

# GAZETA LEKARSKA.

## I. KILKA SŁÓW O UŻYCIU LIZOLU

(Lysolum)

### W CHIRURGII OPERACYJNEJ.

[Wykład, wygłoszony na posiedzeniu sekcji chirurgicznej VI Zjazdu lekarskiego w Krakowie w  
Lipcu r. b.].

Przez

D-ra L. Szumana [Toruń].

**ZAKŁAD  
MIKROBIOLOGJI LEKARSKIEJ  
UNIWERSYTETU POZNAŃSKIEGO.**

Środki przeciwważne rodzą się, jak grzyby po deszczu, tak, że trudno nawet już dzisiaj lekarzowi wszystkie je wypróbować. Mimo to musimy przyznać, że nie było dotychczas środka, któryby wielką skuteczność i siłę dezynfekcyjną łączył ze stosunkowo małymi własnościami trującymi dla organizmu ludzkiego i z łatwą rozpuszczalnością w wodzie i w płynach ciała, któryby dobrze zabijał bakteryje, jak najmniej szkodził zdrowiu ludzkiemu, a w dodatku był jeszcze niedrogim, by mógł być dla ogółu chorych dostępnym.

Jako taki środek, posiadający te wszystkie własności, polecili w roku zeszłym SCHOTTELIUS<sup>1)</sup>, ENGLER, SIMMONDS, MICHELSEN<sup>2)</sup>, CRAMER i WEHMER<sup>3)</sup> nowy środek, przez firmę Schuelke & Mayer w Hamburgu wyprodukowany i lizolem (*Lysolum purum*) nazwany. Środek ten, będący rozczyntem mydlanym kresolów, mających mieć więcej siły dezynfekcyjnych, a mniej własności trujących niż fenole [karbol], posiadać ma, według wspomnianych autorów, siłę antyseptyczną przewyższającą znacznie karbol<sup>4)</sup>, zbliżającą go skutecznością swą do sublimatu, ma być równie nietrującym, jak kreolina, jest w przekroplonej wodzie zupełnie przejrzysto rozpuszczalnym, w twardej wodzie tworzy mętny wprawdzie, białawy rozczynt, będący jednakże li tylko grubokroplistą emulsyją, jak rozczynt, a raczej mieszanki kreoliny. Zapach ma smołowaty, podobny do

<sup>1)</sup> SCHOTTELIUS. Münchener med. Wochenschrift. 1890. Nr. 20.

<sup>2)</sup> MICHELSEN. Anwendung des Lysol i. d. Gynekologie u. Geburtshilfe. Centralblatt f. Gynäkologie. 1891. Nr. 1.

<sup>3)</sup> E. CRAMER i P. WEHMER. Über die Anwendung des Lysol in der Praxis. Berliner klinische Wochenschrift. 1890. Nr. 52.

<sup>4)</sup> Według SCHOTTELIUS'a, zabija lizol już np. grzybki *staphylococcus pyogenes aureus* w rozczyntnie 6 razy słabszym, niż potrzebny rozczynt karbolu.

*acidum carbolicum crudum*, kolor brunatny, jak kreolina, w roztworze w twardej wodzie białawy, jak woda mydlana <sup>5)</sup>). Skóry operatora w roztworach 1%, wystarczających do zwykłej dezynfekcji skóry, nie niszczy, w roztworach 0,5%, a nawet 0,3% ma wystarczać do zwykłej dezynfekcji ran, a w dodatku jest tańszym od karbolu. Wielki zapach, z jakim się MICHELSEN, CRAMER i WEHMER o skuteczności tego środka w praktyce chirurgicznej i położniczej wyrażają, spowodował mnie do rozpoczęcia doświadczeń z tym środkiem. I wyznać muszę, iż dotąd najzupełniej jestem zadowolony z działania dezynfekcyjnego tego środka; objawów trujących nie zauważyłem i z zupełnym przekonaniem Kolegom go polecić mogę.

Od początku bieżącego roku używam środka tego stale w praktyce klinicznej, po części także w praktyce ambulatoryjnej do przepłukiwania ran, tam, gdzie ono jest potrzebnem, gdyż ran niezakaźnych operacyjnych nie przepłukuję wcale, a sucho je opatruję. Do przepłukiwań zaś ran, w tkance gruźlicą lub ropą zakaźną, i t. p., oraz ran przy operacjach na błonach śluzowych przedsięwziętych, używam od pół roku stale lizolu zwykle w 0,5%, czasem wyjątkowo w 1% roztworze. Przy operacjach w pochwie i macicy, dalej przy wypielowaniach i wyłyżeczkowaniach kości i stawów, gruźlicą zajętych, przy wydobywaniu gruczołów zropiałych, przy operacjach gruźlicy wewnątrz-brzuszej [w przypadku gruźlicy otrzewnej i w przypadku gruźlicy nerki, przez wycięcie szczęśliwie wydobytej, o czem dzisiaj obszerniej opowiem <sup>6)</sup>], dalej w przypadku otoku ropnego opłucnej (*empyema*), w którym 7 litrów 0,5% roztworu lizolu przez jamę opłucną przy operacji przepuściłem, dalej w przypadku wielkiego ropnia wewnątrz-brzusznego, połączonego z przetoką kiszkiową <sup>7)</sup>, widziałem z przepłukiwania lizolem przez ranę bardzo dobre skutki; objawów jakiegokolwiek trującego lub nawet szkodliwego wpływu w żadnym z powyżej przytoczonych cięższych przypadków nie widziałem, a i w lżejszych przypadkach także nic takiego nie zauważyłem. Tak np., w przytoczonym przypadku otoku ropnego opłucnej, gdzie po wypielowaniu 1 żebra 7 litrów 0,5 procentowego roztworu lizolu przez jamę opłucną przepłukano, nie było najmniejszych objawów zapadu pooperacyjnego, tak częstego w tych przypadkach, w których większe ilości roztworu karbolowego wchodzi w styczność z raną. Ciężkość ciała przed operacją, 39° C. przewyższająca, pozostała po operacji i pierwszym doszczętnym przepłukaniu stale prawidłową, tak, że już drugiego przepłukania nie było wcale potrzeba. Rana goiła się szybko i jama opłucna zamykała się znakomicie, i zamknęła się zupełnie w 4 tygodnie, mimo że był to przypadek zastarzały: otok opłucnej już od 14 tygodni istniał. We wzmiankowanym przypadku, w którym w następstwie zapalenia kiszki ślepej (*paratyphlitis*) nastąpiło przedziurawienie kiszki i utworzyły się ropnie kałowe:

<sup>5)</sup> Roztwór lizolu, z wodą przygotowaną nieprzekroploną robiony, bywa najpierw przezroczysty, powoli, gdy woda stygnie, staje się białawym, jak woda mydlana, i w tym stanie [bez osadu] utrzymuje się dobrze przez wiele dni, jak zauważyłem. Gdy jednak następnie doń dolejemy więcej wody, strąca się łatwo w formie jakby grudek mydlanych; tego więc unikać należy.

<sup>6)</sup> Porów.: Nowiny Lekarskie. 1891.

<sup>7)</sup> Powstałego wśród objawów, na *paratyphlitis* wskazujących.

jeden pod prawym więzem POUPART'a, drugi zaś poza prawą nerką (*abscessus retrorenalis*) i sięgał od grzebienia kości biodrowej (*crista ilei*), aż do przepony, ku górze uniesionej, aż na przednią powierzchnię dziewiątego żebra<sup>8)</sup>, gdzie i podczas operacji i przy początkowo codziennie zmienianym opatrunku, kałem i ropą codzien przesiąkłym, wielkie ilości 0,5% roztworu lizolu przez ranę przepłukiwałem, dopóki tenże bez domieszki ropnej z rany nie wracał, gdzie dalej bez wątpienia część roztworu lizolu do przetoki kiszkiowej dostawać się musiała, nie widziałem także nietylko żadnego wpływu szkodliwego, trującego na ustrój, ale nawet nie było najmniejszego złego wpływu na łąknienie. Chora [dziewczę 12-letnie] już po 2-tygodniach po operacji znacznie ciała nabierać i dobre łąknienie objawiać zaczęła, a po 5-tygodniach opuściła zakład z małą przetoką, prawie już nie ropiejącą. W podobnym przypadku, gdzie u dorosłej dziewczyny wskutek gruźlicy kiszki powstał ropień i przedziurawienie kiszki, przy przepłukiwaniu ropnia roztworem kreoliny 2% nie widziałem wprawdzie także trującego wpływu na serce i na ustrój wogóle, ale kreolina, dostająca się tu także widocznie do kiszki<sup>9)</sup>, fatalny miała wpływ na łąknienie. Chora traciła apetyt zupełnie w najbliższych godzinach po przepłukaniu rany i twierdziła, że czuje wciąż w ustach zapach kreoliny. W przypadku rozlicznych ropni gruczołów szyjowych natury gruźliczej, gdzie na szyi i na obu okolicach nad i podobojczykowych musiałem zrobić nie mniej jak 16 nacięć, by po części wylęzczkować, poczęści wyciąć 18 zropiałych i zserowaciałych gruczołów limfatycznych i gdzie rany wszystkie 0,5% lizolem przepłukano i gazą jodoformową zatamponowano, nastąpiło we wszystkich 16 ranach zagojenie prawie bez ropienia. Po wyjęciu gazy, rany zgoiły się jakby przez rychłozrost, a chory już po 2-tygodniach mógł lecznicę opuścić.

Dokładniejsze statystyczne zestawienie podam później, skoro dość znaczny materiał statystyczny zgromadzę. A tymczasem mogę kolegom polecić sprobowanie tego środka w roztworze 0,5%<sup>10)</sup>, do przepłukiwania wszelkich ran, w praktyce chirurgicznej i ginekologicznej w tych przypadkach, w których przepłukiwanie jest wskazanem, a więc we wszystkich tych razach, w których zakażenie rany jest pewnem, lub prawdopodobnem, i to przy cierpieniach zakaźnych jakiejbądź natury, ostrych, czy przewlekłych<sup>11)</sup>. Przepłukiwanie roztworem 0,3 — 0,5% lizolu, a wreszcie w y j ą t k o w o 1 — 2% roztworem w tych razach zastąpi, zdaje się, przepłukiwania kreoliną, kwasem bornym, karbolem lub sublimatem. Czy tamponowanie ran gazą jodoformową, przy ranach gruźliczych i niektórych innych formach zakażeń tak zbawienne, da się zastąpić gazą lizolową, dotychczas nie doświadczyłem, lecz mam zamiar doświadczenia w tym celu rozpocząć.

