

# GAZETA LEKARSKA

Z ODDZIAŁU D-RA MED. T. DUNINA W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

## I. PRZYPADEK OTRUCIA OŁOWIANEGO

z kilkoma bardzo rzadkimi objawami.

Podał

**Władysław Janowski,**  
*asystent oddziału.*

Jest rzeczą powszechnie wiadomą, że zatrucia ołowiane zdarzają się w różnych krajach bynajmniej niejednakowo często. O ile np. należą one we Francyi i Niemczech południowych do stosunkowo częstych, o tyle u nas są rzadkością i dlatego zwracają na siebie baczniejszą uwagę klinicystów. Jednakże powodem podania niniejszej notatki nie jest bynajmniej ostatnio wymieniona okoliczność. Chcę tu podać w krótkości przypadek, który z powodu kilku naraz bardzo rzadkich objawów zasługuje na uwagę nawet tam, gdzie otrucia ołowiane należą do znacznie częstszych, niż to ma miejsce u nas.

St. Antoni, lat 27 liczący, przybył do szpitala 6. XII. 1894 roku. Z wywiadów dowiadujemy się, że pracuje od lat 4-ch przy rurach wodociągowych. Przyjmując udział przy spajaniu rur, miewa często do czynienia z minią. Trzy lata temu miał podobno porażenie lewej ręki. Porażenie to trwało około 4-ch miesięcy. Po tym czasie ustąpiło zupełnie. Żadne inne objawy wspomnianemu porażeniu nie towarzyszyły. Przez następne 2½ roku St. był zdrow. Obecnie z górą od roku pracuje znowu przy rurach wodociągowych. W ciągu tego roku był do zeszłego tygodnia zdrow. Zachorował przed tygodniem. Syfilisu nie przechodził.

*Status praesens.* Chory skarży się na silne bóle w brzuchu. Bóle rozchodzą się na części boczne ścian brzusznych i w górę ku klatce piersiowej, również na jej części boczne. Głębsze ruchy oddechowe wywołują dotkliwy ból w bokach i w okolicy dołka. Z powodu tych właśnie bólów i zaparcia stolca, trwającego od 6-ciu dni, chory zapisał się do szpitala.

Badanie obiektywne wykazuje, co następuje.

Chory średnio odżywiany. Warstwa tkanki tłuszczowej umiarkowanie gruba. Skóra na całym ciele koloru żółtawego, z pewnym lekko brązowym odcieniem, szczególnie na bokach i na przedramionach. Badanie płuc nie wykrywa w nich żadnych zmian. Granice tępości serca normalne. Tętno jego



zupełnie czyste, silne. Tętno w chwili przybycia chorego niemiARowe, ale twarde. Po godzinie było ono już zupełnie miARowe, 72 na minutę, pełne, bardzo twarde. Twardość ta była tak wydatna, że postanowiliśmy natychmiast zdjąć tętno za pomocą sfigmografu. Otrzymana krzywa wykazuje dosadnie, jak wybitną była twardość tego tętna [patrz rys. 1]. Oddech chorego ma woń bardzo nieprzyjemną, mocną, ostrą, nie mogącą ująć uwagi klinicysty. Na dziąsłach widoczne są bardzo wyraźne obwódki dokoła wszystkich zębów, tak górnych, jak i dolnych. Obwódki te są koloru siniego, szyFrowego i mają około 3 mm. szerokości. Szerokość ta jest mniejszą tylko dokoła zębów trzonowych. Przy dotykaniu palcem dziąsła krwawią z łatwością. Same zęby, nie dość czySto utrzymane, żadnym jednak osobliwym nalotem nie są pokryte. Wątroba, ani śledziona niewymacalne. Cały brzuch przy wymacywaniu bolesny. To samo odnosi się i do części bocznych klatki piersiowej. Dokładne zbadanie układu nerwowego wykazuje następujące dwa objawy chorobowe: 1) prawa źrenica jest węższą od lewej i oddziaływa na światło znacznie słabiej od tej ostatniej; kształt jej jest jednak zupełnie okrągły; 2) dolne gałązki prawego nerwu twarzowego znajdują się w stanie niezupełnego porażenia, co zostało stwierdzonem przy otwieraniu ust, szczyrzeniu zębów, gwizdaniu i wydymaniu warg. Żadnych innych zaburzeń ani w unerwieniu czaszki, ani tułowia, ani kończyn, tak pod względem ruchowym, jako też czuciowym, odruchowym, naczynioruchowym i troficznym nie znaleźliśmy, pomimo starannych w tym kierunku poszukiwań. Chory nie był też pod względem nerwowym dziedzicznie obarczony.

Powyższe dane anamnestyczne oraz wynik badania obiektywnego [bolesność brzucha, zaparcie stolca, woń z ust, obwódka na dziąsłach i łatwe ich krwawienie, zabarwienie skóry] skłoniły nas do przypuszczenia, że mamy do czynienia z zatruciem ołowianem. Ze względu na towarzyszące mu jednak niezwykle objawy ze strony źrenicy i nerwu twarzowego, oraz ze względu na to, że sama kolka nie wydawała się nam początkowo typową, postanowiliśmy zebrać jeszcze inne dowody, na korzyść tego przypuszczenia przemawiające, zanim je jako ostateczne rozpoznanie postawimy. Choremu zaordynowaliśmy 3 proszki makowca po  $\frac{1}{4}$  grana.

Dnia 7. XII. Bóle w brzuchu i w piersiach z boku takie same. Stolica nie było. Obwódka na dziąsłach bez zmiany. Tętno bardzo twarde. Chory dostał znowu 3 proszki makowca po  $\frac{1}{4}$  grana.

Dnia 8. XII. Tętno nieco mniej twarde, pełne, 80. Bóle w brzuchu i w piersiach słabsze. Makowiec.

Dnia 9. XII. Stan ogólny bez zmiany. Chory miał jedno obfite wypróżnienie.

Dnia 10. XII. Stan subiektywny taki sam, ale chory ma zastanawiające tętno. Jest ono bardzo małe, prawie nitkowate, około 200 — 210 na minutę, z częstymi przepuszczeniami; czas trwania pauzy równa się, co do swojej długości, czasowi trwania uderzenia tętna — słowem, mamy do czynienia z wybitną embryokardją, połączoną z arytmją. Tętno to jest tak małe, że zdjąć go za pomocą sfigmografu nie można: Tony serca, o ile je wysłuchać można, zupełnie



czyste. Chory czuje się rano wcale nieźle. Ma nawet nieco słabsze bóle. Zaordynowano mu 2 proszki bromu po 20 gran.

Dnia 11. XII. Dziś tętno znowu pełne, zupełnie normalne. Zdjęte za pomocą sfigmografu, daje krzywą zupełnie normalną [p. rys. 4]. Bóle znacznie słabsze. Zaordynowano jodek potasu [3j—3vi].

Dnia 12—14. XII. Badane codziennie tętno jest stale zupełnie miarowe, normalnie napięte, około 80-iu na minutę. Krew, badana za świeża i w preparatach, barwionych mieszaniną Biondi'ego, żadnych zmian morfotycznych nie przedstawia. Obwódka na dziąsłach jakby trochę się zmniejszyła.

Dnia 15 i 16. XII. Bólów żadnych już niema. Objawy ze strony nerwu twarzewego ciągle bez zmiany. Na usilne żądanie chory wypisany został do domu.

Wymieniliśmy wyżej pobudki, dla których postanowiliśmy w danym przypadku sprawdzić rozpoznanie zatrucia ołowianego na drodze ściślejszych badań dopełniających. W tym celu d. 14. XII do dziąsła chorego przyłożyliśmy tampon z waty, dobrze zmaczanej w dwutlenku wodoru [ $H_2O_2$ ]. Po upływie kilkunastu minut obwódka na dziąsłach stała się dokoła trzech odpowiednich zębów z szarym-szarej zupełnie białą. Było to potwierdzeniem, że zależała ona od zebrania się w dziąsłach siarku ołowiu [ $PbS$ ], który, utleniony przez wydzielający się z nadtlenu wodoru tlen *in statu nascendi*, przeszedł w siarczan ołowiu, który jest solą również nierozpuszczalną, ale koloru białego. W miejscu przeciwległym powyższemu przyłożyliśmy do dziąsła na kilkanaście minut tampon, zmoczony w roztworze jodku potasu, do którego dodaliśmy nieco roztworu kwasu solnego. Po kilkunastu minutach obwódka dokoła odpowiednich dwóch zębów stała się z szarej żółtawą. Zależało to od tego, że kwas jodowodorowy, powstały po dodaniu  $HCl$  do  $KJ$ , zamienił siarek ołowiu [ $PbS$ ] na jodek ołowiu, który jest solą nierozpuszczalną koloru żółtego.

Nadto zebraliśmy 15. XII. 2600 ctm. sześć. moczu naszego chorego [ciężar właściwy 1018, mocz ciemny, przezroczysty, kwaśny, bez białka], wyparowaliśmy go do sucha, pozostałość spaliliśmy, powstały stąd popiół rozpuściliśmy w kwasie azotnym, otrzymamy roztwór wyparowaliśmy do sucha, otrzymaną sól rozpuściliśmy w wodzie i przerobiliśmy z nią różne odczyny na ołów. Z nich dwa wykazały obecność w otrzymanym roztworze śladów ołowiu. A mianowicie: dodatek siarku amonu wywołał wytworzenie się w płynie, dotąd zupełnie przezroczystym, nieobfitego szarego osadu [ $PbS$ ], a dodatek do innej porcji również przezroczystego płynu roztworu dwuchromianu potasu wywołał wytworzenie się drobnutkiego, żółtego osadu, który po kilku minutach osiadł na dno próbówki [ $PbCrO_4$ ].

W ten sposób zatrucie ołowiane, i tak bardzo w naszym przypadku prawdopodobne, stało się dla nas po powyższych próbach już pewnikiem zupełnym. Przekonaliśmy się bowiem, że obwódka na dziąsłach zależną jest napewno od siarku ołowiu, oraz że mocz naszego chorego zawierał również nieco ołowiu. Określenie ołowiu w moczu odłożyliśmy umyślnie na kilka dni, gdyż wiadomym nam było z literatury, że metal ten przechodzi do moczu najłatwiej po kilkudniowym stosowaniu jodku potasu, tego zaś ostatniego nie chcieliśmy, według



przyjętych zasad powszechnych, stosować przed złagodzeniem objawów kolki.

Nie będziemy tu zupełnie wdawać się w rozbiór tak zwykłych objawów zatrucia ołowianego, jak: obwódka na dziąsłach, łatwe ich krwawienie, kolka, zaparcie stolca, żółtawe zabarwienie skóry i woń z ust. Odnośne szczegóły znajdzie czytelnik w każdym podręczniku. Chcemy tu omówić w kilku słowach tylko to, co w naszym przypadku było osobliwego.

1) Przedewszystkiem tedy do rzeczy niezupełnie zwykłych należy samo źródło zatrucia naszego chorego. Wiadomo powszechnie, że zatrucie ołowiane występuje najczęściej u robotników, pracujących przy wyrabianiu odpowiednich farb [ $\text{PbSO}_4$ ,  $\text{PbO}$ ,  $\text{PbCrO}_4$ ], u pracujących przy przygotowaniu minii [ $\text{Pb}_3\text{O}_4$ ], u malarzy, garncarzy, odlewaczy czcionek, zecerów, lakierników i t. p.. Występowanie tego rodzaju zatrucia u robotników, pracujących przy rurach wodociągowych, podawane jest w jednych podręcznikach jako rzadkość, a w innych, nawet obszernych, nie jest wcale wymienione. Wspomnę tu dla przykładu opartą na obszernym materiale [1217 chorych] statystykę TANQUEREL'a, przytoczoną u FALK'a<sup>1)</sup>. Jeden tylko GOWERS<sup>2)</sup> podaje to źródło zatrucia w liczbie częstych. Jest to jednak fakt znany stosunkowo bardzo mało. To też, gdy od naszego chorego o żadnym innym sposobie zetknięcia się z ołowiem, jak przy spajaniu rur wodociągowych za pomocą minii, dowiedzieć się nie mogliśmy, wydawało się to nam początkowo niedostatecznym jeszcze objaśnieniem sposobu powstawania całej choroby. Obecnie, gdy zatrucie ołowiane jest w naszym przypadku zupełnie pewnem, sądzimy, iż dowodzi on z dostateczną ścisłością, że powodem owego zatrucia naszego chorego było właśnie ciągle stykanie się jego z minią, której używał przy spajaniu rur. Minia jest bowiem mieszaniną nadtlenu ołowiu [ $\text{Pb}_3\text{O}_4$ ] z pokostem, a chory nasz z żadnym innym połączeniem ołowiu do czynienia nie miał. Połączeniem tem zatruwają się często robotnicy, pracujący przy jego przygotowaniu, a więc stykający się ze znacznymi jego masami w stanie sproszkowanym. Należy przypuszczać, że trucizna przenika wtedy do organizmu różnemi drogami [oddechowe, pokarmowe], i dlatego wywołuje objawy chorobowe stosunkowo często, jak o tem świadczą odnośne dane z literatury. Przeciwnie, mając do czynienia z minią tylko przy spajaniu rur, chory nasz mógł wprowadzać ją sobie do ustroju prawdopodobnie tylko wskutek tego, że brał spożywane pokarmy nieczystymi, nieobmytymi z minii rękoma. Na tem większe więc zaznaczenie zasługuje fakt, że okazało się to dostatecznym do wywołania u niego objawów otrucia ołowiem. Chory brał się do tego rodzaju pracy 2 razy i oba razy mniej więcej po roku zachorował. Przypadek więc ten stanowi dowód, że osobnik, odpowiednio na działanie ołowiu usposobiony, łatwo i tą drogą zatruć się tym metalem może. Wynika też stąd wskazówka praktyczna, że pracujący przy spajaniu rur wodociągowych powinni staranie myć ręce przed spożyciem jadła. Uchroni ich to już w bardzo znacznym stopniu od za-

1) VIRCHOW's Handbuch der spec. Path. u. Therapie. Bd. II. I Theil. 1854.

