  $\frac{1}{2}$  milimetra grubości. W dalszym przebiegu tętnice wieńcowe przedstawiały się zupełnie prawidłowo, bez zgrubienia ścianek i bez zatkania ich światła. Autor sądzi, iż najprzód istniała arteryjaskleroza aorty i wielkich naczyń, która stała się powodem zwężenia ujścia tętnic wieńcowych. To zaś ostatnie wywołało następnie zmiany w mięśniu serca. Uderzającym w tym przypadku jest wczesne wystąpienie sprawy ateromatycznej u kobiety 36-letniej.

### Stosunek skostnienia i zwężenia tętnic wieńcowych serca do dusznicy bolesnej (*angina pectoris*).

Wiadomo, iż zdanie, jakoby skostnienie tętnic wieńcowych serca było główną przyczyną dusznicy bolesnej, sięga jeszcze przeszłego stulecia (Jenner, Parry). Nawet w nowszych czasach pogląd ten znalazł wielu zwolenników z tą tylko różnicą, iż w powstawaniu dusznicy zaczęto oprócz arteryjosklerozy przypisywać ważne znaczenie zwężeniu tętnic wieńcowych (Potain, Séé, Balfour) i zatyczkom (Virchow, Colnhelm, Quain). Według zdania tych ostatnich autorów ostateczną przyczyną *anginae pectoris* ma być bezkrwistość serca. Huchard<sup>1)</sup>, który niedawno poświęcił obszerną monografię rozbirowi choroby w mowie będącej, dochodzi nawet do tego, iż za rzeczywistą dusznicę bolesną uważa tylko tę, która powstaje na drodze bezkrwistości serca (zwężenie, zatkanie, skurcz tętnic wieńcowych). Ona to właśnie, prowadzi często do śmierci i tem się różni od innych postaci dusznicy, które zjawiają się u chorych dotkniętych dną, maciennictwem, nieżytem żołądka, rozszerzeniem serca, cierpieniem mięśnia sercowego i które dają zwykle lepsze rokowanie

(C. d. n.)

---

## NOTATKI LEKARSKIE.

---

### 22. Wybroczyny w siatkówce przy białkomoczu. Dwa przypadki chorobowe.

Urzędnik, mający lat około trzydziestu, zgłosił się dnia 9 Czerwca b. r. do mojego domowego ambulatoryjum. Od niedawnego czasu zauważył przy czytaniu jakąś przeszkodę ze strony wzroku, której dokładnie opisać nie umie, ale którą czuje dotkliwie. Przy badaniu znalazłem nadwzroczność w bardzo umiarkowanym stopniu ( $\frac{1}{50}$ ), przy zupełnie prawidłowej sile widzenia. Nadwzroczność skarg chorego nie objaśniała już z tego powodu, że tak niski stopień tej wady w tak młodym wieku jeszcze trudności przy czytaniu sprawiać nie mógł. Przytem opowiadanie chorego wcale nie przemawiało za zmęczeniem wzroku, gdyż cierpienie wystąpiło dosyć nagle. Obraz wziernikowy całą sprawę rozjaśnił. Znalazłem w pobliżu nerwu i w okolicy plamki żółtej parę drobnych wynaczynień w siatkówce wśród prawidłowego zresztą obrazu wziernikowego. Ponieważ tego rodzaju krwotoki budzą zawsze mocne podejrzenie głębokich zmian w składzie krwi, dlatego zwróciłem uwagę na stan ogólny chorego. Cierpi on od dawnego już czasu na przypadłości żołądkowe i czuje się osłabionym. Nie zaleciwszy żadnego leczenia, zawiadomiłem tylko listownie kolegę, pod którego opieką chory się znajdował, o stanie jego siatkówki. Wskutek tego chory poddany został ścisłemu badaniu i w moczu znaleziono białko.