<sup>8)</sup> Jak to palcem przez cięcie głębokie, w okolicy prawej lędźwiowej zrobione, wprowadzonym wyczuć było można.

<sup>9)</sup> Stolec po przepłukiwaniach kreoliną, powtarzanych zwykle co drugi dzień, czuć było wyraźnie zapachem kreoliny.

<sup>10)</sup> Według SCHOTLIUS'a i MICHELSEN'a, już 0,3% wystarcza.

<sup>11)</sup> Czy lizol i w okulistyce polecić można, nie jest mi wiadomo. Należałoby na spojówce rozpocząć od bardzo słabych roztworów, ponieważ np. w pochwie już często 0,5% roztwór silny palący ból powoduje.

Rozczyn 1% lizolu <sup>12)</sup> jest, zdaje się, powołanym do zastąpienia karbolu i sublimatu do użytku czysto-zewnętrzny [zewnątrz-skórny], t. j. do obmywania rąk operatora i do obmywania ciała chorego w okolicy, gdzie operacja ma nastąpić <sup>13)</sup>.

Ponieważ rozczyń lizolu we wodzie zwyczajnej twardej jest mętnym, białawym, jak woda mydlana, przeto ostre narzędzia po sterylizacji onych przez wygotowanie w 1% rozczyńnie sody nie kładę w rozczyń lizolu, tylko po dawnemu w 2% rozczyń karbolu. W rozczyńnie bowiem lizolowym, zrobionym za pomocą przegotowanej, twardej wody, narzędzi nie widać, a w dodatku stają się one bardzo śliskimi, jakby były pomydłone.

By tych wad lizolu co do narzędzi uniknąć, radzi MICHELSEN obwijać trzonki narzędzi w gazę aseptyczną, zaś CRAMER i WEHMER radzą kłaść narzędzia najpierw w rozczyń 2% lizolu, a następnie krótko przed operacją w rozczyń 1/2%, lizolu za pomocą wody przekroplonej zrobiony, gdyż rozczyń lizolu w wodzie przekroplonej pozostaje stale przezroczystym, jak podaje WEHMER. Nadto zauważył on, iż rozczyń lizolowe — narzędzi, a w szczególności ostrza ich, zupełnie nie psują. Jeżeli tak jest, to postępowanie WEHMER'a polecić i spróbować by trzeba przynajmniej wszędzie tam, gdzie przekroplonej wody dostatek mieć możemy.

MICHELSEN i WEHMER polecają bardzo lizol w silniejszym rozczyńnie do dezynfekcji i odłuszczenia katgut. Pierwszy kładł w tym celu początkowo katgut na 2 godziny do czystego lizolu, później przekonał się, że 5% rozczyń na ten cel także wystarczy. Metoda postępowania, przez WEHMER'a podana, jest nieco bardziej powikłaną. Metoda ta, po której szczegóły odsyłamy do oryginału, ma zupełnie wystarczać do sterylizacji katgut.

Ciekawe wreszcie doświadczenie opisuje WEHMER, dowodzące wysokiej siły dezynfekcyjnej 2% rozczyń lizolu. Otóż, gąbki, których dezynfekcja w karbolu, sublimacie i innych jest, jak wiemy z dawniejszych doświadczeń, tak trudną, nasiąknięte ropą z ostrego ropnia, wypłukano dobrze zwykłą wodą z wodociągów, a następnie na godzinę włożono w 2% rozczyń lizolu. Sterylizacja tych gąbek już w tym krótkim czasie była zupełną, według podań WEHMER'a. Jeżeli dotychczasowe spostrzeżenia potwierdzą dalsze doświadczenia, to zaiste lizol byłby środkiem znakomitym, szerokiego zastosowania godnym, choć znowu nie uniwersalnym, boć bez „ale“ nie ma nic na świecie.

Do przepłukiwania pęcherza próbowałem w 2 przypadkach rozczyń 0,2% lizolu, lecz już ten słaby rozczyń powodował zwiększenie się bólów w pęcherzu i parcie do coraz częstszego oddawania moczu. Zdaje się więc, że lizol [równie jak to o kreolinie wiadomo] zbytnio pęcherz drażni, nawet w słabym rozczyńnie. Odczyń 0,5% do przepłukiwania pochwy także już dość znaczne palenie powo-

<sup>12)</sup> Rozczyn 2% lizolu powoduje u mnie na rękach dość silne palenie tak, jak karbol 5%, ale nie niszczy tak naskórka, jak karbol 5%.

<sup>13)</sup> Przy tanioci lizolu i przy stosunkowo nietrujących jego własnościach można i wykapania chorego przed operacją w 0,5% rozczyńnie lizolu spróbować. Na sto litrów wody potrzebaby wtedy 500 gramów lizolu. Porównaj MICHELSEN'a l. c..

dużą, silniejszą niż karbol 2%. Tam więc, gdzie bez narkozy przepłukujemy pochwę, musimy się kontentować słabymi rozczyznami [0,3%], a najwyżej półprocentowemi.

## II. BADANIA NAD ZJAWISKAMI CHEMICZNYMI

### W KISZKACH CIENKICH U CZŁOWIEKA.

Przez

A. Macfadyen'a, prof. M. Nenckiego i N. Sieberowa.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 40].

#### Hodowla po strawie mięsnej.

Barwione i niebarwione preparaty drobnowidzowe przedstawiały dużą ilość grzybków rozszczepkowych. Niektóre bakteryje źle lub wcale nie barwiły się od błękitu metylenowego lub fenolfuksyny. Nietrwalem było zadaniem odróżnienie rozmaitych form; ogółem zdołaliśmy odróżnić 6 form: cztery gatunki pałeczkowate i 2 gatunki kokków. W wiszącej kropli okazało się, że niektóre bakteryje obdarzone były ruchem; większość wszakże była nieruchoma i zdawała się pozostawać w stanie osłabienia.

Najprzód zbadano płytki żelatynowe. Pierwsze rozcieńczenia szybko się rozplynęły i trudno było oddzielić od siebie poszczególne formy, z bardziej wszakże rozcieńczonych płytek zdołaliśmy wyosobnić oddzielne kolonije. Bakteryje, sprowadzające rozplywanie żelatyny, znajdowały się na wszystkich płytkach, a ponieważ szybciej niż inne rosły, przeto wyosobniono je najsamprzód. Były to laseczniki wywołujące lejkowate rozplywanie się żelatyny. Płytki agarowe i hodowle na buljonie ułatwiły wyosobnienie form powolniej rosnących. Obserwowaliśmy płytki póty, póki wogóle można było na nich zauważyć rozwój. W ten sposób wyosobniono rozmaite gatunki, a pomiędzy nimi trzy odznaczające się stałym występowaniem. Były to następujące:

- 1) lasecznik, szybko sprowadzający rozplywanie się żelatyny; nazywać go będziemy w dalszym ciągu *Bacillus liquefaciens ilei*;
- 2) krótka pałeczka z wejrzenia podobna do *bacterium coli commune*;
- 3) owalne bakteryje, nie rozpuszczające żelatyny.

Prócz tych trzech głównie występujących gatunków, wyosobniono przez poszczególne kolonije następujące mikroby:

- 4) lasecznik elipsoidowy,
- 5) duży gruby lasecznik,
- 6) streptokok nierozpuszczający żelatyny,
- 7) gatunek drożdży,
- 8) grzybek pleśniowy, w morfologicznych swych własnościach odpowiadający *oidium lactis*.

Godnem jest zaznaczenia, że nietylko grzybki rozszczepkowe, lecz i pleśniowe i zarodnikowe zostały jeszcze w stanie żywotnym wyosobnione z zawartości cukrowej, a więc już po działaniu na nie soku żołądkowego i kiszkowe-

go. Jak już wspomniano, prócz trzech pierwszych grzybków rozszczepkowych i drożdży, pozostałe znajdują się w skąpej ilości i udało się je odnaleźć po dłuższym dopiero przeglądaniu płytek.

Z anaerobijotycznych płytek żelatynowych i agarowych otrzymaliśmy trzy gatunki grzybków rozszczepkowych, które wszakże co do wejścia morfologicznego i zachowania się względem podłoża odpowiadały wyhodowanym już aerobijotycznie, mianowicie:

- 1) krótka pałeczka, nierozpuszczająca żelatyny,
- 2) owalna bakteryja, tak samo zachowująca się, i
- 3) streptokok.

Pierwsze dwa przeważały ilościowo i należą do „fakultatywnych [warunkowych] anaerobów“. Pomiędzy wyosobnionymi grzybkami rozszczepkowymi nie było bezwarunkowych anaerobów.

### Hodowla po powidłach z grochu.

Przyrządzano je zupełnie w ten sam sposób, co i hodowle po strawie mięsnej. Pod drobnowidzem i tutaj widać było liczne bakteryje. Preparaty barwione wykazywały też i takie formy, które źle lub wcale nie skupiały w sobie barwnika. Można było odróżnić 5 gatunków: 3 laseczniki i 2 kokki. Niektóre laseczniki były ruchliwe. I tutaj w pierwszych płytkach szybko rozpuściła się żelatyna. Z płytek bardziej rozcieńczonych, mikrob rozpuszczający został wyosobniony w postaci streptokokka, nie zaś lasecznika, którego znaleźliśmy w hodowlach po pokarmie mięsnym.

Dalej znajdowaliśmy najstalej cienkiego lasecznika, którego również nie spostrzegaliśmy przy pokarmie mięsnym. Bardzo często też znajdowały się gatunki drożdży. W czystej hodowli wyosobniono jeszcze ze wszystkich płytek agarowych i żelatynowych:

- 1) krótką pałeczkę podobną do *bacterium coli commune*, najprawdopodobniej identyczną z otrzymaną przy pokarmie mięsnym,
- 2) mikrokokka nierozpuszczającego, kokki ułożone podwójnie,
- 3) drugi gatunek mniejszych diplokokków.

