

GAZETA LEKARSKA.

I. PYOKTANINA W CHIRURGII.

Podat

D-r Roman Jasiński.

Zwątpienie prof. SEMMOLI, dotyczące środków leczniczych antyseptycznych, jest łatwe do zrozumienia (*Vorlesungen über exper. Pharmakologie und klinische Therapie 1890*). Większość, a może wszystkie znane środki przeciwparazyticzne mają dwie słabe strony w wartości swej klinicznej: 1-o, że nieraz szkodliwie działają na ustrój człowieka, gdy je w odpowiednim stężeniu i dostatecznie długo stosujemy; oraz 2-o, że czasami tworzą niepotrzebnie połączenia chemiczne z tkankami lub sokami takie, które znoszą możliwość dostania się środka samego do odpowiednich warstw tkankowych, będących siedliskiem wegetacji szkodliwych. Nieraz znów własności dyfuzyjne danego środka psują jego wartość leczniczą.

Ztąd wypada, że dobry lek przeciwparazyticzny, czyli antyseptyczny, powinien: 1-o, zabijać drobnoustroje chorobotwórcze i to koniecznie już w takich dawkach, które dla ustroju chorego bez szkody zastosować by się dały;

2-o, czynić to musi bez tworzenia związków, hamujących wnikanie jego w głąb tkanek organicznych;

3-o, nie mieć prócz tego ujemnych własności dyfuzyjnych.

Ponieważ niektóre barwniki anilinowe wykazały te trzy wymagane od antyseptyków przymioty, zwróciły więc na się uwagę kilku badaczy [KREMIANSKI, STILLING].

STILLING ¹⁾, jak wiemy, entuzjastycznie rozgłaszać zaczął wyborne działanie fioletu metylowego. Mleko nie kwaśnieje, masło nie jełczeje, gdy do nich dodamy owego barwnika w roztworze. Pleśnie: *mucoz stolonifer*, *phycomyces nitens*, *penicillium glaucum*, nie rozwijają się, gdy je poddamy działaniu fioletu metylowego w roztworze wodnym 0,5‰, lub 1,0‰. Nawet *mucoz stolonifer*, pleśń tak szybko i bujnie rozrastająca się, ma ginąć, zdaniem STILLING'a. Wrzucił też STILLING kawałki mięsa do kolbek, napełnionych roztworami fioletu metylowego, i przekonał się, że roztwory 1:1000 i 1:2000 powstrzymują gnicie. Mocz, zmieszany z temi roztworami, po 6 dniach pobytu w termostacie, nie miał w sobie bakteryj.

Hodowle *staphylococcus pyogenes aureus* silnie się zabarwiają fioletem metylowym, przestają się rozwijać i obumierają. STILLING wstrzykiwał zwierzętom

¹⁾ GROSTERN. *Pyocyaninum*, nowy środek antyseptyczny. Wiadomości terapeutyczne. Gazeta Lekarska. 1890. Nr. 23. str. 464 i następn.

roztwory barwnika, o którym mowa, i przekonał się, że nawet duże jego ilości [aby tylko był czystym i domieszek arsenu nie zawierał] bezkarnie wprowadzać można do żywego ustroju zwierzęcego. Badania kliniczne tegoż autora wykazały bardzo wiele dodatnich zalet fioletu metylowego. Sztucznie wywołane zapalenie rogówki i ropa w komórce przedniej (*hypopionkeratitis*) królika znikaly po wkropleniu barwnika; owrzodzenia rogówki u dzieci goily się, a zapalenia powiek, łącznicy, flikteny i nawet ekcema na powiekach, jak również zapalenia naczyńiówki i tęczówki, wreszcie współczulne cierpienia całego oka oprzeć się nie mogły zawsze zwycięskiej anilinie.

Ponieważ barwnik metylowy ten tak dobrze działał na oczy, przeto STILLING zaczął go też stosować przy zanogcicy, zastrzałach, ropiejących wrzodach, we wrzodach przymiotowych, z coraz to świetniejszymi wynikami. Pałeczka z fioletu metylowego, jak różeczka czarodziejska, znosiła ropienie, gdy nią STILLING dotknął ropnia, wrzodu, czy zastrzału.

Pyoktani ną nawet nazwano tę mieszaninę o nieznanym składzie chemicznym, którą zalecono jako środek przeciwpasorzytniczy, antyseptyk najlepszy, w którym tedy rana, wata, muśliny, jedwab do ligatur, ręce operatora i narzędzia kąpać się powinny. Szkoda, że tylko jeden fabrykant MERCK z Darmstadt [bo nie wiem, czy i STILLING] wie, co to jest właściwie pyoktaniina żółta i niebieska. Ale autor niemiecki tak przekonywająco zaleca MERCK'owskie przetwory, że wielu chirurgów zaczęło i u nas środka owego próbować, malując chorych swoich i siebie na niebiesko.

Historyjami chorób nudzić Panów nie będę; wyliczę tylko przypadki, w których stosowałem specyfik MERCK-STILLING'a, oraz wyniki ztąd otrzymane.

1) *Periorchitis phlegmonosa* ¹⁾. Rozcięcie, codzienne pendzlowanie roztworem 1 na 1000 pyoktaniiny niebieskiej dna ropnia. Już zaraz na drugi dzień rana szara, nabrzmiała, ropy nie wydziela, brzegi wywinięte, jak przy szankrze. Potem ropienie obfite, wygląd rany fatalny, ból silny przy każdym pendzlowaniu. Po jakimś czasie [po 6 dniach] konieczność zmiany środka opatrunkowego.

2) *Periadenitis inguinalis phlegmonosa*, rozcięcie, pendzlowanie, jak wyżej: wygląd rany po kilku dniach fatalny; znowu ropienie obfite, dno szare, sadłowate, brzegi obrzęknięte i wywijające się.

3) *Panaritium*, rozcięcie, pendzlowanie i moczenie w pyoktaniinowym roztworze 1:2000. Ropienie obfite, bóle, obrzęk całej dłoni i t. d.. Musiałem czempredziej zmienić pyoktaniinę na długotrwałe moczenia w roztworze sublimatu, poczem zaraz przebieg stał się pomyślnym.

4) *Tendovaginitis antibrachii* po zanogcicy zaniedbanej. Szerokie cięcia. Pendzlowanie roztworem pyoktaniiny 1:1000. Rany szare obrzękłe. Ropienie z początku żadne, po kilku dniach obfite, gorączka stała. Zmiana postępowania [moczenie w sublimacie i obmywanie mocnym roztworem karbolu] wpłynęło szybko na poprawę stanu miejscowego i ogólnego.

5) *Ulcus cruris atonicum*. Stan się pogorszył, wystąpiła ekcema i t. d..

¹⁾ W każdym z tych przypadków na ranę przykładano watę, zmoczoną obficie w roztworze pyoktaniiny, na stałe [t. j. do następnej zmiany opatrunku po 24 godzinach].

W ten sposób poprzestałem na 10 podobnych przypadkach, gdyż stale jednakowe otrzymywałem wyniki.

Z metylfioletem, jako środkiem przeciwnilnym, w praktyce chirurgicznej robione były już próby przez JOHN'a ROSHOFFS'a, w poliklinice chirurgicznej D-ra KOELLIKER'a, prywatnego docenta w Lipsku. Wyniki były także ujemne. W 15 przypadkach leczono sprawy ropne i ziarninujące rany roztworem pyoktaniny 1:2500, w żadnym jednak nie zauważono nietylko natychmiastowego ustania ropienia, ale nawet przyspieszenia zabliznień. Rany, które już przedtem dobrą pokrywały się ziarniną, prawie wcale wyglądu nie zmieniły pod wpływem pyoktaniny; nieczyste zaś powierzchnie owrzodziałe, leczone pyoktaniną, nie wykazywały najmniejszej tendencji do oczyszczenia się. W kilku przypadkach nawet wystąpiło pogorszenie stanu, podczas gdy sublimat lub jodoform szybko na poprawę tychże spraw wpływał. Oprócz tego w 5 przypadkach, a więc 35,5% jako powikłanie, spowodowane leczeniem pyoktaniną, występowała pryszczycza (*eczema*) naokoło brzegów rany, która pod wpływem maści borowej znikala natychmiast (*Berliner klin. Wochenschr.* 25. 1890. *Org. Mitthl.*).

Zdaje mi się, że moje próby są jeszcze bardziej przekonujące, gdyż stosowałem roztwory mocniejsze, zawsze jednak widziałem, że ropienie z początku jak gdyby ustawało zupełnie, wkrótce jednak występuje naokoło miejsca, pendzlowanego barwnikiem, mocny odczyn zapalny z produktem surowiczym plastycznym, wygląd rany staje się gorszym i z większą, niż przedtem, siłą wybucha ropienie.

Tymczasem tu i owdzie spotykamy zawiadomienia o wynikach stosunkowo niezłych, chociaż wcale nie tak doniosłych, jak tego by STILLING sobie życzył. Przytoczę jedno bardzo poważne zdanie BRESGEN'a.