2) GOWERS. Handbuch der Nerwenkrankheiten. Bonn. 1892. Bd. III, p. 313—338.



trucia, gdyż tego rodzaju robotnicy mogą zatruci się ołowiem tylko drogą zanieczyszczenia pokarmów swemi brudnymi rękami.

2) Ciekawym też jest fakt, że przy pierwszym zatruciu ołowiem chory nasz dostał odrazu porażenia lewej kończyny górnej, obecnie zaś wystąpiły u niego objawy kolki bez żadnych objawów porażenia. A jednak przyczyną owego porażenia lewej kończyny górnej przed 3-ma laty było prawdopodobnie też zatrucie ołowiem: samo zejście sprawy, zupełnie pomyślne bez frykcyi merkuryalnych i t. p., jedynie po usunięciu się od zajęcia przy rurach, bardzo za tem przemawia.

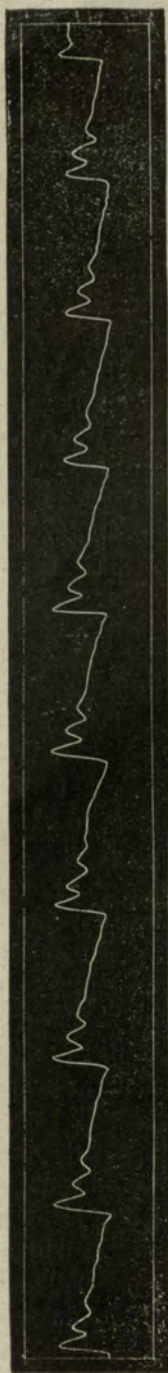
3) Osobliwość, nigdzie dotąd nie notowaną, stanowi zachowanie się w naszym przypadku tętna. Twardość tętna przy napadach kolki ołowianej jest rzeczą powszechnie wiadomą i we wszystkich podręcznikach podawaną. TANQUEREL stwierdził tętno twarde 921 razy na 1217 badanych ogółem chorych. W naszym przypadku twardość ta występowała też wybitnie, jak tego dowodzi rysunek 1-szy, na którym widać bardzo znaczne podniesienia na fali zstępującej (*Elasticitätsellevation*) i powolne jej opadanie, zależne od bardzo silnego napięcia ścianek naczyń. Gdy napięcie to obniżyliśmy sztucznie przez podanie choremu do wdychania amylnitrytu, tętno stało już po niespełna dwóch minutach zupełnie miękkim [p. rys. 2], a nawet dwubitnem [p. rys. 3]. Po odstąpieniu amylnitrytu tętno stało się znowu twardem i pozostało takim jeszcze przez 3 doby [7—9 grudnia].

(Patrz rysunki na str. 167).

Nie było w tem dotąd nic osobliwego. To też wielkie było nasze zdziwienie, gdy jeszcze po dobie [10. XII] tętno stało się bez najmniejszego powodu widocznego niemiarowem, bardzo małym, i nadto wystąpiła bardzo wybitna embryokardya. O tego rodzaju zachowaniu się tętna przy otruciu ołowianem nigdzie najmniejszej nawet wzmianki nie znaleźliśmy, i dlatego tutaj je, jako objaw dotąd nie notowany, zaznaczamy. Nie mamy najmniejszego powodu stawiać obserwowanej w tym przypadku embryokardyi w związku z czemkolwiek innym, jak z zatruciem ołowianem, gdyż zupełnie brak nam najmniejszych innych po temu danych. Z tem większą skwapliwością ciekawy ten objaw notujemy. Naszem zdaniem, dowodzi on nadzwyczajnej wrażliwości unerwienia serca w naszym przypadku. Tem tylko bowiem tłómaczyć sobie można nagłe jego ustąpienie prawie bez zabiegu leczniczego [chory dostał brom] już po kilku godzinach. Za tą wrażliwością unerwienia serca naszego chorego przemawia też i niemiarowość tętna, którą można było stwierdzić w chwili przybycia chorego do szpitala i która w niespełna godzinę potem zupełnie ustąpiła, gdy chory w łóżku odpoczął. Jest to, sądzimy, ciekawy przyczynek do działania ołowiu na układ nerwowy. Innem bowiem działaniem jego przejściowa niemiarowość tętna, ani chorobowa embryokardya wytłómaczyć się nie dadzą. Niepodobna naturalnie rozstrzygnąć, czy ołów działał przytem na odpowiedni ośrodek mózgu, czy też na odpowiednie zwoje nerwowe w samym mięśniu sercowym. Osobiście jestem raczej tego ostatniego zdania, gdyż przemawia za tem, między innymi, i analogia z innymi objawami, spostrzeganymi przy zatruciu



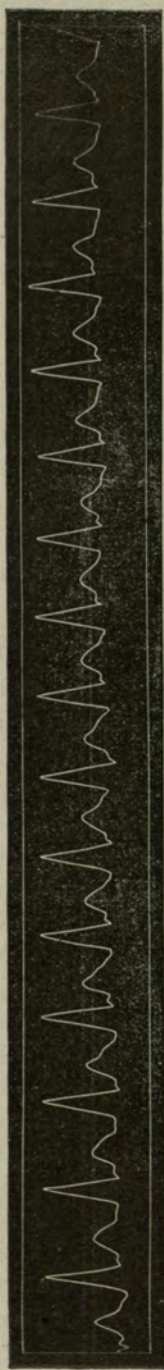
ciu łożnianem. Dla ścisłości zaznaczymy tu, że niemiarkowość tętna zwyczajna oraz jego dwubitność była już i dawniej przy kolce łożnianej notowana.



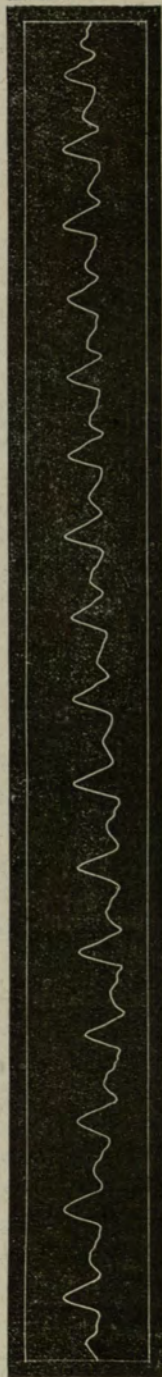
*Rys. 1.* Tętno chorego A. S., w godzinę po przybyciu do szpitala.



*Rys. 2.* Tętno tegoż chorego po minutowym działaniu amyl-nitrytu.



*Rys. 3.* Toż samo tętno po dalszym działaniu amyl-nitrytu.



*Rys. 4.* Zupełnie normalne tętno tegoż chorego nazajutrz po stwierdzonej embryokardyi.

[TANQUEREL]. Nie należy jednak do częstych objawów zatrucia łożnianego.



4) Wielką osobliwość naszego przypadku stanowiło niezupełne porażenie (*paresis*) w nim prawego nerwu twarzowego, mianowicie dolnych jego gałęzek. Pomimo odpowiednich poszukiwań, przypadku analogicznego w literaturze nie znaleźliśmy. Nie znaleźliśmy też nic o tym objawie nawet w klasycznej monografii otruc łożowianych, wydanej przez panią DÉJÉRINE-KLUMPKE <sup>1)</sup>. Wzmiankę o tem, że porażenie nerwu twarzowego może być wywołane przez zatrucie łożowiane, znaleźliśmy w podręczniku EICHHORST'a i w *Traité de médecine*, wydanym przez CHARCOT'a, BOUCHARD'a i BRISSAUD'a. Wzmianki te noszą jednak charakter bardzo luźny. Mianowicie, mówiąc w swoim podręczniku o różnych przyczynach porażenia twarzowego, EICHHORST powiada, że „twierdzą, jakoby widziano porażenie nerwu twarzowego i przy otruciu łożowianem“, a w rozdziale o tem ostatniem wyraża się, że „widziano też i porażenia nerwu twarzowego“. Bardzo też luźną jest odnośna uwaga w *Traité de médecine*, gdzie autor powiada [T. VI. p. 765], że jako przyczyny porażenia nerwu twarzowego „*les intoxications, du moins l'intoxication saturnine, ont été incriminées*“. Podobne wzmianki same przez się nic jeszcze nie mówią, a nigdzie indziej bliższych wskazówek w tym kierunku nie znalazłem. Dlatego też stwierdzone w naszym przypadku otrucia łożowianego porażenie nerwu twarzowego uważamy za objaw, co najmniej, niesłychanie rzadki, jeżeli wogóle był już gdzieś dotąd z dokładnością notowany.

Jak zaznaczyliśmy wyżej, porażenie to było niekompletne i dotyczyło tylko dolnych gałęzek nerwu. Unerwienie czoła, powiek, mięśni uszu, smak i podniebienie były nietknięte. Chory nie wie, jak dawno porażenie to wystąpiło, a nawet nic o niem nie wiedział. Żadnych odnośnych danych etyologicznych, które by objaw ten tłumaczyły, znaleźć było niepodobna. Nie było zaziębnienia, ani urazu, ani syfilisu, ani żadnej innej z wielu podawanych przyczyn porażenia nerwu twarzowego. Musieliśmy więc zatrzymać się na otruciu łożowianem, jako na jedynym momencie etyologicznym, tłumaczącym nam ten objaw.

5) Ostatnią wreszcie osobliwość naszego przypadku stanowi zaznaczone wyżej zwężenie prawej źrenicy i słabsze oddziaływanie jej na światło. Kształt źrenicy był, jak zaznaczyliśmy, zupełnie prawidłowy, okrągły. Tego rodzaju spostrzeżenie znaleźliśmy w literaturze tylko jedno. Należy ono do W. FITZ'a, podane jest w monografii DÉJÉRINE-KLUMPKE [str. 125] i dotyczyło pewnego przypadku przewlekłego otrucia łożowianego. Obserwowane w tym przypadku zwężenie lewej źrenicy oraz lewej szpary ocznej autor tłumaczył porażeniem odpowiedniego zwoju sympatycznego lub zajęciem odnośnej części splotu barkowego. Jak wiadomo, włókna nerwu sympatycznego, rozszerzające źrenicę, wchodzą w skład splotu barkowego za pośrednictwem I-go korzenia grzbietowego, a czasem i VIII-ego szyjowego, do których dołączają się gałązki, idące od odpowiedniego zwoju sympatycznego <sup>2)</sup>. Stąd zwężenie źrenicy występuje za-

<sup>1)</sup> DÉJÉRINE-KLUMPKE. Des polynévrites. Paris. 1889. F. ALCAN.

<sup>2)</sup> Splot barkowy powstaje z V, VI, VII i VIII korzonków szyjowych oraz z I i II-go korzonka grzbietowego.



wsze, ilekroć cierpi część dolna splotu barkowego. Na tej właśnie zasadzie Friz wyraził z powodu swego przypadku powyższe przypuszczenie. W naszym przypadku najmniejszych objawów ze strony nerwów, wychodzących ze splotu barkowego wogóle nie było. Nic więc nas nie upoważnia do umiejscowienia tutaj przyczyny zwężenia prawej źrenicy. Należy przypuszczać, że zależało ono albo od zajęcia odnośnej części szyjowej zwojów sympatycznych z prawej strony kręgosłupa, albo może nawet od zajęcia odpowiedniego ośrodka w mózgu. Czy tak, czy inaczej, porażenie mięśnia rozszerzacza prawej źrenicy było w naszym przypadku powodem jej zwężenia. Słabsze jej oddziaływanie na światło, aczkolwiek dość rażące w porównaniu z oddziaływaniem źrenicy lewej, możnaby nazwać wrzekomem: źrenica oddziaływała na bodźce świetlne normalnie, tylko po ich usunięciu nie rozszerzała się, w porównaniu ze źrenicą lewą, dostatecznie, wskutek porażenia odpowiednich włókien nerwowych. Zupełny brak w anamnezie syfilisu, prawidłowy kształt źrenicy i brak jakichkolwiek innych powodów wystąpienia omawianego tu objawu upoważniają nas do postawienia go w związku przyczynowym z otruciem łożowianem.

Bez względu na istoty zmian, zachodzących w układzie nerwowym pod wpływem łożowiu, noszą one, bądź co bądź, często charakter bardzo rozszianych <sup>1)</sup>. Nic dziwnego więc, gdy, rozwijając się bez wszelkiej prawidłowości, dają też często objawy bardzo różne. Osobliwością jednak, i to wielką, naszego przypadku jest, że owe rozsziane zmiany wystąpiły tu w kilku na raz miejscach niezwykle, wskutek czego mogliśmy obserwować kilka na raz tak wyjątkowych objawów otrucia łożowianego. To właśnie było pobudką do podania tego przypadku do wiadomości publicznej.

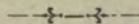
Szanownemu D-rowsi DUNINOWI za odstąpienie mi tego ciekawego przypadku składam serdeczne podziękowanie.

## II. O TYFUSIE MIEJSCOWYM.

[Rzecz czytana w Towarzystwie Lekarskiem Płockim].

Przez

**Z. Perkahla** [z Płocka].



Dawno już, bo pewnie z jakie lat 10 lub więcej temu, zauważyłem, iż pojawiają się tu, w Płocku, przypadki choroby gorączkowej, ostrej, niewątpliwie natury zakaźnej, które ze względu na przebieg swój uznać wypada za tyfus, a jednakże wyróżniają się one od zwykłych form tyfusowych. Formy te, o których tu chcę pomówić, zjawiały się po dziś dzień i zjawiają zawsze sporadycznie i, jak się przekonałem, nigdy dla otaczających nie były zaraźliwymi. Pojawiają się te przypadki bez względu na to, czy w danym czasie

<sup>1)</sup> Po odnośne szczegóły odsyłamy do monografii pani DÉJÉRINE-KLUMPKE, która przytacza w pracy swojej kilkanaście przypadków otrucia łożowianego z objawami, nie należącymi do zwykłych [zajęcie krtani, typ ERB'a, DUCHENNE-ARAN'a i t. d.].



chorują tu na tyfus wysypkowy, czy brzuszny. Postaci tych epidemicznie występujących nigdy nie widziałem. Tyfusy te przebiegają mniej więcej w następujący sposób.