Na płytkach anaerobijotycznych, można było odróżnić 3 gatunki: 2 gatunki kokków, które pod względem morfologicznym były identyczne z kokkami rozpuszczającymi, wyosobnionymi aerobijotycznie; trzeci gatunek stanowił lasecznik, którego nie zauważyliśmy w płytach aerobijotycznych. Była to pałeczka, tworząca długie, nieraz koliste łańcuchy. Przy dyjecie mięsnej nie otrzymano jej; w czystej hodowli rośnie też aerobijotycznie. Ogółem więc wyosobniono tu następujące mikroby:

- 1) streptokokka rozpuszczającego żelatynę,
- 2) cienkiego lasecznika,
- 3) dużego diplokokka,
- 4) małego diplokokka,
- 5) krótką pałeczkę, podobną do *bacterium coli commune*,
- 6) lasecznika, tworzącego łańcuchy,
- 7) gatunek drożdży.

Grzybków pleśniowych nie otrzymano tutaj.

A więc wraz z zmianą pokarmu i z czasem przeważają tu zupełnie inne mikroby, tak mianowicie: *streptococcus liquefaciens* i lasecznik cienki. Z bakteryj wyosobnionych, przy strawie mięsnej znaleziono tutaj tylko krótką pałeczkę podobną do *bacterium coli commune*. Wyosobnione tu grzybki rozszczepkowe były także warunkowemi aerobami; rosły zarówno w przystępie jak i bez przystępu powietrza. W cztery tygodnie później, gdy pacjentka od dłuższego czasu otrzymywała przeważnie strawę mięsną bez grochu, po raz trzeci przeszczepiono zawartość kiszki i przyrządzono seryjną hodowlę. Jak w poprzednich próbach, tak i tutaj preparaty drobnowidzowe wykazywały znaczną ilość bakteryj, z których 6 gatunków można było odróżnić. I tutaj znajdowały się formy złe lub wcale nie barwiące się, oraz laseczniki, obdarzone ruchem. Na płytkach nie występowało ogólnie rozpuszczenia żelatyny, tak, iż przypuszczać można było, że wyosobnione już rozpuszczające gatunki skąpo znajdują się w obecnie wypuszczonej zawartości kiszki. Stale znajdowano 2 gatunki: lasecznika nierozpuszczającego z końcami zaokrąglonemi oraz mikrokoka owalnego. Wykonano jeszcze teraz próbę dopełniającą z żelatyną cukrową i glicerynową. Ogółem wyosobniliśmy tu 7 gatunków:

- 1) lasecznika z zaokrąglonemi końcami,
- 2) mikrokoka owalnego,
- 3) krótką pałeczkę z przyciętymi końcami,
- 4) mikrokoka, który częściowo tylko i powoli rozpuszcza żelatynę,
- 5) grubego lasecznika z zaokrąglonemi końcami,
- 6) gatunki drożdży,
- 7) grzybka pleśniowego.

Dwa pierwsze gatunki znajdowały się na wszystkich płytkach. Prócz tego na płytkach anaerobijotycznych rosła jeszcze bakterija, mniej więcej taka, jak *bacterium coli commune*, lecz powoli rozpuszczająca żelatynę. I tutaj wyosobnione grzybki rozszczepkowe były warunkowemi anaerobami.

Wogóle obraz był odmienny od otrzymanego po dyjecie mięsnej i po grochu. Zdaje się, że wraz z pokarmem i z czasem bezustannie zmieniają się gatunki bakteryj w kiszki cienkich. W rozmaitych porach przeważają rozmaite gatunki, gdy poprzednio znajdowane zmniejszają się ilościowo lub całkowicie znikają.

Po tych wstępnych badaniach, postawiliśmy sobie za zadanie zbadać dokładniej morfologicznie i fizjologicznie te grzybki rozszczepkowe, które najstalej występowały. Z wyosobnionych gatunków wybraliśmy 7, najczęściej znajdowanych w kiszki cienkich, spodziewając się, że, zbadawszy je, zdobędziemy pogląd na to, jaki udział przypada grzybkom rozszczepkowym w rozkładzie miazgi pokarmowej. Były to:

- 1) krótka pałeczka podobna do *bacterium coli commune*, którą nazwiemy: *bacterium Bischleri* [próba mięsna I];
- 2) *streptococcus liquefaciens ilei, v. acidi lactici* [próba grochowa];
- 3) *bacterium ilei Freyi* [próba mięsna II];
- 4) *bacillus liquefaciens ilei* [próba mięsna I];
- 5) owalna bakterija, *bacterium ovale ilei* [próba mięsna I];

- 6) lasecznik cienki, *bacillus gracilis ilei* [próba grochowa].
- 7) krótka pałeczka, prawdopodobnie identyczna z *bacterium lactis aërogenes* [ESCHERICH] [próba mięsna II].

### Bacterium Bischleri.

Mikrob ten jest pałeczką krótką, zmiennej długości, przeważnie wsakże długi na 4  $\mu$ ., a szeroki 3  $\mu$ .. Zwykle dwie pałeczki są ze sobą połączone. Nie spostrzeżono ruchu, ani tworzenia zarodników. Z wejrzenia bardzo jest podobny do *bacterium coli commune*, dlatego też z początku uważaliśmy go za identyczny z tym ostatnim. Nie rozpuszcza żelatyny.

Na płytkach żelatynowych kolonije głębsze są żółtawe, pośrodku ciemniejsze i delikatniej ziarniste. Kolonije powierzchniowe są matowo białe. W hodowlach przez nakłucia wzrasta powoli wzdłuż nakłutego kanałka w postaci guziczków. białawych. Na powierzchni hodowle są słabo rozwinięte, tworząc delikatny, nieprawidłowo żłobiony osad. Podobnie przedstawiają się powierzchniowe kolonije na agarze. Bakteryja ta w ciągu 22-ch godzin sprowadza ścinanie się mleka przy 38° C.; w ciepocie pokoju dopiero po 5 — 6 dniach. Wstrzyknięta podskórnie świnkom morskim zabija je w 2 — 3 dni.

D-r A. BISCHLER, który w pracowni naszej zajmuje się bakteryjologiczno-chemicznym badaniem grzybków rozsziepkowych, znajdujących się w kiszkiach grubych u człowieka, zbadał też i tę bakteryję pod względem zachowania się jej wobec cukru i białka.

W 3 litrach rosolu rospuszczono 200 gr. dekstrozy; do cieczy tej dodano 75 grm. węglanu wapnia i po wyjałowieniu d. 16 Lipca zaszczipiono czystą hodowlę bakteryj. W ciepocie wylęgu zachodzi żywe wydzielanie się gazów. Dziewiątego dnia, gdy wydzielanie gazów ustało, postąpiono z cieczą w następujący sposób.

Przedewszystkiem zbadano hodowlę pod względem czystości i na zawartość cukru. Ciecz odtleniała tylko słabo alkaliczny roztwór miedzi, a badana polarymetrycznie, nie skręcała już weale. Bardzo zatem małe ilości cukru pozostały w stanie nierozłożonym. Ciecz zlano z osadu i póty przekraplano, aż destylat nie dawał już jodoformu z jodem i ługiem sodowym. Wyługowawszy destylat wyżarzonem potażem, otrzymano alkohol, który, osuszany nad wapnem gryzącem, destylował stale przy 77° C.. Był to więc czysty alkohol etylowy, a otrzymano go w ilości 6 grm.. Pozostałość w retorcie osadzono kwasem szczawiowym, a filtrat przekroplono. Lotne kwasy tłuszczowe dokładnie zubojeźniono sodą, roztwór odparowano na kąpeli wodnej, otrzymaną sól sodową przekrystalizowano w alkoholu i osadzono azotanem srebra. 0,2224 grm. soli srebra z pierwszej krystalizacji pozostawiły po wyżarzeniu 0,1435 grm. Ag = 64,52% Ag. 0,2043 grm. soli srebra z drugiej krystalizacji pozostawiły po wyżarzeniu 0,1322 grm. Ag 64,7%. Octan srebra zawiera 64,6% Ag. Lotny kwas składał się przeto wyłącznie z kwasu octowego, a otrzymano go około 7 grm.. Pozostałość w retorcie odparowano teraz do gęstości syropu i wytrawiono eterem. Po przekropleniu eteru, pozostał żółtawy syrup, który po gotowaniu z wodanem cynku, dał zwykły



bierny kwas mleczny. Znalezione 17,98% wody krystalicznej i 26,78% Zn, według obliczenia zaś powinno być 18,18% wody i 26,74% Zn.

Ciekawą jest ta okoliczność, że z hodowli *bacterium coli commune* D-r BISCHLER otrzymał te same produkty fermentacji cukru, mianowicie: alkohol etylowy, kwas octowy i kwas mleczny. Lecz tutaj otrzymany kwas mleczny był optycznie czynnym z 12,9% wody krystalicznej. W stanie wolnym skręca on płaszczyznę polaryzacji w prawo, w postaci zaś soli cynkowej w lewo. Jest to więc prawoskrętny kwas mleczny. Oba przeto grzybki rozszczepkowe nie są identyczne co do owych produktów; główną zaś pomiędzy nimi różnicę stanowi to, że w jednym razie tworzy się kwas mleczny optycznie czynny, w drugim zaś bierny. Niedawno dowiedliśmy <sup>1)</sup>, że tak zwany kwas mięso-mleczny lub paramleczny jest wyłącznym produktem fermentacji cukru pod wpływem *micrococci acidi paralactici*. Od owego czasu znaleźliśmy już 5 gatunków grzybków rozszczepkowych, które z glukozy wytwarzają czynny kwas paramleczny. Opiszemy je później. Tutaj chcemy tylko zaznaczyć, że wykazanie czynnego lub biernego kwasu mlecznego może być użyte jako środek dyagnostyczny do odróżnienia poszczególnych gatunków grzybków rozszczepkowych.

Na ciała białkowe lasecznik BISCHLER'a nie działa. Drobnoposiekane, oblane 4-krotną objętością wody i wyjałowione mięso wołowe zaszczipiono lasecznikiem i pozostawiono anaerobiotycznie w atmosferze kwasu węglanego przy 38° C. Gdy po tygodniu nie spostrzeżono wydzielania się gazów i ciecz pozostała klarowną, bezwoną, otworzono kolbę, zaszczipiono świeżą hodowlę i zatkało wata. Po 10 dniach w ciepłocie wylęgu i tutaj żadnego nie można było dostrzedz rozkładu. Zawartość kolby pozostała klarowną, bezwoną, a liczba bakterij okazała się pod drobnowidzem bardzo nieznaczną.