BRESGEN [Frankfurt nad Menem]: *Die Verwendung des Pyoktanins* [MERCK] *in Nase und Hals*. BRESGEN wypróbował najpierw działanie pyoktaniny w nosie po przypaleniu muszel, lub przegrody żegadłem galwanicznym. Bezpośrednio po zastosowaniu żegadła, w miejsce przypalone wcierał roztwór pyoktaniny 2:1000. Wynik był taki, że nie wystąpiły w nosie żadne objawy odczynu zapalnego, a strup, który zwykle po 4—6 dniach daje się bez krwawienia usunąć, tutaj już na drugi dzień mógł być zdjęty, wskutek czego przywraca się w znacznym stopniu drożność nosa. Po usunięciu strupa wcierał autor jeszcze dwukrotnie pyoktaninę w powierzchnię przypaloną i zatykał odpowiednie nozdrze watą pyoktaninową na 2 godziny. W ten sposób postępował przez dni sześć. Strup często się odnawia, ale odznacza się cienkością i łatwo daje się usuwać. Po sześciu dniach stosowaną była pyoktanina już tylko co drugi dzień. Pomimo to ropienie, jakkolwiek mniejsze, trwało ciągle, aż do zupełnego zagojenia. Te same wyniki dała pyoktanina po przypaleniu błony śluzowej nosa, oraz po wydłutowaniu chrzęstnych i kostnych wyrosli. Przy ropieniach w średniej szczelinie sklepienia gardzieli pyoktanina przyspieszała wyleczenie w bardzo umiarkowanym stopniu. W krtani zastosował autor pyoktaninę jeden raz, mianowicie u syfilityka, u którego śluzoropna wydzielina błony śluzowej tylnej ściany krtani była bardzo obfita i łatwo zasychała w strupy. Po 4 pendzlowaniach wydzielina zmniejszyła się do *minimum* i nie zasychała wcale. Jest to

jednak tylko pojedynczy przypadek, z którego autor wniosków robić nie śmie. Wracając jeszcze do nosa, wspomina BRESGEN, że po kauteryzacyi w bardzo wązkich przewodach, lub przy zboczeniach przegrody, zwykle występował obrzęk nosa i sąsiedniej części twarzy, a oprócz tego miejsce przypalone zrastało się z przegrodą. Stosując w trzech takich przypadkach pyoktaninę, nie widział ani obrzęku, ani zrośnięcia się naprzeciw siebie położonych części.

Ból w całym przebiegu leczenia był mniejszy, niż zwykle.

Wnioski: pyoktanina działa hamująco na odczyn zapalny (*entzündungshindernd*) i kojąco (*schmerzmildernd*), ale na ropienie mały wpływ wywiera.

Tymczasem własnymi oczami widziałem u chorych na oddziale HERYNGA miejsca owrzodzone na nagłośni i łukach, które po przypaleniu smarowane były pyoktaniną, a nabrały potem wyglądu szankrowatego, barwy szarej, brzegów nacieczonych i zaczerwienionych, wówczas, gdy inni chorzy na tym samym oddziale, po przypalaniu i przy zwykłym leczeniu antyseptycznym, mieli od razu bardzo pięknie ziarninujące i gojące się owrzodzenia.

Z temi oczami to także nie każdy w walce przeciw ropieniu umie tak świetne, jak STILLING, otrzymywać wyniki. Zajrzawszy do „*Archives d' Ophthalmologie*“ ¹⁾, znalazłem wzmiankę, że MAUTHNER w Wiedniu robił doświadczenia z pyoktaniną i otrzymał wyniki najzupełniej ujemne przy ropieniach rogówki, zapaleniach jej miąższowych, przy zapaleniach tęczówki, oraz przy *chorioiditis disseminata*.

Co się tyczy pyoktaniny niebieskiej w proszku, to raz jeden tylko posypałem nią przewlekły wrzód голени i wywołałem takie bóle, że chora błagała mnie o zmycie „farbki“ jak najszybsze. Musiałem jej wstrzyknąć morfinę. Dziwnym mi się wobec tego wydają zdania, jakoby fiolet metylowy za lek kojący bóle pocztytywać należało.

Jako klinicysta, badania moje zacząłem od rozważania wyników, które, stosując pyoktaninę przy łóżku chorego, spostrzegłem.

Wniosek ostateczny tych badań brzmi tak:

1-o. Pyoktanina niczem nie przewyższa dotychczas używanych środków; jest więc środkiem zbyt cennym.

2-o. Wpływu antyseptycznego, czy nawet przeciwoznego na ranach, ropniach i wrzodach nie otrzymałem ani razu przy stosowaniu fioletu metylowego; nie mogę go więc zalecać tam nawet, gdzieby go użyć można w razie braku pod ręką sublimatu, czy fenolu.

Zadałem sobie tedy pytanie, czy wogóle pyoktanina niebieska posiada owe trzy własności, któremi obdarzony powinien być środek antyseptyczny.

1-o. Niewątpliwie dyfunduje ona wybornie.

2-o. Nie ulega kwestyi, że fiolet metylowy nie tworzy z tkankami żadnych związków, mogących przeszkadzać wnikaniu tego środka do głębi.

3-o. Co się tyczy własności zabijania bakteryj, to sąd mój o pyoktaninie opieram na pracach JAKOWSKIEGO ²⁾ i na doświadczeniach, przezemnie dokonanych w pracowni ELSENBERGA.

¹⁾ Tome dixième. Nr. 3. Mai, Juin. 1890, str. 270.

²⁾ Kilka słów o działaniu antyseptycznym pyoktaniny. Gazeta Lekarska. Nr. 25.

JAKOWSKI dodawał roztworu pyoktaniny [1:1000 i 1:3000] do gleby odżywczej i na tej mieszaninie szczepił laseczniki czarnej krosty, *staphylococcus pyogenes aureus*, laseczniki tyfusu brzuszego i bakteryje zapalenia płuc [FRIEDLAENDER'a], albo smarował powierzchnię skrzepłego gruntu temiż roztworami, albo wreszcie hodowle już rozwinięte zlewał niemi.

Doszedł on do przekonania, że pyoktanina żółta działa nadzwyczaj słabo na drobnoustroje chorobotwórcze.

W pyoktaninie niebieskiej, zmieszanej z glebą, organizmy te nie rozwijają się, gdy mieszanina ma w sobie 1:5000 barwnika.

Smarowanie gruntu przed zaszczepieniem wpływa hamująco na bakteryje czarnej krosty i *staphylococcus aureus*. Po 48 godzinach jednak mogą się one rozwijać. Posmarowanie gotowych kolonij tych pasorzytów roztworem 1:1000 niszczy dalszy ich rozwój.

Dostrzegł też, między innemi, że kropla roztworu [1:1000], puszczone na świeżą i żyzną hodowlę laseczników, rozpostartą na szkiełku, wchłoniętą zostaje gwałtownie przez żywe drobnoustroje.

Ja postanowiłem inną obrać drogę, aby przekonać się o przeciwpasorzytniczej wartości fioletu metylowego.

Nie glebę odżywczą mieszałem z barwnikiem, lecz ropę, którą na tej glebie zaszczepić zamierzałem.

Ze świeżo opróżnionego ropnia zebrałem zawartość i brałem z niej wyjąłowaną igłą małe cząsteczki, które pogrążałem na minut 5 do roztworów pyoktaniny niebieskiej MERCK'a. Po pięciu minutach opłukiwałem zlekką cząsteczkę w wodzie przekroplonej i wyjąłowanej, a wtedy dopiero szczepiłem je na agarze i żelatynie. Próby dotyczyły roztworu 1:1000 i 1 na 500.

Wyniki otrzymałem dodatnie, w żadnej z próbek nawet po 14 dniach nie rozwinęły się wcale schyzomycety, pomimo że z ropy zaszczepionej bez pyoktaniny otrzymałem bardzo piękne hodowle *staphylococcus albus*. W niektórych próbkach rozwinęły się pleśnie.

Wobec tego faktu wziąłem kilka pięknie wyhodowanych egzemplarzy pleśni.

1-o *Mucor* na agarze.

2-o *Penicillium* na agarze.

3-o *Penicillium* na żelatynie i hodowle te zlałem obficie roztworami pyoktaniny 1:1000 i 1:500.

Po trzech dniach z próbek tych przeszczepiałem na świeżą wyjąłowaną żelatynę i w dwa dni potem otrzymałem bardzo piękne nowe hodowle tych pleśni, które, rozwijając się ciągle, wchłaniały w siebie barwnik anilinowy.

Badając pod drobnowidzem, przekonałem się, że zarodniki i nici zabarwione były na niebiesko i to dość silnie.

Ponieważ różnicy, jaka zachodzi między pleśniami a schyzomycetami, pod względem działania na nich pyoktaniny, nie podniósł STILLING w swej pracy, twierdząc, że najwytrzymalsze pleśnie działania tego nie wytrzymują, postanowiłem jeszcze inną drogą zbadać różnicę naszych wyników. Postąpiłem sobie w sposób następujący:

Oba roztwory pyoktaniny [1:1000 i 1:500] pozostawiłem na 24 godzin w otwartych naczyniach w wilgotnym miejscu pracowni.

Nazajutrz, pogrążywszy w tych roztworach igły wyjałowione, igłami temi ponakłowałem żelatynę wyjałowioną dnia 27 Czerwca.

Dnia 29, t. j. po 48 godzinach, we wszystkich takich próbkach widać było na dnie męty, a przy poruszeniu szeregi smug cokolwiek ciągnących się, śluzowatych.

Dnia 5 Lipca były to już dwie zlekka niebieskawe pająkowate kolonije pleśniówek, które przeszczepione po raz drugi całą żywotność swą wykazały, rodząc nowe kultury po dniach trzech.

Z tego wnoszę, że pyoktanina wcale nie działa zabójczo na pleśnie, pomimo że wnika szybko w nie, zabarwiając nici i zarodniki.

Z drugiej strony przekonałem się, że barwienie, o którym mowa, pozbawia życia drobnoustroje, ropienie wywołujące.

W ten sposób dojść musimy do wniosku, że pyoktanina odpowiada zupełnie trzem wymaganiom powyżej wyliczonym. Pokazuje się tylko, że stawianie owoch trzech wymagań jest rzeczą niesłuszną i niepraktyczną.

Doświadczenie kliniczne nauczyło mnie, że środek ten, niewątpliwie zabijający drobnoustroje chorobotwórcze, wywiera jednocześnie na tkanki działanie uboczne, drażniące, wynikiem którego jest występowanie w tkankach przyległych sprawy zapalnej z wysiękiem surowiczoplastycznym.