Wśród pozornie dobrego zdrowia chory uskarżać się poczyna na ziębie nie, zjawiające się bardzo często peryodycznie w przeciągu kilku dni; chory czuje się przytem osłabionym. Już od początku chory skarży się na ból głowy mniej lub więcej silny. Nadzwyczaj często, bodaj czy nie w każdym przypadku, istnieje przytem nieznaczny ból gardła i kaszel. W tym okresie okazuje się podwyższona ciepłota, 38°, tętno częste, nieznaczne zaczerwienienie błony śluzowej gardzieli, a w płucach niewiele rzężeń. Po dwu lub trzech dniach takiego stanu ciepłota podnosi się do 39,5 lub 40°; chory, który dotąd chodzi, kładzie się i choroba zaczyna przybierać coraz poważniejszy i groźniejszy charakter. Ciepłota ciała trzyma się już bez przerwy na wysokości 40—40,5° z nieznacznymi zwolnieniami. Tętno staje się małym, około 120—130 na minutę. Język zazwyczaj wilgotny, lekko obłożony. Śledziona rzadko tylko wyraźnie powiększona. W późniejszym okresie stale występujące wzdęcie brzucha nie pozwala na dokładne opukiwanie śledziona. W moczu białka nie zdarzyło mi się znajdować. Skóra zwykle sucha, chociaż napotyka się i takich chorych, którzy mają nieznaczne poty od początku choroby. Bóle głowy coraz bardziej trapią chorych, którzy upadają na duchu, nie tracąc wszakże całkowitej przytomności. Już w końcu drugiego tygodnia choroby bardzo często na skórze pojawiać się zaczynają guziczki w postaci wrzodziańek, dosięgających nieraz znacznej wielkości, a bywa ich czasem bardzo wiele. Równocześnie też, po istniejącem dotąd zaparciu stolca, zjawia się biegunka mniej lub więcej częsta. Stolce na wygląd podobne są do wypróżnień przy tyfusie brzuszny. Przy wymacywaniu brzucha wyczuć też często można w dole biodrowym prawym przelewanie się płynu. Objawy mózgowe zaczynają teraz występować na pierwszy plan: chory majaczy, zrywa się, odzyskując chwilami przytomność. Po 2—3, a nieraz i 4-tygodniowem trwaniu 40—40,5° ciepłoty gorączkowej ta zaczyna się stopniowo obniżać i chory bardzo powoli wstępuje w okres zdrowienia. Przełomów w tych gorączkach nigdy nie widziałem.

Obraz powyżej skreślony jest, rozumie się, tylko ogólnym szkicem i bardzo często w szczegółach przedstawia się odmiennie. A przede wszystkim objawy mózgowe, zazwyczaj jaskrawo się zarysowujące, niesłychanie często dają obraz ostrego wysiękowego zapalenia opon mózgowych; przy tych objawach chory umiera już w połowie lub pod koniec drugiego tygodnia. Ta postać występuje stosunkowo bardzo często; mnie samemu zdarzyło się, niestety, widzieć aż nadto tego rodzaju chorych. Bywa wszakże, iż chory względnie szczęśliwie dopłyne do trzeciego tygodnia, a wtedy grożą mu częste wypróżnienia, a co najważniejsze, krwotoki kiszki. Widziałem sporą liczbę takich chorych z takimi krwotokami i to bardzo obfitymi, którzy do zdrowia wrócili; ale też widziałem i nie mało takich, którzy wtedy, gdy wyglądałem z dobrą nadzieją obniżenia się ciepłoty lub też, gdy ta już spadać zaczynała, od takich krwotoków ginęli. Stolce w tych razach zazwyczaj są obfite w krew, cuchnące, brudne i świadczą o nekrotyzacji błony śluzowej kiszki. Widywałem



też i formy, w których chorzy, szczęśliwie dobiwszy do końca, długo jeszcze chorowali na owe czyraki, które wytwarzały rozległe nacieczenie tkanki podskórnej i zmuszały do niejednokrotnego uciekania się do interwencji chirurgicznej. Chorzy tacy wyzdrowiewali, ale okres zdrowienia zwykle ciągnął się bardzo długo.

Naturalnie, że i teraz jeszcze nie wyczerpałem całego obrazu tych form gdyż nie wspomniałem nic o tak zwanych opadowych zapaleniach płuc (*hypostasis*), które, jak wiadomo, stanowią ciężkie powikłanie w przebiegu tyfusów. Sądzę wszakże, że w opisie powyższym niejednen z tutejszych kolegów odnajdzie chorych swych i w myśli wykończy z gruba tylko naszkicowany obraz.

Zresztą nie leżało to w planie niniejszego przedstawienia, aby znane zapewne wszystkim formy opisywać szczegółowo. Miałem tu na myśli cel inny.

Oto, zauważyłem i to już dawno bardzo, że ci wszyscy, którzy zachorowywali na opisany wyżej tyfus, pochodzili nie z Płocka. Byli to przybysze czasowo tylko tutaj przebywający, albo też, którzy niezbyt dawno sprowadzili się do Płocka. Okoliczność tę przytaczam tu jako fakt we wszystkich, ale to wszystkich, przypadkach, przezemnie spostrzeganych, stwierdzony; wszyscy moi chorzy tej kategorii byli albo zamiejscowi, albo też świeżo do miasta przybyli. Pokażną bardzo, a może i przeważną ich liczbę stanowili i stanowią teraz uczniowie i uczennice tutejszych zakładów naukowych. Żałuję bardzo, iż nie mogę tu przytoczyć dokładnej liczby tych przypadków; o ile wszakże z własnej praktyki przypomnieć sobie mogę z 5 — 6 lat ubiegłych, to cyfra ta dosięgnie, co najmniej, 30 chorych<sup>1)</sup>. Radbym też dowiedzieć się, o ile te postacie tyfusów napotykali i inni koledzy miejscowi i rzucić myśl, czyby na przyszłość nie udało się w tym względzie zebrać dokładne dane liczbowe.

Zastanawiając się nad możliwą naturą zarazka tych postaci chorobowych, w świetle obecnych nowych poglądów, musimy przypuścić, że są one również pochodzenia bakteryjnego. Być może, iż w zawartości owych czyraków lub wypróżnień, a może i we krwi samej udałoby się znaleźć jakiś lasecznik; o tem wszakże rozwozić się nie będę, nie mając żadnych w tym kierunku danych. Wszakże fakt niewątpliwy zaobserwowany przezemnie, iż opisany tyfus spotykałem tylko w Płocku, nigdy zaś w okolicy jego, jak również i przedewszystkiem to, iż ulegają mu tylko zamiejscowi, zdaje się bezwarunkowo przemawiać za tem, że rozwija on się tu na miejscu i że tu w mieście znajduje grunt rozrodczy (*Nährboden*).

Od dawna już panuje rozpowszechnione przekonanie lekarzy, iż zarazek tyfusu brzuszego rozwija się w wodzie i że wraz z nią dostaje się do ustroju ludzkiego. Naturalnie, iż przypuszczenie takie nasuwać się musi odnośnie i do naszych postaci. Obserwacye jednak moje, zwłaszcza z ostatnich czasów, niekoniecznie przemawiają za tą hipotezą. W ciągu ubiegłego lata, jak to wie-

---

<sup>1)</sup> W chwili, gdy to piszę, mam w leceniu dwóch uczniów gimnazjum: obaj od dwóch miesięcy są w Płocku; obaj przebywają tenże tyfus.



my, ogólnie wystrzegano się używania za napój wody studziennej lub rzecznej, nieprzegotowanej, tyfusy te jednakże pojawiały się i to nie w mniejszej ilości, aniżeli poprzednio. W dwóch np. przypadkach zarażenia się tą drogą mógłbym z pewnością wykluczyć. Przypadki te widziałem w domach zamożnych, w których chorzy z całą stanowczością zapewniali mnie, iż surowej wody ani razu nie pili. Muszę zatem przypuścić, że zarazki owe nie w wodzie, albo nietylko w niej się rozwijają i że dostają się do organizmu na innej drodze. Znam np. w Płocku mieszkania, w których tyfusów takich w przeciągu lat paru widziałem po kilka: dwa z nich w tem samym mieszkaniu, w niedługich odstępach czasu, skończyły się śmiercią, a wszystkie one zawsze, jak powiedziałem, dotyczyły ludzi niedawno w mieście zamieszkałych.

Jakkolwiek szanse zachorowania na opisany tyfus dla sprowadzających się do Płocka nie są tak wielkie, jak np. dla zimnicy w okolicach Rzymu lub cholery w pewnych miejscowościach Indyi, niemniej przecież ważną byłoby rzeczą, aby przybywający tu na czas dłuższy wiedzieli o mogącym im grozić niebezpieczeństwie. Wiedząc coś o niem, mogliby do pewnego stopnia zabezpieczyć się od tak niepożądanego aktu obywatelstwa. Ponieważ, jak sądzę, najprawdopodobniejszym miejscem do rozwoju zarazki są mieszkania, przeto należy przedewszystkiem baczną zwrócić uwagę, aby nowoprzybywający zajmowali je tylko po gruntownem oczyszczeniu [dezynfekcyi], a nie, jak to zwykle się dzieje, wprowadzali się natychmiast po opuszczeniu mieszkania przez poprzedniego lokatora. Ponieważ wykluczyć nie można, aby woda studzienna, czy rzeczna nie mogła być przenośnikiem choroby, przeto należy surowo przestrzegać, aby nie używać jej za napój w stanie surowym. Zresztą, pod tym względem stosunki się tu niewątpliwie poprawią przez zaprowadzone obecnie wodociągi i filtry.

W końcu wyrażę nadzieję, że Sz. koledzy, przyjąwszy do wiadomości zakomunikowane przezemnie spostrzeżenia, może szczęśliwsi będą w odszukaniu najbliższych momentów, powodujących lub ułatwiających zarażenie się; może też wspólnymi siłami uda się dotrzeć do głównego źródła choroby.

### III. EPIDEMIA CHOLERY AZYATYCKIEJ

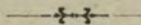
W OSADZIE DOBRZYNIU NAD DRWĘCĄ [W GUB. PŁOCKIEJ]

w sierpniu i we wrześniu 1894 roku.

Sprawozdał

**Franciszek Wychowski,**

lekarz miejscowy.



Osada nasza, dzięki brakowi nowoczesnych środków komunikacji i następstwu odcięciu od dalszego świata, długo czekała na niepożądanego wschodniego gościa. Przyznać trzeba, że położenie osady mało się nadaje do rozwoju epidemii, jak zresztą przebieg tej ostatniej dowodnie przekonał.



Dobrzyń, położony na samym zachodnio-północnym krańcu gubernii i Królestwa, leży na wysokim piaszczystym brzegu rzeki Drwęcy, stanowiącej na pewnej przestrzeni swego biegu granicę państwa od Prus. Grunt przepuszczalny i naturalny spadek dla nieczystości i wód deszczowych: oto dwa warunki bardzo ważne w walce z epidemią. Oprócz tego, przeważnie parterowe domy mieszkalne, pobudowane w zwartych szeregach, lecz nie nazbyt ścieśnione [128 domów murowanych w większej części z surówki, 152 drewnianych], zupełnie bez suteryn [jedna suteryna zamieszkała na całą osadę], ulice równe, proste, szerokie, w połowie zabrukowane, czynią wygląd osady—*sit venia verbo*—dość zdrowotnym. Obfitość bieżącej wody w wartko płynącej Drwęcy, na całej długości swego biegu przebiegającej wśród kraju przeważnie rolniczego, niezawierającej zatem szkodliwych wydzielin i odpadków fabrycznych, również należy do dodatnich właściwości osady. Mając zasób wody w rzece, mieszkańcy do dnia dzisiejszego zadawalają się jedną, jedyną studnią; lecz studnia ta, dwadzieścia przeszło łokci głęboka, zawiera tyle wody, nb. bardzo dobrej, że, mimo że wszyscy z niej korzystają do picia i gotowania, funkcjonować nigdy nie przestaje.

Ciemną stroną osady jest jej ludność. W d. 1 stycznia r. b. Dobrzyń liczył mieszkańców [stałych i niestałych]—w liczbach okrągłych—prawie 5,000; z tych przeszło 3,000 żydów, a reszta chrześcijan [80 prawosławnych, 1,500 katolików, 170 ewangelików], czyli  $\frac{3}{5}$  żydów i  $\frac{2}{5}$  chrześcijan. Ludność żydowska posiada wszystkie cechy, właściwe swej rasie, które w naszych miasteczkach i osadach tak rażąco wpadają w oczy. Gromadne wydalenie żydów ze wsi do miast i miasteczek, surowo wykonywane w ostatnich latach; upadek przemysłnictwa, stanowiącego jedno z ważniejszych źródeł dochodu; spadek cen zboża, a co za tem idzie—zmniejszenie się obrotów handlowych we wszystkich gałęziach pracy: oto główne przyczyny, które ludność żydowską Dobrzynia, jak wszystkich w ogóle nadgranicznych miejscowości, doprowadzają z każdym rokiem do coraz większej nędzy. Nędza ta, przy wrodzonym braku zamiłowania do czystości i wrodzonym również, a może tylko nabytem odsuwaniu odżywiania na plan ostatni, sprawia, że żydzi nasi małomiasteczkowi stanowią żywioł podatny dla przyjęcia i rozwoju cholery. Ludność zaś chrześcijańska, chociaż potrzeby żołądka stawia na pierwszym planie, jednak z braku wyboru w pokarmach, z nadmiaru tych ostatnich [pora owoców], z powodu oddawania się nałogowi pijaństwa, niezachowania prawideł czystości, również ponosi liczne ofiary podczas panowania epidemii.

Dla całości obrazu dodam, że mieszkańcy Dobrzynia to mieszczanie-rolnicy, rzemieślnicy i kupcy. Oświata stoi na bardzo niskim poziomie, jednostki tylko zaliczyć można do t. zw. inteligencji.