Przed niedawnym czasem wezwany zostałem jednocześnie z kolegą Apte do Rabina ze Słonimia, który dla leczenia przyjechał do Warszawy. Czuje się on od dawnego już czasu osłabionym. Przed tygodniem zauważył nagle trudności w czytaniu. Te trudności opisuje dokładnie. Jest on krótkowzroczny i do patrzenia na odległe przedmioty używa oddawna okularów. Przy tem patrzeniu żadna zmiana nie nastąpiła; widzi tak dobrze, jak dawniej. I przy czytaniu każda głoska, na którą w danej chwili patrzy, przedstawia się czysto, wyraźnie; tylko dalsze litery, na które ma wzrok swój przenieść, zacierają mu się, znikają, tak, że odszukiwać je musi; też same objawy występowały przy



czytaniu każdym okiem oddzielnie i oboma razem. Zrazu przypuszczałem połowiczną ślepotę lewą (bo czytał pismo hebrajskie, które od prawej strony idzie ku lewej). Ale to przypuszczenie wkrótce musiałem porzucić: pole widzenia przy zwykłym doraźnym badaniu okazało się prawidłowe; wreszcie przy czytaniu polskiej książki te same występowały trudności. Widocznie więc znajdowały się rozproszone drobne braki w środkowej okolicy pola widzenia, a więc przypuszczać należało i odpowiednie zmiany anatomiczne w siatkówce. Ze względu na szybkość wystąpienia tych objawów najbardziej prawdopodobnym się zdawało, że mamy do czynienia z drobnymi wybrczynami. A w dalszym ciągu, szukając najczęstszej przyczyny rozproszonych drobnych wybrczyn w środkowych okolicach siatkówki, jeszcze przed obejrzeniem dna oka zwróciłem uwagę konsultującego ze mną kolegi na możliwość choroby Bright'a. Ogólny stan przedstawiał się w taki sposób, że zajęcie i podeszły wiek chorego, zdawały się dostatecznie jego skargi tłómaczyć. Tylko na stopach znaleźliśmy lekki obrzęk, który jeszcze ostatecznie kwestyi nie rozstrzygał. Badanie wziernikowe dało wynik ujemny, ale z powodu niedostatecznego zaciemnienia pokoju nie mogło być dokładne. Polecilem choremu zgłosić się do mego mieszkania. Po kilku dniach chory przyszedł i przyniósł mi jednocześnie rezultat badania moczu, w którym znaczną ilość białka znaleziono; podejrzenie więc zdawało się jeszcze prawdopodobniejsze. Ale przy pilnem oglądaniu wziernikiem żadnych zmian w siatkówce dostrzedz nie mogłem. Że źrenica bardzo była wąską, wpuściłem kroplę atropiny i dopiero po rozszerzeniu źrenicy przekonałem się, że przypuszczenie było słuszne. Na zewnątrz i ku górze od nerwu wzrokowego (w obrazie odwrotnym) znajdowały się dwie plamy krwawe, podługowate, prążkowane, jakby namalowane pędzlem lekko w czerwonej farbie namoczo-nym; taki wygląd jest jak wiadomo charakterystyczny dla wylewów krwawych pomiędzy włókna nerwowe siatkówki. Plamka żółta przedstawiała się jako owal, nieco ciemniejszą barwą od tła siatkówki odbijający. Na górnym brzegu owala dojrzałem parę drobnych wybrczyn, ale to tak drobnutkich, że dopiero umieściwszy po za wziernikiem mocną wypukłą soczewkę, mogłem je dokładnie obejrzeć. Zresztą na dnie oka żadnych zmian nie dostrzegłem. Nerwy tylko były lekko zagłębione, co u starych ludzi bardzo często się napotyka.

Ogłaszam te przypadki nie dla tego, że stan siatkówki był w obu pierwszą i główną pobudką dla zbadania moczu i rozpoznania choroby; przypadki tego rodzaju tak często się powtarzają i tak są znane, że na ogłoszenie nie zasługują. I nie dla tego, że w drugim przypadku nawet nie zmiany wziernikowe, a subiektywne objawy, dokładnie przez inteligentnego chorego opowiedziane, obudziły podejrzenie cierpienia nerkowego. I nie dla tego, aby zwrócić uwagę, że w tego rodzaju przypadkach, wymagających bardzo dokładnego zbadania dna oka, nawet lekarz wprawny w użycie wziernika nie powinien zaniedbać rozszerzenia źrenicy; tę zasadę znają dobrze okuliści i zawsze stosują. Głównie do ogłoszenia tych przypadków pobudziła mnie sama postać, w jakiej choroba siatkówki wystąpiła. Choć nie rzadko tego rodzaju zmiany przy białkomoczu się napotykają, ale nie są to zmiany typowe. Do zupełności obrazu brakło, jak wiadomo, białych plamek w siatkówce i znanej korony promienistej w około plamki żółtej. Obraz ten objaśnia się bardzo wczesnym okresem choroby. W obu przypadkach badanie nastąpiło w bardzo krótkim czasie po pojawieniu się pierwszych objawów chorobnych. Widocznem jest, że stosunkowo rzadziej napotykać musi lekarz tę wczesną postać chorobną. Gdyby chorzy, którzy materiału do niniejszej notatki dostarczyli, nie byli zajęci bezustannie książkami, jeszczeby z pewnością nie wiedzieli, że wzrok ich szwankuje. A wszakże daleko częściej zapalenie nerek napotyka się właśnie u ludzi, zajętych pracą nie umysłową.