Ta ilość, czy jakoś podrażnienia, występująca przy mniejszych, czy słabszych roztworach i przy użyciu pyoktaniny „*in substantia*“ w proszku, czy w paleczkach, jest właśnie ujemną środka tego własnością.

Zamiast glebę żywą wyjałować, przygotowywa i uprawia ją pewnie pyoktanina, tak, że nowe w tkance sąsiedniej bujają hodowle i nowe a tem silniejsze jeszcze powstaje ropienie.

A więc pyoktanina nieodpowiednią jest jako antyseptyk w chirurgii, tak, jak sublimat np., środek *par excellence* przeciwpasorzytnicy, na błony śluzowe dróg moczowych stosować się nie daje.

Toć FINGER wstrzykuje roztwory sublimatu do cewki, żeby się przekonać, czy istotnie przewlekłe jej cierpienie od tryprowego zależy zarazka.

Gdy w moczu i wydzielinie cewki nie może znaleźć gonokoków, wywołuje umyślnie podrażnienie gleby, a w przypadkach trypra odrazu udaje mu się na drugi dzień wykryć gonokoki, choć ich przecie za pomocą sublimatu nie stworzy.

Z drugiej strony, któż dziś dowiedzie, że jodoform zabija ustroje chorobotwórcze, a jednak każdy chirurg uważa go za jedno z najgrubszych dział swojej zbrojowni. Ale jodoform ten, jak wiemy, świetną posiada własność pobudzania elementów tkankowych do rozmnażania się i tworzenia ziarniny.

Jodoform uważać musimy za sprzymierzańca, a pyoktaninę niemal za wroga dla tkanek w ich walce o byt z najezdcami.

Pozwolę sobie tedy powiedzieć, że lek antyseptyczny w chirurgii, a środek przeciwpasorzytnicy w pracowni doświadczalnej, to nie jest jedno i to samo.

Ziarniny, czy tkanki ropiejącej nie można bezwzględnie utożsamiać z agarem lub żelatyną wyjałowioną, a trzy postulaty, zwykle antyseptykom stawiane i powyżej wymienione, nie odpowiadają bynajmniej temu, czego się chirurg spodziewa po środku, który antyseptykiem nazwie przy łóżku chorego.

II. PRZYPADEK ROZSIANEGO ZAPALENIA NERWÓW WSKUTEK ZATRUCIA WYSKOKIEM.

Podał

Władysław Biegański,

lekarz szpitala w Częstochowie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 38].

W dniu 23 Kwietnia zbadałem po raz pierwszy przy pomocy kol. WASSER-THALA, KOHNA i SZPIGLA zachowanie się mięśni kończyn wobec prądu elektrycznego stałego. Do badania użyliśmy zwykłej baterji BERENDTA. Dużą płaską elektrodę przyłożono na mostek chorej, a małą ostro zakończoną badano nerwy główne na przebiegu. Przy drażnieniu [18 elementów] nerwu strzałkowego (*n. peroneus*) znajdowaliśmy $KaSZ < AnSZ$ i $AnOZ$; $AnSZ = AnOZ$; KOZ nie było wcale. Przy drażnieniu *n. tibialis* [zginacze stopy i palcy]. $KaSZ < AnSZ$; $AnSZ > AnOZ$. $KaOZ$ bardzo niewyraźny. Przy drażnieniu nerwu udowego [rozginacze] skurcze następowały w następującym porządku: najmocniejszy $AnSZ$, później $KaSZ$, a w końcu $AnOZ$. Skurcze, otrzymywane przy powyżej opisanem drażnieniu, były wolne, leniwe. Na kończynach górnych przy drażnieniu nerwu środkowego (*n. medianus*) $KaSZ < AnSZ$ i $AnOZ$. Ten ostatni $< AnSZ$. Skurcze jednak tutaj były dość szybkie, błyskawiczne. Przy drażnieniu bezpośredniem mięśni $AnSZ > KaSZ$ wszędzie i na górnych i na dolnych kończynach z tą tylko różnicą, że na górnych kończynach skurcze były bardziej szybkie, błyskawiczne, na dolnych zaś leniwe, wolne, a w niektórych nawet mięśniach, przeważnie wyprostnych biodra i goleni, skurczu prawie nie było.

Badania powyższego elektro-dyagnostycznego nie można nazwać zupełnem. Nie mając pod ręką dokładnych przyrządów, musieliśmy zmienić w pewnym stopniu sposób badania. Zamiast mierzenia występowania skurczów liczbą elementów, lub absolutnym galwanometrem, zmieniając ciągle siłę prądu, użyliśmy w badaniu jednej stałej siły prądu [18 elementów] i uważaliśmy tylko, jakiej siły skurcze przy zmianach komutatora występują. W każdym razie nawet przy takim niedokładnem badaniu przekonać się mogliśmy, że prawidłowy wzór pobudliwości elektrycznej przy użyciu prądu stałego jest zmieniony, głównie na kończynach dolnych i że skurcze w większości mięśni kończyn dolnych odbywają się leniwo, robaczkowato. Jednem słowem: mieliśmy do czynienia z t. zw. odczynem zwyrodnienia. W pobudliwości pośredniej elektrycznej

mięśni kończyn górnych wzór prawidłowy, co prawda, był także nieco zmieniony, skurcze jednak miały zwykły, prawidłowy, błyskawiczny charakter; tutaj więc zaledwie moglibyśmy mówić tylko o częściowym odczynie zwyrodnienia (*partielle Entartungs-Reaction*).

Przy zastosowaniu mocnego prądu przerywanego: mięśnie rozginacze na przedniej powierzchni uda są prawie zupełnie niepobudliwe, mięśnie rozginacze na przedniej powierzchni goleni odpowiadają na pobudzenie skurczem wolnym, robaczkowatym, niewyraźnym. Takież skurcz, chociaż znacznie wyraźniejszy, widzimy przy stosowaniu prądu przerywanego na mięśnie zginacze na tylnej powierzchni goleni, a prawie zupełnie prawidłowy skurcz, szybki, błyskawiczny, znajdujemy na mięśniach zginaczach tylnej powierzchni uda. Na kończynach górnych odczyn mięśni na prąd przerywany jest prawidłowy.

Sfera umysłowa chorej przedstawiała także pewne wyraźne zboczenia. Przedewszystkiem w pierwszych dniach pobytu chorej w szpitalu trażyły ją przywidzenia z charakterem przeważnie prześladowczym. Wskutek właśnie tych przywidzeń chora całe noce nie spała. Zdawało jej się, że dzieci się topią, że wściekły pies goni jej synka, że rozbójnicy napadli na jej męża. Z przeraźliwym krzykiem w nocy budziła chore na sali, wołając o ratunek. Rzecz godna uwagi, że przywidzenia te napastowały ją głównie w nocy; w dzień podczas mojej wizyty była dosyć spokojna. Pod wieczór zawsze wznagała się jej drażliwość: zaczynała kłótnie z obok leżącymi choremi, lżyła je, co powodowało tysiączne skargi. Zresztą i w dzień nie była zupełnie wolną od przywidzeń i omamów. Pamiętam raz, podczas mojej wizyty rannej usłyszała dzwonek na stacyi kolejowej; odrazu na twarzy spostrzegłem przestraszonych, i z krzykiem „gore“ „pali się“ chciała zeskakiwać z łóżka.

Obok tych burzliwych halucynacyj i przywidzeń, łatwo dało się spostrzedz jeszcze pewne osłabienie myśli, a głównie pamięci. Dane anamnestyczne, jakie mi sama podawała, okazały się zupełnie fałszywymi, jak to następnie dowiedziałem się przez rozpytywanie męża chorej. Była przytem dziwnie jakoś apatyczna: nie tęskniła wcale za domem, za dziećmi; bywały chwile, że nawet nie wiedziała, gdzie się znajduje. Nieraz, budząc się rano, wyobrażała sobie, że jest w domu, budziła parobków, służkę, żądała głośno wódki i t. p.. Po kilku tygodniach pobytu chorej w szpitalu, po zastosowaniu rozmaitych środków nasennych i uspokajających, przywidzenia prawie zupełnie ustały: nie krzyczała już wtedy, spała lepiej. Pozostało jednak stałe osłabienie zdolności umysłowych i pamięci.

Rozpoznanie w obec powyższych danych nie przedstawiało najmniejszych trudności. Rozsiane zapalenie nerwów jest chorobą tak wybitną w swych objawach, że w większości przypadków nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, z czem mamy do czynienia. Kiedy chorą po raz pierwszy widziałem razem z kol. KOHNEM wieczorem w dniu 11 Kwietnia, zaraz po przybyciu jej do szpitala, to kilkominutowe pobieżne badanie wystarczało dla postawienia wielce prawdopodobnego rozpoznania rozsianego zapalenia nerwów. Charakterystyczne porażenie wiotkie z zanikiem, zniesienie zupełne odruchów ścięgniętych, wyraźne zaburzenia czucia obok nienaruszonych czynności pęcherza i odbytu pozwalają z wielkiem prawdopodobieństwem wyrokować o wieloogniskowym

zajęciu nerwów. Jeżeli teraz oprócz powyższych objawów znajdujemy jeszcze bolesność mięśni i pni nerwowych na ucisk, to wątpliwość prawie zupełnie ustaje. Jedyna sprawa, o jakiej wobec tych objawów możnaby jeszcze myśleć, jest zapalenie przednich rogów istoty szarej rdzenia (*poliomyelitis anterior*). Wyraźne jednak zaburzenie czucia, bolesność i wrażliwość mięśni na ucisk, przechyła szalę rozpoznania na stronę zajęcia obwodowego, gdyż przy zapaleniu przednich rogów istoty szarej podobnych objawów nie spotykamy.