W lipcu r. z. wybuchła z całą siłą epidemia cholery w osadzie Bieżuniu w gub. Płockiej, o 8 mil odległym od Dobrzynia. Podług przyjętego zwyczaju, żydzi, mieszkańcy osady, tłumnie zaczęli uciekać z zakażonego miejsca. Część tych uciekinierów dotarła do Dobrzynia i chociaż większość z nich poddana została 8-dniowej obserwacji policyjno-lekarskiej w budynku, wynajętym na szpi-

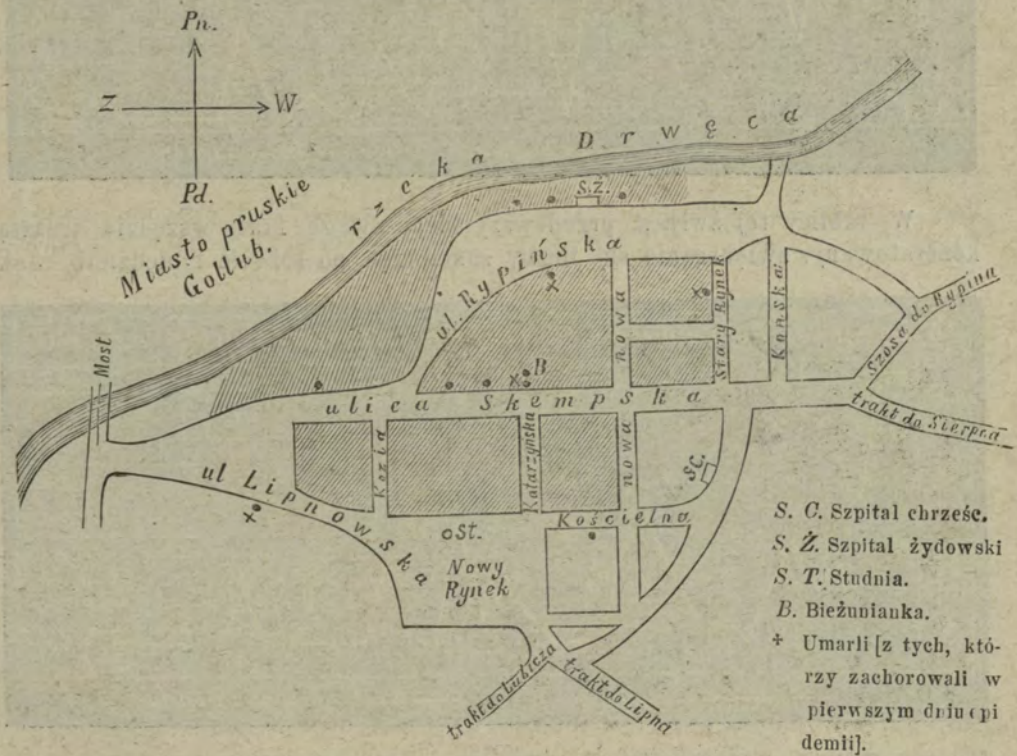


tal choleryczny chrześcijański, jednak niektórzy zdołali się ukryć u swych krewnych. W ten sposób zawleczoną została epidemia i do nas.

Dnia 26 lipca w domu, niedaleko szpitala cholerycznego, wśród objawów podejrzananej natury zachorowała 60-letnia żydówka, 30-go —20-letni jej wnuk i 5-letni prawnuk. Przebieg jednak choroby był łagodny i w krótkim czasie wszystkie te przypadki zakończyły się wyzdrowieniem.

Naraz 3 sierpnia już wyraźna epidemia ogarnęła prawie całą osadę. Charakterystycznym jest to, że wszystkie 12 przypadków [patrz tablicę I], jakie wybuchły pierwszego dnia, rozrzucone były w rozmaitych miejscach osady, tak, że jakiejś łączności między nimi nie byłam w stanie odszukać. Z tych 12 przypadków jeden tylko dotyczył żydówki, pochodzącej z Bieżunia, reszta wyłącznie ograniczyła się do stałych mieszkańców Dobrznia, zabierając tegoż dnia pierwszą ofiarę, siostrę wyż wzmiankowanej Bieżunianki.

Żeby uwydatnić rozwój epidemii, a szczególnie wykazać miejsca wybuchu choroby w pierwszym dniu, w którym nb. najwięcej chorych zanotowałem, podaję poniżej plan sytuacyjny osady, odręcznie wykonany: na planie tym domy, w których d. 3 VIII wybuchła epidemia, są oznaczone czarnymi punktami; zakratowana zaś część osady oznacza żydowską dzielnicę Dobrznia.



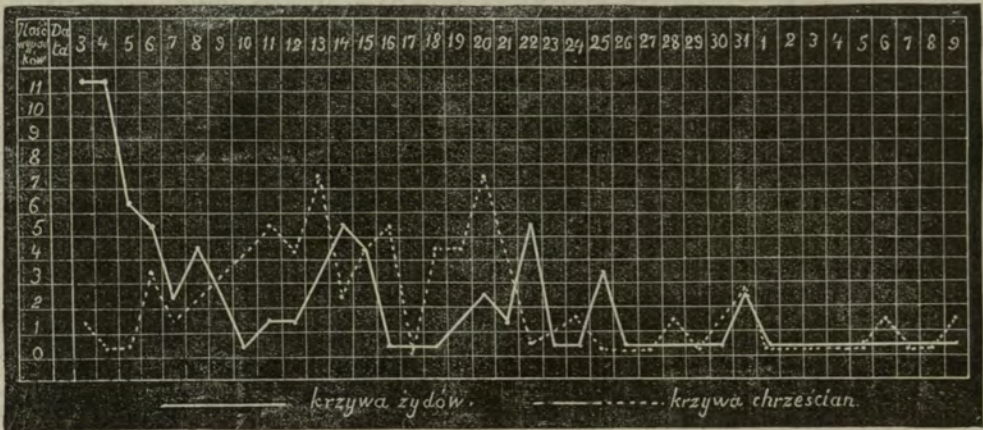
Zdawałoby się, że taki gwałtowny stosunkowo wybuch epidemii spowoduje w dalszym ciągu należyty jej rozwój, tembardziej, że niemożliwym było



zachowanie przepisów policyjno-lekarskich co do umiejscowienia choroby: trudność izolacji tak wszystkich chorych, jakoteż izolacji rodzin, zamieszkałych w 11 domach, chwilowy brak oddzielnego szpitala żydowskiego, niechęć ludności do umieszczania chorych w szpitalu: oto powody, które kazały oczekiwać, że cholera w Dobrzyniu przyjmie szerokie rozmiary. Jednakże warunki położenia osady—z jednej strony, zabiegi samej ludności, *resp.* żydowskiej względem zachowania przepisów higieniczno-dyetycznych z drugiej zdziałały, iż epidemia nie przyjęła rozmiarów, jakich się należało spodziewać i z samego już początku zdradzała zaczęła skłonność do zmniejszania się, co naocznie wykazuje tablica I.



W tablicy tej zwraca przedewszystkiem uwagę fakt, wszędzie zresztą konstатовany: zwiększanie się liczby zasłabnięć po sobocie i niedzieli. Jak



widzimy, w Dobrzyniu mieliśmy dwa takie wzniesienia, w dwa rzędu poniedziałki, 13 i 20 sierpnia, kiedy liczba przypadków podniosła się do 10 i 9.



Jaką była różnica przebiegu epidemii pomiędzy ludnością żydowską i chrześcijańską, przekonywa nas tablica II-ga, w której oznaczyłem oddzielnie krzywą żydów i chrześcijan.

Widzimy przeto, że epidemia zaczęła się prawie wyłącznie między ludnością żydowską. W następstwie jednak z chwilą gwałtownego spadku pomiędzy żydami, zaczęła się liczba zasłabnięć powiększać u chrześcijan i gdy u tych ostatnich trzykrotnie wznosiła się do 7—5 przypadków dziennie, u żydów chociaż się dwukrotnie podnosiła, jedniak nie wyżej nad pięć przypadków.

Podane powyżej tablice wykazują, iż ogólna liczba zasłabnięć na cholere wynosiła 136, co stanowi 2,7% całej ludności. Z tych chrześcijan zachorowało 67 [3,3% ogólnej liczby chrześcijan], żydów zaś 69 [2,3% ogólnej liczby żydów].

Umarły ogółem 44 osoby, a mianowicie 25 chrześcijan [56,8% ogólnej liczby zmarłych a 35,8% liczby chorych chrześcijan] i 19 żydów [43,2% ogólnej liczby zmarłych a 27,5% liczby chorych żydów]. Ogólny zaś procent śmiertelności podczas obecnej epidemii wyniósł 32,3%.

Co do płci:

		zachorowało:			umarło:		
		mężczyzn	kobiet	dzieci	mężczyzn	kobiet	dzieci.
chrześcijan	13) 28	21) 52	33) 56	chrześ.	6) 13	7) 11	12) 20
żydów	15) 28	31) 52	23) 56	żyd.	7) 13	4) 11	8) 20

śmiertelność zatem mężczyzn wyniosła 46,5%.  
 kobiet „ 21,4%.  
 dzieci „ 35,7%.

Co do wieku:

		niżej lat 5		od 5 do 10		od 10 do 15		od 15 do 20		od 20 do 30		
		chrześc.	żyd.	chrześc.	żyd.	chrześc.	żyd.	chrześc.	żyd.	chrześc.	żyd.	
zachorowało.		15	3	11	11	7	9	5	6	11	16	
umarło.		7	3	3	4	1	2	1	—	—	2	
		od 30 do 50		powyżej 50								
		zachorowało.	chrześc.	żyd.	chrześc.	żyd.						
			12	14	6	10						
		umarło.	7	3	5	6						

Ten ostatni wykaz statystyczny pozwala wyprowadzić następujące wnioski: 1) żaden wiek nie jest wolny od zasłabnięcia na cholere; zauważyć się daje tylko większa stosunkowo odporność w wieku dojrzewania płciowego, to jest od 10 — 20 roku życia, 2) procent wyzdrowień jest największy pomiędzy 5 i 30 roku życia, dochodzi bowiem prawie do 83%, gdy tymczasem na obu krańcach życia ludzkiego, niżej lat 5 i poniżej 50, procent wyzdrowień ogromnie się zmniejsza, wynosi bowiem 44% i 31%.

Dzięki lekarzowi powiatowemu z Wombrzeźna [Briesen] D-rowsi HEISE'mu, który zaraz w pierwszych dniach epidemii nawiedził Dobrzyń, miałem możność bakteriologicznego zbadania wypróżnień dwóch chorych, jednego—w tyfoidzie, drugiego—w pierwszych chwilach zasłabnięcia. Dnia 7. VIII otrzymałem za-



wiadomienie z instytutu bakteryologicznego w Gdańsku, że w obu tych przypadkach znaleziono przecinki Kocni'a. A zatem główna przyczyna choroby, *causa efficiens*, nie ulega wątpliwości.

Co się zaś tyczy przyczyn przypadkowych, wywołujących, *causae occasionales*, to przypadki wszystkie pod tym względem podzielić można na trzy grupy.

Pierwsze miejsce pod względem częstości zajmują przypadki zaśląbnięć, spowodowane niezachowaniem przepisów higieniczno-dyetycznych, a mianowicie: piciem surowej wody, używaniem zimnego pożywienia [mięso, kartofle] i surowych owoców; szczególnie te ostatnie dobrze dały się we znaki wielu chorym. Tutaj przyznać trzeba, że ludność żydowska daleko więcej, niż chrześcijańska zwracała uwagę na stosowne pożywienie; rzecz można, prawie do przesady dochodziła w zachowywaniu diety. Co się tyczy nadmiernego używania wódki, to przekonałem się, że ono tak szkodliwym nie jest: wszyscy znani pijacy, których pewną liczbę miejscowość każda posiada zawsze, uchronili się od epidemii. Tłumaczę ten fakt tem, iż używanie wódki lub piwa, samych przez się, bez jednoczesnego obciążania żołądka niezdrową strawą, szkodliwym nie jest.

Na drugim miejscu postawię wpływy nerwowe, t. j. strach, niepokój o zdrowie swoje i krewnych. Największą daninę cholery z tej przyczyny złożyli żydzi, a specjalnie żydówki. Formy te jednak nerwowe, jeżeli tak wolno powiedzieć, należały z małymi wyjątkami do łagodniejszych.

Nakoniec, trzecie miejsce zajmują przypadki, w których wyraźnej przyczyny znaleźć nie mogłem i które dlatego zaliczyć należy do działu zarażeń bezpośrednich. W czterech jednak tylko przypadkach z tej grupy byłem w stanie dowieść zarażenia: jeden—pracznik w szpitalu cholerycznym chrześcijańskim, która pierwszego zaraz dnia po objęciu obowiązków zapadła na ciężką cholere; drugi—sanitar w tymże szpitalu, który, po zwolnieniu go od obowiązków, tegoż dnia w domu dostał ciężkich objawów choroby; trzeci i czwarty—matki dwóch chorych dziewczyn, leżących również w szpitalu chrześcijańskim i przez nie dozorowanych. Z tych czterech—trzy śmiertelne.

Pod względem przebiegu i objawów cholery podczas obecnej epidemii pozwolę sobie rozróżnić trzy stopnie.

Pierwszy stopień—o najmniejszym natężeniu—w którym przyczyną usposabiającą stanowiła tylko obawa, przejawiał się w większości przypadków w ten sposób: ból w dołku, mdłości, język obłożony, brak łaknienia, pragnienie mniej lub więcej wzmożone, jedno lub kilka płynnych, cuchnących wypróżnień bez bólu, osłabienie, niepokój i ból serca [w jednym przypadku połączony z krzykiem, występującym napadami], tętno przyspieszone i słabe; słabe kurcze lub nawet brak tych ostatnich. Kurcze pojawiały się przeważnie w łydkach, następnie w mięśniach kończyn górnych, potem w palcach nóg i rąk. A w jednym przypadku u 35-letniej kobiety obserwowałem kurcze mięśni twarzy [ust i policzków]. U kilku chorych zauważyć się dało silne zaczerwienienie twarzy, chwilami występujące, poty, a nawet stan podgorączkowy [38° C.]; u niektórych zaś kończyny w początkach były zimne. Jeszcze o jednym objawie dość



rzadkim wspomnieć należy: o omdleniach, które wyłącznie u kobiet można było spostrzeżać. Stan ten po 2 — 3 dniach przechodził; pozostawało tylko na długo charakterystyczne osłabienie, brak łaknienia, bledność błon śluzowych. Przypadków tych, które miałem wszelkie podstawy zaliczyć do słabych przejawów zakażenia cholerycznego, było 21: z tych 18 kobiet, 2 mężczyzn i 1 dziecko 7-letnie. Śmiertelność—żadna.