#### **Streptococcus liquefaciens ilei, v. acidi lactici.**

Są to małe, delikatne kokki, uszeregowane w łańcuchy, często po 6 — 20, nawet po 40, łatwo barwiące się zwykłymi barwnikami anilinowymi. Na płytkach żelatynowych tworzą małe, okrągłe, żółtawe kolonie, otoczone wązkim pasem rozpuszczonej żelatyny. Na agarze tworzą na całej powierzchni matowo-białe osady. W buljonie po 24 godzinach przy ciepłocie wylęgu tworzy się zmętnienie, a po 2 dniach osad, złożony ze streptokokków. Nie ma zapachu zgnilizny. Wyjałowione mleko ścina się od tych kokków po 22 godzinach przy 38° C. *Streptococcus liquefaciens ilei* jest chorobotwórczym dla świnek morskich. Zwierzęta, którym zaszczipiono hodowlę z buljonu, umierały po 24 godzinach.

W celu poznania rozkładu cukru i białka zarówno przez tego mikroba, jak i przez następne, przyrządziliśmy z jednej strony roztwór odżywczy, złożony z 40 grm. glukozy, 12 grm. peptonu KEMMERICH'a, 16 grm. węglanu wapnia i 2 grm. soli kuchennej w 800 grm. wody. Z drugiej strony 200 grm. drobnoposiekanego mięsa wołowego z 800 grm. wody wyjałowiono w kolbie zatkałej wata. Zarówno roztwór cukru jak i mięsa zostały zaszczipione odnośnymi grzybkami d. 21 Siernia i pozostawione w termostacie przy 38° C. do 12 Września. Dnia

<sup>1)</sup> Wiener Akad. Berichte. 1889. Zeszyt Majowy.

tego wyjęto kolby, pozostawiono je jeszcze do końca miesiąca w ciepłocie pokoju, poczem kolejno zbadano je na produkty rozkładu.

Roztwór cukrowy z zaszczepionym *streptococcus ilei*, badany d. 3 Października, wskazywał pod drobnowidzem, że hodowla pozostała czystą. Roztwór, traktowany według tej samej metody jak i przy laseczniku BISCHLER'a, zawierał tylko ślady niezmienionego cukru, nie dającą się oznaczyć ilość alkoholu, a odparowany roztwór przy oziębieniu skrzeplł na miazgę, złożoną z kryształów mleczanu wapnia. Część soli wapiennej zamieniono w sól cynkową, która przy rozbiórce dała następujące liczby: 0,2305 grm. wysuszonej na powietrzu soli straciły przy 110° C. na ciężarze 0,0423 grm., a po wyżarzeniu pozostawiły 0,0623 grm. ZnO = 18,34% wody krystalicznej i 26,57% Zn. Był to więc bierny kwas mleczny. Cukier zamienił się na ten kwas prawie całkowicie, nieznaczne zaledwie utworzyły się ilości produktów ubocznych. Mikrob ten osobiwie nadaje się do otrzymywania kwasu mlecznego.

Mięso, zakażone przez *streptococcus liquefaciens*, w części było rozłożone. Roztwór był mętny, miał odczyn silnie alkaliczny i woń starego sera, nie przypominającą wszakże ani skatolu, ani indolu. Lecz badanie drobnowidzowe okazało, że, prócz streptokoków, znajdowały się jeszcze dość liczne pałeczki. Hodowla nie pozostała czystą i nie badaliśmy jej przeto dalej.

#### Bacterium ilei Freyi.

Krótsza pałeczka z zaokrąglonemi końcami, długości 2 — 3  $\mu$ ., szerokości 1  $\mu$ ., często ułożoną po dwie, lecz także w skupieniach. Bakteryje te mało są ruchliwe i tworzą zarodniki najczęściej z obu końców pałeczki. Barwią się łatwo błękitem metylenowym i roztworem ZIEHL'a. Na płytkach żelatynowych rozszerzają się na powierzchni i mają szarobiałą barwę. Przy słabem powiększeniu kolonije są delikatnie ziarniste i składają się z 3-ch pasów, mianowicie: we środku brunatnawego, dalej żółtawego, a na krawędzi żółto-białawego. Krawędź jest nieregularnie żłobiona. W hodowlach żelatynowych przez nakłucie tworzy delikatne, żółto-białe ziarenka; na powierzchni występują plamy wilgotne, matowo - białe ze żłobioną krawędzią. Podobnie na agarze, gdzie na powierzchni tworzy się szeroki szarobiały osad, nieregularnie żłobiony. W buljonie wyrastają szybko, a w przeciągu 20 godzin przy ciepłocie wylęgu ścinają mleko.

Roztwór cukru, zaszczepiony lasecznikiem FREY'a, zbadano 6 Października. Hodowla była czysta, a ciecz bezwonna. Redukuje nieco alkaliczny roztwór miedzi, lecz w polarystrobometrze WILD'a skręca na lewo, mianowicie o 40 minut w warstwie 100 mm.. Hodowla, poddana przekropleniu, daje silny odczyn jodoformowy, a przez wylugowanie potażem, wysuszenie i rektyfikowanie otrzymaliśmy 6 grm. czystego, pomiędzy 76°—77° C. przy 706 mm. barometru wrzącego alkoholu etylowego, czyli 15% ciężaru użytego cukru. Pozostałość w retorcie zakwaszono kwasem solnym, wytrawiono eterem, a następnie alkohol-eterem [1 objętość alkoholu, 2 objętość eteru]. W ten sposób jako główną część składową otrzymaliśmy kwas bursztynowy i w nieco mniejszej ilości czynny kwas paramleczny. Po przekropleniu eteru i dodaniu małej ilości wody, kwas bursztynowy krystalizuje

podczas gdy kwas mleczny pozostaje w roztworze. Ług pokrystaliczny, odfiltrowany z kryształów, gotowano z wodanem cynku i przefiltrowano. W filtracie znajduje się rozpuszczalny w wodzie mleczan cynku, podczas gdy bursztynian cynku pozostaje jako nierozpuszczalny osad. 0,1893 grm. soli cynkowej straciły przy 110° C. 0,0239 grm. = 12,62% na ciężarze, a 0,1654 grm. suchej soli po wyżarzeniu pozostawiły 0,0556 grm. ZnO = 27,0% Zn.

Otrzymany kwas bursztynowy również został zanalizowany: 0,2246 grm. substancji wykryształizowanej z wodą dały 0,3368 grm. CO<sub>2</sub> i 0,1083 grm. H<sub>2</sub>O, czyli 40,89% C i 5,35% H. Wzór C<sub>4</sub>C<sub>6</sub>O<sub>4</sub> wymaga 40,68% C i 5,08% H.

Ze względu na nieco odmiennie zachowanie się otrzymanego tutaj paramleczanu cynku i wobec domniemania, że może mamy do czynienia z odkrytym przez SCHARDINGER'a drugim czynnym, w lewo skręcającym kwasem mlecznym, D-r FREY na większą skalę podjął badania z tym lasecznikiem w pracowni naszej. Wspomniemy tu tylko, że gaz wydzielony przy fermentacji cukru bez przystępu powietrza składa się z kwasu węglanego i wodoru. Według analizy, gaz wydzielony na 3-ci dzień fermentacji zawierał 57% na objętość CO<sub>2</sub> i 43% H.

Białko nie zmienia się pod wpływem tego mikrobu. Zakażone nim mięso pozostało nierozpuszczone, a ciecz klarowna. [C. d. n.]

## ODCINEK.

### Z A P O B I E G A N I E

(*Prophylaxis*)

## SZERZENIU SIĘ SYFILISU.

Napisał

**D-r Med. Antoni Elsenberg,**

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnym w Warszawie.

### I.

Epidemija syfilisu jest nieustająca. — Następstwa, jakimi syfilis zagraża jednostkom i straty, jakie społeczeństwo przez to ponosi. — Wyradza się konieczność zapobiegania złemu. — Drogi i sposoby zarażania się syfilisem: bezpośrednie i pośrednie. — Kilka słów o zapobieganiu indywidualnem.

Od końca XV wieku epidemija syfilisu jeszcze nie wygasła. Prawda, że złagodzoną jest znacznie przez racjonalne leczenie i jakie takie środki zapobiegawcze, ale istnieje zawsze i wszędzie. Jest to może najbardziej rozpowszechniona choroba zakaźna, nie szcędząca nikogo, gdyż wszyscy niemal jednakowo są usposobieni do przyjęcia jej zarazka, a przez ciąg czterech prawie wieków tak się wszędzie zakorzeniła, przez przewlekłość przebiegu tak ludzie do niej przywykli, tak się z nią obyli, że uważają ją prawie za nieodłączny swój przywilej, że być musi, bo nie być nie może. Zauważmy nadto, że ta nieustająca epidemija nie jest zawsze jednostajną: ma ona swoje nasilenia i spadki. Każda wojna ogromnie wpływa na powiększenie jej nawet na lat wiele jeszcze po nastaniu pokoju, przyczem takiemu szerzeniu się syfilisu towarzyszą nieodłącznie ciężkie i groźne dla życia chorych formy. Nieraz, nawet w całych miejscowo-

ściach, na lat dziesiątki syfilis tak się zakorzenia, że niewielu znajdzie się mieszkańców, którzyby tą chorobą dotknięci nie byli! Nawet w Warszawie, niektóre dane pozwalają przypuszczalnie wnosić, że w zwykłych warunkach na 45 osób 1 ma syfilis, a na 20 jedna ma jakąkolwiek chorobę weneryczną; bez wliczenia jednak chorych żołnierzy i prostytutek stosunek ten będzie o wiele mniejszy.

Wiadome są powszechnie następstwa, jakie pociąga za sobą syfilis: wpływają on zgubnie na zarażonego, na jego potomstwo i niepomysłnie odbija się na społeczeństwie.