Nie przeczę, że mogą się zdarzyć przypadki, w których rozpoznanie nie jest tak łatwe i w których objawy nie są tak wybitnie wyrażone i tym sposobem niejedna wątpliwość powstawać może. W każdym razie nie zdarza się to z rozsianem zapaleniem nerwów wskutek zatrucia wyskokiem. W tej właśnie postaci zaburzenia czucia, szczególnie mięśniowego, są najwybitniejsze. Obecność przytem zaburzeń koordynacji, t. zw. bezładu, wyklucza wszelką możliwość zajęcia przednich szarych pęczków rdzenia, jedynej choroby, za jaką przyjąć można zapalenie nerwów. Za to w tych przypadkach powstaje druga wątpliwość, mianowicie trudność odróżnienia tej sprawy od wiądu mlecza pacierzowego. I w rzeczy samej, są przypadki, w których porażenia prawie nie ma, albo jest ono w postaci niepełnej, w których zniesienie odruchów kolanowych, bezład, zaburzenie czucia, przenikające bóle w kończynach, zaburzenia czucia mięśniowego [objaw ROMBERG'a], opóźnione czucie bólu [objaw REMAK'a], a nawet zaburzenia wzroku [niedosłep, niekiedy nawet zanik nerwu wzrokowego], tworzą dziwne podobieństwo do obrazu klinicznego wiądu rdzenia. W różniczkowaniu tych spraw należy zwrócić uwagę na następujące dane. Występowanie porażień wiotkich i rozległego zaniku mięśni, wyklucza z niejaką pewnością wiąd rdzenia. Tutaj, jeżeli zdarzają się porażenia, to są one najczęściej spastyczne wskutek bezpośredniego przejścia sprawy z pęczków tylnych na boczne; jeżeli jako powikłanie zdarzy się zanik, to w postaci zaniku mięśni postępowego. Nie trzeba jednak zapominać, że w przebiegu wiądu zdarzyć się może zwyrodnienie nerwów obwodowych, wtędy z łatwością do obrazu klinicznego choroby tylnych pęczków rdzenia przyłącza się porażenia wiotkie i zanik, nigdy jednak bardzo rozległe.

Nieruchomość zwrotna źrenic, t. zw. objaw ARGIL-ROBERTSON'a, jest objawem bardzo właściwym dla wiądu, a niezdarzającym się nigdy przy zapaleniu nerwów. Jedyny wyjątek stanowi przypadek OPPENHEIM'a, gdzie przy zapaleniu rozsianem nerwów była zwrotna nieruchomość źrenic. Zaburzenia w oddawaniu moczu i kału, bóle opasujące, zaburzenia odżywcze [zajęcia stawów], jeżeli występują w jakim przypadku, przechylają szalę rozpoznania na stronę wiądu, gdyż podobne objawy nie zdarzają się przy obwodowym umiejscowieniem sprawy.

W naszym przypadku wykluczenie wiądu nie było trudnem. Rozległe porażenie wiotkie z zanikiem mięśni, dość szybki rozwój choroby [niespełna 3 miesiące] nie pozwalały nawet na przypuszczenie wiądu, pomimo istnienia takich objawów, jak zniesienie czucia mięśniowego i w górnych i w dolnych kończynach, opóźnienie czucia bólu na dolnych kończynach i nakoniec bezład w rękach. Zresztą i wyraźna etjologia czyniła rozpoznanie jeszcze pewniejszym. Gdybyśmy teraz nasze spostrzeżenie chcieli podciągnąć pod kliniczny po-

dział STRUEMPELL'a, to musimy przyznać, że nasz przypadek nie odpowiada ściśle ani ataktycznej, ani porażennej postaci zapalenia nerwów wskutek zatrucia wyskokiem. Objawy obu tych postaci były w opisywanym przez nas przypadku ściśle połączone. Było i rozległe zaburzenie czucia i bezład, lecz było także bardzo wyraźne porażenie z zanikiem. Jednym słowem: mieliśmy do czynienia z postacią mieszaną. Sądząc z anamnezy, w naszym spostrzeżeniu należy przypuścić, że bezład i zaburzenia czucia wystąpiły tu przedewszystkiem, a dopiero w następstwie przyłączyło się porażenie. Postać więc ataktyczną należy uważać za okres wstępny, początkowy choroby, który następnie przejść może w okres porażenia. W miarę, jak występuje porażenie, bezład staje się niewidocznym, znika. W przebiegu nawet przy zastosowaniu leczenia, najwcześniej ustępuje bezład, porażenie zaś trwa znacznie dłużej. Tym sposobem wszystkie przypadki z samym bezładem należy uważać za prognostycznie znacznie łżejsze, aniżeli postaci porażenne.

Skończywszy tych kilka uwag, jakie nam się nasunęły na myśl, przy rozpoznaniu, przechodzimy obecnie do opisu dalszego przebiegu choroby. Jako leczenie autorowie radzą w tych przypadkach stosować kąpiele ciepłe, prąd elektryczny stały i przerywany, a w późniejszych okresach mięsienie. Kąpeli ciepłych nie mogliśmy stosować z powodu złych urządzeń naszego szpitala. Kąpiele wannowe pomieszczone są w suterenach; trudno więc było chorą, nie mogącą się poruszać, przенosić za każdym razem do kąpeli po wązkich schodach. Pozostawało więc tylko leczenie elektrycznością. To też zastosowaliśmy je zaraz od początku. Równocześnie ze względu na burzliwy stan umysłu chorej zmuszeni byliśmy zastosować środki nasenne: z początku morfinę, później morfinę z chloralem. Ta ostatnia kombinacja okazała się znacznie skuteczniejszą. Już w dniu 28 Kwietnia zanotowaliśmy ustąpienie burzliwych halucynacyj i lepszy sen, a od pierwszych dni Maja mogliśmy pozostawić chorą bez żadnych środków narkotycznych. W tym właśnie czasie przeznaczaliśmy chorej jodek z bromkiem potasu, które już stale przyjmowała aż do czasu wypisania się ze szpitala. W dniu 4 Maja zanotowaliśmy na karcie szpitalnej, że chora może zginać nogi w kolanach, że lepiej porusza palcami. W dniu 15 Maja oprócz dość znacznej poprawy w ruchach kończyn dolnych, zauważyliśmy ustąpienie prawie zupełne objawów bezładu w kończynach górnych. Te czynności, których chora dawniej nie mogła wykonać, wykonywa już dostatecznie, jakkolwiek jeszcze z pewną trudnością. Czucie mięśniowe także znacznie się poprawiło. Opóźnienie czucia bólu wciąż jeszcze widoczne. W dniu 30 Maja chora może nietylko zginać nogi w kolanach, ale nawet wyprostowane nogi podnosi w górę, może usiąść o własnych siłach; tylko stać i chodzić nie może. Prąd przerywany wszędzie już wywołuje dość szybkie, prawie błyskawiczne skurcze. Sądząc, że choroba znacznie prędzej poprawiać się będzie przy równoczesnem zastosowaniu kąpeli, poradziłem mężowi chorej, człowiekowi dość zamożnemu, by zawiózł żonę do Ciechocinka, gdzieby przy stosowaniu elektryczności mogła przyjmować kąpiele słone. Chora w dniu 14 Czerwca wyjechała do Ciechocinka. Mam nadzieję, że sprawa ta powinna się zakończyć zupełnem wyzdrowieniem, przynajmniej co do objawów choroby nerwowej.

W końcu mimowoli powstaje myśl, dlaczego, pomimo tak częstego nadużycia napojów wysokowych, tak względnie rzadko zdarza się spotykać objawy rozsianego zapalenia nerwów. Być bardzo może, że tutaj odgrywają ważną rolę rozmaite przymieszki, spotykane w napojach wysokowych. Przynajmniej co do obłędu pijackiego wielu autorów jest zdania, że objawy tej sprawy prawdopodobnie powstają wskutek trujących pierwiastków, zawartych w tak zwanych olejkach fuizlowych, lotnych, w znacznej ilości spotykanych w nieoczyszczonych gatunkach spirytualij. Na to właśnie przypuszczenie kładą wielki nacisk: MIERZEJEWSKI ¹⁾, BINZ ²⁾). Tem znaczeniem trującym olejków fuizlowych dałoby się może wytlómaczyć i porażenie wysokowe. Rzecz ta jednak dotychczas nie jest dowiedziona. Gdyby który z kolegów, zajmujących się pracami doświadczalnemi, zechciał sprawdzić działanie trujące rozmaitych pierwiastków, zawartych w nieoczyszczonym spirytusie, przyczyniłby się wielce nauce, a możeby nawet rozjaśnił ciemne jeszcze strony potologii rozsianego zapalenia nerwów z zatrucia wyskokiem.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

30. O badaniach bakteryjologicznych. Wykład miany przez profesora R. Koch'a na 1-em ogólnem zebraniu X Zjazdu międzynarodowego w Berlinie.

„Otrzymaawszy zaszczytne wezwanie do wygłoszenia odczytu na Zjeździe międzynarodowym, miałem do wyboru temat z tej gałęzi nauki, którą się w tej chwili przeważnie zajmuję, mianowicie z higieny, lub też z dziedziny bakteryjologii, której poświęcałem się poprzednio niemal wyłącznie przez długi szereg lat.

Wybór padł na bakteryjologiję; sądzę bowiem, że nauka ta budzi jeszcze zawsze najpowszechniejsze zainteresowanie. Postaram się zatem przedstawić w krótkich zarysach dzisiejszy stan badań bakteryjologicznych, przynajmniej co do niektórych ważniejszych ich zagadnień. Wprawdzie dla tych, którzy z bakteryjologiją są zaznajomieni, niewiele nowego będę miał do powiedzenia, wszelako, aby i w obec nich nie wystąpić z golemi, jak to mówią, rękami, mam zamiar w wykładzie potrącić o pewne fakty zdobyte wśród ciągłych moich badań nad gruźlicą, a dotychczas nieznaną w świecie lekarskim.