Drugi stopień — o natężeniu średnim — objawia się zwykle w ten sposób, iż chory początkowo miał przez 1—3 dni rozwolnienie kałowe bez innych wybitnych objawów towarzyszących; następnie dopiero, najczęściej *ex ingestis*, występowały parokrotne wymioty wodniste i mniej lub więcej częste wypróżnienia bez zapachu i barwy, charakterystycznego wyglądu. Kończyny stawały się zimne, oczy—wpadnięte, tętno przyspieszone, pragnienie, kurcze rozmaitej siły. Często również zjawiał się bezmocz, lecz na krótko. Zatrważające te objawy trwały jednak niedługo i chory, nie przechodząc w okres zamartwicy, wkrótce przychodził do zdrowia. Niektórzy chorzy z tej grupy nie kładli się nawet do łóżka, lecz przy pewnym wysiłku cały czas choroby trzymali się na nogach. Inni zaś, na co przy dyagnozowaniu cierpienia zawsze zwracałem uwagę, nawet przy dość miernych objawach wybitnie tracili siły i nieraz tydzień musieli przeleżeć, nim cokolwiek wrócili do zdrowia. Chorych tej kategorii naliczyłem 34, to jest: 6 mężczyzn, 8 kobiet i 20 dzieci. Śmiertelność—również żadna.

Do tej grupy należy przypadek, którego przebieg, ze względu na zastosowaną terapię, podaję w skróceniu:

Dnia 24. VIII, a zatem na schyłku już epidemii, wezwany zostałem do 19-letniego czeladnika szewckiego Świ..., który od czterech dni miał rozwolnienie; nie uważając jednak na to, oddawał się swemu zajęciu w warsztacie i jadł to, co i jego koledzy. Dopiero na czwarty dzień po jakiejś zupie owocowej dostał wymiotów, stolce przyjęły wygląd charakterystyczny, zjawily się kurcze. Ogólny jednak stan chorego nie wiele się zmienił ku gorszemu. Przy badaniu, mimo częstych wypróżnień, znalazłem brzuch wzdęty i przepelniony gazami. Zdecydowałem się więc dać choremu dwie pełne dawki kalomelu [po 0,25] i rycynę w celu usunięcia z kiszki zaległości, jakie niestrawione zebrały się w nich przez cały czas choroby. Rezultat przeszedł moje oczekiwania. Na drugi dzień rano zastałem chorego w bardzo zadawalającym stanie; wkrótce przed moim przyjściem miał jeszcze raz wymioty, lecz powstałe po zjedzeniu na śniadanie jałkichś placuszków kartoflanych, czy innych [!].

Trzeci stopień, najliczniejszy, stanowiły przypadki o dużym natężeniu, z klasycznymi, typowymi objawami choroby. W tym razie cholera zaczynała się od razu prawie wodnistymi wymiotami i obfitymi, częstymi [do 20-u na 12 godzin] wypróżnieniami z początku kałowymi, które jednak już w parę godzin przybierały wygląd charakterystyczny [dwukrotnie obserwowałem wypróżnienia krwawe; oba przypadki śmiertelne]; oczy stawały się zapadnięte, głos ochryply, brzuch wpadnięty, tętno bardzo słabe, szybkie, miękkie, ciepłota niżej normalnej [36,5°—36° C.], kończyny zimne i sinawe, sinica warg; ogromne



pragnienie bardzo dokuczalo choremu. Równocześnie z objawami ze strony przewodu pokarmowego występowały kurcze mniej lub więcej silne w palcach rąk i nóg, w całych kończynach górnych i dolnych, w mięśniach zresztą klatki piersiowej i brzucha; kurczom tym towarzyszyły silne bóle w zajętych mięśniach. U niektórych chorych zanotowałem jeszcze takie objawy, jak: ziewanie, duszność. Oprócz tego, w każdym bez wyjątku przypadku występował bardzo wczesnie bezmocz, nieraz dwa dni trwający bez przerwy. Stan taki trwał kilka do kilkunastu godzin. Następnie albo chory przechodził w okres dobroczynnej reakcji, albo w okres zamartwicy, w którym umierał, albo nakoniec w okres tyfoidu cholerycznego lub mocznicy.

Tutaj chciałbym powiedzieć słówko o wypróżnieniach cholerycznych. Ogólnie nazywają je ryżowemi. Mnieby się zdawało, że nazwa ta jest niedokładna; charakterystyczne bowiem twory, podobne do ryżu, które dały nazwę wypróżnieniom, daleko więcej—podług mego zdania—przypominają trociny: ich długość i grubość, zaostrome oba końce, biało-żółtawy odcień ich barwy—upoważniają mnie do zaproponowania nazwy wypróżnieniom cholerycznym: trocinowatych.

Okres odczynu jest to chwila powolnego ustawiania chorobowych objawów; pierwszy charakterystyczny objaw—zjawienie się moczu; chociaż—dodać muszę—czasami ten objaw bywał zwodniczy; następnie wystąpienie potów, nieraz bardzo obfitych; powrót skóry do normalnego wyglądu, wzmocnienie tętna i sen wzmacniający.

Przeciwnie okres zamartwicy scharakteryzować można jako nasilenie objawów okresu pierwszego, przyczem wymioty i rozwolnienie ustawały [tylko po wypiciu jakiegokolwiek płynu w większej ilości można było jeszcze zauważyć niewielkie wymioty], sinica przybierała coraz większe rozmiary, tętno stawało się ledwie wymacalnym, ciało chłodne i pokryte zimnym potem; skórę, tracącą swą sprężystość, można było układać w fałdy, długo nie wracające do stanu prawidłowego [objaw patognomiczny, nawet między ogółem, ze względu na rokowanie]; chory tracił przytomność i w takim stanie umierał. Śmierć następowała w 12—48 godzin od rozpoczęcia choroby. Przypadków z szybszym przebiegiem nie obserwowałem.

W pewnej liczbie przypadków chory z okresu pierwszego przechodzili w okres tyfoidu cholerycznego. Wtedy również wymioty i rozwolnienie ustawały nieraz tak, że trzeba było uciekać się do ławatyw, lub—co zdarzało się częściej—stawały się papkowate, cuchnące, kałowe; twarz przybierała barwę czerwoną; chory skarżył się na uczucie gorąca w całym ciele, jednak ciepłomierz w wyjątkowych tylko przypadkach wskazywał nieznaczne podniesienie się ciepłoty [do 38° lub 38,5° C.]; tętno chociaż częstsze, niż prawidłowe, jednak stawało się pełniejszym i twardszem. Przytomność umysłu stawała się zamgloną w większym lub mniejszym stopniu; nieraz chory bywał niespokojny i gwałtownie rzucał się i jęczał. Jednym z dość częstych objawów była głuchota i szum w uszach, które trwały zwykle tydzień, a nawet dłużej. Do rzadszych zaś objawów zaliczyć należy czkawkę, która nieraz trwała dni kilka



z całą uporczywością, pomimo zadawanych rozmaitych środków leczniczych. Nakoniec w dwóch przypadkach obserwowałem u chorych niezbyt oskrzeli.

Jako ze wszech miar ciekawy przypadek tyfoidu cholerycznego, ze względu na towarzyszące objawy, przytaczam następujący:

Esterę Sm., lat 25 liczącą, przyniesiono do szpitala dnia 14. VIII wśród ciężkich objawów cholery. Na trzeci dzień po przybyciu, już w tyfoidzie, na pierwszy plan wystąpiła ogromnych rozmiarów *eczema madidans* na obu pośladkach, mniej więcej symetrycznie z obu stron. Pyszczyca ta bardzo bolesna wkrótce przyjęła zupełnie charakter odleżyny, która wogóle trudno poddawała się leczeniu, mimo że chora wciąż prawie leżała na brzuchu. Oprócz pośladków, cierpienie zajęło i skórę zewnętrznych powierzchni ud, w okolicy krętarzy, w postaci płytkich, niewielkich rozrzuconych owrzodzeń. Dnia 20. VIII wystąpił nowy objaw, a mianowicie: na skórze grzbietowej powierzchni rąk, nóg, łokci i kolan zjawiała się wysypka, z początku w postaci różyczki, a następnie oddzielne wykwitły zlały się tak, że otrzymaliśmy prawdziwą wysypkę szkarlatynową (*erythema scarlatinosum*); palec, przeprowadzony przez miejsce zajęte, pozostawiał chwilowo blado-białawą pręgę. Wysypka ta następnie rozszerzyła się na skórę przedramion, goleni i bioder; nawet na piersiach, chociaż słabo, widzieć ją można było. Wysypka ta następnymi dniami na rękach i nogach zaczęła tracić żywą szkarlatynową barwę, na kolanach jednak nie przedstawiała się rozszerzać. Dopiero 2. IX, gdy już i pośladki zaczęły się podgajać, zauważyć się dało łuszczenie się skóry, w postaci dużych płatów naskórka—na zajętych kończynach, z początku na ręce prawej, a potem — lecz już w daleko mniejszym stopniu—na drugiej ręce i kolanach; na stopach zaś łuszczenia prawie nie było.

Obserwowałem również jeszcze w dwóch przypadkach tyfoidu wysypki skórne, w postaci pęcherzyków ropnych: w jednym przypadku *pustulae* te, olbrzymiej wielkości, większe nawet od ospowych, wyłącznie umiejscowione były na zewnętrznych powierzchniach goleni; w drugim zaś — drobniutkie, rozrzucone, zajęły zewnętrzne powierzchnie bioder, kolan i łokci.

Nieliczne objawy ze strony oczu przedstawiały się w postaci zapalenia śluzo-ropnego łącznicy, a częściej, szczególnie u dzieci, zmętnienia dolnych części obu rogówek.

W niewielu nakoniec przypadkach chorzy z pierwszego okresu choroby przechodzili w okres mocznicy: tu ostatecznym wynikiem była zawsze śmierć. Dwa przydadki, które podaję poniżej, można zaliczyć również do tej grupy:

Kiel..., lat 35, dozorując chorą córkę, zapadła w szpitalu w dniu 20. VIII. Choroba od razu przyjęła przebieg ciężki; chociaż rozwolnienie i wymioty nieznaczne, chora jednak rzuca się, niespokojna, nawpół przytomna. Dnia 23. VIII stan względnie się poprawił: chora spokojna, tętno lepsze, pokarmy przyjmuje, moczu niema. Dnia 24. VIII chora wpadła w sen ciężki, długotrwały, podczas którego żadnych wydzielin nie było; oddech spokojny, tętno niezłe, przebudzić chorej nie można, płyny jednak połyka. Po 24 godzinach snu bez przerwy chora na chwilę się przebudziła, aby znów wpaść w sen, który po kilku godzinach wśród objawów upadku sił i obrzęku płuc skończył się śmiercią.



Drugi podobny przypadek. 9. VIII wezwany zostałem do 50-letniej żydówki K., której mąż kilka dni temu umarł na cholere. Choroba zaczęła się od rozwolnienia, wymiotów, kureczów w słabym stopniu; na pierwszy plan wystąpiły silne omdlenia, następujące jedno po drugim, mimo wstrzykiwania eteru i podawania wina i koniaku. Po pewnym czasie chora wpadła w sen ciężki przy pełnem, równem tętnie. Po sześciu godzinach tejże nocy wystąpiły rżenia i chora bez przebudzenia się, nie oddawszy ani kropli moczu przez czas choroby, umarła.

Przypadków trzeciej grupy, ogółem wzięwszy, naliczyłem 80 [20 mężczyzn, 25 kobiet i 35 dzieci], z których śmiercią zakończyło się, jak statystyka wyżej podana wykazuje, 44. Z tych 80-ciu przypadków przeszło w tyfoid 27 [7 mężczyzn, 10 kobiet i 10 dzieci], z których 11 śmiertelnych [40,7%]. A zatem na ogólną liczbę zapadłych na cholere zachorowało na tyfoid 19%.

Jako przyczynek do wątpliwej kwestyi powtórnego zapadnięcia na cholere podczas jednej epidemii, przytoczyć mogę dwa przypadki, jakie spostrzegalem:

1) Wrzos., dziewczynka, lat 12 licząca, zapadła pierwszy raz 5. VIII. Objawy były średniego natężenia. Chora w kilka dni wyzdrowiała. D. 13. VIII zachorowała po raz wtóry objawy daleko cięższe, tyfoid, wyzdrowienie.

2) Kwiatk..., lat 30 liczący, zachorował pierwszy raz 10. VIII, objawy średniej siły. Po wyzdrowieniu zajął się robotą i po nadużyciu w jedzeniu zapadł powtórnie 30. VIII i wśród ciężkich objawów następnego dnia umarł.

Rzecz prosta, przypadki te nie mogą służyć za dowód przekonywający dla rozstrzygnięcia kwestyi, ponieważ nie mogły być przeprowadzone badania kału w przerwie między jednym i drugim zapadnięciem na cholere.

Co się tyczy współlistnienia z cholere innych chorób zaraźliwych, na pierwszym miejscu postawić należy krwawą biegunkę. Ta ostatnia przebiegała w postaci małej epidemii; w czasie bowiem od 3. VIII do 10. IX zanotowałem 35 przypadków o przebiegu przeważnie łagodnym [jeden przypadek śmiertelny]. Co ważniejsza, oprócz wyżej wymienionych, obserwowałem jeszcze 9 przypadków, które zaliczyć muszę do zakażeń mieszanych, to jest— jeżeli tak wolno powiedzieć — dyzenteryo-cholery. Wszystkie te dziewięć przypadków, które zakończyły się wyzdrowieniem, przebiegały mniej więcej jednakowo: choroba zaczynała się od objawów krwawej biegunki; drugiego lub trzeciego dnia występowały wodniste wymioty, a stolce stawały się również obfite, wodniste, bez najmniejszych widocznych śladów krwi. Po 24 — 48 godzinach wracały objawy dyzenteryi; chory po pewnym przeciągu czasu przechodził w okres zdrowienia. Czasami bywało inaczej: zaczynała się choroba od objawów cholery, a następnie przybierała objawy biegunki krwawej. Charakterystycznym było dla tych wszystkich przypadków, że okres zdrowienia występował później i że chory wracał do sił daleko wolniej.