U obu chorych zmiany w obrazach wziernikowych ograniczały się tylko na drobnych wynaczynieniach. Przy białaczce i zbliżonych do niej chorobach



krwi, główne zmiany polegają także na drobnych wybroczynach. Białe plamy w środku wybroczyn, które tym ostatnim cierpieniom towarzyszą, nie napotyka się stale i nie są koniecznym, charakterystycznym objawem. A jednak, jakkolwiek wyłącznie drobne wynaczynienia w jednym i drugim razie na obraz chrobnny się składają, wszakże obraz ten ostatecznie wypada zwykle inny przy białkomoczu, niż przy białacze. Różnica polega na umiejscowieniu i ugrupowaniu plam krwawych. Wybroczyny, towarzyszące cierpieniu nerek, znajdują się przeważnie w środkowej okolicy siatkówki, blisko nerwu wzrokowego i najczęściej samą plamkę żółtą zajmują. Przy białacze i pokrewnych chorobach wybroczyny zwykle napotyka się na obwodzie siatkówki. Zapewne w znacznej części ta okoliczność jest przyczyną, że zmiany przy białacze znajduwane bywają tylko dla tego, że lekarz je zgóry przypuszcza i szuka; przy białkomoczu skargi chorych najczęściej do badania oczu skłaniają. Jakkolwiek bardzo trudno zrozumieć przyczynę tej różnicy w obrazach wziernikowych, jakkolwiek trudno zdać sobie sprawę, dla czego w jednym razie krwotoki przy plamce żółtej, w drugim razie daleko od niej się pojawiają, wszakże sam fakt przyjąć trzeba.

Dałem notatce niniejszej tytuł „w y b r o c z y n y s i a t k ó w k o w e”, jakkolwiek zgodnie z panującą dziś nomenklaturą, należało napisać: *retinitis albuminurica*. Otóż żaden z wyrazów składających tę nazwę nie wytrzymuje krytyki. Jeszcze epitet przymiotnikowy tolerować trzeba. Jakkolwiek zmiany w siatkówce nie zależą bezpośrednio od obecności białka w moczu, albo od zapalenia nerek, ale dopóki najbliższa tych zmian przyczyna nie będzie znana, potrzeba nazwę taką zachować. A można to uczynić tem zasadniej, że choć obraz wziernikowy, tej nazwie odpowiadający, dosyć bywa różny, wszakże najczęściej pewne stale posiada cechy i istotnie najczęściej jednocześnie z białkomoczem występuje. Ale nazwa *retinitis*, z a p a l e n i e s i a t k ó w k i, niczem, o ile sędzę, nie da się usprawiedliwić. Już to wogóle w oftalmologii bardzo często nadużywa się nazwy z a p a l e n i e. Chociaż to nadużycie najmniej do łącznicy się stosuje, ale nawet pewne postacie *conjunctivitis* mało na tę nazwę zasługują. Gorzej już dzieje się z rogówką. Często najprostszy wrzód, żadnych cech zapalenia nie przedstawiający, nosi nazwę *keratitis ulcerosa*; wrzód czysto rozpadowego charakteru, typowy przedstawiciel rozpadowej sprawy, nazywa się *keratitis neuroparalytica*. Ale najgorzej się dzieje ze sprawami chorobnymi, które na dnie oka występują. Ogromna większość patologicznych obrazów wziernikowych figuruje jako sprawy zapalne. Parę białych plamek na dnie oka, rozproszone wynaczynienia, barwnik gdziegdzie nagromadzony, odsłonięcie naczyń naczyniówki na ograniczonej przestrzeni, wszystko to nazywa się *retinitis*, albo *chorioiditis*. Przy tych chorobach nie tylko brak wszystkich czterech kardynalnych objawów, jakich dawna patologija w całości wymagała, aby sprawie chorobnej przyznać nazwę zapalenia, ale nie ma i tych momentów, które podług nowszej nauki sprawę zapalną cechują. Niewątpliwie większość lekarzy czuje dobrze, że nazywa zapaleniem sprawę, nie zasługującą wcale na tę nazwę, ale kwestyję nazwy uważają za podrzędną i mało znaczącą. Pogląd to niezupełnie słuszny. Jeżeli wyraz z a p a l e n i e ma wyraźne i określone w patologii znaczenie, to już nadużywać go nie należy. Prawda, że wyrazy *retinitis*, albo *chorioiditis* w znaczeniu c h o r o b a s i a t k ó w k i albo naczyniówki są wygodne w użyciu; gdybyśmy tych wyrazów mniej używali, musielibyśmy często uciekać się do omówień, ale czyż drobna dogodność może fałszywe nazwy usprawiedliwić? Co więcej, przypuszczam, że nieraz te nazwy praktyczną szkodę przynoszą. Rozpoznawszy sprawę zapalną, mimowoli może lekarz zwraca się nieraz ku tym środkom, które przeciwzapalny arsenał stanowią, tembardziej, że są to choroby dla leczenia w ogóle niewdzięczne i trudne.