Bakteryjologija, zwłaszcza o ile dotyczy nas, lekarzy, jest nauką bardzo młodą. Przed piętnastu jeszcze laty, niewiele wiedziano więcej nad to, że w karbunkule i gorączce powrotnej występują we krwi twory obce i że w chorobach zakaźnych przyrannych napotykać się dają tak zwane wiryony. Dowód, że twory te mogłyby być przyczyną owych chorób, nie był jeszcze dostarczony, a z wyjątkiem niewielu badaczy, poczytywanych za fantastycznych, opisy odnośne uważane były za „curiosa“ i nie sądzono, aby tkwiły w tem istotne czynniki, chorobę wywołujące. I nie mogło być inaczej; gdyż nie dowiedziono jeszcze, że są to utwory samodzielne i dla danych chorób swoiste, specyficzne. W płynach gnijących, a zwłaszcza we krwi zwierząt uduszonych, znalezione zostały bakteryje, nie dające się na pozór odróżnić od bakteryj karbunkulowych. Niektórzy badacze nie chcieli ich nawet uznać za żywe istoty i poczytywali je

¹⁾ MIERZEJEWSKI. Przyczynek do nauki o alkoholizmie. Przegląd lekarski. 1884.

²⁾ BINZ. Art. „Alkoholismus“, w Encykl. EULENBURG'a. T. I, wyd. II.

za ciała krystaloidne. Sądono, że bakteryje, identyczne ze spiryllami gorączki powrotnej, znajdują się w wodzie bagnistej, w śluzie zębowym, zaś mikroby podobne do koków chorób zakaźnych przyrannych znajdowano jakoby we krwi osób zdrowych i w zdrowych tkankach.

Środki pomocnicze doświadczalne i optyczne, jakeimi na onczas rozporządzano, nie pozwalały istotnie postąpić dalej, i stan taki byłby bezwątpienia trwał długo, gdyby właśnie w tym czasie nie znalazły się nowe metody badania, które jednym zamachem stworzyły nowe stosunki i otworzyły drogi prowadzące do poznania tajemniczego obszaru wiedzy. Za pomocą udoskonalonych systemów soczewek, przy odpowiednim ich zastosowaniu, oraz przez użycie barwników anilinowych nauczyliśmy się uwydatniać dokładnie najdrobniejsze bakteryje i odróżniać je od innych drobnoustrojów pod względem morfologicznym.

Jednocześnie za pośrednictwem gleb odżywczych, według potrzeby płynnych lub stałych, doszliśmy do oddzielania zarodków i otrzymywania czystych hodowli, które pozwoliły z całą pewnością wysledzić właściwości każdego odrębnego gatunku mikrobów. Wkrótce pokazało się, do czego doprowadziły nowe sposoby badania. Wykryte zostały nowe ściśle charakterystyczne gatunki drobnoustrojów chorobotwórczych, a co ważniejsze, wykazano związek przyczynowy między niemi i odnośnemi chorobami. Ponieważ znalezione czynniki chorobotwórcze należały wszystkie do grupy bakteryj, przeto zdawało się, iż właściwe choroby zakaźne zależą od pewnych i odrębnych gatunków bakteryj; budziła się też nadzieja, że w niedalekiej przyszłości znaleźć się dadzą odpowiednie czynniki wszystkich chorób zaraźliwych.

Oczekiwania te wszelako nie ziściły się, a dalszy rozwój badań bakteriologicznych wydał w innych także kierunkach nieoczekiwane pod wielu względami rezultaty. Trzymając się ściśle pozytywnych wyników badań bakteriologicznych, wypada nam wyszczególnić następujące punkty.

Jest rzeczą w tej chwili stanowczo dowiedzioną, że bakteryje, zarówno jak wyższe roślinne ustroje, przedstawiają stałe gatunki, co prawda, niekiedy trudno odgraniczyć się od siebie dające. Mniemanie, przed niewielu jeszcze laty z wielką uporczywością bronione i dziś nawet znajdujące zwolenników, że bakteryje są zdolne do przemian w sposób odrębny od wszystkich innych żywych istot, i że mogą przyjmować raz jedne własności morfologiczne i biologiczne, drugim razem całkiem odmienne charaktery, i że co najwyżej można przyjąć kilka gatunków; albo, że bakteryje nie przedstawiają samoistnych ustrojów, lecz należą do zakresu rozwojowego pleśniowców [grybków pleśniowych], lub jak chcą inni — niższych wodorostów — (*algae*); dalej zdanie, jeszcze bardziej podkopujące samoistność bakteryj, że one pochodzą z komórek zwierzęcego ciała np. z ciałek krwi: wszystkie te zdania nie mogą się ostać wobec przekonującej liczby spostrzeżeń, które bez wyjątku za tem przemawiają, że bakteryje są gatunkami całkiem charakterystycznymi. Opierając się na fakcie, że niektóre choroby zaraźliwe zależne od bakteryj, jak trąd i suchoty, opisywane są w swych niewątpliwych objawach przez najdawniejszych autorów lekarskich, moglibyśmy nawet wyprowadzić wniosek, że bakteryje chorobotwórcze mają raczej skłonność do zatrzymywania swych cech i właściwości w obrębie długiego okresu czasu, aniżeli do szybkich przemian, które to przemiany przypuszczają zwykle z uwagi na zmienny charakter niektórych chorób epidemicznych. Wprawdzie w pewnych granicach mogą zdarzać się zboczenia od zwykłego typu gatunkowego i u bakteryj także, a zwłaszcza u chorobotwórczych; wprawdzie pod tym względem bakteryje nie odstepują bynajmniej od roślin wyższych, u których napotykać się dają również rozliczne odmiany, zależne głównie od wpływów zewnętrznych; mamy jednak prawo mówić w tym razie, co najwyżej, o „odmianach“, gdy tymczasem gatunek, jako taki, pozostaje stałym.

Zdarza się mianowicie, że pewien gatunek bakteryj w niekorzystnych warunkach odżywiania wydaje formy nierozwinięte, zmarniałe; że niektóre w oczy wpadające własności lub interesujące nas ze stanowiska lekarskiego, lecz, być może, mało ważne dla życia rośliny, jak np. wytworzenie barwnika, zdolność wzrostu w żywym zwierzęciu, wytwór jądów i t. p., mogą zupełnie zniknąć chwilowo, albo nawet i w zupełności, o ile sięga dotychczasowe doświadczenie. Są to jednak tylko wahania w obrębie pewnych granic i nieoddalające się nigdy od typu gatunkowego w takim stopniu, abyśmy byli zmuszeni przyjąć przejście w nowy lub znany już gatunek, np. laseczników karbunkułowatych w laseczniki sienne (*Heubacillen*).

Ponieważ ze względu na małe rozmiary bakteryj, nie możemy rozporządzać, jak u roślin wyższych, cechami znamionowymi i morfologicznymi, nadającymi się do systematyki, przeto tem konieczniej potrzeba przy określaniu gatunku trzymać się, nie pojedynczych własności, co do których nie wiadomo nawet, czy należą do cech stałych lub zmiennych danego gatunku; lecz przeciwnie należy najstaranniej zbierać tak wiele cech, jak tylko można, choćby nam one w chwili danej wydawały się podrzędnego znaczenia — i to cech morfologicznych i biologicznych. Dopiero na podstawie takiego zbioru własności można określić ogólny obraz gatunku. Pod tym względem nie można pójść za daleko, a niejedne nieporozumienia i sprzeczności, napotymane w bakteryjologii, mają w tem swe źródło, że wzmiankowane prawidło, niestety, ciągle niedosyć bywa przestrzegane.

Bardzo charakterystyczny przykład tego, jaką trudność spotyka się przy określeniu gatunku, mamy w laseczniku tyfusowym. Gdy go znajdujemy w gruczołach kręzkowych, w śledzionie, w wątrobie trupa tyfusowego, nie będziemy mieli zapewne nigdy wątpliwości, że mamy do czynienia z prawdziwym lasecznikiem tyfusowym, gdyż w tych narządach nie napotkano innych bakteryj, które mogłyby być z tyfusowem mieszanem.

Całkiem inaczej atoli rzecz się ma, jeżeli chodzi o wykazanie laseczników tyfusowych w zawartości kiszek, w ziemi, wodzie, pyłe powietrznym. W tych miejscach znajduje się wiele bakteryj bardzo podobnych do tyfusowych, które odróżnić chyba potrafi bardzo wprawny bakterjolog, a i wtedy nie z bezwzględną pewnością, gdyż dotychczas nie znamy jeszcze niewątpliwych i stałych cech tych drobnoustrojów. Ztąd to wynika, że liczne w ostatnich czasach opisy znajdowania bakteryj tyfusowych w ziemi, wodzie wodociągowej, w środkach pokarmowych, należy przyjmować z uzasadnionem powątpiewaniem. Podobnie rzecz się ma z bakteryjami dyfteryi. Szczęśliwym trafem natomiast zdarzyło się, że dla innych ważnych drobnoustrojów chorobotwórczych, mianowicie dla laseczników gruźliczych i cholerycznych, odrazu znalazły się tak pewne znamiona, iż można je stanowczo rozpoznać jako takie, nawet w najtrudniejszych warunkach. Wielka korzyść, jaką nauka odniosła z pewnego rozpoznania tych dwóch czynników chorobotwórczych, stanowić dla nas powinna silną zachętę, aby mimo wszelkich bezowocnych dotychczas usiłowań ciągle szukać podobnie pewnych znamion dla laseczników tyfusowych, dyfteryi i innych ważnych chorobotwórczych bakteryj; tylko bowiem w razie znalezienia takich cech będziemy w możności śledzić za ukrytymi i bez wątpienia zawilemi drogami tych drobnoustrojów po za obrębem ciała ludzkiego, aby zdobyć pewną podstawę do racjonalnej profilaktyki zabójczych tych chorób.