Z innych chorób zakaźnych w czasie panowania epidemii zanotowałem 22 przypadki influenzy, 2—szkarlatyny i 2—zapalenia płuc. Dodam—jako cu-



*riosum*, że w jednym mieszkaniu leżały obok siebie: matka, chora na ciężką influencję, i córka, chora na cholere [cholera-tyfoïd]; obie wyzdrowiały.

Miałem przypadki cholery u kobiet ciężarnych; poronień nie było.

Przypadków cierpienia przewodu pokarmowego niezaraźliwego pochodzenia, jak: niestrawność, nerwoból żołądka, niezbyt kiszek ostry i przewlekły, podczas panowania epidemii zanotowałem 39.

Pozostała mi najsmutniejsza część mego sprawozdania: leczenie.

Jakem już nadmieniał, urządzone były dwa szpitale oddzielne: dla chrześcijan i dla żydów. W szpitalach jednak w wielu względów pomieszczani byli tylko chorzy biedni, nie mający w domu opieki dostatecznej; zamożniejsi zaś pozostawali w mieszkaniach własnych. Chociaż sprzeciwiało się takie postępowanie ogólnie przyjętym zasadom izolowania chorych, jednak trzeba było w danych warunkach uwzględniać wstręt ludności do szpitali i niemożność zresztą podania wszystkim skutecznej pomocy przy skromnej obsłudze sanitarnej i małych środkach materialnych, przeznaczonych na walkę z epidemią. Dla pokonania obawy przed szpitalami musiałem odstąpić od normalnego postępowania i pozostawić drzwi szpitalne otworem dla odwiedzających; tym sposobem każdy mógł się przekonać, że szpital to nie „fabryka trapów“, że tu ani trują, ani męczą chorych. Temu po części przypisuję, że zaufanie do szpitali w następstwie zmieniło się znacznie. Jako dowód przytoczę, że w szpitalach było chorych 41, z których umarło 14, to jest 34%. Liczba ta wydaje się małą, lecz uwzględnić trzeba, że: 1) pierwszych dni epidemii, kiedy właśnie liczba przypadków była największą, chorzy leczyli się w domu z powodu ogólnego popłochu, jaki zjawienie się choroby wywołało, z powodu oporu gwałtownego wszystkich mieszkańców i dla braku zresztą szpitala żydowskiego, który następnych dni dopiero był otwarty; 2) dzieci do lat 10 nie przyjmowałem do szpitali z braku odpowiedniej specjalnej opieki, jakiej wiek dziecięcy wymaga, i 3) przypadków o łagodnym przebiegu również nie kwalifikowałem do przyjęcia z powodu tak braku miejsca, jak i dlatego, aby nie powiększać obaw chorego, a tem nie pogarszać objawów choroby.

W walce z epidemią, oprócz możliwego oczyszczenia miasta przez władze policyjno-gminne, przedewszystkiem starałem się uwzględnić leczenie zapobiegawcze, a mianowicie: wpoić w mieszkańców tę zasadę, że „jeść i pić można tylko przegotowane i gorące“. Przyznać trzeba, że ludność żydowska, z małymi wyjątkami, ściśle się trzymała powyższego prawidła, ogłoszonego — dla większego wrażenia — uroczyście w bóżnicy; ludność zaś chrześcijańska bardzo mało skłonna była do posłuszeństwa. Komitet żydowski z własnej inicjatywy zrobił krok dalej w uprzedzaniu choroby: co piątek wieczór obchodził wszystkie kuchnie żydowskie i wyrzucał, zwracając nb. biednym wartość produktu, wszystkie potrawy zimne, pozostawione do dnia następnego. Mykwa żydowska dniem i nocą miała poddostatkiem gorącą wodę na zapotrzebowanie ogółu. Dla chrześcijan zaś urządzoną była herbaciarnia, w której, oprócz herbaty można było dostać skromny gorący posiłek, lecz zakład ten miał nieszczerłone powodzenie. Były również urządzone bardzo pierwotne lokale izolacyjne dla



chrześcijan i żydów, lecz te służyły przeważnie dla pomieszczenia rekonwalescentów, wysłanych ze szpitala. Wielkie również znaczenie, jako *prophylacticum*, miało rozporządzenie władzy pogranicznej, na moją prośbę wydane, aby stojący na granicy żołnierze nie pozwalali nikomu brać wody, ani prać bielizny w rzece.

Co się zaś tyczy leczenia samej choroby, to postępowanie moje, ogólnie biorąc, było następujące: 1) W pierwszej chwili, gdy miałem do czynienia z okresem początkowym cholery, dawałem łyżkę oleju rycynowego i parę szklanek herbaty z arakiem, koniakiem lub wódką, aby wywołać poty. Gdy chory się spocił i zaczerwienił, można było być prawie pewnym, że jest uratowany; próbowałem również salolu, lecz nie widziałem wyraźnego działania. 2) Gdy choroba wystąpiła w całej pełni, zalecałem spirytualia i wodę *ad libitum*, kalomel *in dosi refracta* z salicylanem bizmutu i piżmem lub kamforą, zarówno jak *tr. valer. aeth., castor. et mentha pip.* do wewnątrz <sup>1)</sup>; gorczycznik na dołek, rozcieranie kończyn podczas kurczów octem, spirytusem, a najlepiej oliwą w połączeniu z olejkiem gorzycowym. Probowałem razy parę zawiązań w gorące prześcieradła, lecz bezskutecznie. Ławatywy z taniny stosowałem w małej liczbie przypadków z powodu oporu chorych. Z tego również powodu zaniechać musiałem wlewań podskórnych. Jeden z najuciążliwszych objawów, jak czkawkę, leczyłem łykaniem lodu, winem szampańskim, azotanem bizmutu i bromkiem chininy; w jednym przypadku dopiero jodyna, podana do wewnątrz [kilka kropel w łyżce wody], przerwała męczące napady czkawki. Makowca używałem z dobrym względnie skutkiem w tych rzadkich przypadkach, w których na pierwszy plan występowały objawy ze strony kiszek [rozwolnienie], a objawy zatrucia organizmu produktami życia drobnoustrojów były minimalne.

Wogóle jednak przyznać muszę, że żadnemu z wyżej podanych środków nie mogę przyznać wybitnego działania; z obserwacji bowiem przebiegu obecnej epidemii wyniosłem to wrażenie, że w każdym przypadku, w którym na tej lub innej empirycznej podstawie postawić można było złe rokowanie, wszelkie leczenie zawodziło.

Na zakończenie sprawozdania niniejszego dodać muszę, że o ile w leczeniu przezemnie stosowanem dadzą się wykazać poważne braki, o tyle statystyczne dane podałem z całą dokładnością, bardzo do rzeczywistości zbliżoną, co objaśnić można tem, iż: 1-o walczyłem z epidemią sam jeden, będąc zmuszonym ograniczyć się najbardziej pierwotnymi, najtańszymi środkami, ze względu na warunki materialne osady, i 2-o ponieważ starałem się tylko perswazyą, a nie gwałtem postępować z chorymi i przelamywać ich wstręt do szpitali i w ogóle do leczenia; wzbudzałem zaufanie, a nie postrach i wiedziałem przede o wszelkich prawie najłagodniejszych przypadkach, które nie potrzebowały się ukrywać.

---

<sup>1)</sup> Niewinne te krople podawane były w podejrzenie przez ludność żydowską i uważane przez niektórych za trucizną na tej podstawie, że... palą się, gdy przyłożą gorącą zapalkę.



## NOTATKI LEKARSKIE.

### 5. Rak pęcherzyka żółciowego i wątroby o niezwykłym przebiegu.

I. W., lat 60 licząca, wyrobница, średniej budowy o skórze bladej, tkance podskórnej skąpej, mięśniach licho rozwiniętych, przybyła do oddziału D-ra CHELMOŃSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus d. 5. VII 1894 r. z następującymi skargami: stały tępy ból w okolicach lędźwiowych, ból w dołku i utrudnione oddawanie moczu. Wywiady wykazały, że przed 4-ma tygodniami chora już leżała w szpitalu z temiż skargami i wypisała się bez żadnego polepszenia. Przy szczegółowem badaniu znaleziono jedynie obniżenie i nieruchomość granic płucnych, odgłos pudełkowy, osłabienie pęcherzykowego szmeru oddechowego i ból przy ucisku okolicy dołka i okolic lędźwiowych. Rozpoznano: *emphysema pulmonum; lumbago.*

Dalszy przebieg choroby był następujący: stopniowo wzmagające się chudnięcie; bóle w wyżej wskazanych okolicach wzmagaly się i zaczęły przechodzić w biodra; ucisk na okolicę lędźwiową na przestrzeni od 3-go kręgu lędźwiowego do kości krzyżowej wywoływał bardzo żywy ból; chora zaczęła skarżyć się na niemożność stania i chodzenia; oddawanie moczu coraz bardziej stawało się trudnem. Czucie, które poprzednio zachowane było wszędzie, na ograniczonej przestrzeni wewnętrznej powierzchni ud zostało zupełnie zniesione. Niemożność stania i chodzenia, utrudnione oddawanie moczu, a nadewszystko zupełne znieczulenie wyżej wskazanych miejsc skłoniły nas do postawienia rozpoznania: *Compressio plexus lumbalis per neoplasma.*

Po upływie 3½ tygodni pobytu w oddziale chora zmarła. Na dwa dni przed śmiercią wystąpiła średniego stopnia żółtaczka.

Badanie zwłok, dokonane przez prof. PRZEWOSKIEGO, wykazało: rak pierwotny pęcherzyka żółciowego z bardzo licznymi przerzutami w wątrobie, w której pozostały zaledwie małe wysepki tkanki niezmięnionej. Z obu stron kręgosłupa konglomeraty znacznie powiększonych, rakowato przeistoczonych gruczołów krezkowych.

W opisanym przypadku uderza brak objawów charakterystycznych, dających możliwość rozpoznania raka wątroby. Interesującym jest też ucisk, jak sprowadziły zwyrodniałe rakowato gruczoły krezkowe.

*Leon Gosztowi.*

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

Posiedzenie kliniczne z d. 29. I. 1895.

JASIŃSKI przedstawia dziecko po dokonanej *thoracotomia duplex.* Rzecz ta była ogłoszona w № 6 „Gazety Lekarskiej“.

MIKLAŚZEWSKI przedstawia chorą z oddziału CHELMOŃSKIEGO z objawami częstej śpiączki, w którą chora wpada po kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt razy na dzień. Chora ta, służąca, lat 25, pochodzi ze zdrowej rodziny, ważniejszych chorób nie przechodziła, miesiaćkuje prawidłowo. Cierpienie zaczęło się w kwie-



tniu roku zeszłego. Chora po przebytych zmartwieniach dostała napadu omdlenia, chwilami bywała nieprzytomną. Napady chwilowego omdlenia i nieprzytomności zamieniły się w następstwie na napady śpiączki: w czasie rozmowy chora naraz zasypia na 1—15 minut, budzi się w następstwie z silnym bólem głowy i prowadzi wtedy dalszy ciąg poprzedniej rozmowy. Objawy powyższe M. przypisuje histeryi.

LANDE przedstawia chorą 45-letnią żebraczkę, która przed 3-ma tygodniami przybyła na oddział CNEŁMOŃSKIEGO, skarżąc się na bóle w rękach i nogach. Ze słów chorej sądzić można, że prawdopodobnie przechodziła syfilis. Choroba rozpoczęła się przed 3 ma laty w brzuścu środkowego palca ręki prawej; z miejsca bolesnego, z początku zaczerwienionego i nieco obrzękłego, po kilku tygodniach zaczęła się sączyć ropa, zmieszana ze krwią. Po zagojeniu się tej rany wystąpiły bóle i wące, które rozprzestrzeniały się na całą rękę, oraz zeszywnienie z początku stawu napięstkowego, następnie—łokciowego. Wkrótce potem też same objawy wystąpiły i w lewej kończynie górnej. W roku ubiegłym przyłączyły się bóle w okolicy drobnych stawów prawej ręki i skóra na zgięciach palców zaczęła przybierać białe zabarwienie; też same zmiany wkrótce zjawily się na ręce lewej. Obecnie badanie wykazuje stan następujący: Skóra na twarzy, dłoni, przedramieniu i piszczelach twarda, w fałdę ując się nie daje; skóra na drobnych stawach u obu rąk, zwłaszcza na prawej jest białą, na zgięciach owrzodziałą. Żadnych zaburzeń czucia nie zauważono. Stawy drobne u rąk zupełnie zeszywniałe, nieruchome, ruchy w stawie łokciowym i kolanowym ograniczone. L. sądzi, że w danym przypadku ma do czynienia z cierpieniem, bardzo zbliżonym do choroby MORVAN'a.

WOŁKOWICZ przedstawia chorą, która przed 10-u dniami uderzyła się tasakiem we wskaziciel ręki lewej i w celu obmycia rany trzymała przez pewien czas chory palec w wodzie karbolowej. Po wyjęciu z karbolu palec zbieleł i utracił czucie, następnie palec szerniał; utrata czucia dotyczy tylko powierzchownych warstw 1-szego stawu. Mamy więc do czynienia z powierzchowną zgorzelą, która zakończy się prawdopodobnie pomyślnie, jakkolwiek możliwem jest zupełne zeszywnienie stawu. [D. n.]