Zygmunt Kramsztyk.



## Wiadomości bieżące.

*Warszawa.* W Nrze 17 Kroniki Lekarskiej z r. b. pojawiła się pewnego rodzaju zaczepka Gazety Lekarskiej, mianowicie krytyka, ale czego? ... ogłoszenia pomieszczonego w jednym z N-rów Gazety Lekarskiej, na okładce. Tak jest, nie mylimy się, krytyka ogłoszenia. Wprawdzie mogło by to nam bardzo pochwlebiać, że nawet ogłoszenia zamieszczane w Gazecie Lekarskiej budzą taki interes literacko-naukowy (!?), iż podlegają obszernej krytyce, szczerze jednak przyznamy, że wolelibyśmy spotykać się z krytyką prac naukowych i na taką odpowiadać. Ale cóż robić, zmuszeni jesteśmy i w tym razie dać odpowiedź „Kronice Lekarskiej“.

Przedewszystkiem jak najmocniej protestujemy przeciw pogładowi „Kroniki“, jakoby „Redakcyjja pisma, pomieszczająca jakiś inserat, solidaryzowała się niejako z ogłaszającym, poręczała do pewnego stopnia za dobroć odpowiedniego środka, za sumiennosc ogłaszającego“. Jest to pogląd najzupełniej fałszywy; żadna Redakcyjja pisma nie przyjmuje na siebie odpowiedzialności za ogłoszenia i żadna nie poręcza za dobroć środka i sumiennosc ogłaszającego; chcemy nawet wierzyć, że i Redakcyjja Kroniki tego nie robi; gdyż postępowanie takie do dziwnych rezultatów mogłoby doprowadzić. Następnie, co do przepowiedni Sz. Red. Kroniki, jakie będą następstwa owego ogłoszenia, że mianowicie znajdzie się ono w innych pismach z dodatkiem „wyjątek z Gazety Lekarskiej i t. d.“, to możemy zapewnić Sz. Redakcyjję, iż tak nie będzie, a to właśnie dla tego, iż ogłoszenie wcale nie jest „wyjątkiem z Gazety Lek.“ i że tego rodzaju przedrukowi zawsze można zapobiedz. Nie można tylko zapobiedz takim przedrukowi, jaki pomieszczyła Sz. Red. Kroniki, a taki przedruk robi większą reklamę aniżeli dziesięć lub dwadzieścia ogłoszeń, podnosi bowiem do godności sprawy rzecz, na którą doprawdy mało kto zwrócił by uwagę, a ci którzyby i zwrócili, ruszyliby ramionami z politowaniem nad naiwnością i głupotą ogłaszającego. Obecnie ów cudowny uzdrowiacz ma wielkie obowiązki wdzięczności dla Redakcyjji Kroniki, z pewnością nie spodziewał się on takiego rozgłosu. Jest jednak jedna okoliczność, która nas bardzo nieprzyjemnie zadziwia. Robiąc jakiś zarzut, czy to pojedynczej osobie, czy stowarzyszeniu, trzeba go robić w dobrej wierze, to jest być przekonanym, iż robi się zarzut słuszny. Tymczasem w tym razie rzecz się ma inaczej. Sz. Red. Kroniki zarzuca nam, iż pomieszciliśmy to ogłoszenie, a kilka wierszy poniżej dobrodusznie objaśnia, iż nie mogliśmy postąpić inaczej, gdyż jesteśmy związani umową, radzi nam tylko „kosztem wielkich ofiar“ zerwać ową umowę. Otóż w naszym przekonaniu, jeżeliśmy się do czegokolwiek zobowiązali, musimy do terminu dotrzymać — wobec zaś Czytelników naszych nie możemy podlegać najmniejszemu zarzutowi, gdyż od samego początku oświadczylismy Im, jakie na nas ciążyą zobowiązania i postępowaliśmy z najzupełniejszą jawnością i otwartością. Jak zaś ściśle pojmujemy spełnianie przyjętych zobowiązań, to możemy Szan. Red. Kroniki dać dotykalny przykładzik. W roku zeszłym proponowano nam pomieszczenie reklam specyfików francuzkich, to jest artykułów, mających pozór prac naukowych, a służących jedynie za reklamę dla nowych środków, lub pojedynczych firm aptekarskich francuzkich. Ponieważ umowa nasza do tego na szczęście wcale nas nie zobowiązuje, przeto bez względu na wysokość proponowanej zapłaty stanowczo odmówiliśmy powyższemu żądaniu, tymczasem, owe płatne pseudo-artykuły pojawiły się... w Kronice Lekarskiej! (Nr. 6 r. 1882).