Jak wszelako ostrożnym być należy przy ocenianiu znamion, służących do odróżnienia bakteryj, nawet odnośnie gatunków dobrze znanych, dowodzi przykład na lasecznikach gruźliczych. Ten gatunek bakteryj wyróżnia się, jak wiadomo, tak ściśle zachowaniem pod względem barwienia, wzrostem w czystych hodowlach i własnościami chorobotwórczymi — i to każdą z tych cech oddzielnie wziętych, że zmieszanie bakteryj gruźliczych z innymi bakteryjami wydaje się prawie niemożliwym. A jednak i w tym przypadku nie należy pole-

gać na jednym jedynym z przytoczonych znamion przy określaniu gatunku, lecz przeciwnie, trzeba trzymać się prawidła: uwzględnić wszystkie własności i cechy danego drobnoustroju, a dopiero gdy one wszystkie zgadzają się, można uważać tożsamość danego gatunku bakterii za dowiedzioną. Od pierwszych moich badań nad lasecznikami gruźliczemi starałem się ściśle postępować według tego prawidła i poddałem próbom laseczniki gruźlicze najrozmaitszego pochodzenia, nietylko pod względem barwienia się, lecz także pod względem wzrostu w czystych hodowlach i ich patologicznego działania. Nie dało się to skutecznie tylko z lasecznikami kur, gdyż wówczas nie można było dostać świeżego materiału dla otrzymania czystych hodowli. Ponieważ jednak wszystkie inne rodzaje gruźlicy dostarczyły identycznych laseczników, a bacylle gruźlicy kur pod względem wejrzenia i barwienia się barwnikami anilinowemi zupełnie z tamtymi były zgodne, przeto sądziłem, iż mam prawo przypuścić identyczność laseczników gruźliczych u kur, pomimo istniejącego niedostatku w badaniach. Później atoli z różnych stron otrzymałem czyste hodowle, które miały być lasecznikami gruźliczemi, lecz pod pewnym względem różniły się od nich; mianowicie doświadczenia ze szczepieniem u zwierząt, wykonane przez wprawnych i wiarogodnych badaczy, dały wyniki odmienne, które stanowią i w tej chwili niewytłómaczone sprzeczności. Z początku sądziłem, iż są to zmiany dosyć często napotykaną u chorobotwórczych bakterij, hodowanych przez czas dłuższy w czystych kulturach zewnątrz ustroju, a więc w warunkach mniej lub więcej niekorzystnych. W celu wyjaśnienia jednak zagadki starałem się zwykle laseczniki gruźlicze działaniem rozmaitych wpływów przemienić w hodowli na wzmiankowaną przypuszczalną odmianę.

Przez kilka miesięcy laseczniki hodowane były w tak wysokiej ciepocie, że wzrost ich zaledwie się odbywał, w innych znów doświadczeniach działano kilkakrotnie jeszcze wyższą ciepłotą, tak długo, aż laseczniki doprowadzone zostały prawie do obumarcia. W analogiczny sposób działano na hodowle ciałami chemicznymi, światłem, odciągnięciem wilgoci; hodowałem je przez liczne generacje razem z innymi bakteryjami; przeszczepiałem szeregami na zwierzęta mało podatne do gruźlicy. Pomimo jednak tych wszelkich wpływów zdołano otrzymać zaledwie nieznaczne zmiany własności, nie dosięgające zgoła tego stopnia zmian, jakie zachodzą w podobnych warunkach u innych mikrobów chorobotwórczych. Wydaje się zatem, że laseczniki gruźlicze z wielką opornością zatrzymują swe własności; za tem też przemawia okoliczność, że czyste hodowle, utrzymywane ciągle od przeszło 9 lat w próbkach, a więc które przez czas tak długi nie znajdowały się w żywym ustroju zwierzęcym, zachowały się prawie zupełnie bez zmiany, z nieznacznym zaledwie zmniejszeniem jadowitości. Gdy wszelkie doświadczenia nie doprowadzały do rezultatu, przypadek dostarczył objaśnienia.

Przed rokiem zdarzyło mi się dostać kilka żywych kur chorych na gruźlicę i skorzystałem ze sposobności, aby dopełnić tego, co się dawniej uczynić nie dało, mianowicie hodowli wprost z chorych narządów kur. Skoro kultury wzrastać zaczęły, dostrzegłem ku wielkiemu zdumieniu, że posiadały ściśle takie samo wejrzenie i wszelkie inne także własności owych zagadkowych hodowli podobnych do kultur prawdziwych laseczników gruźliczych. Później dowiedziałem się też, iż owe zagadkowe hodowle pochodziły istotnie z gruźlicy kur, lecz w przypuszczeniu, że wszystkie postacie gruźlicy są identyczne, poczytywane były za kultury prawdziwych laseczników tuberkulicznych. Potwierdzenie moich spostrzeżeń znajduję teraz w świeżo ogłoszonych badaniach prof. MARRUCCI'ego nad gruźlicą u kur. Nie wątpię, że laseczniki gruźlicy u kur przedstawiają osobny gatunek, lecz są do właściwych laseczników gruźliczych bardzo zbliżone [pokrewne], a ztąd nasuwa się naturalnie pytanie ważne pod względem praktycznym, czy laseczniki gruźlicy kurzej są chorobotwórczemi

i dla człowieka? Na pytanie to nie znajdzie się odpowiedzi tak długo, dopóki w dalszych badaniach gatunek ten bakteryj nie zostanie znaleziony i u człowieka, lub dopóki brak takich laseczników u ludzi nie zostanie stwierdzonym w dostatecznie długim szeregu przypadków. W tym celu jednak nie można będzie ograniczać się do badania za pomocą barwników, lecz potrzeba koniecznie w każdym przypadku postarać się o hodowlę.

Wszystkie zatem nowsze poszukiwania wykazują, że w odróżnianiu gatunków bakteryj należy postępować bardzo starannie i granice osobnych gatunków zakresłać raczej ciaśniej, niż zanadto szerokie. [D. n.]

Przełożył *W. Mayzel*.

ODCINEK.

FELCZERYZM W KRÓLESTWIE.

Przez

D-ra J. Tchórznickiego.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 38].

W zranieniach zatem poważniejszego charakteru chorego zwykle z miejsca poruszyć nie można i zachodzi potrzeba operacji, a więc działania lekarza. Dalej idą otrucia. Te ostatnie na wsiach zdarzają się niesłychanie rzadko, a ponieważ felczerzy nie mają odtrutek pod ręką, z natychmiastową pomocą przyjść nie mogą, ograniczają się więc zastosowaniem rzeczy znanych wszystkim; w ważniejszych zaś razach, a szczególnie w miastach, lekarza zawsze znaleźć można i ten pomoc poda.

Z drugiej jednak strony faktem jest, że w krwotokach, otruciach, złamaniach, ranach, uduszeniach, utonięciach, oparzeniach, zmarznięciu, felczer podaniem umiejętnej pomocy korzyść przynieść może i nieraz zdoła uratować życie chorego. Niesłychanie małą jest ilość tak ciężkich przypadków, w których zwłoka do czasu przybycia lekarza, t. j. 2—3-ch godzin, narażałaby na szwank życie chorego.

Prawodawca zatem przewidział te przypadki i słusznie w razach tych nagłych oczekuje od felczera pomocy.

Lecz właśnie o to idzie, że w przypadkach nienagłych działalność felczera sprowadzać się winna do wykonania zleceń lekarza: stawiania baniek, pijawek i t. d..

Ponieważ zaś przypadków nagłych jest zaledwie 1 na 1000 udających się o poradę, felczer więc nie zadawała się tak małą czynnością: rozpoczyna leczenie przypadków nienagłych, czyli bierze się do praktyki lekarskiej. Za radą idzie lek. W dawnych czasach felczer sporządzał go sam zwykle w największym sekrecie przed lekarzem i aptekarzem, dziś jawnie i bez skrupułu rozdaje sam leki na prawo i lewo, lub bez ceremonii pisze kartkę [którą nazywa receptą] do apteki i, niestety, z przykrością przyznać musimy, prawie każda apteka, z małymi wyjątkami, lek taki wydaje i pobiera zań opłatę.

Jesteśmy w posiadaniu recept, wydanych podług kartek felczerskich. Cedułka jest też sama i nadpisy identyczne; na cedułce nie ma tylko numeru i nazwy doktora, a to wydał aptekarz wcale nie umierający z głodu.

Taki sposób wydawania leków obalamuca publiczność, która, nie widząc żadnej różnicy pomiędzy lekiem zapisanym przez lekarza i przez felczera, uważać zaczyna tego ostatniego za człowieka, mającego prawo praktykować i leczyć i żądać z apteki lekarstw, t. j. — za lekarza.

Tymczasem kwestyja cała od początku do końca jest bezprawiem, które, jeżeli powtarza się systematycznie i codziennie, przechodzi w granicę wielkiego występku przeciw zdrowiu i pomyślności kraju.