## Wiadomości bieżące.

— Posiedzenie nadzwyczajne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Dnia 12 b. m. odbyło się w naszym Towarzystwie uroczyste, nadzwyczajne posiedzenie dla uczczenia pamięci ś. p. WIKTORA SZOKALSKIEGO przy bardzo licznym udziale kolegów. Posiedzenie zagał prezes Towarzystwa, prof. BARANOWSKI. Mówca skreślił zyciorys Zmarłego, wykazał zasługi Jego na rozmaitych polach działalności społecznej i naukowej, wreszcie uzasadnił opóźnienie uroczystego obchodu względami trudności technicznych, wynikających z przebudowy kościoła św. Aleksandra, w której to świątyni wmurowaną została tablica pamiątkowa. Opóźnienie to, jak się wyraził prof. B., o tyle było pożytecznem,



że obecnie, ochłonawszy ze wzruszenia po stracie Czcigodnego Męża, z większym spokojem możemy oceniać żywot Jego, pełen poświęcenia dla społeczeństwa i nauki.

Następnie kol. DOBRZYCKI w długiej przemowie przedstawił historię rozwoju naszego Towarzystwa, które rozkwiąć zaczyna od czasu, gdy SZOKALSKI, otrzymawszy najwyższą godność Sekretarza Stałego, z zapalem, do śmierci mu towarzyszącym, coraz to z nowymi przychodził projektami i z niewyczerpaną energią myśl w czyn obracał. On pierwszy zajął się uporządkowaniem terminologii lekarskiej polskiej. Jemu i ś. p. BĄCEWICZOWI Towarzystwo zawdzięcza posiadanie własnej siedziby. Jego pospółu z ś. p. JABŁONOWSKIM i HELBICHEM błogosławi wiele wdów i sierot po lekarzach za założenie Kasy Wsparcia, przy Towarzystwie istniejącej. On wprowadził Towarzystwo na drogę postępu, któremu do śmierci hołdował. Umysł SZOKALSKIEGO nie zasklepił się tylko w oftalmologii, ograniał szersze horyzonty, a nawet wiedza lekarska i przyrodnicza były dlań za szczupłe.

Po przemówieniu kol. DOBRZYCKIEGO zabrał głos kol. GEPNER [ojciec], który pierwotnie jako uczeń, następnie jako długoletni towarzysz pracy SZOKALSKIEGO, wykazał zasługi zmarłego na polu oftalmologii i skreślił historię rozwoju Szpitala Oftalmicznego, ściśle z nazwiskiem SZOKALSKIEGO związanego.

Wreszcie kol. ZYG. KRAMSZYK zwrócił uwagę na dwa doniosłe odkrycia SZOKALSKIEGO w dziedzinie fizjologii, a mianowicie na zmysł mięśniowy i uczucie barw. Ponieważ odkrycia te przeszły do fizjologii bez wymienienia nazwiska SZOKALSKIEGO, mówca wniósł projekt, aby Towarzystwo sprawą tą się zajęło, wyznaczwszy premia na krytyczne opracowanie tej kwestyi.

Przemówienie D-ra GEPNERA [ojca]:

W dniu 6-ym stycznia 1891 r., w osobie Wiktora Feliksa SZOKALSKIEGO, Sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zszedł z tego świata ostatni z liczby uczonych założycieli współczesnej nam oftalmologii. Znaczenie prac jego naukowych, niejednokrotnie, w różnych okolicznościach, u nas w kraju, a nierównie wcześniej za granicą, w Niemczech, wykazywano i nie szczędzono Mu wyrazów prawdziwego za nie uznania. Pomimo tego sądzę, że w dniu dzisiejszym, poświęconym przez Towarzystwo Lekarskie na uroczyste odsłonięcie wzniesionego SZOKALSKIEMU pomnika, słusznem i godziwem będzie raz jeszcze, chociaż pokrótce, zasługi naukowe SZOKALSKIEGO ocenić i znaczenie ich wykazać. Tym sposobem, łącznie z przemówieniem szanownego mego kolegi, a poprzedniego mówcy, powstanie całkowity obraz działalności człowieka, który, mało dla siebie od życia wymagając, wszystkie siły umysłu poświęcał dla naszego społeczeństwa i nauki.

Wiadomo szanownym Panom, że Wiktor SZOKALSKI w młodzięczych latach zmuszony był kraj swój opuścić przed ukończeniem studiów lekarskich w uniwersytecie Aleksandrowskim. W wędrówce swej na zachód powstrzymany został w Giessenie przez ciężki tyfus. Przebywszy go szczęśliwie, zajął się w tem że mieście dokończeniem przerwanych studiów, czego dokonał w roku 1834, osiągnawszy stopień doktora wszech nauk lekarskich. W ciągu następnych lat trzech przebywał kolejno w Heidelbergu i Würzburgu, studiując oftal-



mologię. Nie sądzonem mu było jednak na stałe pośród życzliwych mu ludzi pozostać, musiał podążać dalej, do Paryża. Na tę nową, nieoczekiwaną wędrówkę opatrzony został w listy polecające go D-rowi SICHEL'owi, Niemcowi, który założył w stolicy Francji pierwszą klinikę okulistyczną, prywatną. Listy profesorów CHELIUS'a i WALTHER'a dawały mu wszelkie rękojmie dobrego przyjęcia, a szczęśliwym trafem, w chwili przybycia SZOKALSKIEGO do Paryża, CANSTATT, dotychczasowy SICHEL'a asystent, opuszczał swe stanowisko przy klinice, otrzymawszy zaproszenie do objęcia katedry chirurgii w Erlangenie. Obowiązki CANSTATT'a objął SZOKALSKI bezpośrednio po nim; mając więc tym sposobem zapewnione środki do życia, jął się ponownie pracy w szkole lekarskiej dla uzyskania doktoratu francuskiego, dającego mu prawo do praktyki. Stopień ten posiadał w roku 1839, po obronie rozprawy: *Sur la diplopie uniloculaire ou la double vision d'un oeil.*

Wkrótce potem został „*Professeur Agrégé*“ i opuściwszy asystenturę u SICHEL'a rozpoczął samodzielnie pracować na polu okulistyki naukowej i praktycznej. W roku 1840 wydał bardzo poważne studyum: *Essai sur la sensation des couleurs dans l'état physiologique et pathologique de l'oeil*, wysoce przez współczesnych mu fizyologów cenione. Niezależnie od tej pracy SZOKALSKI ogłaszał drukiem w pismach lekarskich francuskich i niemieckich jednocześnie nader liczne artykuły przeważnie z zakresu oftalmologii, tak w kwestyach praktycznych, jako też naukowych. Czynił zaś tak w celu, by, komunikując myśli swe współcześnie dwóm odrębnym światom naukowym, przyczynić się do wymarzonego przez siebie zjednoczenia, w imię dobra nauki, szkoły francuskiej z niemiecką. Celu tego nie osiągnął wprawdzie, zyskiwał jednak zato dla siebie wielki rozgłos w obu szkołach naukowych.

SZOKALSKI był jednym z bardzo podówczas nielicznych lekarzów, zajmujących się badaniami mikroskopowemi tkanek ocznych, przedewszystkiem rogówki; rezultatami tych badań poparł bardzo poważnie znakomitego VELPEAU, usiłującego stworzyć klasyfikację chorób ocznych na podstawie anatomicznej, która też i zastąpiła ówczesną klasyfikację BEER'a, opartą na teorii tak zwanych specyficznych zapaleń oka [szkoła wiedeńska]: poparcie to jest także ważną SZOKALSKIEGO zasługą dla nauki. Dalej zajmował się SZOKALSKI badaniami nad ruchem mięśni ocznych zewnętrznych, nad umiejscowieniem środka obrotowego kuli ocznej, wreszcie studyami nad akomodacją. Rezultaty badań jego uległy wprawdzie z biegiem czasu niejednej modyfikacji, ale wszak to zwykła kolej rzeczy w każdej nauce postępującej naprzód, szczególnie tak szybko, jak podówczas rozwijała się oftalmologia.

Wspomnieć tu należy, że SZOKALSKI, wierzący niezmiennie, iż najpotężniejszą dźwignią tak każdej pracy ludzkiej, jak i każdej umiejętności, są stowarzyszenia, przeprowadził w r. 1844 założenie w Paryżu Towarzystwa Lekarzy, mającego za cel wyłączny zjednoczenie panujących wtedy odmiennych kierunków medycyny we Francji i w Niemczech i został pierwszym tegoż Towarzystwa prezesem, na którym to stanowisku pozostawał aż do chwili opuszczenia Paryża. Po nim nastąpił D-r VOGT, Niemiec, za którego Towarzystwo to, porzuciwszy ideały, przekształciło się w czysto niemieckie. Tam poznał



SZOKALSKI ALBRECHTA VON GRAEFE, jeszcze młodzieńca, przybyłego do Paryża dla słuchania wykładów w klinice SICHEL'a. Musiało poznanie SZOKALSKIEGO zrobić na przyszłym wielkim oftalmologu wrażenie głębsze, skoro zawsze odzywał się o naszym uczonej rodaku z uznaniem; a wiadomo tym, którzy bliżej znali GRAEFE'go, że bardzo był pod tym względem skąpy szczegółniej, gdy chodziło o kogoś, nie należącego do narodowości niemieckiej.

Po powrocie swym do Warszawy w roku 1853 SZOKALSKI znalazł się wśród warunków najpożądańszych dla swej działalności lekarskiej i społecznej. O tej ostatniej mówił przed chwilą obszernie poprzedni mówca, nadmieniając, że nie przeszkadzały Mu w niej liczne rzesze chorych, przeważnie ubogich, zapelniające w godzinach przyjęcia dziedziniec dawnej biblioteki Załuskich, w której początkowo zamieszkiwał SZOKALSKI. Był on, jak już wspomniałem, w najwyższym stopniu bezinteresownym: ubodzy byli, byleby tylko umyć, najmiłszymi dlań chorymi; nie rozstawał się też z nimi, czy u siebie w domu, czy w Instytucie dopóty, dopóki mu sił starczyło. Jak trudno było SZOKALSKIEMU z umiłowaną przez siebie pracą rozstawać się, służyć może za dowód fakt, że, nie mogąc już sam radzić i leczyć, rzadko kiedy nie pokazał się w sali ambulatoryjnej Instytutu, dla poinformowania się o ciekawszych przypadkach. Literacka działalność SZOKALSKIEGO polegała na licznych, dokładnie bardzo opisanych spostrzeżeniach kazuistycznych, zbieranych w Instytucie, lub wykładach naukowych ze spostrzeżeń tych wysnuwanych. Pomieszczał je w Tygodniku Lekarskim, Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warsz. lub czasami oddzielnie wydawał, jak naprzykład: duże w swoim czasie [1854] wzbudzające zajęcie „Listy o patrzeniu i spoglądaniu, czyli o macaniu okiem w stanie zdrowia i choroby“, w których prowadził dysputę naukową z JÓZEFEM MAJEREM, krakowskim profesorem fizjologii, nad akomodacją oka. Praca ta, wydana 1854 roku, po nastąpionych w 10 lat później odkryciach DONDERS'a posiada już tylko wartość historyczną.

Do Instytutu Oftalmicznego SZOKALSKI wszedł początkowo w charakterze konsultanta, wkrótce po swoim powrocie do kraju, w roku 1854. Następnie został ordynatorem, a dopiero w r. 1858 Lekarzem Naczelnym i w tym charakterze do zgonu swego pozostał. Szybkie awansowania SZOKALSKIEGO pochodziły stąd, że przedtem, od zamknięcia uniwersytetu w 1831, leczeniem chorych na oczy zajmowali się w Instytucie lekarze, nie specjalnie okulistyczną, lecz ogólną praktyką lekarską uprawiający, operacye zaś wykonywał specjalny okulista, z zagranicy sprowadzany.

Rozpocząwszy pracę swą w Instytucie, SZOKALSKI niebawem szukać sobie zaczął pomocników, wobec rosnącego szybko zajęcia, w nadziei, że z czasem, wytworzą się z nich krajowi specjaliści-lekarze. Pierwszym pomocnikiem takim, jeszcze prywatnym, był D-r ZENON CYWIŃSKI, obecnie Lekarz Naczelnny Instytutu Oftalmicznego w Wilnie i okulista okręgu wojennego Wileńskiego. W 1858 r., jako etatowy już asystent, zastąpił CYWIŃSKIEGO dzisiejszy profesor Oftalmol. Uniw. tutejszego D-r EMIL WOLFRING. Po przejściu zaś tegoż do służby wojskowej, w charakterze ordynatora szpit. Ujazdowskiego, zajęłem jego miejsce, jako ordynator etatowy w r. 1860. Na nas 3-ch skończył



się szereg uczniów SZOKALSKIEGO z tej epoki Jego działalności; w początkach bowiem r. 1864 Instytut Oftalmiczny, który mieścił się dotąd w gmachu, wcale na zakład leczniczy nie budowanym, został zamknięty czasowo, aż do ukończenia budowy odpowiedniejszego i większego gmachu, którego otwarcie nastąpiło dopiero w końcu 1870 roku.

Zostałem więc ordynatorem Inst. Oftalm. lat temu blisko już 35, jako młody lekarz, który nie posiadał dostatecznych w okulistyce wiadomości, bo oparte one były li tylko na szczupłej treści ówczesnych wykładów uniwersyteckich, kiedy to oftalmologia wszędzie jeszcze była wykładana jako drobna, dodatkowa gałąź chirurgii. SZOKALSKIEMU więc tylko zawdzięczam, w całej pełni znaczenia tego wyrazu, poznanie podstaw dzisiejszej mojej nauki. Do pracy umiał On i chciał słowem oraz czynem zapalać, narzucając się przytem prawie z nauczaniem w początkach, a stopniowo coraz większą swobodą działania obdarzając.

Niechże mi więc dziś będzie wolno w tem miejscu wdzięcznym słowem uczcić pamięć tego zacnego Meza!

Czasowe zamknięcie Instytutu Oftalmicznego dało SZOKALSKIEMU sposobność do okazania cichej swej bezinteresowności. Oto, wiedząc dobrze, jak dalece szczupłymi środkami zakład ten podówczas rozporządzał, zrzekł się On dobrowolnie połowy swej pensyi na czas budowy i nadał po jej ukończeniu.

Dopiero z okazji 25-letniego Jego jubileuszu, w roku 1879, otrzymał, do pensyi 600 rubli, dodatek osobisty 400 rubli rocznie, dzięki inicjatywie kuratora Instytutu Ks. J. T. LUBOMIRSKIEGO. A kto znał podówczas bardzo skromne położenie materialne SZOKALSKIEGO, ten umiał ocenić, jak ważną szczupła ta kwota była pomocą.