*Berlin.* W d. 15 Października r. b. uroczyste obchodzone będzie przez jego uczniów 25-letni jubileusz prof. E. du Bois - Raymond'a.

*Freiburg.* Na kongresie przyrodników mającym odbyć się tutaj 18—21 Września na dwóch posiedzeniach ogólnych odezty mieć będą Hertwig, Schweinfurth i Liebermeister. Na posiedzeniach sekeyjnych z medycyny wewnętrznej rozprawy toczyć się będą o „postępowym zaniku mięśni“ i o „leczeniu ostrego gośca stawowego przetworami salicylowemi“. W dyskusyi nad pierwszym z tych przedmiotów między innymi udział wezmą Lichtheim Erbi Baümler. Z dziedziny pedyjatrii ukazać się obszerne referaty o gruźlicy i przymocie każdy z tych przedmiotów podzielonym jest na 11 części, każda część z oddzielnym referentem, między którymi wymienieni są: H enoch, Demme, Weigert, Heubner, Kassowitz, Baginski, Kohts, Thomas.

**Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich:**

— *Przegląd lekarski*. Nr. 36. J. Mikułecz. Dwa przypadki osteoplastycznej resekcji stopy według metody własnej. — W. Jaworski. O powstawaniu i rozpoznawaniu rozstrzeni żołądka. (C. d.)

— *Medycyna*. Nr. 36. W. Mączyński. Kilka słów o szczepieniu ospy ochronnej.

---

**WSPOMNIENIE POŚMIERTNE.**

Zmarły w d. 9 Sierpnia r. b. ś. p. Antoni Andrzejowski, Magister medycyny i chirurgii, urodził się w Krakowie w 1807. Tamże uczęszczał do Gimnazjum Ś-tej Anny, a w 1830 ukończył na Wszechnicy Jagiellońskiej nauki lekarskie, otrzymawszy powyższy stopień, potwierdzony następnie przez ówczesny Uniwersytet Warszawski wraz z udzieleniem mu prawa do praktyki w Królestwie.

Syn niezamożnych rodziców, od wczesnej młodości śp. Andrzejowski o własnych musiał iść siłach, to też jeszcze w szkołach, pracując na siebie wspomagał nadto sędziwego ojca. Weześnie też jąc się musiał i w lekarskim zawodzie pracy dla chleba, choć niezawodnie szersze umysłowe jego zdolności byłyby mu pozwoliły pokusić się o świetniejszą, stołeczną, być może karyerę.

Już w 1833 widzimy go lekarzem przy rządowych zakładach górniczych w Miedzianogórze (w Kieleckiem), gdzie przebywał do 1844 r. Potem zostaje lekarzem powiatu Kieleckiego, a od r. 1867 lekarzem miejskim i pomocnikiem Inspektora gub. Kieleckiej. W 1878 usunął się od służby, pracował wszakże dalej jako lekarz praktykujący. W 1880 r. po 50-ciu latach lekarskiego zawodu, chlubnie i pożytecznie dla współbraci spełnionego, liczni koledzy, wdzięczni pacjenci i wielbiciele uczcili go uroczystym jubileuszowym obchodem i złożyli mu pamiątkowe album z fotografiami.