Odpowiadając zatem na pytanie 2-gie: jaka rzeczywiście wynika korzyść i jaka szkoda z działalności felczerskiej, widzimy, że korzyść sprowadza się do wykonania zleceń lekarza w zakresie nader szczupłym i ograniczonym, do podania pomocy w przypadkach nagłych mniejszej wagi, gdyż w ważniejszych bez umiejętnej działalności lekarza obejść się nie można. Szkoda zaś przedstawia się w ten sposób: gdy felczer działa w granicach mu nakreślonych szkody żadnej nie ma; lecz gdy przekracza je samowolnie, gdy gra rolę lekarza, gdy bierze się do leczenia chorób przewlekłych i, nie wzywając lekarza, zatrzymuje chorego na drodze do szpitala lub specyjalisty, gdy go truje niepotrzebnymi lekami, gdy naraża jego czas i kieszeń na szwank, gdy przyczynia się do rozwoju cierpienia do stopnia, o jakim w pierwszej chwili mowy być nie mogło: szkoda jest wielką i niepowetowaną.

Gdybyśmy chcieli zastanowić się nad pytaniem 3-m: dlaczego felczerzy nie są tem, czem ich prawo mieć chciało i dlaczego przywłaszczyli sobie zwyczaj leczenia, zamiast służenia chorym i pomagania w przypadkach nagłych, to spotkamy się z takimi kwestyjami.

Niestychanie rozciągliwem jest to pojęcie, które nazywamy podawaniem pomocy choremu. Podawać pomoc obowiązany jest każdy bliźni bliźniemu, każdy otaczający cierpiącego w miarę sił i umiejętności. Pomoc ta objawiać się może w postaci współczucia, dodania odwagi, zaopiekowania się, dostarczenia spokoju, wygody, pokarmu i t. p. Pomoc ta objawiać się może w postaci czynnego leczenia, rozcierania chorego, układania w różny sposób, dawania pewnych obojętnych napojów, o których zalecający sądzi, że pomogą. Pomoc ta objawiać się może w postaci dawania na chybił trafił lekarstw tych, które komuś innemu w podobnych razach pomogły, dawaniu na wymioty, przeczyszczenie, stawianiu baniek suchych i lawatyw.

Dalej pomoc ta objawiać się może w postaci zadawania leku wprost z apteki, w postaci lekarstwa używanego do wewnątrz, w skład którego wchodzi leki wywołujące pewną zmianę w organizmie, działające na nerwy, mięśnie, serce, krew i t. d., nareszcie w postaci upustu krwi miejscowego bankami i pijawkami, lub ogólnego.

Podług dzisiejszych pojęć medycyny, o ile pierwsze sposoby podawania pomocy mogą być stosowane przez otaczających lub felczera, o tyle pomoce dwóch ostatnich kategorii winny być stosowane przez człowieka, który pojmuje doskonale wszelkie funkcje organizmu, który poświęcił tym studjom czas, zdolności i całe życie.

Stosowania umiejętnego tej trzeciej kategorii środków nikt nigdy felczera nie uczył i on nie posiada najmniejszej świadomości w tym względzie, a jednak je stosuje — dlaczego? Oto dla tego, że odgrywanie roli lekarza i wchodzenie w zakres jego działalności daje większą materjalną korzyść, a publiczność nie zadawała się czynnościami 1-ej i 2-ej kategorii i żąda interwencji czynnej z udziałem apteki.

Zadawałając te życzenia ciemnej publiki, felczer, przygnieciony brakiem środków do życia, nie jest w stanie oprzeć się pokusie spróbowania tego lub

owego środka, użycie którego widział w czasie bytności w szpitalu, chociaż mu nikt nie objaśniał, dlaczego to się stosuje, gdyż lekarz wiedział z góry, że felczer w skali swych pojęć nie jest w stanie zrozumieć tych objaśnień.

Raz, drugi, dziesiąty, przynosi lepszą opłatę; czasami uda się i pacjent wyzdrowieje, a gdy się rozchoruje jest jeszcze zawsze w odwodzie lekarz, do którego, zamilczawszy o swem działaniu, udać się można.

Powoli zatem wytwarza się przyzwyczajenie i bezwzględna śmiałość, zarozumiałość i arogancja, a gdy to dobrze kieszeni służy, sumienie śpi spokojnie, lub je tłumi dzień następny.

Przechodzi więc felczer w stan stałego nadużycia w sferze swych czynności i uważa to nadużycie za stan normalny. Znikąd przeszkód nie spotyka, publika obdarza go wdzięcznością, lekarze nie zwracają uwagi, lub, chociażby i zwracali, są bezsilni, więc milczą; dla czegóżby więc felczerzy reformować się mieli?

Byłoby to z ich strony działaniem przeciwko sobie. W rezultacie tego rodzaju postępowanie oplaca się materyjalnie, więc jest racja i przyczyna, dla czego felczer nie jest tem, czem prawo mieć go chciało.

Dalej rozstrzygnąć nam wypada pytanie:

4-e. Jak do tego rodzaju działalności felczerów odnosi się publiczność?

Publiczność wogóle podzielić powinniśmy na światłą, pół oświeconą i ciemną. Oświecone warstwy publiki pojmują doskonale różnice działalności lekarza i felczera i jeżeli tego ostatniego wzywają, to tylko w razach nagłych, przy absolutnej nieobecności lekarza, gdzieś daleko w wiejskiem ustroniu; w miastach zdarza się to niesłychanie rzadko, wreszcie wzywany jest felczer zwykle do wykonania czynności, zaleconych przez lekarza. Inny sposób traktowania felczerów odnosi się do wyjątków.

Publika zaś półoświecona w wielu razach przed wezwaniem lekarza wzywa felczera i dlatego już w tej sferze felczer rozwinął swe działanie.

Wyjątkowo zręczni felczerzy zyskują w tej sferze pewną dozę uznania, jednak zwykle publiczność oświeconsza zdaje sobie sprawę ze stanu rzeczy i felczera stawia na odpowiednim miejscu.

Publiczność ciemna poprostu wierzy w felczerów, przypada im do gustu ich sposób obejścia, usłużność; wzywa ich więc, pije leki, płaci i jest zadowolona. Tu więc największa szkoda, tu wylomy!

Lud uważa każdą chorobę za wielkie nieszczęście, a przytem za dopust Boży; w ograniczonych swych środkach nie mogąc ryzykować na większe koszta, wzywa felczera, lecz wymaga odeń, by zrobił to, co robi doktor; więc rozpytała, wypukała, wysłuchała, zapisał receptę i podał radę. Za żądaniem idzie odpowiedź, a mniej więcej zręczny felczer zawsze znajdzie możliwość zadowolić żądanie. Powoli stwarza się przekonanie, że ten pan robi toż samo, co doktor, więc jest doktorem. Lud prosty tak mało zdaje sobie z tego sprawę, że, przywołując felczera, sądzi, że przywołał doktora i drugiego, trzeciego namawia do tegoż doktora. Jaki z tego rodzaju pojmowania rzeczy wypada pożytek, dowiedliśmy uprzednio; dość, że publika ciemna postępowaniem swem sankcjonuje, rozpowszechnia i wprowadza w zwyczaj poradę felcerską. Czy ma słuszność? A kiedy często pomaga! to zwykła odpowiedź. Pomaga! O święta naiwności! Wiadomem jest, że połowa chorób przechodzi sama przez się bez żadnej interwencji medycyny, leczy je matka natura; potrzeba tylko nie przeszkadzać naturze, doprowadzić organizm do normy, a właśnie felczer, nie pojmując, z czem ma do czynienia, przeszkadza, i to jego główna wina. Że jednak przeszkadza nie to naturze nazywa się u ludu leczeniem, a ciężki stan wytworzony przez niewłaściwe stosowanie leków, ciężką chorobą, nikt nie przy

puszcza, że przez nieuctwo pchany jest w przepaść, z której gdy szczęśliwie wypłynął, toż chwała dla ostatniego stosowanego leku i dla felczera naturalnie!

Na lud skierował swe usiłowania głównie felczer wojskowy i felczer żyd do wspólki z samozwańcami, którzy mianują się być felczerami; pomiędzy ludem i lekarzem stoi falanga felczerystu w stłoczonych szeregach, stanowiąc warstwę nieprzepuszczalną. Przez sito ich zabiegów przejść musi każdy kmiotek, udający się do lekarza, przez toż sito intryg niskich, zdań absolutnych, insynuacyj, trafiających do przekonania ludu, przejść musi porada lekarza, dążącego z pomocą ludowi, a lud ten sądzi, że tak jest dobrze, iż tak być powinno. Wierzy silnie w losowe przypadki i przeznaczenie w zejściu choroby i dlatego działanie około chorego uważa za rodzaj konieczności dla zaspokojenia sumienia i oka ludzkiego. Skutkiem powyżej wyliczonych względów, tak mało ma przed oczami wyraźnych skutków udawania się do doktora, że te nie są przekonywającymi. Nie umie sobie zdać sprawy z tej całej kwestyi, a widzi, że działają, czy nie działają—wszystko to jedno; lekarza tyle razy, ile trzeba, mieć nie może, apteki tyle razy opłacić, ile trzeba, nie może, wykonać tego, co zaleca doktor, nie jest w wielu razach w stanie; więc czyż nie lepiej słuchać felczera, który sam z apteki lub z domu lekarstwo przyniesie i da smarowanie; to przypadnie do gustu kmiotka łatwiej w tej niepewnej sprawie, niżli wszelkie propozycje systematycznych kuracyj lekarskich.

Lud do istnienia felczerystu odnosi się z pewnym rodzajem spokoju i uważa stan ten za normalny; wynika to z dwóch przyczyn: z ciemnoty i z biedy; u bogatszych zaś włościan: z oszczędności i owczego popędu wślad za biedotą.

W rezultacie zatem publiczność popiera istnienie felczerystu i chociaż często przekonywa się, że felczer zapuścił chorobę, a doktor ją potem wyleczył, z nowym przypadkiem do felczera spieszy z konieczności.

To są przyczyny, że felczerysta kwitnie, rozwija się i bujnie porasta na gruncie stosunków ludowych. Inteligencyja te rzeczy widzi, zdaje sobie z nich sprawę, lecz, niestety, cóż zrobić może? Każdemu wolno leczyć się tak, jak uważa za odpowiednie.