Dużo pracy i zabiegów położył SZOKALSKI jako członek komitetu budowy nowego gmachu, zanim w pięknej, wzniesionej miejscowości, tuż przy obszernych ogrodach prywatnych, z widokiem na Wisłę i obszerne jej zarzeczce, dostarczające obfitość świeżego powietrza, dźwignął się wspaniały budynek, odpowiadający ówczesnym wymaganiom szpitalnictwa, w którym odtąd corocznie 560 z górą osób otrzymuje pomoc lekarską w salach jego, a przeszło 6000 nowych chorych co rok poradę i pomoc ambulatoryjną.

Gdy Instytut Oftalmiczny w nowym tym gmachu rozpoczął swą działalność w dniu 1 października 1870 r., zdawało się wszystkim, że owe 60 łózek, jakie posiadał, wystarczy potrzebie na długie lata; a przekonanie to stało się tak powszechnem, że władza uznała za możliwe zamknąć istniejący od dawna oddział chorób ocznych w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Niestety, w niedługim czasie potem, bo w 10 lat, okazało się, że Inst. Oft., jako jedyny specjalny szpital oczny, dla ludności chrześcijańskiej miasta i kraju całego, wystarczyć potrzebom nie może. Lata, poświęcone budowie nowego gmachu dla Inst. Oft., były w życiu SZOKALSKIEGO, najgorętszemi pod względem różnorodności i ważności zajęć Jego. Na nie to przypadł czas profesorskiej Jego działalności okulistycznej w byłej Szkole Głównej, która, prawie jednocześnie z otwarciem na nowo Instytutu, z powodu przekształcenia owej Szkoły Głównej na



uniwersytet z wszelkimi reformy tej następstwami, została dla SZOKALSKIEGO przerwana.

Doprawdy, trzeba było być SZOKALSKIM, by wziąć na swe barki, już i tak dużo dźwigające, trud nauczania okulistyki w b. Szkole Głównej, nie będącej w stanie dać funduszu, nieodzownego na urządzenie i utrzymanie kliniki, bez której wykład, mający przynieść korzyść słuchaczom, był niemożliwym. SZOKALSKI znalazł jednak tyle energii, by sobie klinikę stworzyć. Prywatnie udzielono mu pomieszczenia w jednym z pawilonów nowo-ukończonego Szpitala S-go Ducha; prywatnie pożyczono łóżka i umeblowanie z zamkniętego czasowo Instytutu Oftalmicznego; prywatnie znalazł się chętny i doświadczony asystent w osobie ówczesnego, przedwcześnie zgasłego bibliotekarza Towarzystwa naszego, okulisty STANISŁAWA KOŚMIŃSKIEGO; od lat dawnych ściśle z SZOKALSKIM zaprzyjaźnionego. W stworzonej z niego klinice o 12 łóżkach rozpoczął SZOKALSKI w roku 1865 swe wykłady kliniczne, zużytkowując obfity materiał wykładowy, dostarczony przez otwarte jednocześnie bezpłatne ambulatoryum. Jasnym a wymownym wykładem ściagał zawsze, do swej kliniki licznych i chętnych słuchaczy, z pomiędzy których jednak tylko jeden wstąpił w ślady swego Mistrza: jest nim Dr. ZYGMUNT KRAMSZTYK, powszechnie ceniony i poważany za swą pracę na polu naukowym i praktycznym.

Na lata budowy Instytutu przypadła jeszcze jedna praca, którą SZOKALSKI wznosił sobie najtrwalszy pomnik: jest to wydany w roku 1869. „Wykład chorob przyrzędu wzrokowego u człowieka.”

Dzieło to, liczące już 25 lat istnienia, w swoim czasie słusznie nader pochwlebnie ocenione i nagrodzone przez Akademię Nauk Krakowską, zostanie na zawsze cennem z powodu po raz pierwszy w literaturze przedstawionego w niem „Rysu historycznego rozwoju teoryi wzroku od czasów najdawniejszych do dzisiejszych” oraz historii rozwoju patologii i terapii.

Tę wielką pracę, opatrzoną bardzo licznymi i doskonałymi drzeworytami, wydał SZOKALSKI własnym swym nakładem.

Została ona przełożoną na język ruski przez studentów uniwersytetu Moskiewskiego pod kierunkiem profesora WOJNOWA; Niemcy zaś przyswoili z niej sobie „Rys historyczny.”

Po wydaniu swego dzieła SZOKALSKI coraz rzadziej zabierał głos w kwestjach okulistycznych, pisał jednak do końca życia i drukował, przerzuciwszy się do zupełnie innych tematów — z filozofii przyrody.

Pracami z pierwszej połowy życia swego zapisał nazwisko swe na licznych kartach historii medycyny ogólno-swiatowej, a przeważnie okulistyki. Nierównie świetniejsze stanowisko wyrobił sobie na wieki w historii lekarskiej swego kraju, który tak gorąco milował i dla którego życie całe poświęcił. Cześć Jego pamięci!

— W d. 12 b. m. w kościele S-go Aleksandra w Warszawie nastąpiło poświęcenie pomnika, a tegoż dnia wieczorem odbyło się w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem nadzwyczajne posiedzenie dla uczczenia pamięci i zasług śp. profesora SZOKALSKIEGO.



— Kol. JÓZEF ZAWADZKI, referent prac polskich z zakresu chorób wewnętrznych i medycyny teoretycznej do pisma „*Centralblatt für innere Medicin*“, uprasza autorów o nadsyłanie mu odbitek z ich prac, na jego imię [Warszawa, Solna 21] lub do redakcyi Kroniki Lekarskiej.

## Wspomnienie pośmiertne.

Dnia 9 b. m. zakończył życie w mieście naszym D-r ALEKSANDER PRZYSTAŃSKI. Była to osobistość oryginalna, znana dobrze nie tylko lekarzom, lecz i licznym mieszkańcom dzielnicy Starego Miasta, którym bez względu na zamężność, a nieraz i z zaparciem siebie niósł pomoc. Sprawami naszego Towarzystwa zajmował się szczerze do tego stopnia, że tylko choroba mogła go skłonić, aby kto inny zajął podczas posiedzeń uprzywilejowane jego miejsce. Jako najstarszy członek Towarzystwa nieraz zastępował prezesa, a przez czas długi był wybieranym do komisji rewizyjnej. W r. 1891 Towarzystwo Lekarskie wybrało go na członka honorowego. PRZYSTAŃSKI urodził się w Warszawie d. 26 grudnia 1817. Studya lekarskie odbył w Akademii Wileńskiej w czasie najwzrostu jej rozkwitu pod kierunkiem JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO, SIEWRUKA, PORCYANKI, WOELKA, RYMKIEWICZA. Jeżeli Akademia wywarła wpływ na PRZYSTAŃSKIEGO pod względem rozwoju umysłowego, to niewątpliwie o wiele więcej wpływ ten uwydatnił się w wysokim poczuciu obowiązków, którego niejednokrotnie dawał godne naśladownictwa przykłady. Po skończeniu Akademii w r. 1839 praktykował z początku w Wilnie, następnie w Eyragołach, a później w Rosieniach. W r. 1863 musiał wyjechać do Troicka w gub. Orenburskiej, gdzie podczas przeszło 5-letniego pobytu miał możność zbadania na miejscu działania kumysu i sposobu jego przygotowywania. W r. 1869 wraca do kraju i wprowadza do praktyki nieznaną u nas do tego czasu ten dzielną środek dyetetyczny. W r. 1875 PRZYSTAŃSKI zostaje mianowanym lekarzem miejskim, a w r. 1878 zaliczonym został do służby policyjno-sanitarnej w Warszawie, na którem to stanowisku był bez zarzutu. Działalność naukowa PRZYSTAŃSKIEGO kończy się z rokiem 1869, a do czasu tego ogłosił prace następujące: „Gorączka mleczna, pokarmowa. Niewłaściwość jej zasady i nazwania“. Tyg. Lekarski, 1859. „Nowy sposób szczepienia ospy“ tamże 1866. „Przeszczepianie ospy, *retro-vaccinatio*“. Klinika, 1869. „Wakcyna, badanie jej mikroskopowe, rozradzanie jej w organizmie“. „Retro-wakcynacja“. Pamięt. Tow. Lek. Warsz. LXIV. „Kilka słów o publicznem tegorocznem [1871] szczepieniu ospy“, tamże LXVI. „Zwrotne szczepienie ospy (*revaccinatio*)“, tamże LXI. „Retrowakcynacja“, tamże 452. „Ospa rodnią u dziecka, przed trzema tygodniami ze skutkiem zaszczepionego; śmierć“, tamże LXVIII. „Kąpiele zwierzęce“. Tygodnik Lekarski, 1858. „Terapeutyczna hemostatyka“, tamże 1863. „O leczeniu wyczekującym“. Pamięt. Tow. Lek. Warsz. LX. „Lekarstwo przeciw katarowi zadawnionemu“. Tygodnik Lekarski, 1858. „Poderżnięcie gardła. Wyleczenie“. Tyg. Lek. 1851. „Miękina potyliczna (*craniotabes*)“, tamże Nr. 46. „Choroby pologowe“. Tyg. Lek. 1857. „Samowolne wyklucie się dziecięcia“, tamże 1858. „*Hydrorrhoea*, wodnica macicy u brzemiennych“, tamże 1858. „Krwawe rozszerzanie ujścia macicznego“, tamże 1858. „Zboczenia i choroby łożyska“, tamże 1859. „Gorączka mleczna, pokarmowa, niewłaściwość jej zasady i nazwania“, tamże 1859. „Stek krwi zamaciczny, (*haematocele retro-uterina*)“, tamże 1860. „O sposobie postępowania, gdy miesiączka zjawia się w przebiegu różnych chorób“, tamże 1865. „Kwestya sztucznego poronienia“. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego LV. „Medycyna sądowa. O potrzebie śledzenia łożyska“. Tygod. Lek. 1860. „Szczególne zjawisko przy otruciu kwasem pruskim“, tamże 1865. „Tetanus, zatrucie strychniną“. Pamiętn. Tow. Lek. Warsz. LXXII.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава 3 Февраля 1895 г.

Druk. K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.



# APTEKA E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27 róg Kruczej

w WARSZAWIE.

Niniejszem mam zaszczyt podać do wiadomości W. Panów Doktorów, iż stosując się do przyjętej we Francyi nader dogodnej formy stosowania leków pod postacią pigułek powlekanych cukrem (dragées), przygotowałem cały szereg tego rodzaju przetworów, złożonych z bardziej używanych środków lekarskich, których spis poniżej zamieszczam:

Dragées kreosoti Fagi 0,03	1) Dragées ferri albuminati 0,05
„ „ „ 0,05	„ „ carbo. iici-BI audii minor aa 10,00 = 100
„ „ „ 0,05 c. acid. arsenicos 0,001	„ „ „ -Blaudii major aa 15,00 = 100
„ kreosoti Fagi 0,10	„ „ „ Valleti
„ „ „ 0,10 c. acid. arsenicos 0,001	„ „ dialisati peptonati 0,05
„ kreosoti Fagi 0,15	„ „ lactici 0,05
„ „ „ c. balsam. tolutan aa 0,05	„ „ oxydulati Kirchmani (Eis. magni pill.)
„ acid. arsenicos 0,001	„ guajacoli 0,05
„ aloes 0,10	„ „ 0,05 c. acid. arsenicos 0,001
„ balsam. peruviani 0,05	„ „ 0,05 c. extr. belladonnae 0,00
„ „ „ 0,05 c. acid. arsen. 0,001	„ ichtyoli 0,05
„ chinini ferro-citrici 0,05	„ jodofurcii 0,05
„ „ muriatici 0,05	„ „ 0,05 c. acid. arsenicos 0,001
„ „ sulfurici 0,05	„ „ 0,05 c. morph. muriatic 0,004
„ extr. Cascar. sagrad. fluid. 0,5	„ pepsini 0,05 (c. acid. muriat.)
„ „ hydrast. Cenadens. fluid. 0,5	„ picis 0,05
„ „ rhei comp. 0,05	
„ „ rhei simpl. 0,05	
„ „ Valerianae spir. 0,10	

1) Dwie pigułki odpowiadają jednej łyżeczce roztworu.

Dragées czyli pigułki cukrem powlekane, pomimo swego pięknego wyglądu posiadają tę wyższość przed innymi formami lekarskimi, że zarobione są zupełnie obojętnymi środkami, jak korzeniem ślazowym i wyciągiem lukrecjowym, że zapobiegają rozkładowi lub też ułatwianiu się danego leku jakim podlegać może pod wpływem tlenu powietrza i długiego przechowywania, że znoszą nieprzyjemny smak lub zapach stosowanych środków leczniczych i że pozwalają z największą ścisłością dozowanie przepisanego leku.

Wszelkie zamówienia na drażę z żądaną kompozycją jak najchętniej przyjmuje, lecz w ilości niemniejszej dwóch funtów, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie) mniejszych ilości pigułek jest niemożliwym.



Liquor Ferri albuminati 0,4<sup>o</sup> Fe.

Liquor Ferri peptonati 0,4<sup>o</sup> Fe.

Liquor Ferro-Mangani peptonati 0,6<sup>o</sup> Fe i 0,1 Mn.

## Chloroformium purissimum

do operacyi

flaszki oranżowe, objętości 60, 90, 180 i 360 gramów.

## PREPARATY D<sup>ra</sup> HEBRA

Ungt. diachil. Hebrae, Tr Rusci v. Waldheim i Tr Rusci  
własna Ol., Rusci spissum i Ol. Rusci liquidum.

## Wszystkie wina lecznicze.

## TRANY LEKARSKIE

oprócz białego i żółtego Lofoden z następującymi  
środkami: z jodem, z jodkiem żelaza, z tlenkiem  
żelaza, z fosforem i z jodkiem potasu.

**Apteka H. BIERTÜMPFLA**

Marszałkowska róg Ś-to Krzyskiej. 13-3