

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1872) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1872 r. rsr. 98 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Ciężkie obrażenie głowy z pomyślném zejściem (*quo ad vitam*). Skreślił B. Tetz, lekarz ordynujący w szpitalu Starozakonnych w Lublinie. Woda sodowa pod względem higienicznym i chemicznym. Przez Leonarda Ziemińskiego. Magistra farmacyi i właściciela Instytutu wód mineralnych w Warszawie. Kazyjstyka lekarska. Syfisy lub co? Kronika zagraniczna. Ropucha (*pyaemia, febris pyaemica*). Przez prof. Dra C. H u e t e r'a. Spolszczył Dr Kazimierz Gurbki. (Ciąg dalszy). Korrespondencya. Z Zamościa. Kurez karciany. Wiadomości bieżące. Nowe towarzystwo wstrzemięźliwości we Francyi. Wstrzykiwania podskórne morfiny w chorobach serea i naczyń większych. Dodatek. Anatomii opisowej ark. 30. Policyi Lekarskiej T. I ark. 19. T. II ark. 19. Balneologii ark. 3. Dla PP. Prenumeratorów Chirurgii H e i t z m a n n'a dołącza się ark. 21 i 22.

Ciężkie obrażenie głowy z pomyślném zejściem (*quo ad vitam*).

Skreślił B. Tetz, lekarz ordynujący w szpitalu Starozakonnych w Lublinie.

Będący w mowie wypadek jeszcze w roku 1870 był przezemnie w szpitalu leczony. Powziąłem zamiar ogłoszenia takowego przez wzgląd na ciekawe jego szczegóły, jak również i na pomyślne jego zejście, acz nie zupełne, którego wszakże za ledwie się spodziewać można było w obec ciężkiego obrażenia jakie miało miejsce. Mam nadzieję, że brak w tym opisie, osnutym na treści karty wizytowej, pożądaney dokładności względem niektórych szczegółów będzie mi tem chętniej przebaczonem, że główny materiał, na którym ma się opierać rozpoznawanie wypadku, oraz ocenianie jego właściwości pozostaje nieuszczerplony.

Z. T., mężczyzna lat 36, znaleziony za miastem, leżący na ziemi nieopodal swego zaprzęzonego wózka w stanie zupełnej nieprzytomności (p. niżej), został przywieziony do szpitala w dniu 18 lipca 1870 r., rano około godziny 7. Badanie w godzinę później przedsięwzięte okazało co następuje: Chory budowy silnej, puls 80, wyraźny. Nie mówi, oprócz że czasem pyta się o swoje pieniądze. Na

żądanie język pokazuje. Górna powieka lewego oka mocno obrzmiała, koloru ciemno-niebieskiego (*ecchymosis palpebrae*). Gałka lewego oka nie zdaje się przedstawiać zmian. Prawa źrenica dobrze oddziałuje. Z lewego ucha wycieka krew, zwłaszcza przy podnoszeniu głowy. Oprócz kilku mniej ważnych obrażeń powłók głowy (które pomijam, jak to również czynię i w dalszym ciągu tego opisu względem szczegółów, mających podrzędne znaczenie patologiczne, lub ciekawych tylko pod względem sądowo-lekarskim) w lewej *regio temporo-parietalis* daje się zauważyć miejsce ciastowate, nieco obrzmiałe, ustępujące przed naciskającym palcem, zatem jakby odpowiadające zakłębieniu położonej tu kości, otoczone ostrym brzegiem jakby do kości sąsiedniej niewklęsłej należącym. Że rzecz w istocie się tak ma, o tém można się przekonać zbliżając się od tyłu zwłaszcza palcami do głowy przyciśniętymi do ciastowatego miejsca; czuć wtedy, że ów ostry brzeg leży na równi z czaszką i nie znika przy mocniejszym naciskaniu, gdy na wewnątrz tego brzegu, u miejsca więc ciastowatego, nagle ustaje opór kości.

O godzinie 12 tegoż dnia puls 60. Chory w części tylko przytomny. Powieka dolna lewego oka również krwią podbiegła. Prawa źrenica nie zupełnie oddziałuje, jest rozszerzoną; krew jeszcze z ucha się sączy. W lewej *regio temporo-parietalis* występuje jasno odgraniczony czworobok, zwłaszcza u brzegów zabarwiony na kolor niebiesko-czerwony. Można odróżnić w nim tylny bok, idący od ucha ku górze i przodowi, w długości mniej więcej 5,5 cmtr., górny od górnego końca pierwszego ku przodowi i nieco ku dołowi, w długości około 7 cmtr. i przedni od przedniego końca górnego w dół i nieco w tył w długości około 5,5 cmtr. Na przestrzeni pomiędzy dolnymi końcami przedniego i tylnego brzegów, czyli w dolnej części czworoboku, skóra nie okazuje owego zabarwienia. Forma w pewnej mierze i rozmiary tej powierzchni narzędzia, która przy obrażeniu przyszła z głową w zetknięcie, widzialnie przez ów czworobok reprodukowane zostały. Miejsce wklęsłe nie zdaje się odpowiadać całej przestrzeni zajętej przez czworobok, gdyż tylko wyraźnie je czuć w tylnej jego części; zresztą trudno bliżej oznaczyć stosunek jednego do drugiego, ponieważ, jak już nadmieniono, wklęsłe miejsce ku tyłowi tylko jest wyraźnie przez ostry brzeg ograniczonym, mniej zaś u innych części jego obwodu.

Dnia 19 lipca. Puls 66; chory dużo spi, lecz przytomniejszy; sam w łóżku usiąść potrafi. Użala się na ból głowy po stronie lewej. Prawa źrenica dziś w stanie prawidłowym. Krew nie wycieka z ucha (nie powiedziano w karcie kiedy wyciekać przestała).

Dnia 20. Puls 74; dużo spi. Dosty przytomny, poznaje otaczających. Nie wie wszakże, który jest dzień w tygodniu. Dokładnie pamięta o wszystkiém co zaszło do chwili, w której obrażenie nastąpiło: szczegółów zaś zdarzenia, którego się stał ofiarą, objaśnić nie może. Ciągły ból głowy. Obrzmienie powiek lewego oka zmniejszone, co daje możność roztwierania ich. U zewnętrznej objętości gałki ocznej widać przytém nagromadzenie krwi pod błoną łączną. Lewa źrenica wcale nie oddziałuje na światło; chory nie też nie widzi na lewe oko

(niżej podane są powody, dla których wątpić nie należy, że objaw ten bezpośrednio po obrażeniu nastąpił, lecz pierwszego już dnia nie został spostrzeżonym, z powodu trudności otwierania obrzmiałych powiek; bardzo nawet być może, że tak samo się ma względem *ecchymosis subconjunctivalis*, lecz również pewnych dowodów na to nie mamy). Obrzmienie i niebieski kolor występują dziś i na dolnej powiece prawego oka. Lewy kąt ust stoi nieco niżej aniżeli prawy.

Dnia 21. Puls 66: spał w nocy, lecz często się budził i stękał, narzekając na głowę. Raz womity bez mdłości. Z łatwością zresztą się wyraża. Stan lewej źrenicy ten sam. Ciastowate obrzmienie się zmniejsza.

Dnia 22. Stan ten sam. Brak wszakże wymiotów. Do dnia 26 włącznie chory jeszcze za wiele śpi, stęka gdy się budzi. Pokarmu nie żąda, lecz je gdy mu dają. *Ecchymoses* powiek prawie znikły, *ecchymosis* błony łącznej oka znacznie zmniejszona. Objaw porażenia *n. facialis* znikł.

Dnia 27. Sen prawidłowy; mniej stęka. Ból w lewem uchu, które mu się zdaje czemś założone. Ciastowate obrzmienie coraz mniejsze; również zabarwienie czworoboku staje się coraz mniej wyraźnem. Lewa źrenica bierze udział w poruszeniach prawej, przy zamykaniu zaś prawego oka się rozszerza, przyczem zaledwie cokolwiek się okazuje wrażliwą na działanie światła.

Dnia 1 sierpnia. Puls 72; ból głowy ustał. Upomina się o jedzenie. Przechadza się po dziedzińcu.

Dnia 11 chory się wypisał.

Po powrocie do zwykłych zajęć, Z. T. przez dłuższy jeszcze czas doznawał zwłaszcza w godzinach porannych, szumu w lewej połowie głowy, rodzaju ciężenia w tejże stronie; żadnych zaś nie okazywał zboczeń umysłowych.