Z patologii syfilisu wiemy, czego może się spodziewać nieraz syfilityk: we wszystkich narządach znajdujemy dziś zmiany syfilityczne, często doprowadzające do kalectwa i śmierci. Pośród zaś dzieci, syfilisem wrodzonym dotkniętych, śmiertelność w pierwszym już roku ich życia jest olbrzymia, bo wynosi, 71—86% a u pozostałych syfilis w młodych latach się odzywa i robi ich kalekami, schorzałymi, wywołując często i te nawet zmiany, jakie dawniej żołdom przypisywano, a jakie dziś w znacznej części syfilisowi przypisywać musimy. Z tych danych łatwo sobie wysnuć zagrażające społeczeństwu ciężary i straty. Różne kalectwa czynią syfilityków niezdolnymi do pracy, doprowadzają ich do nędzy, a w ten sposób owi syfilitycy stają się nie tylko jednostkami nieprodukcyjnymi, ale nadto stanowią ciężar dla gmin swoich, które ich utrzymywać muszą, albo szpitale nimi zapelniać. Dla państwa są oni już niezdolnymi do służby wojskowej, lub też w lżejszej formie choroby często z pułków ubywają. Po wysłużeniu zaś swych lat, powracając do domów, zarażają innych, wnoszą syfilis do ogniska domowego, i w ten sposób szerzą go coraz dalej, bo na mamki i ich rodziny, na inne dzieci i t. p.

Nie ulega już dziś żadnej wątpliwości, że syfilis jest jedną z głównych przyczyn ubytku ludności; rasa bowiem ulega zwyrodnieniu i karłowacieje, a śmiertelność młodych ludzi się wzmaga, co nie tylko samo przez się wpływa na ubytek ludności, ale i przez to, że mniej się ludzi rodzi. We Francji jest to już powodem dającego się uczuć ubytku ludności <sup>1)</sup>, a nadto coraz to częściej i coraz więcej bywa takich popisowych, którzy pod względem fizycznym nie odpowiadają tym wymaganiom, jakim rekruci zadość czynić powinni.

Te kilka słów wystarczą, aby się przekonać, jak ważną jest rzeczą zapobieganie szerzeniu się syfilisu, by, jeżeli już nie wygubić go, to przynajmniej ograniczyć tak znaczne szerzenie się, jakie dzisiaj ma miejsce. Tymczasem środków, zapobiegających temu zakażeniu po części się zaniedbuje i wogóle mniej na nie zwraca się uwagi, aniżeli na odpowiednie środki podczas epidemii ospy, cholery i t. p. Zapatrywano się bowiem na środki, ochraniające od syfilisu, jako na środki, które zachęcają i sprzyjają rozpucie, gdyż zarazek syfilisu zaliczają do tych zarazków, których się szuka i wiadomo w jaki sposób, a syfilis uważają za chorobę zasłużoną, świadczącą o rozpustnym życiu. Jednakże na syfilis musimy się zapatrywać, jak na każdą inną chorobę zakaźną, i że nabywa się go nie przez rozpustę całego życia, nie z wielokrotnego, ale z jednorazowego zarażenia się: często przy pierwszym zaraz spółkowaniu takie niepowodzenie młodych ludzi spotyka. Jeżeli jednak takie zarażenie się nazwiemy zasłużonym, to z drugiej znów strony wiemy, że znaczna ilość osób miewa syfilis zupełnie niewinnie i niezasłużenie lub czysto przypadkowo. Cały szereg sposobów zarażania się syfilisem osób niewinnych jest nam dokładnie znany, a możemy go rozpatrzeć w dwóch grupach: zarażeń bezpośrednich i pośrednich <sup>1)</sup>.

Do pierwszych należy: zarażenie kobiet zamężnych przez mężów, nieraz nawet przed ślubem jeszcze; przez pocałunek chorego narzeczonego u narzeczonej powstaje wrzód twardy np. na łącznicy oka, na uchu, wargach; w podobny spo-

<sup>1)</sup> ALFRED FOURNIER. Prophylaxie publique de la syphilis. Paris. 1887.

<sup>2)</sup> BERGH. Ueber Ansteckung und Ansteckungsweise bei Syphilis. 1888.  
POSPIELOFF. O wniepółowom zarażenii sifilisom. 1889.

sób i dziecko z wysypką [pryszczycą] może się łatwo syfilisem zarazić, gdy je pocałuje piastunka, mająca lepięże płaskie na wargach, i odwrotnie, piastunki zarażają się przez noszenie dzieci syfilitycznych na obnażonym ramieniu. Albo, np. gdy ślina osoby, mającej lepięże płaskie na błonie śluzowej jamy ustnej, pada na oko lekarza, wywołuje wrzód twardy łącznicy lub powieki. Tutaj należy zaliczyć i syfilis wrodzony.

Dalej, gdy mamka karmi dziecko syfilityczne, prawie nigdy nie uniknie syfilisu [wrzód twardy na brodawce], a później zaraża i męża i dzieci swoje, i od nich dalej zwykle zaraża się szerzy; lub przeciwnie, gdy mamka ma syfilis, zaraża dziecko, które karmi, a to dziecko zaraża znów swą matkę i t. d. Przez obrzezanie i wysysanie krwawiącej rany przez syfilityka nieraz u żydów dzieci zarażają się syfilisem. Nie tak rzadko się zdarza, że lekarze, studenci, akuszerki zarażają się przy badaniu syfilitycznych kobiet, lub opatrywaniu syfilityków; z drugiej znów strony znane są przypadki przeniesienia syfilisu przez przeszczepianie skóry z jednego chorego na ranę innego, przez szczepienie ospy i t. p..

Pośrednie zarażenie powstaje wskutek przeniesienia zarazka na człowieka zdrowego z jakiegokolwiek przedmiotu, którego syfilityk używał i pozostawił na nim wydzielinę swoich zaraźliwych wykwitów. W ten sposób można się zarazić syfilisem za pośrednictwem niektórych sprzętów, odzieży, bielizny i t. p.. I tak, opisywano przypadki zarażenia się osób, które nosiły spodnie, rękawiczki syfilityka, leżały na jego pościeli, powalanej niezaschlą wydzieliną owrzdzeń i lepięży, używały ręczników i chustek do nosa, a nawet za pośrednictwem klozetów i bidetów, a może i prania bielizny syfilityków. Dalej zarazek przenosi się za pośrednictwem szczoteczki do zębów, piór, ołówków, noży do przekrawania papieru, które to przedmioty niektóre osoby mają zwyczaj w ustach trzymać, za pośrednictwem papierosnic, fajek, cygar, smoczków, naczyń do picia i jedzenia, jak: noży, wideł, łyżek, zwłaszcza drewnianych, filiżanek, szklanek, kieliszków i t. p.. Dla tego też, picie u nas wódki nieraz z jednego kieliszka złym jest zwyczajem, równie jak i przywieszanie kubka przy studniach publicznych. Instrumenty dęte, zabawki dzieciinne mogą również pośredniczyć w przeniesieniu zarazka syfilitycznego. Trąbki bowiem, flety, gwizdawki, balony nadymane sprzedający do ust bierze, gdy ich zalety chce pokazać, a jeśli ma np. lepięże, pęknięcia, nadżarcia na wargach lub języku, łatwo część wydzielinę zarażającej na wymienionych przedmiotach pozostawić może. Tutaj należy zaliczyć i tak zwany przez ROLLER'a *siphilis verrière*, zdarzający się u robotników w hutach szklanych, gdy we trzech kolejno jedną dmuchawkę do ust biorą.

Narzędzia chirurgiczne także bywają przenośnikami syfilisu, a najczęściej ma to miejsce za pośrednictwem brzytwy przy goleniu, kateteru usznego [KLINIK] i kleszczy zębowych, rzadziej za pośrednictwem szpatla, lusterka krtaniowego, wziernika macicznego, irygatora, lancetu, baniek, lapisu [LELOIR], tatuowania i elektrodów [PELIZZARI].

Bardzo często przy świerzbie znajduję u chorych i wrzód twardy, ale czy to świerzbowiec przenosi zarazek [DIDAY, PROFETA], wątpić należy. Prędzejbym sądził, że jednocześnie ze świerzbą, zarażają się chorzy syfilisem, albo gdy świerzba już jest rozwiniętą i na narządach płciowych wykwity jej się znajdują, wtedy zarazek syfilityczny bardzo łatwo w obtartą przez spółkowanie krostkę wnika.

Drogi więc nabycia syfilisu po za sferą płciową są bardzo liczne, a przy długim nadto trwaniu okresu zaraźliwego, najprzód możemy wnosić, że syfilis nie w i n n y c h musi być o wiele częstszy, niżby się zdawało. Dokładnych o tem danych brak nam, ale posiadamy zato dosyć liczne prace co do częstości wrzodów pierwotnych, nabytych nie drogą płciową. Rozumie się, że z tej liczby należy odrzucić pewną odsetkę wrzodów pierwotnych, nabytych przez spółkowanie drogą nienaturalną, a z drugiej znów strony dodać o wiele liczniejsze przypadki

zarażenia żon przez mężów, syfilisu wrodzonego, syfilisu mężów zarażonych przez swe żony, będące mamkami lub piastunkami syfilitycznych dzieci i t. p.

Podług FOURNIER'a, JULLEN'a i innych, wrzód pierwotny nie na narządach płciowych u mężczyzn bywa w 5—6%, u kobiet 25—26%, MRACEK podaje u mężczyzn 1%, a u kobiet 14%, GAY 4% u mężczyzn, 19% u kobiet, POSPIELOFF procent syfilisu niewinnych w szpitalu podaje na 15—25, podług SPERCK'a 24,3%. Zatrważające rozmiary przybiera syfilis niewinnych w niektórych ziemstwach i guberniach Rossyi. BELOUSSOW np. podaje, że w gubernii Rjazańskiej procent syfilisu niewinnych dochodzi do 74, w okręgu Odojewskim do 88! Popow zaś dla Kurskiej gubernii podaje go na 85, a dla Włodzimierskiej na 91,3%! U nas ilość zarażeń przypadkowych jest również dosyć znaczną, chociaż dokładnie obliczyć się nie da z taką łatwością, jak np. w ziemstwach; te zaś dane, jakiebym mógł podać z mego oddziału, zanadto byłyby niewystarczające, aby z nich jakikolwiek wniosek wyciągnąć było można.