Światło duchowieństwa wyznań chrześcijańskich zdaje się ufać i wierzyć medycynie naukowej. Wnosimy to stąd, że gdy osobę duchowną nawiedzi choroba, niezwłocznie posyła po lekarza i nader troskliwie się leczy. Wśród duchowieństwa mamy najwdzięczniejszych, najakuratniejszych chorych. I jest to rzeczą bardzo naturalną. Kapłan rozumie, że ta gałąź wiedzy, która kiedyś była wyłączną własnością stanu duchownego, w miarę czasu i konieczności potwierdzenia danych „z natchnienia“ przez dane naukowe, powołała do czynu zastępy ludzi nauki i pracy, naturalistów, badaczy, chemików, którzy wzięli w swe ręce zdrowie organizmu ludzkiego i pracują nad pielęgnowaniem takowego. Poświęcają życie całe na to, by zbadać wielką tajemnicę stworzenia, by dowiedzieć się doskonale, jak ratować zdrowie ludzi. Z tych więc względów medycyna naukowa zawsze liczyć mogła i może na poparcie duchowieństwa.

W duchowieństwie więc medycyna winna mieć sprzymierzeńców i ma ich bezwarunkowo.

Poparcie ze strony duchowieństwa jest koniecznem. Ileż to razy przed lekarzem kmiotek wzywa księdza? Wszak to codzienne fakty; propozycja księdza równa się rozkazowi i wywołuje leczenie się. I jakby to pięknie i pożytecznie było, gdyby po tej propozycji poszła kuracyja skuteczna!

Niestety, usiłowania duchowieństwa niezawsze odnoszą pożądany skutek, gdyż za leczeniem idą rozchody, na które chorego nie stać. Cóż więc pomogą nawoływania księdza, gdy nie ma na to, by lekarza wezwać, gdy nie ma na ku-
[C. d. n.]

Wiadomości terapeutyczne.

16. **Salipyrinum, s. antipyrinum salicylicum.** Prof. SPICA w Padwie, a w Niemczech D-r SCHOLVIEN otrzymali z kwasu salicylowego i antipyriny związek chemiczny — salicylan antipyriny, czyli t. zw. salipyrinę.

Jest to proszek biały, krystaliczny, zawierający w 100 częściach: 57,7 części antipyriny i 42,3 części kwasu salicylowego. Przetwór ten jest bez zapachu, smak posiada cierpko-słodkawy; w alkoholu łatwo się rozpuszcza, w wodzie zaś bardzo trudno [1:200].

D-r GUTTMANN w Berlinie przeprowadził szereg spostrzeżeń klinicznych nad działaniem tego środka leczniczego, i podaje następujące wyniki (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1890. 37).

1) Salipyrina obniża ciepłotę gorączkową. Przy wysokiej ciągłej gorączce (*febris continua*) obniżenie ciepłoty wymaga zastosowania 6 gramów antipyriny w ciągu kilku godzin. Pierwsza dawka powinna wynosić 2,0, a następnie trzeba jeszcze podać 4 dawki po jednym gramie, co godzina jeden gram. Pod wpływem takiego sposobu postępowania ciepłota obniża się o 1,5°—2° C.. Najniższy spadek ciepłoty pojawia się we 3 lub 4 godziny po podaniu leku, poczem ciepłota zaczyna znowu podwyższać się; do dojścia jednak do pierwotnej wysokości potrzebuje około 5 godzin. Obniżeniu się ciepłoty gorączkowej najczęściej towarzyszą mniej lub więcej obfite poty. Jednocześnie z ciepłotą zmniejsza się i częstość tętna. Ponowne wzrastanie ciepłoty następuje zwykle bez dreszczów.

Daleko silniej działa salipyrina w gorączkach zwalniających (*febris remittens*), co, nawiasem mówiąc, odnosi się do wszystkich środków antypiretycznych. U suchotników np. 3—4 gramów salipyriny, podanych w ciągu 2—3 godzin, może obniżyć ciepłotę gorączkową o 1,5°—2° C. po trzech godzinach, a 5 gramów o 2,5° C.; i działanie w tych razach trwa dłużej, aniżeli przy wysokich gorączkach ciągłych. Wogóle powiedzieć można, jak i przy innych środkach antypiretycznych, że działanie leku wzmiankowanego trwa tem dłużej, im niżej ciepłota opadła.

2) Salipyrina działa pomyślnie przy ostrym gościecu stawowym (*rheumatismus articulo-rum acutus*). Obrzmienie i bóle stawów zmniejszają się, ruchy czynne stawów stopniowo powracają. Od powrotów jednakże salipyrina nie ochrania. Zwykle w tych razach podawano co dwie godziny jeden gram salipyriny, a na dobę 6 gramów.

3) Salipyrina działa również pomyślnie w przypadkach przewlekłego gościeca stawów (*rheumatismus articulo-rum chronicus*) i przy reumatycznym bólu kulszowym (*ischias rheumatica*).

4) Salipyrina nie wywołuje żadnych nieprzyjemnych objawów ubocznych. Wielu chorych GUTTMANN'a przyjmowało 6 gramów dziennie salipyriny przez dwa tygodnie i dłużej, nie doznawszy przytem żadnych niepożądanych, nieprzyjemnych objawów. Tylko w jednym przypadku wystąpiła na całym ciele wysypka (*papulae, urticaria*), która stopniowo zmniejszała się, a w ciągu 3—4 dni zupełnie znikła.

Barwa moczu nie ulega zmianie. Za pomocą półtorachlorku żelaza można w moczu osób, przyjmujących salipyrinę, wykazać kwas salicylurowy — przez zabarwienie fioletowe.

Z tego wszystkiego wnioskować można, że salipyrina może znaleźć zastosowanie lecznicze w przypadkach, w których kwas salicylowy i antipyrina są wskazaniami. Pamiętać należy o tem, że, chcąc antipyrinę zastąpić salipyriną, należy tę ostatnią podawać w dawkach dwa razy większych od zwykłych dawek antipyriny.

Wiktor Grostern.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Od pewnego czasu weszło w zwyczaj w naszych pismach codziennych nazywać pokoje dla rodzących, utrzymywane przez akuszerki, przytułkami położniczemi. Dzieje się to zazwyczaj, gdy

jest mowa o przedsięwziętej albo zamierzonej przez Władzę rewizyj tych pokojów, lub o zamknięciu którego z nich z rozporządzenia Władzy, albo wreszcie o proponowanym zorganizowaniu kontroli nad nimi. Ponieważ nazwę „przytulki“ noszą zakłady położnicze [w liczbie 6-ciu], zostające pod zarządem Rady miejskiej dobroczynności publicznej i nie wspólnego z zakładami akuszerek nie mające, więc sądzę, że należałoby dla odróżnienia w druku jednych od drugich, nazwę „przytulki położnicze“ pozostawić instytucyjom filantropijnym, jakimi są bezwątpienia zakłady położnicze Rady miejskiej, a przedsiębiorstwa akuszerek nazywać poprostu, tak jak się to zresztą działo dotychczas: „pokojami u akuszerek“. W ten sposób „przytulkom położniczym“ zapewniłom by nadal zostało to dobre imię i poważanie, jakimi tak słusznie cieszą się obecnie wśród ogółu naszego.

Pisma codzienne powinnyby zwrócić na to uwagę.

M. Zweigbaum.

SZANOWNNY PANIE REDAKTORZE!

Ponieważ z wielu stron kraju odbieramy niejednokrotnie próby o wskazanie lekarzom miejscowości na prowincyi, w których by oni praktykę znaleźć mogli, przeto Redakcyja „Kurjera Codziennego“ uprzejmie uprasza za pośrednictwem Szan. pisma Panów lekarzy, pragnących wyjechać na prowincyję, aby raczyli nazwiska i adresy swoje zakomunikować redakcyi „Kurjera“, która najchętniej pośredniczyć będzie w otrzymywaniu dalszych informacyj.

Antoni Mieszkowski,
sekretarz Redakcyi Kurjera Codziennego.

NEKROLOGIJA.

Dnia 14 Września 1890 r. zmarł w Warszawie w 39 roku życia, po kilkomiesięcznej chorobie, D-r STANISŁAW PRUSKI. Po odbyciu studiów medycznych w uniwersytecie Warszawskim w roku 1874 i następnie dwuletnim pobycie w Paryżu, objął miejsce lekarza ziemskiego w gubernii Kałużskiej. Ostatnie lata spędził na posadzie lekarza powiatu w Sochaczewie. Zdolny lekarz, najzaśniej-szy kolega pozostawił po sobie jak najlepsze wspomnienie i szczerzy żal w kole bliżej znających go kolegów.

Nadesłano do Redakcyi.

DANIŁO i PRZYCHODZKI. O rezultatach podwieszaniwa tabletkow po sposobu MOCZUTKOWSKAWO. Petersburg. 1890.

SĘDZIAK. Leczenie przerostu migdałków [Odbitka z Kroniki Lekarskiej].

Odpowiedzi Redakcyi.

D-rowsi Pelczyńskiemu w Tykocinie. Nowych Epizocyjologij w językach wskazanych nie ma. Z dawniejszych: P. SEIFMAN: Wykład o chorobach pomorkowych. Bibl. Umiejęt. lek. Warszawa. 1881. Część I w drodze antykwarskiej [Chor. zakaźne]. Część II w księgarniach [3 ruble]. — T. A. A. RAJEWSKI. Rukowodstwo k izuczenju infekcyjnych boliezniej domaszniej żywotnych. St. Petersburg. 1880—1. [3 ruble].

Wydawca D-r **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny D-r **Wl. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензурою, Варшава 12 Сентября 1890 г. Друк K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 29.