Dla dokładności winienem opisać stan obecny Z. T. Lewa źrenica, rozszerzająca się przy szczelnem zamykaniu prawego oka i zaledwie nieco się zwężająca za zbliżeniem silnego światła, zwęża się i rozszerza z łatwością przy odpowiedniem zachowywaniu się prawej źrenicy; również lewe oko doskonale stosuje swoje ruchy do ruchów prawego oka. Dr T a l k o, który raczył bliżej zbadać stan lewego oka, „znalazł zupełny zanik (*atrophia*) *n. optici sin.* z przyczyny cerebralnej” (znaczy z przyczyny nie w samem oku leżącej; określenie „zupełny” nie jest w żadnej sprzeczności z tém, że lewa źrenica cokolwiek się zwęża przy nagłem zbliżeniu do oka świecy lub lampy, gdyż ciepło świecy albo lampy działając na czuciowe nerwy skóry otaczającej oko, pochodzące od ocznej gałęzi *n. trigemini*, wywołać potrafi zwężenie się źrenicy, jak to jest wiadomem z doświadczeń B u d g e'go): w lewem uchu słuch jest przytępionym; przed i po nad uchem lewem widać miejsce wyraźnie spłaszczone (zwłaszcza przy porównywaniu tej okolicy z odpowiednią po stronie prawej), pokryte skórą zciężoną, koloru białszego od koloru skóry otaczającej. Badanie palcem przekonywa, że to spłaszczenie jest uwarunkowanem przez zakłęśnięcie w tém miejscu kości, będąc otoczonem przez ostry brzeg należący do sąsiedniej zdrowej kości. Część zagłębiona przedstawia trójkąt, wierzchołkiem obrócony do góry. Ostry brzeg kości, formujący jego ściany, bierze początek po nad samem przyczepieniem przedniej części muszli usznej do głowy i idzie z wypukłością obróconą w tył ku górze i ku przodu.

dowi, gdzie dosięga punktu leżącego nieco niżej od *linea semicircularis ossis parietalis* i o nie cały cmtr. w tyle od lewej połowy *suturæ coronalis*. Na całej tej przestrzeni, wynoszącej w prostej linii około 5,5 cmtr. brzeg kości bardzo jest wyraźny, gdyż na blisko 1^m wystaje z nad zagłębienia. Daleko mniej wyraźny jest brzeg przedni (zwłaszcza górny i dolny jego końce), idący od górnego końca tylnego w długości nieco więcej jak 5 cmtr. w dół i ku przodowi, dolnym swym końcem dochodząc do punktu leżącego o więcej jak 2 cmtr. w tyle od początku *lineæ semicircularis ossis frontis* (przy górnym brzegu *orbitæ*). Oddalenie dolnych końców przedniego i tylnego brzegów od siebie wynosi zgórá 6 cmtr.; na przestrzeni tej niema weale ostrego brzegu kości, wklęsłość bowiem ku dołowi trójkąta stopniowo znika.

R o z p o z n a w a n i e. Widoczném jest, że na skutek uderzenia głowy powierzchnią narzędzia tępego, forma i rozmiary którego uwydatniły się w zabarwionym czworoboku, wywołaném zostało złamanie z zakłęśnięciem w górnej części *partis squamosæ ossis temporum*, w dolnej części *ossis parietalis* (zapewne) w małej tylko części *faciei temporalis ossis frontis* po stronie lewej. Czworokątną powierzchnią głowy, dotkniętą narzędziem powinniśmy sobie wystawiać jakby podzieloną na dwa trójkąty, mianowicie jeden tylny, obrócony wierzchołkiem do góry a drugi przedni wierzchołkiem patrzący w dół; pierwszy odpowiada złamanej i wklęsłej części kości, gdy na przestrzeni drugiego tylko miękkie części uległy uszkodzeniu. Dlaczego złamanie nie nastąpiło na całej dotkniętej narzędziem powierzchni głowy, powiedzieć nie łatwo; uważamy za najprawdopodobniejsze, że nie wszystkie punkta obrażającej powierzchni narzędzia z jednakową siłą trafiły głowę: w każdym razie kwestya ta ma dla nas znaczenie tylko podrzędne. Dalej nie ulega wątpliwości, że w tym wypadku istniała tylko *fractura laminae externae cum impressione in diploe*, że zaś całość *laminae vitreae* została nienaruszoną. O tém przekonywa mała głębokość zakłęśnięcia, nad które ostry brzeg wystaje nie więcej jak na 1^m, brak objawów bardziej rozwiniętego zapalenia kości i podrażnienia błon mózgowych lub mózgu przez odłamki *laminae vitreae*, nareszcie brak objawów większego wylewu krwi wewnątrz czaszki na skutek uszkodzenia *et meningæ mediae*, wielce prawdopodobnego w razie naruszenia całości *laminae vitreae* w miejsce złamania. Okoliczność, że *lamina vitrea* pozostała całą, dowodzi, że narzędzie nie trafiło głowy ze zbyt wielką szybkością, pozwala zatem przypuszczać, że siła wstrząsająca czaszkę mogła nie być przez częściowe połamanie kości ostatecznie osłabioną, czyli że obok złamania mogło gdziebądź w czaszce powstać pęknięcie. Otóż opierając się na niektórych objawach mamy prawo przypuszczać z największym prawdopodobieństwem, że w tym wypadku w rzeczy samej istniało pęknięcie u zasady czaszki, (którego punktem wyjścia był zapewne dolny koniec tylnej ściany złamanego trójkątu), idące przez *partem petrosam ossis temporum*, przez *os sphenoidæum* (w każdym razie przez *alam parvum* w miejscu *for. optici*, może i przez miejsce złączenia *corporis ossis sphenoidæi* z *ala magna*) i być nawet może przez górną ścianę *orbitæ*.

Do tych objawów zaliczać powinniśmy krwawienie z lewego ucha, nie dające się przez wzgląd na uporczywość i czas trwania takowego tłumaczyć przez

wywołane wstrząśnieniem głowy rozdarcia naczyń błony śluzowej ucha, jak również ból w tém uchu przez jakiś czas po obrażeniu, i przytępiony słuch dotychczas trwający. Drugim objawem jest porażenie lewego *n. optici*, które znajdując się na téj samej stronie co i obrażenie głowy, nie mogło powstać ani z przyczyny będącej w mózgu, ani z działającej na nerw przed wstąpieniem jego do *chiasma*, lecz musiało być skutkiem przyczyny wywierającej swój wpływ poniżej wyjścia lewego nerwu z *chiasma*. Z tylko co powiedzianego wypada, że owo porażenie *n. optici* niezawodnie bezpośrednio po obrażeniu nastąpiło, gdyż nie możemy pojąć jakiego rodzaju przyczyna, przedtem nieistniejąca, miałyby powstać dopiero w parę dni po obrażeniu, okazując swój zgubny wpływ na powyższą wspomnianą część *n. optici*, po drugie, że porażenie to mogło tylko być następstwem wylewu krwi albo mechanicznego uszkodzenia nerwu, będącego skutkiem pęknięcia czaszki w okolicy *for. optici*, jak to z doświadczenia jest wiadomem, że ostatni wypadek zdarzyć się może. Co do wylewu krwi, jako możebnej przyczyny owego porażenia, z góry powiedzieć sobie powinniśmy, że w podobnych razach wylew zwykły towarzyszyć pęknięciu czaszki, gdyż zbyt rzadko powstaje na skutek samego tylko wstrząśnienia. Lecz aby wylew krwi mógł w tym razie stać się powodem do porażenia, trzeba by aby był tak ograniczonym, żeby wywarł ucisk tylko na część *n. optici*, leżącą poniżej *chiasma*, nie zaś na leżące w blizkiem sąsiedztwie inne nerwy (gdyż odnośnych objawów nie było i niema); dalej z wessaniem tego wylewu krwi, które przy pomyślném zejściu w części przynajmniej nastąpić by powinno było, (tębardziej że ilość wylanéj krwi wystawiamy sobie jako bardzo małą), byłaby z biegiem czasu w części téż przywróconą funkcya *n. optici*. Nakoniec trudno z istnieniem wylewu krwi, jako przyczyną porażenia, pogodzić brak wyraźnych objawów ucisku mózgu jak i innych objawów, połączonych z obecnością przy zasadzie zwłaszcza mózgu, nagromadzenia krwi, nie mogącej być wessaną. Przy okolicznościach więc w tym wypadku istniejących, odosobnione porażenie *n. optici* tłumaczyć powinniśmy przez rozdarcie lub podobne uszkodzenie tego nerwu, spowodowane pęknięciem czaszki, zwłaszcza gdy zważymy, że porażenie to od razu w zupełności, i jak już dowiedliśmy, niezawodnie bezpośrednio po obrażeniu nastąpiło, nie ulegając żadnym zmianom z biegiem czasu. Tém muiéj zresztą wątpić należy o tém, że pęknięcie w rzeczy samej istniało (przeciw czemu naszym przekonaniem pomyślné zejście nie jest argumentem dosyć silnym), że, jak to już nadmieniono, bardzo być może, że *ecchymosis subconjunctivalis* lewego oka bezpośrednio po obrażeniu się utworzyła lub téż tworzyć się poczęła, w jednym znaczy czasie co i *ecchymoses* powiek. Gdyby zaś tak było, dowodziłoby to, jak wiadomo, niewątpliwego istnienia pęknięcia w górnej ścianie *orbitae* (choćby i nie wyłączało jednoczesnego wylewu krwi u zasady czaszki). *Ecchymoses* zaś powiek nie mogą służyć za dowód pęknięcia dla tego, że chociaż oko bezwątpienia nie zostało bezpośrednio obrażeniem dotknięte, krew mogła łatwo się dostać do powiek z leżących w pobliżu ran powłok głowy (w opisie pominiętych).

Brak w tym razie, przy pęknięciu u zasady czaszki, wyciekania (przez ucho) *liqu. cerebro-spinalis* dowodzi tylko, że jednocześnie z obrażeniem *partis*

teprosa całość *laminae visceralis arachnoideae* nie została naruszona, nie potrafi zaś obalić przypuszczenia pęknięcia, z kądiną dostatecznie uzasadnionego.