Pięćdziesiąt lat pracy lekarskiej! pół wieku prowincjonalnej praktyki! Całą słów tych doniosłość, całą wielkość ciężkiego takiej pracy brzemienia, pojmie każdy, kto sobie pomyśli, ile to sił stargać potrzeba, by choć lat kilka wśród znoju i niewywechasy, złych dróg i niepogody wytrwać, zawsze do boju gotowym, na lekarskiej twierdzy wyłomie. Iluż to młodych lekarzy, już po latach kilku takiego trudu, ze znużeniem ciężkie stanowisko porzucić pospiesza? Cóż więc powiedzieć o tej dzielnej, niespożytej organizacyi, co przez pół wieku potrafiła opierać się znojom, co mówić o człowieku, co przez pół wieku bojował ciągle, bez wytchnienia, a pracował szczerze, serdecznie i zawsze z pogodnym obliczem? Niezawodnie i w życiu śp. Andrzejowskiego bywały chwile, gdy, syt dobrych, pocziwych uczynków, a twardym wyczerpany trudem, zatęsknił do spokojniejszego, mniej mozolnego życia, ale trzymał go na miejscu obowiązek dla coraz liczniejszej rodziny, której prawdziwym, wzorowym był ojcem i zwolna rozwijające się przywiązanie do tych, którym najwięcej pracy, sił i wiedzy przynosił w ofierze.

Ale i ta dzielna budowa, ta wyjątkowa siła nie mogła się wreszcie oprzeć prawom natury. Wyczerpały się zasoby pięknego umysłu i fizyczne stargały się siły. Gaśł zwolna i cicho, a starczy zauik mózgowia położył kres pracowitemu, pożytecznemu i zacnemu żywotowi zasłużonego lekarza.

Na grób wytrwałego pracownika, zroszony łzami wdzięczności licznych rodzin, których przez lat tyle był prawdziwym opiekunem w niedoli, doradcą w chorobie, a przyjacielem w nieszczęściu i my rzucamy listek koleżeńskiego, bratniego wspomnienia, bo zmarły był nietylko dzielnym lekarzem, w pięknym tego wyrazu znaczeniu, ale dobrym szlachetnym towarzyszem, co górując nad innymi nauką i doświadczeniem, zagrzewał swym przykładem do pracy i umoralniał tych wszystkich, co z nim obcowali. Cichy i skromny, słodki w obejściu, dla siebie surowy, pobłażliwy dla współbraci, pięknym był dla nas wzorem. Rodzinie swej zamożności nie zostawia wielkiej, ale dał jej nieskalane imię cnotliwego człowieka i zacnego członka społeczeństwa.

Cześć jego pamięci, niech lekką będzie mu ziemia.

M. L.

*Kielce 13 Sierpnia 1883.*



# OFNER KROLEWSKA WODA GORZKA MATTONI.

**Mattoni i Wille w Peszcie**

Zaszczycona chwalebna opinija najpierwszych lekarzy Europy  
Używana bywa z zupełnym skutkiem w następujących chorobach:

1. w chorobach kanałów kiszkowych
2. „ obstrukcyi 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 Rosyji.

**SKŁADY** } u Aleksandra Wenzla w Petersburgu, Kazańska 3 20—13  
u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka d. Matwiejewoj

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH  
PRZY APTECE POD FIRMA

**D. T. HEINRICH**

istniejący

Zaopatrzone zostały w Sól Vichy do kąpeli, 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—25

## LEKARZA

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



## 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 aptecznych  
i aptekach Rosyji

**SKŁADY** u Aleksandra Wenzla w Petersburgu Kazańska 3.  
u L. Krenig i S-ka w Moskwie, Petrowka dom Matwiejewoj 20—13

## SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

PRZY APTECE POD FIRMA

**D. T. H E N R I C H**

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—25

## Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Wyszło i jest do nabycia we wszystkich księgarniach dzieło p. t.

# SYFILIDOLOGIJA

napisana przez D. Ż. Krówczyńskiego w 8, str. XII i 448.

Cena 5 zł. w. a.

0—4

## Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Wyszła z druku nakładem Gazety Lekarskiej

# FARMAKOLOGIJA

professorów **Nothnagel'a i Rossbach'a.**

PRZEKŁAD Z 4-0 WYDANIA NIEMIECKIEGO.

Cena dzieła wynosi **Rs. 6** z przesyłką **Rs. 6 k. 50.**

Nabywać takowe można w Redakcyi Gazety Lekarskiej, Marszałkowska 45,

oraz we wszystkich Redakcyjach warszawskich czasopism lekarskich. 0—22