Tych faktów chyba wystarczy, aby się przekonać, że bardzo znaczna liczba ludzi nabywa syfilis niewinnie, że więc niezawsze jest on oznaką złego życia i rozpusty, i że w każdym razie tak nieobliczone straty jednostkom, rodzinom i społeczeństwu przynosi, że na równi z ospą i t. p. chorobami zakaźnymi należy go postawić, i wszelkich środków zapobiegawczych użyć dla ograniczenia go, a nawet wytepienia; wszelkich środków, godziwych i praktycznych, należy użyć dla ustrzeżenia od syfilisu nawet winnych [jeżeli ich winnymi godzi się nazywać], bo tą drogą strzeżemy także i niewinnych.

Co do zapobiegania indywidualnego, niewiele o niem da się powiedzieć. Główną rolę odgrywa tu zachowywanie czystości i stosowanie środków antyseptycznych. Ale te środki są w stanie zniszczyć zarazek tylko wtedy, gdy ten znajduje się na powierzchni skóry lub błony śluzowej, bezsilni zaś są, gdy zarazek do tkanek się przedostał. Pomimo to jednak dążności ku takiemu zapobieganiu istniały zawsze, i każdy niemal lekarz miał swoje w tym celu zalecane środki, które nieraz jako nigdy nie zawodzące zachwalał. Niepowołani moralisci jednak piętnowali takie dążności, dowodząc, że są one niemoralne, że zachęcają i sprzyjają rozpucie, któraby bezkarnie każdemu już ująć mogła. LUNA CALDERON, lekarz szpitala wenerycznych w Paryżu, z tego właśnie powodu musiał zarzucić stosowanie swego, jakoby niezawodzącego, środka.

Z dawniejszych autorów, NICOLAS MASSA radził po spółkowaniu obmywanie białem winem lub octem, FRACASTOR wspomina o obmywaniu sokiem cytrynowym, PETRONIUS — obmywania moczem i wódką z kamforą, inni znów — terpentyną, nastojem winnym z gwajaku, roztworem ałunu, albo mieszaniną, składającą się z wody przekozonej, wody wapiennej, wysokoku i sublimatu, albo obmywania słabym roztworem potażu gryzącego, roztworem siarczanu cynku i t. p.

Najbardziej racjonalnym środkiem, jakiego my dziś używamy, jest obfite pokrycie tłuszczem, a najlepiej wazeliną, skóry, która może być wystawioną na zetknięcie z zaraźliwym tworem syfilitycznym. Gdy naskórek tłuszczem nasiąknie, a w szczelinach i otworkach gruczołowych cząsteczki tłuszczu zasiądą, małe jest prawdopodobieństwo, by, przy nienaruszonej skórze, zarazek w tkanę lub do gruczołów przeniknął; pozostaje on na powierzchni, przylegając do pokładu tłuszczu i dlatego też łatwo go usunąć przy następczym obmyciu skóry letnią wodą i mydłem, a później sublimatem 1‰ z dodatkiem 25% wysokoku. Po spółkowaniu, oprócz powyższej procedury, należy nadto mocz oddać, a cewkę następującym roztworem dwa razy przestrzyknąć:

Rp. *Hydrargyr. bichlor. corrosivi* 0,02  
*Aq. destillatae* . . . . . 150,0  
*Ammonii chlorati.* . . . . 0,06.  
 MDS. Zewnętrznie.

Po tych krótkich uwagach zwrócimy się głównie do zapobiegania publicznego, które dziś, z przytoczonych na początku powodów, tak ważne miejsce zajęło i na porządek dzienny weszło. [C. d. n.]

## SZÓSTY ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W KRAKOWIE.

[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 38].

Sekcja chirurgiczna. Posiedzenie I.

Obrady rozpoczęto pod przewodnictwem prof. KOSIŃSKIEGO z Warszawy.

Pierwszy miał wykład prof. OBALIŃSKI z Krakowa — O surowiczych torbielach zaotrzewnowych [przyczynek do nauki o rozróżnianiu guzów jamy brzusznej]. Mówca przytacza przypadek guza jamy brzusznej w okolicy nerki, który uważał za hydronefrozę i jako o takim mówił na Zjeździe chirurgów w roku zeszłym. Bliższe jednak badania anatomo-patologiczne guza wykazały, że nie jest to hydronefroza, lecz torbiel zaotrzewnowa surowicza, powstała prawdopodobnie z resztek ciała MUELLER'a. Drugi przypadek podobny prof. OBALIŃSKI spostrzegał jeszcze wcześniej, lecz w tym razie nie wykonał otwarcia jamy brzusznej, a rozpoznanie postawił tylko na zasadzie badania klinicznego.

Opierając się na swoich spostrzeżeniach i dostępnej literaturze, prof. OBAL. wyprowadza następujące wnioski o torbielach zaotrzewnowych:

- a) Torbiele zaotrzewnowe surowicze nie należą do zbyt wielkich rzadkości.
- b) Napotyka je również często u mężczyzn, jak i u kobiet.
- c) Rozwijają się zwolna i nie dochodzą do znacznej wielkości,
- d) Leżą w pobliżu nerki, a nawet prawdopodobnie biorą początek z tak zwanych ciał WOLFF'a i MUELLER'a.
- e) Ściany mają mocne, cienkie, łatwo się dające oddzielać od otrzewnej.
- f) Zawartość surowicza, jasna, z małą ilością ciał stałych.

Dyskusja. ZIEMBICKI ze Lwowa, odnośnie do trudności rozpoznania guzów jamy brzusznej przytacza swoje spostrzeżenie, w którym żołądek niezmiernych rozmiarów przedstawiał się jako torbiel olbrzymia. Podczas operacji przekonano się, że jest to rozszerzenie żołądka, zależne od rakowego zwężenia odźwiernika. W przypadku tym nie było żadnych objawów, wskazujących na cierpienie żołądka. Chory po upływie kilkunastu dni po operacji zmarł skutkiem wyniszczenia.

SZTEYNER z Warszawy opowiedział o przypadku rozszerzenia żołądka, dającym objawy puchliny brzusznej. W tym razie już zamierzono wykonać przekłucie, jednak z powodu pewnych wątpliwości i wyniszczenia znacznego wstrzymano się od tego rękożynu. Chory zaś wkrótce zmarł. Sekcja wykazała zwężenie rakowate odźwiernika i niezmiernie wielkie rozszerzenie żołądka, napełnionego znaczną ilością płynu.

Drugi miał wykład DEMBOWSKI z Wilna — Przyczynki do chirurgii nerek.

W przypadku nerki wędrującej D. postąpił według metody WITT WILCOX'a. Przez cięcie skośne od końca 12 żebra, łukowate z wypukłością ku dołowi, doszedł do *capsula adiposa* nerki, otworzył ją [otoczkę] i na nerkę nałożył 4 szwy jedwabne w dwa rzędy, przechodząc nie tylko przez *capsulam adiposam* i *fibrosam*, ale i przez sam miąższ nerki, którą tym sposobem przymocował do powierzchni przedniej *m. quadrati lumborum*. Ranę wytamponował gazą jodoformową. W ciągu 24 godzin w moczu było białko i krew, po upływie 2 dni białko znikło. Po 11 dniach D. tampony usunął, w ranę założył sączek, brzegi zaś rany zbliżył szwami srebrnymi. W 4 tygodnie po operacji chora opuściła zakład. W ciągu 4-ch miesięcy nerka była nieruchoma i bóle ustąpiły, w 5-ym zaś miesiącu brzeg dolny

nerki okazał się ruchomy i chora już miała jeden napad bólu. Zdaniem D. postępowanie tego rodzaju nie jest wystarczającym do ustalenia nerki wędrującej.

Dyskusyj a. Prof. OBALIŃSKI przemawia za usunięciem nerki wędrującej, przy zwiększających się dolegliwościach; zrosty, jakie powstają skutkiem przysycia nerki, z biegiem czasu ulegają rozszerzeniu, a zabiegi operacyjne nie przynoszą rezultatu pożądanego.

SCHRAMM twierdzi, że zrosty, powstałe po ustaleniu nerki, utrzymać się mogą dosyć długo, usuwanie zaś całego organu stanowi rzecz poważną i może za sobą pociągnąć smutne następstwa, szczególnie jeżeli druga nerka nie jest zdrowa. Dlatego też jest zdania, aby wyczerpać wszystkie inne sposoby i dopiero, jeżeli one nie przynoszą żadnej korzyści, przystąpić do usunięcia nerki.

GABSZEWICZ przemawia również za ustaleniem nerki, widział nawet przypadki wyzdrowienia po przysyciu.

Prof. RYDYGIER również nie usuwałby nerki zdrowej, zdecydowałby się raczej na kilkakrotne powtórzenie operacji.

Prof. Kosiński nie operował nerki wędrującej, w ostatecznych tylko razach i to w przypadkach nader rzadkich widziałby wskazanie do usunięcia nerki ruchomej, szczególnie jeżeli ta ostatnia jest zdrową.

Trzeci wykład miał Podgórski z Krakowa — „O wskazaniach do resekcji jelit pierwszorzędnej“.

Mówca korzystał z materiału w szpitalu Św. Łazarza w Krakowie; wniósł swoje, opiera na 51 przypadkach, w których wykonano resekcję pierwotną kiszek, skutkiem różnorodnych przyczyn. Po tej operacji otrzymano zejście śmiertelne w 29 przypadkach, t. j. 56,8%. Tak znaczna śmiertelność pochodziła skutkiem tego, że w nader wielkiej liczbie wykonano resekcję pierwotną przy zgorzeli przepukliny uwięźniętej i przy *occlusio interna*. Jako wskazanie do wykonania tego zabiegu operacyjnego w spostrzeżeniach Podgórskiego pierwsze miejsce zajmuje zgorzel kiszek w przepuklinie: na 30 przypadków resekcji pierwotnej kiszek w tych warunkach 15 zakończyło się śmiercią. Najlepsze wyniki otrzymywano przy przepuklinach ściennych.