Mało pozostaje do powiedzenia pod względem rozpoznawczym o chorobliwych objawach funkcyjnych w tym wypadku. Obrażenie, w tejże chwili w której nastąpiło, wywołało silne wstrząśnienie mózgu, które pozbawiło zmysłów chorego, jak to niewątpliwie wypada z tego, że choremu pozostały zupełnie niewiadome szczegóły samego zdarzenia, kto, jak i czym go uderzył, jak z wózka się dostał na ziemię, w jaki sposób został pozbawiony części swego odzienia, pieniędzy (z okoliczności zaś towarzyszących z pewnością wnioskować należy, że stan zupełnej nieprzytomności trwał przez kilka godzin). Z przybyciem do szpitala objawy wstrząśnienia w mniejszym już się okazywały stopniu, wszakże z wyjątkiem krótko trwającego rozszerzenia prawej źrenicy jeszcze przez kilka dni trwały (senność, częściowa nieprzytomność, wolny puls). Był to więc drugi stopień podług Dupuytréna; sądzić zaś mamy prawo, że złamanie wraz z pęknięciem, przez wywołanie których siła wstrząsająca narzędzia wyczerpnęła się, nie dopuściły do tego aby nastąpił trzeci śmiertelny stopień wstrząśnienia. Do objawów wstrząśnienia mózgu nie przyłączyły się w ciągu przebiegu choroby wyraźne objawy stłuczenia mózgu (*contusio cerebri*), gdyż nie było niespokojności wyraźnej, znów po jakimś czasie się wzmagającej nieprzytomności. Nie było też objawów ucisku mózgu, gdyż dla braku odłamków *laminae vitreae* i większego wylewu krwi wewnątrz czaszki nie było ku temu powodu, jak takowy ucisk również nie mógł nastąpić ze strony zapalnego wysięku, gdyż takowy nie istniał. Z tego właśnie, że porażenie stałe lub przemijające (p. niżej) w tym wypadku po tej samej co i obrażenie głowy nastąpiły stronie, wnioskować powinniśmy, że mózg (oprócz wstrząśnienia) nie uległ uszkodzeniu na skutek obrażenia ani bezpośrednio, ani pośrednio (przez wylew krwi, wysięk zapalny); jedynym objawem który odnieść należy do zmian w samym mózgu lub jego błonach, są jednorazowe wymioty, dowodzące zapalnego podrażnienia tych części w zbyt słabym nateżeniu. Co do spostrzeżonego w parę dni po obrażeniu krótko trwającego porażenia *n. facialis sin.*, takowe zapewne było wynikiem lub uszkodzenia tego nerwu w jakimś bądź punkcie jego przebiegu wewnątrz *partis petrosae* lub też kompresyi przez krew wylaną, która następnie wessaną została.

Do złamania kości czaszki bez rany zewnętrznej mniej często wprawdzie się przyłącza zapalenie tych kości z przejściem w ropienie, zapalenie łatwo przechodzące na mózg i jego błony, wszakże cieszyć się powinniśmy wraz z chorym, że częściowe złamanie bocznej części czaszki połączone z pęknięciem u jej zasady nie pociągnęły za sobą tylko co wspomnianych następstw, jak się tego obawiać należało, a przez co życie jego mogłoby być zagrożonem. Ze zaś „100 dni” *P a r é* dawno minęły, wyzdrowienie *Z. T.* trzeba uważać za stanowcze, z którego tembardziej może być dumny, że zawdzięcza je głównie swej silnej budowie, daleko mniej zaś lekarstwu, które w zbyt szczupłej dla braku chęci przyjmował ilości.

Woda sodowa pod względem higienicznym i chemicznym.

Przez Leonarda Ziemińskiego, magistra farmacyi i właściciela Instytutu wód mineralnych w Warszawie.

W obec nader upowszechnionego użycia wody sodowej i licznych fabryk tejże, utrzymywanych przez ludzi niespecyalnych, nieobeznanych z higieną publiczną, a tembardziej z nauką farmacyi i chemii i z tego powodu produkujących ten napój częstokroć o wstrętnym smaku i woni, zanieczyszczony obcemi ciałami organicznemi i mineralnemi, opisanie takowej ze stanowiska najnowszych badań naukowych przedstawia żywy interes nietylko dla powszechności lekarskiej, lecz i nielekarskiej.

W przedmiocie wód mineralnych pisaliśmy w Nr. 7 Gaz. Lek. z r. 1867, i to co w tychże powiedzianém było w ogóle o wyrobie wód pod względem kondensacyi gazu węglowego, chemicznej tegoż czystości, i wydaleniu powietrza, stosuje się najzupełniej i do wody sodowej.

Obecnie pragniemy streścić jako dopełnienie tej pracy w powyżej zacytowanym numerze Gazety, najnowsze spostrzeżenia znakomitego profesora Uniwersytetu Wiedeńskiego K l e e y ú s k i e g o, w ostatnich czasach ogłoszone drukiem pod tytułem „Warunki racjonalnej fabrykacyi wody sodowej”, sądzimy bowiem, że pogląd i opinia pierwszorzędnej powagi na polu chemii ogólnej i lekarskiej, będąca autorytetem dla świata uczonego za granicą, z korzyścią może być przyswojona naszej literaturze lekarskiej.

Professor K l e e y ú s k i powiada: „Racjonalne przygotowywanie wody sodowej jest higieniczną potrzebą wielkich miast; użycie takowej winno w postaci orzeźwiającego i przyjemnie smakującego roztworu, wprowadzać w krew mieszkańców tychże, te alkalia, na których im zbywa z powodu niedostatecznej konsumeyi jarzyn i owoców, i co w następstwie staje się przyczyną rozlicznych cierpień chronicznych.

Londyn i Berlin używają przynajmniej wodę sodową, zawierającą sodę (*Natrum*) i dlatego słusznie nasyceniem gazu węglowego (*Kohlensaure Saturation*) nazwaną, która jest roztworem wodnym dwuwęglanu sody.

Wiedeń przeciwnie o tyle jest nieszczęśliwym przy rozlicznych tego rodzaju fabrykach, iż używa tylko swoją zepsutą wodę studzienną, nasyconą gazem węglowym, szczypiące drażnienie gazu węglowego, zubożnia wprowadzie nieprzyjemny smak wody studziennej, a nawet chwilowo orzeźwia, lecz bez alkaliu nie sprawia zupełnej dezynfekcyi wody, ani ją oczyszcza, oraz nie daje wodzie sodowej istotnej dyetetycznej wartości dla organizmu, który i tak jest aparatem wywiązującym gaz węglowy w znacznej ilości gromadząc takowy w swych wnętrzościach w czasie peryodycznego snu.

Inne jest działanie wody sodowej na organizm, jeżeli takowa zawiera alkalia, które dostając się do krwi, czynią takową płynniejszą, bogatszą w tlen i czerwienią, zarazem potęgując energię życia, świeżość umysłu i wesołość usposobienia, zapobiegając nadto i lecząc jednocześnie rozliczne artrytyczne, reumatyczne, neuralgiczne i hypochondryczne przypadłości.

Lecz w używaniu alkaliu do wody sodowej popełnia się w praktyce dzisiejszej błąd, uważając najważniejsze alkalia takie jak potaż i sodę za jednoznaczne równoważniki zwierzęco-chemiczne, (*biochemisch äquivalent*) czem jednak wcale nie są; w myśl bowiem praw dyfuzji i endosmozy, potaż wstępuje do komórek, soda zaś do soków organicznych. Potaż więc wytwarza i zasila tkankę, soda zaś płyny ciała; czyli inaczej potaż przyczynia się do plastyki ciała, soda zaś do zmiany pierwiastków tegoż (*Stoffwechsel*), a właśnie ten tak ważny potaż, zbyt wcześnie ubywa ze krwi mieszkańców wielkich miast, którzy z naturalnych powodów, nie wymagających być wymienianemi, z najgłówniejszych źródeł dających potaż, mianowicie owoców i jarzyn w potrzebnej ilości korzystać nie mogą lub nie chcą; nadmienić tu także wypada, że używana w pokarmach sól kuchenna daje organizmowi wystarczającą ilość sody, lubo soli kuchennej nie można uważać za równoważnik dla alkalicznego węglanu sody, lecz nierównie mniej dla węglanu potażu.

Dobra więc woda sodowa winna zawierać koniecznie potaż w postaci dwuwęglanu, którego łyżeczka wystarcza do zastąpienia w sposób najtańszy całego koszyczka winogron, półmiska poziomek, lub wazy świeżej jarzyny; dwuwęglan potażu w wodzie sodowej jest najbardziej assymilującym się i w smaku najprzyjemniejszym, jeżeli przytém do takowej użyta będzie czysta woda nasycona przy wyższym ciśnieniu wolnym gazem węglowym. Przy wyrabianiu wody należy używać wyłącznie dobrą i o ile można czystą wodę, nie zaś zanieczyszczoną i zgnilą, taką jaka jest w niektórych studniach Wiedeńskich, nad którą prof. K l e e y n s k i stanowczo radzi przekładać filtrowaną wodę Dunaju, której wodociągi Ferdynanda dostarczają.

W 500 centimetrach kubicznych takiej wody zaleca wspomniany professor rozpuszczać 3 części dwuwęglanu potażu i 1 dwuwęglanu sody, poczem roztwór taki należy nasycać czystym gazem węglowym pod ciśnieniem 3—5 atmosfer.

Woda, powiada autor—w taki sposób przyrządzona, posiada wielką dyetytyczną wartość i daje prawdziwą zdrową wodę sodową, czyniącą zbytecznemi wszelkie kuracje winogronowe i zamieniającą skwaśniałą niebiesko-fioletową krew hypokondryka, na jasno-czerwoną i alkaliczną, a nawet wywołująca na bladym licu osób nie mających dosyć ruchu, różową cerę jako znamię zdrowia i siły życia.

Dalej professor K l e e y n s k i powiada: „ciekawym jestem czy z licznych fabryk wody sodowej, żadna na kompromis z nauką nie przystanie, łącząc dotychczasową wyłączną korzyść producentów z istotnym i rzetelnym pożytkiem konsumentów; zaprawdę gdyby praca Syzyfowa, zaprowadzenia takiej wody sodowej w Wiedniu, jako tani i dostępny napój, komukolwiek udało się, to ten pod względem higienicznym zdrowia ogółu więcej by dokazał niż cała rada sanitarna.

Przy wyrobie wody sodowej nietylko jednak idzie o nasycenie płynu ze względów higienicznych alkaliemi, lecz także i o wybór chemikalij do wywiązania gazu węglowego, który stanowi krytyczny warunek dobrej wody sodowej.

Racyonalni przeto fabrykanci wód następujące uwagi powinni uwzględnić: że do nasycenia wód, z dwóch powodów powinni używać czysty tylko gaz węglowy, przyczem względy taniości nie mogą być wyłącznym celem; pierwszym powodem jest,—że od nieczystego gazu kosztowne części składowe pompy psują się, powlekając się rdzą; drugim i najważniejszym, że woda nasycona nieczystym gazem posiada smak i woń nieprzyjemną.

Ponieważ potrzebny kwas do wywiązywania się gazu nie powinien być lotnym, przeto nie kwas solny, lecz siarczany SO_3 wolny od kwasu siarkowego SO_2 winien być używany; z tego powodu nie należy nigdy brunatnego kwasu dymiącego czeskiego, czyli Nordhauzeńskiego używać, lubo w ostateczności przez dodanie miążko sproszkowanego nadkwasorodnika manganu MnO_2 , można takowy uczynić zdatnym do wywiązania czystego gazu węglowego; kwas siarczany 60°R . jest najodpowiedniejszym do tego celu.

Przy rozcieńczaniu kwasu niezbędnem do dobrego wywiązania gazu, trzeba używać czystej wody destylowanej lub zwyczajnej wolnej od chlorków; gdyby te jednak znajdowały się w wodzie, należałoby takową po rozcieńczeniu kwasem ogrzewać w naczyniach ołowianych lub kamiennych aż do zupełnego zulotnienia się tychże chlorków. Co do węglanów koniecznych oprócz kwasu do wywiązywania gazu węglowego, przedewszystkiem należy wywiązywanie gazu z kredy bezwzględnie potępić, takowej gaz bowiem lubo tani i dogodny w fabrykacyi, posiada jednak części ziemno-smołowe dające gazowi węglowemu wstrętą woń i smak dla delikatnego podniebienia znawcy nieznośny.

Tak zwany urkalk czyli krystaliczne wapno i marmur, nie podlegają temu zarzutowi, lecz pominawszy trudności mielenia takowych, posiadają tę niedogodność, że następują trudność przy rozkładzie wszystkich form węglanów wapna z powodu tworzenia się nierozpuszczalnej kory gipsowej i dlatego rozkład tychże jest trudnym, zmudnym i niezupełnym, jeżeli nie użyje się częstych rozcierań i oddzielnych przyrządów do mieszania.

D o l o m i t stanowi niejako kompromis między niewłaściwem stosowaniem węglanów wapiennych i właściwem zastosowaniem magnezytu; ponieważ jednak dolomit pod względem ilościowym jest mieszaniną wader zmienną węglanów wapna i magnezytu, nie może nigdy wyrównać magnezytowi, który jedynie ustępuje tylko spatowi żelaznemu, zalecanemu przez prof. K l e y n s k i e g o do wywiązywania gazu węglowego, stanowiącemu najlepszy i najczystszy materiał do tego celu.

Magnezyt pod względem praktycznym, przewyższa inne materiały surowe w tym, że dostarcza najwięcej gazu węglowego i to w stanie dosyć czystym, szczególnie Morawski piasek magnezytowy, który w obecnym czasie wytrzymał zwyciężką konkurencyę z magnezytem Prazko-Szlązkim i styryjskim twardym. Do praktycznych zalet magnezytu zaliczyć należy i tę okoliczność, że po użyciu materiałów surowych powstaje pozostałość gipsowa, która może co najwyżej być użyta jako nawóz łąkowy i kompost, lecz nigdy jako towar handlowy, magnezyt przeciwnie za pozostałość daje sól gorzką, wagi co najmniej podwójnej, która to pozostałość jako przedmiot handlowy, ma różne drogi zbytu, będąc

również materiałem aptecznym, lub potrzebowanym w fabrykach sztucznych nawozów do związków amoniakalnych.

Na zasadzie jednak pomyślnych prób prof. Klecyńskiego, tenże zaleca jak wyżej nadmieniono spatek żelazny, jako dający najczystszy gaz węglowy, wolny od wszelkich bitumów ziemnych i potrzebujący najmniej kwasu siarczanego pozostawiając nadto w osadzie krystaliczny siarczan żelaza, mający liczne farmaceutyczne i techniczne zastosowania, stanowiący towar handlowy wiele cenniejszy od soli gorzkiej.

Jeżeli wyrób wody sodowej z uwzględnieniem powyżej wymienionych warunków prowadzony będzie, wtedy konsumenci tej wody będą mieli napój zdrowy, dyetetyczny i pożyteczny, fabrykacya zaś postawi się na gruncie uczciwym i odpowie krytycznym warunkom nauki.

Kończąc swą pracę szanowny professor rzuca pytanie: któraż generacya po dzisiejszej doczeka tego? i zaraz odpowiada, oznaczyć nie umiem, gdyż my biedni chemicy nie posiadamy natchnienia „z Góry”, ani godni jesteśmy proroczego przeczucia.

KAZUISTYKA LEKARSKA.

Syphilis? lub co? P. N. zadrasnął sobie w d. 24 listopada przypadkowo skórę wielkiego palca lewej ręki, nad średnim stawem. Będąc sam lekarzem, oglądał dnia następnego kilka osób syfilitycznych. P. N. mający lat przeszło 40, zkadynąd zdrowy, nigdy nie był syfilisem dotknięty. Obtarcie owo palca mało na siebie zwracało uwagi aż do dnia 13—15 grudnia, gdy w miejscu podłużnego zderzenia naskórka utworzyła się półokrągła twardość kształtu splaszonego grochu, która leżąc nad stawem, swobodnym ruchom palca nieco przeszkadzała, wierzchołek tej twardości był wilżącym, pokrywał się strupkiem, ten odpadał, by na powrót dać wilżeniu miejsce i t. d. W dniu 24 stycznia po uprzedniej lekkiej gorączce, P. N. spostrzegł na całym ciele (z wyjątkiem zewnętrznej strony ud i całego przedudzia) wysypkę, nieswędzącą, w kształcie plam wypukłych, ciemno-czerwonych, z których mniejsze przedstawiały środkowe zagłębienie (*Umbo, Delle*), w większych, zagłębienia tego widać nie było. Przy nacisku palcem plamy te nie nikły, ale okazywały barwę żółtawą.

Okolo 8 lutego pojawił się ból gardła przy połknięciu, czerwonosć i obrzękłość miękkiego podniebienia, migdałów i gardzieli. Na głowie, brodzie, i skórze nosu pokazywały się krosty wilżące, luszczące się po wiele razy (nie mające jednak na nos nach wejżenia lepieżu). Gruzoły podszczekowe, szyjne i karku brzękną, lecz na lewym ramieniu ani nadłokciowe, ani pachowe nie są powiększone, twardość na palec wielkim niezmnniejszona istnieje. Dnia 6 marca po silnych dreszczach i gorączce pojawia się straszliwy ból głowy, po trzydniowym trwaniu wyczuć można jak guz kości bocznej czaszki (nader bolesny) znacznie więcej wystaje jak ze strony drugiej, towarzyszą temu, jakby reumatyczne bóle w innych częściach. Okolo 15 marca zapalenie gardła (dotąd trwające) się wzmagają, na obydwóch migdałach widać obszerne żółto-obłożone powierzchowne owrzodzenia, wysypka na ciele zmienia kształt, drobniejsze plamy nikną zostawiając po sobie ciemno-żółtawy barwik, większe zaś luszczące się na czubkach rozszerzają się, robiąc się z wypukłych płaskimi, kilkanaście z nich przybiera kształt grosików ciemno-czerwonych pokrytych drobną luską (podobnie jak w *psoriasis nummularis*).

W interesie chorego i w celu własnej nauki udają się do szan. kolegów warszawskich dermatologów i specjalistów w chorobach syfilitycznych z prośbą o odpowiedź w Gaz. Lek. na zapytania:

1) Czy w powyższym wypadku jest możność zaprzeczenia bytności syfilisu? a gdyby tak, to jakaby te objawy tłumaczyć chorobą?

2) Jeżeli zaszczepienie syfilisu nastąpiło w ranę z obtarcia palca powstałą (a inną drogę stanowczo wykluczyć można), nastąpiło ono nie weześniej jak okolo 24 godzin po

zadrażnieniu palca. Czy wysiękła zaschła limfa, czyli strupek, lub ropienie ranki, nie ochraniają od zaszczepienia jadu?