W 11 przypadkach zrobiono odbytu sztuczny; z tych wyzdrowiało tylko 2. Mając na względzie przy *anus praeternaturalis* tak znaczną śmiertelność, a także i operację powtórną, jakiej chorey po pewnym czasie zmuszony się jest poddać, mówca jest zdania, aby tylko w razach ostatecznych przy zgorzeli przepukliny tworzyć odbytu sztuczny. Drugie miejsce pod względem częstości przy wykonaniu resekcji zajmowało *occlusio interna*: na 10 przypadków — jedno tylko wyleczenie. Najgorsze rokowanie P. stawia przy skręceniu *flexurae sigmoideae* i wogóle kiszek grubych. Jeżeli przyczynę zamknięcia stanowi nieprawidłowość w budowie kiszek, usposabiająca do powstawania skrętu powrotnego, to należy zaraz przy pierwszej operacji, z powodu zamknięcia, przystąpić do resekowania pętlicy kiszek. Dalej, jako wskazanie służyło usunięcie odbytu sztucznego: na 8 przypadków wyzdrowiało 5. Oprócz tego raz wykonano resekcję z wynikiem pomyślnym przy nacieku gruźliczym kiszek ślepej, skutkiem czego powstały objawy niedrożności; raz przy wypadłej części kiszek poranionych — zejście śmiertelne — i raz przy *carcinoma flexurae sigmoideae*.

Dyskusyj a. BARĄCZ jest zdania, że nie w każdym przypadku można wykonać resekcję pierwotną kiszek; przy *collapsus* i objawach zakażenia przystąpić należy do wykonania odbytu sztucznego, a następnie kiedy chorey przyjdzie do sił, trzeba wykonać resekcję kiszek.

Prof. RYDYGIER zgadza się na wskazania do resekcji pierwotnej, jakie postawił Podgórski. Złe rezultaty, jakie otrzymują przy skręceniu kiszek grubych, uważa za następstwo zakażenia otrzewnej, spowodowane obecnością *bacillus coli*.



DEMBOWSKI przy zgorzeli kiszki nie radzi wykonywać resekcji pierwotnej, gdyż często w tych miejscach [na błonie śluzowej], które były uważane za zdrowe, później występowała zgorzele.

WEHR podaje przypadek, w którym przy zgorzeli pętlicy kiszki uwięźniętej wykonał wycięcie pierwotne. Po założeniu szwu zauważył, że w znacznej odległości [około 15 ctm.] wyżej znajduje się jeszcze kilka miejsc zgorzelinowych; WEHR zrobił wgłobienie tej części kiszki, i utrzymał w tej pozycji za pomocą szwu LAMBERT'a.

TRZEBICKI operował w podobny sposób już dwa razy.

Dyskusja była jeszcze nader ożywioną, przyjmowali w niej udział: OBALIŃSKI, SCHRAMM, RYDYGIER, ODERFELD i NONIEWICZ.

Posiedzenie II odbyło się pod przewodnictwem SZUMANA z Torunia.

Czwarty wykład miał ZIEMBICKI ze Lwowa — „Dwadzieścia przypadków wysokiego cięcia pęcherza; wskazania, wyniki“.

Do wykonania tej operacji jako wskazania Z. służyły: kamienie pęcherza, złamanie kości łonowej i pęknięcie cewki z zatrzymaniem następczem moczu, nowotwór pęcherza, przerost gruczołu krokowego i ostre zapalenie pęcherza. Przy kamieniach wykonał *sectio alta* w 10 przypadkach, w jednym tylko nałożył szew, przy innych stosował leczenie otwarte. Zejście we wszystkich przypadkach nader pomyslnie; powikłań żadnych, rany goiły się nader szybko. Z. nie jest zwolennikiem metody prof. RYDYGIERA, t. j. wykonywania cięcia wysokiego przy pomocy laparotomii, gdyż przez to narażamy chorego na wielkie niebezpieczeństwo. Zdaniem mówcy, *sectio alta* zewnątrz-otrzewnowa jest to najodpowiedniejszym zabiegiem w celu usunięcia kamieni pęcherza.

Przy przeroście gruczołu krokowego ZIEMBICKI wykonywał bądź to cięcie wysokie, bądź też jednocześnie i resekcję częściową gruczołu; w tym ostatnim razie jednak z rezultatu swojej operacji nie był zadowolony. Nie przemawia też za resekcją *prostateae*, gdyż przy przyroście jego cierpi nie tylko gruczoł krokowy, lecz i cały narząd moczowy.

Nader dodatnie wyniki otrzymywał ZIEMBICKI, stosując *sectionem altam* przy zapaleniach pęcherza moczowego, na które w tych przypadkach zapatruje się, jak na ropień: *sectio alta* ułatwia niezmiernie dostęp do pęcherza, przez co łatwiej i dokładniej możemy działać na błonę śluzową.

Dyskusja. RYDYGIER według swojej metody dotąd sam operował tylko w 5 przypadkach, a w 2 SCHRAMM; wszystkie dały bardzo dobry rezultat; jest to jeszcze zbyt mały materiał, aby o metodzie tej można wydać sąd stanowczy i postawić ściśle wskazania do jej stosowania. Jeżeli pęcherz jest czysty, to można bez żadnej obawy wydobywać kamienie przy pomocy laparotomii, inaczej się rzecz przedstawia przy zapaleniach pęcherza. Najodpowiedniejszą metoda ta może być przy nowotworach pęcherza.

*Sectio alta extraperitonealis* także nie jest idealną metodą, w ostatnich czasach nawet otrzymywano przy niej 18% śmiertelności.

OBALIŃSKI uważa metodę RYDYGIERA za bardzo dobrą, należy tylko wybierać odpowiednie przypadki i nader starannie nakładać szew. Resekcja gruczołu krokowego nieraz dawała mu pomyslnie wyniki, przy cierpieniu zaś całego narządu moczowego niewielką korzyść przyniesie choremu i *sectio alta* i *resectio prostateae*.

Kosiński — nie można jednej metody operowania uważać za wyłączną przy kamieniach pęcherza moczowego; należy wybierać metodę odpowiednią do przypadku. Dawniej K. wykonywał *sectionem altam* dosyć często, obecnie jednak tam, gdzie tylko może, najchętniej posługuje się *litholapaxiae*.

Zabierali jeszcze w tej kwestyi głos DEMBOWSKI, SZUMMAN, OBALIŃSKI.

[C. d. n.].

## Wiadomości terapeutyczne.

**19. Gallacothophenonum. Gallakotofenon.** W leczeniu niektórych chorób skórnych, szczególnie łuszczycy (*psoriasis*), ważne miejsce zajmuje grupa środków, które UNNA nazwał redukującymi, lub keratoplastycznymi. Odznaczają się one, jak wiadomo, głównie tem, że chciwie łączą się z tlenem, a więc i z tlenem, zawartym w tkankach, np. w naskórku. Naskórek pod wpływem ich działania szybko rogowieje, a naczynia skórne zwężają się i kurczą. Są one również i środkami antyparazytarnymi, gdyż pod wpływem ich działania szybko martwieją te właśnie warstwy skóry, w których gnieźdzą się pewne pasorzyty.

Przez szereg lat najważniejszą rolę w leczeniu łuszczycy odgrywała chryzarobina, otrzymywana z rośliny brazylijskiej *Andira araroba*, a mianowicie z proszku *Goa*, czyli *Araroba*. Nawiasowo napomknąć tu mi wypada, że i dotąd, pomimo wprowadzania coraz nowych środków zastępczych, lekarze bardzo często wracają do chryzarobiny, która istotnie w wielu razach nader cenną odznacza się skutecznością.

Ponieważ chryzarobina wywołuje dość często, szczególnie w pewnych okolicach ciała [twarz, części rodzajne], silne zapalenie, a nieraz i ogólne groźne objawy, przeto JARISCH w r. 1878 wprowadził do terapii kwas pyrogalusowy, czyli pyrogalol (*pyrogallolum*). Leczący ten środek przez swe silne działanie redukcyjne okazał się w niektórych przypadkach bardzo niebezpiecznym: przy wcieraniach w duże powierzchnie skóry występowały groźne objawy, zaleźne od rozkładu krwi, a nawet parę razy i śmierć zanotowano.

Okoliczność ta skłoniła LIEBERMANN'a w r. 1888 do zastąpienia pyrogalolu antrarobiną, a niedługo BINZ'a — do zalecenia hydroksylaminy, czyli hydroksyljaku. Ten ostatni badacz powoływał się nadto jeszcze i tem, że wszystkie wymienione wyżej środki lecznicze mniej lub więcej silnie barwią skórę, a jego hydroksyljak wolnym jest od tej wady <sup>1)</sup>.

Obecnie z pracowni prof. NENCKIEGO, w Bernie, D-r REKOWSKI donosi (*Therap. Monatsh.* 1891. *Heft IX*) o nowym środku leczniczym, należącym do tej samej grupy, co i wyżej wzmiankowane, a mianowicie o t. z. gallakotofenonie.

Działanie trujące pyrogalolu, jak się rzekło, zależy od chciwego utleniania się w roztworach alkalicznych, t. j. od jego wysokiej własności redukcyjnej. Ponieważ jednak pyrogalol istotnie, szczególnie w łuszczycy, odznacza się doskonałą skutecznością, przeto zrozumiałem jest łatwo, że do życzenia byłoby mieć związek chemiczny, zbliżony bardzo do pyrogalolu, ale któryby posiadał o wiele słabszą własność redukcyjną. Takim właśnie środkiem leczniczym zdaje się być związek, wykryty przez prof. NENCKIEGO.

Pyrogalol, jak wiadomo, jest trójoksybenzolem. Otóż, gallakotofenon jest również trójoksybenzolem, ale w nim, oprócz owych trzech hydroksylów, jeszcze jeden atom wodoru samego jądra benzołowego zostaje zastąpiony przez metylketon.

Jeżeli zatem wyobrazimy sobie benzol [C<sub>6</sub>H<sub>6</sub>], w którym trzy atomy wodoru zostały zastąpione przez trzy hydroksyle [OH], a czwarty atom wodoru — przez metylketon [CH<sub>3</sub>.CO], to jasno uprzytomnimy sobie budowę hipotetyczną i formułę chemiczną CH<sub>3</sub>.CO.C<sub>6</sub>H<sub>2</sub>[OH]<sub>3</sub> gallakotofenonu <sup>2)</sup>.

Ciało to utlenia się w roztworach alkalicznych niezmiernie wolno; jego zatem własność redukcyjna jest daleko mniejsza, aniżeli pyrogalolu.