3) Czy też który z szan. kolegów, lub jak często widział samoistne uleczenie się syfilis, *viribus naturae*?

S. M.

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

Ropnica (*pyaemia, febris pyaemica*).

Przez prof. Dra C. H u e t e r'a.

Spolszczył Kazimierz Gurb ski.

(Ciąg dalszy *)

§ 45. Badanie tych gorączek następnych lub prostych gorączek ropnicowych, jest z tego względu ważnym, że takowe przechodzą powoli w gorączkę *pyaemia multiplex*, a przejście to nierazko może być poznaniem z tablicy temperatury, nim inny jaki objaw *pyaemia multiplex* się nie pokaże. Dla rozpoznania nie jest dostatecznym ani natężenie, ani przebieg gorączki, lecz okoliczność czy gorączce następnej towarzyszą widoczne zmiany lub nie. Jeżeli np. gorączka następowa wystąpi równocześnie ze znacznym zapalnym obrzękiem w okolicy ogniska ropnego lub z widocznym zapaleniem naczyń limfatycznych albo różą, w takim razie owa gorączka następowa jest zależną prawdopodobnie lub prawie na pewno od tych nowych miejscowych zaburzeń; jeżeli jednak w ognisku ropnym lub w jego otoczeniu brak widocznych czynników, mogących się przyczynić do powstania gorączki, w takim razie źródła takowej należy szukać prawdopodobnie w ognisku przerzutowym np. w płucach. Tak więc znakomite wzniesi nie się temperatury w okresie gorączki następnej (w 7 dniu po obrażeniu) bez widocznych przyczyn w bliskości ogniska ropnego znaczy początek *pyaemia multiplex* (Billroth). Ten tak ważny punkt dla wczesnego rozpoznania *pyaemia multiplex* nie ma zupełnie znaczenia, o ile wszystkie gorączki następowe z widocznymi przyczynami obwodowymi (*phlegmone, erysipelas, lymphangitis etc.*) są ależ przeciwnie możliwości powstania *pyaemia multiplex*. Z drugiej strony ciągle trwanie gorączki następnej, jak to już wyżej nadmienilem, może najprzód przez osłabienie siły sercowej dać powód do utworzenia się zakrzepów, a następne cierpienia miejscowe, prowadzące gorączkę następową mogą wywołać rozpad zakrzepów. Gorączki następowe, posiadające widoczne obwodowe przyczyny, nie mają jeszcze jako takie charakteru gorączek, należących do *pyaemia multiplex* i jej przerzutowych ośrodkowych ognisk, ale są tylko zapowiedziami takowych. W samej rzeczy im dłużej trwają gorączki następowe, tem więcej wzrasta prawdopodobieństwo i podejrzenie, że przejdą w gorączki *pyaemia multiplex*. Niech mi wolno będzie niniejszy stosunek przykładem objaśnić. U pewnego chorego z obrażeniem udem w okresie gorączki następnej wzrasta nagle może z dreszczem, a może i bez, ciepłota do 39,5° lub 40,0°. Badanie uda wykazuje opuszczenie się ropy pomiędzy mięśnie, okółomięśniowe, łącznotkankowe ropienie. Wyprowadzamy z tego wniosek, że podrażnienie ciepłoty zależnym jest od zwłok gorączki następnej, od prostej ropnicowej gorączki. Brak wszelkich miejscowych objawów skłoniłby nas do przyjęcia, że gorączka owa jest początkiem *pyaemia multiplex*. Robimy cięcia na udzie, niszczymy zatoki, staramy się o swobodny odpływ ropy. Teraz czekamy na obniżenie się temperatury. Jeżeli takowa opadnie do 37,5° lub 37,8°, wtedy oczekujemy wyzdrowienia chorego. Jeżeli takowa zniży się do 38,5°, lub pozostanie na wysokości 39° albo 39,6° i tak trwa przez kilka dni, wtedy rokowanie jest bardzo złym; spodziewamy się że wśród takich okoliczności rozwinię się *pyaemia multiplex*. Zwłaszcza gdy przy swobodnym odpływie ropy zjawi się kilka dreszczów, wtedy umacnia się rozpoznanie z wielką pewnością co do *pyaemia multiplex*, z pewnym prawdopodobieństwem możemy ją i tak zapowiedzieć bez obecności dreszczów, li tylko z przebiegu samej temperatury.

*) Patrz Nr 15 Gaz. Lek.

§ 46. Dotąd zajmowaliśmy się stosunkiem gorączek przyrannych i następowych lub wedle tutaj przyjętej nomenklatury posocznicowych i prostych ropnicowych gorączek do *pyaemia multiplex*, teraz wypada w krótkości opisać bieg gorączki w *pyaemia multiplex* w dalszym przebiegu choroby. Krzywe ciepłoty w *pyaemia multiplex* wedle postrzeżeń B i l l r o t h'a odznaczają się, jak to każdy sam sprawdzić jest w stanie, bardzo częstymi i znacznymi wahaniami. Pogorszeniom nie zawsze towarzyszą dreszcze, często bowiem zdarzają się napady gorączkowe bez dreszczów. Nie potrzeba prawie nadmienić, że podmiotowo uczuwane ropnicowe dreszcze tak jak i w innych cierpieniach nie dowodzą obniżenia ciepłoty, lecz że sprowadzają znakomite podniesienie się takowej. Gdybyśmy chcieli graficznie podać dokładny przebieg gorączki w *pyaemia multiplex*, musielibyśmy mierzyć ciepłotę w $\frac{1}{4}$ lub $\frac{1}{2}$ godziny. Prawdłowo jednak w krzywych ciepłotach występują wieczorne pogorszenia i ranne zwolnienia, tak jak to widzimy w gorączkach bez ropienia przebiegających. Zwolnienie może przejść nawet w przepuszczenia dni kilka trwające. Gdy jednocześnie i tętno stanie się spokojniejszym i mniej częstym, wtedy i rokowanie się polepsza. Zdarzają się jednak przepuszczenia na krótko przed śmiertelnym zejściem przy upadku sił; owe przepuszczenia cechują się tętnem bardzo częstym i małym. W okresie zwalniania wznosi się jednak temperatura wieczorem o $1,0^{\circ}$ lub $0,5^{\circ}$ nad prawidłową, a takowe nawet małoznaczne wahania ciepłoty u podobnych chorych dowodzą, że nie uniknęli jeszcze zupełnie niebezpieczeństwa, grożącego im ze strony *pyaemia multiplex*. Maximum wysokości gorączki ropnicowej w ogóle odpowiada wysokości posocznicowej, ztąd nie może być uważaną za istotną cechę pierwszej.

§ 47. Rezultata poszukiwań termometrycznych B i l l r o t h'a są takiej doniosłości, że można je postawić na czele momentów rozpoznawczych. Oprócz ciepłoty zasługują zapewne i inne objawy na uwagę, z których każdy pojedynczo wzięty nie posiada wartości rozstrzygającej, lecz może nabyć pewnego znaczenia wraz z kombinacją postrzeżeń ciepłoty i innymi objawami. Sąd o gorączce, wydawany przy pomocy ciepłomierza, może być uzupełnionym przez badanie tętna. Tętno w gorączkach ropnicowych jest zawsze bardzo prędkie, dochodzi do 180 na minutę, zwykle małe, gdy to jest *pyaemia multiplex*, podczas gdy w zwyczajnych gorączkach przyrannych i ropnicowych może być bardzo pełne i twarde. Pod koniec życia puls jest niezliczalny, tak z powodu swej prędkości, jak i małej fali. O ile mało charakterystycznym jest zachowanie się tętna w gorączkach ropnicowych w stosunku do innych gorączek, tém charakterystyczniejsze są często rysy twarzy, jeżeli już *pyaemia multiplex* się rozwinęła. Zdaje się, że mało jest rodzajów gorączek, któreby tak szybko prowadziły za sobą zaturę wyrazu twarzy, jak to właśnie czyni gorączka w *pyaemia multiplex*. Na ową utratę rysów nie należy kłaść zbyt wielkiego nacisku, gdyż objaw ten nie każdy łatwo poznać jest w stanie, ani nie może być oznaczony miarą i liczbą, lecz kto widział wielu chorych na ropnicę, ten mi przyzna, że z zachowaniem się rysów twarzy należy się rachować, wygłaszając rozpoznanie i rokowanie w gorączce ropnicowej. Po niżej wartość tak zwanego „wzroku praktycznego”, wypada przecież nadmienić, że wielu chorych już w pierwszych okresach ma wyręty na swym obliczu wyrok śmierci.

Diagnostyka ogólna musi jeszcze uwzględnić zachowanie się skóry. Żółte zabarwienie takowej zdarza się dosyć często, nawet daleko częściej jak ropnie przerzutowe w wątrobie, a żółtaczka zależną jest w części od tych ropni, w części zaś od chorób wątroby. Żółtaczka w *pyaemia multiplex* może osiągnąć swego najwyższego szczytu, a skóra może przybrać barwę ciemno-brązową. W większej liczbie wyradków (już w wyżej wspomnianej statystyce B i l l r o t h'a, obejmującej 180 wypadków gorączek zakaźnych, zaznaczone jest tylko 24 wypadki żółtaczki), w których brakło właściwego żółtaczkowego zabarwienia skóry, można zauważyć, że skóra była wątłą i koloru płowego. Objawy te występują bardzo wyraźnie i przyczynają się do wyżej już wspomnianej zatury rysów twarzy. Przyczynę tych zjawisk upatrywać zapewne należy w konsumpcyjnym charakterze gorączki ropnicowej, co zostało wykazane doświadczeniem przez O. W e b e r'a, w szczególności wykazał on, że doświadczone zwierzęta traciły na wadze. O. W e b e r przekonał się, że wstrzykując kilkakrotnie ropę psom, ciężar ciała takowych zmniejszał się szybko. Nie potrzeba ważyć chorych na ropnicę, by się przekonać, że strata wagi ich ciała w *pyaemia multiplex* jest prędką i wielką. Wychudnienie już w krótkim przeciągu czasu może stać się bardzo widocznym. Dlatego też sądzę, że z zachowaniem się twarzy i pozostałej skóry można wnosić o zaniku tkanki łącznej podskórnej, prowadzącym za sobą wkrótce i zanik mięśni. Należy jeszcze nadmienić, że i wydzielanie na skórze jest dosyć pobudzone. Szczególniej obfite poty występują po dreszczach i trwają jeszcze dosyć długo

po takowych. Jako następstwo potów u chorych w mowie będących można zauważyć wystąpienie prosówki.

§ 48. Najpierwszą uwagę chirurga po zbadaniu stanu ogólnego zwraca na siebie zachowanie się ogniska ropnego. Jeżeli wysoka gorączka następowa należy do *pyaemia simplex* i uwarunkowaną ich prostym wyżej pyrogenicznymi substancjami z ogniska ropnego, to przy badaniu znajdziemy warunki, przy których wessanie nastąpić mogło, a o których już wyżej mówiliśmy. Nie jest tutaj mojem zadaniem kreślić rozpoznanie tych rozmaitych warunków, gdyż rozwiązanie tego zadania wymagałoby wyczerpującego przedstawienia większej części całej chirurgicznej diagnostyki. Ograniczę się na opisanie tych zmian, jakim ulegają powierzchnie ropiejące po wybuchu *pyaemia multiplex*. Rzadko tylko rzeczony wybuch zapowiadają lub mu towarzyszą szczególne miejscowe objawy, niestety często się zdarza, iż w obec dobrego charakteru powierzchni ropiejących *pyaemia multiplex* już się rozwinęła. Niekiedy obszerny zakrzep żył cechuje się edematycznym nabrzmieniem w okolicy ogniska ropnego. Niekiedy większe rozszerzenie żył podskórnych naprowadza na myśl, że prawdopodobnie w żyłach podpowięziowych utworzył się zakrzep. Rzadko zakrzep żył podskórnych i podpowięziowych dostępnym jest dla macającego palca, jak np. zakrzep żyły zaskórnej lub udowej; samo się przez się rozumie, iż w takich razach badanie winno się odbywać z jak największą ostrożnością, by macający palec nie rozgniół zakrzepów i nie ułatwiał wyplukiwania takowych. Zakrzepowi żylnemu może dalej towarzyszyć krwawienie żyłne następuje, występujące w rzadkich tylko wypadkach z większym nateżeniem. *Stromeyer* pierwszy zwrócił uwagę na znaczenie krwotoków i nazwał je *żylnozastojowemi* (*ph. phlebostatica*), gdyż zależne są one od utrudnienia żylnego krwioobiegu, od zastojów w skutku zakrzepu. Krwotoki te jednak nie są tak częstymi, a chociaż *Billroth* w swej statystyce przytacza ich 22, to w każdym razie znalazł on jeszcze zbyt często występującymi. Zdarzają się wypadki, w których nie możemy zauważyć żadnego z wyżej wyliczonych objawów ze strony żylnego krwioobiegu. Nawet powierzchnia ropiejąca i ziarninowa może pozostać przez parę dni niezmienną po wybuchu *pyaemia multiplex*, tak że nie mogą one nam posłużyć do poznania początku rozwinięcia się sprawy chorobowej. Z czasem jednak w skutku wyniszczającej gorączki występują bardzo prawidłowe zmiany na powierzchniach ropiejących i granulujących. Hłoś ropy się zmujsza, powierzchnie stają się suchymi i okazują skłonność do tworzenia strupów i naskorupień. Granulacje bledną i zapadają, wzniesienia pojedynczych granulacji płaszcą się w skutku zapadania, a powierzchnia rany staje się gładką i zwątlatą. Ta charakterystyczna zmiana ropiejących powierzchni ziarninowych przedstawia niekiedy fluktuację, ukazującą się w jednym czasie ze zwolnieniami gorączki. Przy znakomitej remissji gorączki zatamowana sekrecja rany na nowo się rozpoczyna, a jeżeli *pyaemia multiplex* zmierza do pomyslnego zejścia, wtedy ów zwrot szczęśliwy cechuje się nie tylko stałym obniżeniem się temperatury ale i wzmożeniem się ropienia. Obok zasychania powierzchni ran, zapadania ich ziarniny możemy zauważyć niekiedy postępowe ropne topienie tkanek, powiększenie powierzchni ropiejącej. Tyle co się tyczy badania pierwotnego ogniska ropnego i jego otoczenia, które wprawdzie niekiedy pozostaje bez rezultatu dla rozpoznania *pyaemia multiplex*, ale nie jest bez znaczenia względnie do całego przebiegu i rokowania. Powyższe badanie powinno się łączyć ze śledzeniem rozmaitych narzędzi.

§ 49. Współcierpienie ośrodków nerwowych występuje często tylko pod formą bólu głowy, który może być bardzo znacznym. Oblędy są o tyle rzadkie, o ile nocnych snów niespokojnych nazwą tą ochrzcić nie chcemy. Oblędy gwałtowne rozwijają się tylko wtedy, gdy do gorączek ropnicowych przylączą się objawy oblędu opilecznego. Daleko ważniejszymi, jak wspomniane objawy mózgowie, są ze względu diagnostycznego zmiany, jakim podlega umysł chorych, na *pyaemia multiplex* cierpiących. Chorzy stają się bardzo czulemi, oczekują z drżeniem przybycia lekarza a nawet małoznaczne manipulacje o strach ich przyprawiają. Są również przekonani o niebezpieczeństwie swego stanu, a owo przekonanie stoi w prostym przeciwieństwie z obojętnym usposobieniem umysłu septycemiczków, jak to słusznie zauważył *Billroth*.

Przy badaniu przyrzędu trawienia zachowanie się języka odgrywa również pewną rolę. Nie w okresach zapowiadających, to jest w pierwszym początku *pyaemia multiplex*, lecz po kilku dniach jej trawienia, powierzchnia języka przez zapad brodawek staje się gładką i suchą z powodu zmniejszonego wydzielania błony śluzowej. Powierzchnia jego często jest pokryta brunatnymi strupami, a stan ten wtedy tylko się zmienia, gdy sprawa chorobowa ku wyzdrowieniu zmierza, zatem w bardzo rzadkich wypadkach,

B i l l r o t h zauważył, że wszystkie objawy świadczyły za rekonwalescencją, podczas gdy język pozostawał suchym i że wtedy zawsze zejście było złem. O aftach na języku i gardzieli już wspomnieliśmy, szczególnie towarzyszą one przewlekłe przebiegającym wypadkom, nie dostaje ich zaś zwykle przy ostrój *pyaemia multiplex*. Zdarza się niekiedy, że przy początku *pyaemia multiplex* okazuje się wyprysk na wargach.

W ropnicy rzadziej spotykamy się z wymiotami, zwykle towarzyszy jej najzupełniejszy brak apetytu obok gwałtownego pragnienia. Odbijanie zdarza się częściej w czystej posocznicy jak w ropnicy; być może, że wypadki ropnicy, w których spotykamy się z odbijaniem, należą raczej do skombinowanych form ropnico-posocznicy.

Z objawów ze strony kanału pokarmowego należy wspomnieć biegunkę, która wprawdzie nie jest prawdziwą ale i nie tak rzadką towarzyszką *pyaemia multiplex*. B i l l r o t h obserwował na 180 wypadków 32 razy biegunkę; nie można ściśle oznaczyć, jaką ilość tych biegunek wypadaloby odnieść do czystej posocznicy a jaką do skombinowanej. Nigdy nie udało mi się widzieć tak kolosalnych wypróżnień w ropnicy jak w czystej posocznicy. W ogóle stolce zachowują kaszowatą konsystencję i dopiero pod koniec życia w obec utraty przytomności mają miejsce bezwłasnowolne wypróżnienia. Dostaje często w złośliwych gorączkach ropnicowych możemy zauważyć opieszałość w oddawaniu stolca lub nawet uparte zatwardzenie, przeciw czemu odpowiednie środki lekarskie zastosować należy. Wśród takich okoliczności przyjęta przez R o s e r'a biegunka ropnicowa jako forma właściwa ropnicowego cierpienia zdaje się nam być nieco śmiałą.