Jest to proszek jasno-żółtawy. W zimnej wodzie z trudnością się rozpuszcza [0,18:100]. Łatwo rozpuszcza się w gorącej wodzie, w alkoholu, eterze, a najłatwiej w glicerynie. Rozpuszczalność w wodzie zimnej zwiększa się przez dodanie octanu sodu (*natrium aceticum*).

<sup>1)</sup> O chryzarobinie, kwasie pyrogalusowym i antrarobinie — porównaj: *Wiadomości terapeutyczne*. [Gazeta Lekarska. 1888, str. 355].

O hydroksyljaku — patrz: *Wiadomości terapeutyczne*. [Gazeta Lekarska. 1889, str. 21].

<sup>2)</sup> Ponieważ w oryginale znalazłem ważne zmyłki drukarskie we wzorach chemicznych, przeto nie mam dotąd pewności, czy i w samej nazwie wzmiankowanego związku nie zaszła pomyłka drukarska, a mianowicie, czy nie powinno być: *galla-keto-fenon*.

REKOWSKI przeprowadził w pracowni prof. NENCKIEGO badania na zwierzętach i na hodowlach niektórych bakteryj i doszedł do wniosku, że [gallakotofenon nie jest trującym, oraz że odznacza się [w roztworze wodnym wobec octanu sodu] wydatnymi własnościami antiparazytarnymi.

Spostrzeżenia kliniczne, wprawdzie dotąd niezbyt liczne, przeprowadzone u klinice prof. INTZ'a, w Bernie, przekonały, że istotnie gallakotofenon jest środkiem bardzo skutecznym przeciw łuszczycy. Doskonale działanie występowało podobno już we 12 godzin po zastosowaniu maści dziesięcioprocentowej. Zaznaczyć tu w końcu należy i tę zaletę, niemało ważną dla leków tego rodzaju, że nowy ten środek nie plami bielizny i opatrunków.

**20. Benzosolum, v. Benzoyl-guajacolum. Benzosol, czyli benzoesan gwajakolu.** Jakkolwiek kreozot [Gaz. Lek. Wiadom. terapeut. 1888, str. 148] już oddawna był używany, szczególniej przez Francuzów, przy leczeniu suchot płucnych, jednakże dopiero w ostatnich kilku latach, dzięki pracom niemieckim, a głównie SOMMERBRODT'a, zyskał ogromne rozpowszechnienie.

Ponieważ nieraz bardzo trudno o zupełnie czysty kreozot roślinny; ponieważ głównym działającym składnikiem [60% i więcej] kreozotu jest gwajakol [Gazeta Lekarska. Wiad. terapeut. 1888, str. 193]; przeto prof. SAHLI wprowadził do terapii gruźlicy płucnej gwajakol, zamiast kreozotu.

Jednakże i gwajakol przedstawia wiele stron ujemnych, właściwych kreozotowi, a mianowicie: najczęściej nawet t. zw. gwajakol najczystszy (*guajacolum purissimum*) nie bywa zupełnie wolnym od przymieszek [prawie 10% kresolów]; zapach i smak gwajakolu jest równie niemiły, jak kreozotu; zresztą u wielu osób wywołuje silne podrażnienie przewodu pokarmowego.

Te powody skłoniły BONGARTZ'a do wprowadzenia do terapii nowego związku gwajakolu, a mianowicie t. z. benzosolu, czyli benzoesanu gwajakolu.

Benzosol należy do grupy salolów i jest właściwie gwajakolem, w którym jeden atom wodoru w grupie hydroksylowej [OH] został zastąpiony przez rodnik kwasu benzoesowego, czyli będzwinowego. Właściwą nazwę chemiczną nosi: *benzoylorthoxyanisol*; ze ściągnięcia tej nazwy utworzono krótszą i łatwiejszą do spamiętania: *benzosol*. Zawartość gwajakolu czystego w tym związku chemicznym wynosi 54%.

Jest to proszek krystaliczny, bezbarwny, ze słabym, dość przyjemnym zapachem salolu; smaku nie ma żadnego. W wodzie zupełnie się nie rozpuszcza; łatwo zaś rozpuszcza się w chloroformie, eterze i gorącym alkoholu.

W przewodzie pokarmowym związek ten rozpada się na gwajakol i kwas benzoesowy. Rozkład rozpoczyna się w żołądku w niewielkim stopniu, przez ce drażniące działanie gwajakolu na błonę śluzową żołądka zredukowane jest do *minimum*; głównie zaś i w dalszym ciągu rozkłada się benzosol dopiero w kiszkach. Wessanie następuje dość szybko tak, że już w 1/2 godziny po zażyciu leku można wykryć gwajakol w moczu, ślinie, a nawet w pocie.

Ze spostrzeżeń klinicznych posiadamy dotąd dwa doniesienia: prof. SAHLI'ego w Bernie i D-ra WALZER'a w Akwizgranie.

Oba spostrzeżenia zgadzają się w tym punkcie, że benzosol nie drażni przewodu pokarmowego, że chętnie bywa przyjmowany przez chorych i że nawet w dużych względnie dawkach nie wywołuje żadnych objawów niepożądanych.

Co się tyczy wyników terapeutycznych, to zdania powyższych autorów nie godzą się ze sobą. Według SAHLI'ego, benzosol nie wywiera żadnego pomyślnego wpływu na przebieg suchot płucnych. WALZER zato, przeciwnie, stanowczo utrzymuje, że przy stosowaniu benzosolu przy gruźlicy płucnej otrzymywał bardzo zadawalające wyniki, przynajmniej nie gorsze, aniżeli przy stosowaniu kreozotu. Kaszel męczący stawał się rzadszym i łagodniejszym. Ilość płwociny zmniejszała się. Poty hektyczne przestawały występować, a przytem chorzy zyskiwali na wadze ciała.

**Sposoby podawania.** Podawać można benzosol sam w proszku, albo z dodatkiem *oleosacch. Menthae*. Można również przepisywać w pastylkach z kakao i cukru po równych częściach; ta ostatnia forma jest najodpowiedniejsza dla dzieci.

**Dawka.** Z początku po 0,25 [gr. iv] trzy razy dziennie po jedzeniu. Po każdym 5 dniach zwiększa się dawkę o 0,05 [gr. j], aż dochodzi się do 0,80 na dawkę [około gr. x], czyli do pół drachmy dziennie. SAHLI podawał nawet w daleko większych dawkach: po 1,0—2,0 *pro dosi* i dochodził do 10,0 *pro die*

Cena benzosolu u nas nie jest zbyt wygórowaną; wynosi bowiem około 28 kop. za drachmę.

Wiktor Grostern.

## Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku „Odczyt kliniczny“ [Zeszyty: 32 i 33] kol. GOLDFLAMA pod tytułem: „Przmiot rdzenia kręgowego“. Jest to praca niezmiernie ciekawa, oparta na samodzielnych, sumiennych badaniach klinicznych i anatomo-patologicznych. Cena odczytu tego wynosi kop. 60.

— Aczkolwiek wielka epidemija influenzy, panująca u nas w końcu r. 1889 i na początku 1890, w ciągu lata niemal zupełnie wygasła, jednakże sporadyczne przypadki występowały stale w ciągu całego roku 1890 i pierwszej połowy 1891, przedstawiając te same cechy, lecz w mniejszym stosunkowo natężeniu. Wszelako spostrzegałem i cięższe przypadki influenzy o typie oskrzelowym, wikłane zapaleniem zrazikowem płuc, przebiegające jednakże pomyślnie. Również w pewnym szeregu przypadków, a szczególnie w spostrzeganych na wiosnę r. b., widziałem liczne powikłania z nerwobólami mięśniowymi lub też stawowemi, naśladujące reumatyzmy mięśniowe lub stawowe; stały brak gorączki, znaczne osłabienie ogólne, obfite poty nocne cechowały wybitnie te wszystkie przypadki. Ciężkich postaci influenzy w szpitalu nie spostrzegałem wcale. W roku bieżącym influenza zaczyna w Warszawie i okolicy znowu przyjmować szersze rozmiary: obok bardzo licznych przypadków epidemij domowych, postaci lekkich influenzy, przeważnie typu oskrzelowego, dają się obecnie już spostrzegać postaci cięższe, a nawet w ciągu ostatniego tygodnia spostrzegałem w szpitalu kilka przypadków bardzo ciężkich, t. j. wikłanych zapaleniem zrazikowem płuc. Jednocześnie i ostre włóknikowe zapalenie płuc, i to postaci ciężkie, spostrzega się tak na mieście jak i w szpitalach dość licznie. Zdaje się, że między temi dwoma cierpieniami istnieje, jak to było przed dwoma laty, pewien ścisły związek, który, podobnie jak w Berlinie tak i u nas, dał się podówczas zauważyć [a co statystycznie wówczas wykazałem]. Wartoby obecnie bliżej tą sprawą zająć się w naszych szpitalach. Zwracam specjalnie uwagę na owe zapalenia płuc, wikłające influenzę, a które FINKLER w swej cennej świeżo wyszłej pracy (*Die acuten Lungenentzündungen*) szczegółowo zbadał pod względem anatomo-patologicznym i klinicznym, i uważa je za zależne od zapalenia płuc natury streptokokowej.

A. Sokołowski.

## NEKROLOGIJA.

— 30 Września umarł w Krakowie D-r WŁADYSŁAW KRAJEWSKI w 54 r. życia. Medycynę studyjował w Warszawskiej Akademii medyko-chirurgicznej. Stopień doktora medycyny uzyskał w Wiedniu. Praktykował stale w Cieplicach czeskich. Znany był powszechnie jako sumienny lekarz i wielkiej zacności człowiek.

## Nadesłano do Redakcyi.

D-r CASIMIR JANOWICZ. *Tic convulsif des enfans, paramyoclonus multiplex et chorée electrique*. Paris. 1891.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

**Sprostowanie.** W N-rze 40, na str. 794, wiersz 24 od dołu — zamiast: po przerwaniu i t. d., powinno być: po zaprzestaniu żywienia chorej grochem. Na stronie 803, wiersz 13 od dołu, zamiast: *otitis*, powinno być: *otitis*.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz. Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.  
Доволено Цензурою, Варшава, 27 Сентября 1891 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska 29.