§ 50. Jak z jednej strony badanie s e r e a, z wyjątkiem rzadkich wypadków zapalenia ropnicowego osierdzia, dostarcza nam ujemnych rezultatów, o ile znikania tonów sercowych przed śmiercią za znak dodatny uważać nie chcemy, tak z drugiej strony badanie p l u e dostarcza nam bardzo cennych objawów. Nie trzeba sobie jednak wyobrażać, że byśmy byli zawsze w stanie wykazać przy pomocy wszystkich doskonałych metod badania stałą obecność ognisk przerzutowych w płucach, jak to nam się udaje przy poszukiwaniach anatomo-patologicznych indywiduów na *pyaemia multiplex* zmarłych. Nawet największa wprawa w opukiwaniu i osłuchiwanie może się rozbić o rozpoznanie ognisk ropnych w płucach. W razie tylko jeżeli kilka ognisk się zlewa można wykazać stopień odgłosu płucnego. Częściej na zajęte przez ognisko miejsce ukazują tarcie pleurytyczne lub wysięk w jamie oplucnej a nakoniec w rzadkich wypadkach obecność odmy piersiowej. Niekiedy udawało mi się przez silne pukanie ze względnej muzykalnej wysokości odgłosu rozpoznać zajętą część płuca; gdyż przy małych, rozsianych, bezpowietrznych częściach odgłos perkusyjny musi być muzykalnie wyższym, nie będąc przytęm stepionym. Niekiedy obawiają się w obec znacznego upadku sił chorego przedsiębrać badanie klatki piersiowej, sądzą że będzie to tylko w tych razach usprawiedliwionem, w których rozpoznanie jest pewnem i w których dalsze szczegółowe badanie żadnej korzyści choremu przynieść nie może. W ogóle jest tutaj zasada, by siły chorego ochraniać, ztąd też kwadransowe siedzenia w celu zbadania najczęściej zajętych dolnych i tylnych odcinków płuc zalecanemi być nie mogą. Tak jak często brak jest fizykalnych znaków, na których możnaby uzasadnić rozpoznanie ropnicy, podobnie rzecz się ma i z innymi objawami. Płwociny najczęściej nie dostaje, a charakterystyczna pnenmoniczna płwocina, której obecność tylko w braku objawów zapalenia płuc może mieć wartość rozstrzygającą, obserwowaną była np. przez B i l l r o t h'a tylko 9 razy, co zapewne względnie za zbyt rzadką mi się wydaje. Jeszcze mniej rozstrzygającami są podania chorych odnośnie do miejscowego bólu, szczególnie przy głębokim oddychaniu, gdyż chorzy na ropnicę zwykli się często skarżyć na przechodzące bóle w rozmaitych miejscach. W każdym jednak razie zbyt wielka częstość oddechania, widoczne wysilenie przy wykonywaniu aktu respiracyjnego naprowadzają nas na myśl, że płuca cierpią; zdarza się jednak niekiedy, że przy małych i nielicznych wysileniach, jakie sekeya wykazuje, objawy powyższe występują bardzo wyraźnie, przeciwnie przy wielkich i licznych ogniskach może ich zupełnie brakować. Z tych uwag wypada, że badanie narzędzi oddechowych może nam dostarczyć bardzo ważnych, dodatnych znaków; zupełnie jednak nawet ujemny rezultat badania nie mówi jeszcze przeciw istnieniu *pyaemia multiplex*, a nawet przeciw istnieniu ognisk przerzutowych w płucach.

§ 51. Słów jeszcze kilka powiedzieć zamierzam o badaniu innych narzędzi. Powiększenie w a t r o b y możemy wykazać albo przy pomocy opukiwania, albo też przez macanie; częściej jednak takowego powiększenia nie dostaje. Obrzmienie ś l e d z i o n y w większej liczbie wypadków możemy wykazać przez opukiwanie, jeżeli chcemy podlać chorego temu przykremu badaniu. Często chory skarży się także na bóle w lewym pod-

żebrzu. Przy badaniu mocz u postrzegamy najprzód zwykle zmiany, jakim takowy podlega w wysokich gorączkach: barwa jego jest ciemniejszą, ciężar gatunkowy wyższym, przytém zawiera większą ilość soli. Próba moczu na białko z tego względu nie powinna być zaniedbaną, gdyż białkomocz rokowanie o wiele pogarsza, w każdym razie białkomocz nie jest tak częstym towarzyszem *pyaemia multiplex*. Chociaż Billroth zaznacza tylko cztery wypadki albuminuryi a trzy hematuryi z cylindrami nabłonkowemi i włóknikowemi, jednak sam dodaje, że sprawy te prawdopodobnie częściej mają miejsce. Billroth powiada, że jeden z podobnych wypadków zakończył się śmiercią w obec zupełnej anurii i uremii.

(Dalszy ciąg nastąpi).

KORRESPONDENCYA.

Zamość, 27 marca 1872 r.

Kurcz karciany.

Pouczający artykuł ezeigodnego nestora polskich lekarzy, Dra Adama Bogumiła Helbicha, noszący tytuł: „Kurcz pisarski”, drukowany w X Tomie Gazety naszej, skłonił mnie do opisanie wypadku niedawno obserwowanego przezemnie. Odnosi się on do cierpienia jednakowej natury z kurczem pisarskim, który śmiałem ochrzcić terminem kurczu karcianego, wychodząc z zasady, że i przedemną lekarze niemieccy podobnym cierpieniem, występującym u szewców, pisarzy, mleczarek zajmujących się dojeniem krów dali nazwy *Schusterkrampf*, *Schreibekrampf*, *Melkkampf* i t. p. Cierpienie o którym właśnie zamierzam pomówić, występuje u pewnego indywiduum jedynie tylko w chwili grania tegoż w karty.

Z nielicznych dzieł lekarskich, przeczytanych przezemnie w ciągu studyów uniwersyteckich i zbyt krótkiej jeszcze praktyki, dowiedziałem się tylko, iż Hlaase cierpiał na coś podobnego zmęczwszy rękę przy częstych przez siebie wykonywanych sekeyach anatomicznych, że Romberg wspomina o gwoździarzu, który w chwili chwytania młota i unoszenia go w celu kucia doznawał w przedramieniu gwałtownego bólu, tak iż zmuszony koniecznością porzucił swoje rzemiosło i miał się stać następnie bardzo zręcznym malarzem pokojowym, iż cierpienie to dotyka biuralistów, kupców, pisarzy, żydów rodąły przepisujących, kobiety nerwowe, osoby osłabione i t. p., niedozwalając im nawet napisania słów kilka, że nawet myśl sama wzięcia pióra do ręki, ma ów kurcz wywoływać, iż podobnego rodzaju kurcze napastują, że tak powiem, niektórych ręcznych rzemieślników jakoto: krawców, szwaczki, szewców, mleczarki, gwoździarzy kowali, metrów muzyki, i t. p. odbierając im nieraz możność zarobkowania; nie wiem jednakże czy kurcz taki zaobserwowany był kiedy u amatorów zielonego stolika i opisanym przez którego z kolegów.

Spostrzeżenie moje jest następującem:

Przed kilkoma tygodniami, zaproszony zostałem do jednego z domów obywatelskich okolicy naszej. Wszedłszy do salonu gdzie miano grać w karty, usłyszałem kilka głosów namawiających koniecznie jednego z sąsiadów na czwartego do pulki preferansowej. Długo się sąsiad bronił i wymawiał, ulegając jednakże namowom i prosbom znajomych, zawołał nakoniec zwyciężony: „ha to i dobrze, będę grać z wami, lecz pod warunkiem, iż mi dacie szklankę tylko bardzo, ale to bardzo gorącej i mocnej herbaty z arakiem.” Gdy przyniesionej herbaty temperatura była niezbyt wysoką a sąsiad grać zaczął, po 10 min. zauważyłem, iż powstał u niego silny kurcz mięśnia wyprostnego 4 palca prawej ręki, palca, którym ani się trzyma karty, gdyż te znajdują się w ręce lewej, ani też używa się go do zadawania tychże, bo do tego zwykle 3 pierwsze palce wystarczają. Kurcz po bardzo krótkiej chwili objawiać się począł w témże samém palcu ręki lewej przechodząc na 3 i 2 palec obu rąk z wywołaniem znacznego bólu tychże. Nie chcąc psuć zabawy, nadaremnie sąsiad prostował i tarł nieszczęśliwe palce, ale nie z tego; kurcz nie tylko nie ustępował, lecz przeciwnie objawił się pod formą gwałtownego bólu w obu przedramieniach, a następnie drżenia i kurczu w łydkach, tak iż grający uprosiwszy zastępcę zaledwie mógł wstać od stolika i zasiadł ze mną do pogadanki, to jest do opowiedzenia cierpienia tak ciekawego dla mnie.

Oto mniej więcej wynik naszej rozmowy:

Mężczyzna około 40 lat wieku liczący, szczupły z układem kostnym średnio rozwiniętym, usposobieniem nerwowem, cierpiący już od dawna na przewlekłe śródmiąższowe

zapalenie wątroby (*cirrhosis hepatis*). Kurezu tego doświadcza od lat 20, który ani przy pisaniu, ani też przy innem ręcznem zajęciu nigdy się u niego nie objawiał, z wyjątkiem tylko gry w karty. Myśl sama iż zasiądnąć do zielonego stolika kurezu nie wywołuje. Po zaprzestaniu gry, cierpienie nader szybko ustępować zwykło, znużenia tylko przez pewien czas w miejscach bólem i kurezem dotkniętych doświadcza. Zapytany eoby znać warunek położony przez niego a tycaący się mocnej i bardzo gorącej herbaty z arakiem odpowiedział, iż to jest jedyny środek, którym w podobnych wypadkach zwykł się ratować; dodał przytém, iż dlatego kurez grać mu nie dał, iż temperatura podanej mu herbaty była za niską. Na wpeł wierząc, na wpeł nie, gawędziłem z nim dalej dopóki nie doczekał się gorącej herbaty z arakiem, po wypiciu której w ilości kilku szklanek, zasiadł powtórnie i do samego białego dnia nie wstając bez powtórzenia się kurezu z kolei zagrał 3 czy 4 pule preferansa.

Wypadek ten głównie podaję z dwóch względów: 1) dla dowiedzenia się od świadomych odemnie szanownych kolegów przez szpaltę Kazyistyki, czy kurez karciany był spostrzeżonym i opisanym przez kogo; 2) czy środki podbudzające jak w wypadku naszym bardzo gorącej napój połączone z przetworem wyskokowym (arak), nie mogłyby mieć zastosowania, zresztą choćby nawet jako próba nie szkodząca, po wyczerpaniu innych leków u osób cierpiących na kurez podobnej natury, odejmujący im nieraz możność zarobkowania na ciężki dla nich kawałek chleba.

Stefan Karzewski.

Wiadomości bieżące.

— Nowe francuzkie towarzystwo wstrzeźliwości. Przytoczone poniżej kilka statystycznych danych, przekonywają najwymowniej jak jest zatrważający wzrost nadużycia spirytualiów we Francyi i jak ważną ma rolę zawiązujące się obecnie towarzystwo.

W roku 1820 konsumeyja alkoholu wynosiła we Francyi 350,000 hektolitrow, a w r. 1869 cyfra ta podniosła się do 978,000 hek., nie licząc co mogło ujść kontroli. Hektolitr alkoholu który kosztował w r. 1850 fr. 200, dzisiaj kosztuje tylko 50 fr. a liczba szynków wzrastając stopniowo doszła do tego, iż przypada 1 szynk na 102 mieszkańców. Następstwa musiały być zatrważające. W ciągu lat 20 liczba śmierci przypadkowych, spowodowanych nadużyciem spirytualiów z 331 przecięciowo rocznie, powiększyła się do 587, a liczba samobójstw od tychże przyczyn zależna z 240 wzrosła do 664. Zbrodnie i przestępstwa popelniane pod wpływem pijaństwa, oraz wypadki obłąkania przyczynę w niem mające zwiększyły się w podobnymże stosunku.

Komitet towarzystwa złożony z lekarzy, pomiędzy którymi spotykamy wielu znanych i na polu naukowem jak DDr. Barth (prezes), Bouehardat, Chaulffard etc., już rozpoczął prace swoje, które jak się spodziewać należało, nader sympatycznego przyjęcia doznały.

— Wstrzykiwania podskórne morfiny w chorobach serca i naczyń większych. (*L'Independente. L'Ippocratico N 1 u. 2, 1872*). Clifford Allbott zaleca użycie chlorku morfiny (*morphium muriaticum*), w ilości pół do 2 centigramów, w duszniczy (*angina pectoris*) z silnymi bólami połączonej, i przy nowotworach jamy piersiowej, dochodzi do 10 centigramów. Zwykle jednak jak przy niedomykalności zastawki trójdzielnej i przekrwieniu płuc u dorosłych wystarcza jeden centigram wieczorem zadany. Obecność białka w urynie nie stanowi przeciwwskazania do użycia metody; należy jednak zmniejszyć ilość. Główne cierpienia, w których autor zachwala użycie tych wstrzykiwań są: dusznica połączona z nieprawidłowością tętnic wieńcowych, nerwobóle towarzyszące nowotworom znajdującym się w klatce piersiowej; niedomykalność zastawki trójdzielnej i tak zwana drażliwość serca, powstała z osłabienia tegoż lub z podrażnienia nerwów sercowych. Przy cierpieniach zastawek aorty i zwężeniu lewego ujścia żylnego, wstrzykiwania te okazały się mniej pożyteczne; przeciwnie zaś skutek ich był zadziwiający przy cierpieniach aorty, połączonych z przerostem serca i zwiększoną jego czynnością.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Sto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1872) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1872 r. rsr. 98 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Ciężkie obrażenie głowy z pomyślném zejściem (*quo ad vitam*). Skreślił B. Tetz, lekarz ordynujący w szpitalu Starozakonnych w Lublinie. Woda sodowa pod względem higienicznym i chemicznym. Przez Leonarda Ziemińskiego. Magistra farmacyi i właściciela Instytutu wód mineralnych w Warszawie. Kazyjstyka lekarska. Syfisy lub co? Kronika zagraniczna. Ropucha (*pyaemia, febris pyaemica*). Przez prof. Dra C. H u e t e r'a. Spolszczył Dr Kazimierz Gurbki. (Ciąg dalszy). Korrespondencya. Z Zamościa. Kurez karciany. Wiadomości bieżące. Nowe towarzystwo wstrzemięźliwości we Francyi. Wstrzykiwania podskórne morfiny w chorobach serea i naczyń większych. Dodatek. Anatomii opisowej ark. 30. Policyi Lekarskiej T. I ark. 19. T. II ark. 19. Balneologii ark. 3. Dla PP. Prenumeratorów Chirurgii H e i t z m a n n'a dołącza się ark. 21 i 22.

Ciężkie obrażenie głowy z pomyślném zejściem (*quo ad vitam*).

Skreślił B. Tetz, lekarz ordynujący w szpitalu Starozakonnych w Lublinie.

Będący w mowie wypadek jeszcze w roku 1870 był przezemnie w szpitalu leczony. Powziąłem zamiar ogłoszenia takowego przez wzgląd na ciekawe jego szczegóły, jak również i na pomyślne jego zejście, acz nie zupełne, którego wszakże zaledwie się spodziewać można było w obec ciężkiego obrażenia jakie miało miejsce. Mam nadzieję, że brak w tym opisie, osnutym na treści karty wizytowej, pożądaney dokładności względem niektórych szczegółów będzie mi tem chętniej przebaczonem, że główny materiał, na którym ma się opierać rozpoznawanie wypadku, oraz ocenianie jego właściwości pozostaje nieuszczerplony.

Z. T., mężczyzna lat 36, znaleziony za miastem, leżący na ziemi nieopodal swego zaprzęzonego wózka w stanie zupełnej nieprzytomności (p. niżej), został przywieziony do szpitala w dniu 18 lipca 1870 r., rano około godziny 7. Badanie w godzinę później przedsięwzięte okazało co następuje: Chory budowy silnej, puls 80, wyraźny. Nie mówi, oprócz że czasem pyta się o swoje pieniądze. Na

żądanie język pokazuje. Górna powieka lewego oka mocno obrzmiała, koloru ciemno-niebieskiego (*ecchymosis palpebrae*). Gałka lewego oka nie zdaje się przedstawiać zmian. Prawa źrenica dobrze oddziałuje. Z lewego ucha wycieka krew, zwłaszcza przy podnoszeniu głowy. Oprócz kilku mniej ważnych obrażeń powłók głowy (które pomijam, jak to również czynię i w dalszym ciągu tego opisu względem szczegółów, mających podrzędne znaczenie patologiczne, lub ciekawych tylko pod względem sądowo-lekarskim) w lewej *regio temporo-parietalis* daje się zauważyć miejsce ciastowate, nieco obrzmiałe, ustępujące przed naciskającym palcem, zatem jakby odpowiadające zakłębieniu położonej tu kości, otoczone ostrym brzegiem jakby do kości sąsiedniej niewklęsłej należącym. Że rzecz w istocie się tak ma, o tém można się przekonać zbliżając się od tyłu zwłaszcza palcami do głowy przyciśniętymi do ciastowatego miejsca; czuć wtedy, że ów ostry brzeg leży na równi z czaszką i nie znika przy mocniejszym naciskaniu, gdy na wewnątrz tego brzegu, u miejsca więc ciastowatego, nagle ustaje opór kości.

O godzinie 12 tegoż dnia puls 60. Chory w części tylko przytomny. Powieka dolna lewego oka również krwią podbiegła. Prawa źrenica nie zupełnie oddziałuje, jest rozszerzoną; krew jeszcze z ucha się sączy. W lewej *regio temporo-parietalis* występuje jasno odgraniczony czworobok, zwłaszcza u brzegów zabarwiony na kolor niebiesko-czerwony. Można odróżnić w nim tylny bok, idący od ucha ku górze i przodowi, w długości mniej więcej 5,5 cmtr., górny od górnego końca pierwszego ku przodowi i nieco ku dołowi, w długości około 7 cmtr. i przedni od przedniego końca górnego w dół i nieco w tył w długości około 5,5 cmtr. Na przestrzeni pomiędzy dolnymi końcami przedniego i tylnego brzegów, czyli w dolnej części czworoboku, skóra nie okazuje owego zabarwienia. Forma w pewnej mierze i rozmiary tej powierzchni narzędzia, która przy obrażeniu przyszła z głową w zetknięcie, widzialnie przez ów czworobok reprodukowane zostały. Miejsce wklęsłe nie zdaje się odpowiadać całej przestrzeni zajętej przez czworobok, gdyż tylko wyraźnie je czuć w tylnej jego części; zresztą trudno bliżej oznaczyć stosunek jednego do drugiego, ponieważ, jak już nadmieniono, wklęsłe miejsce ku tyłowi tylko jest wyraźnie przez ostry brzeg ograniczonym, mniej zaś u innych części jego obwodu.

Dnia 19 lipca. Puls 66; chory dużo spi, lecz przytomniejszy; sam w łóżku usiąść potrafi. Użala się na ból głowy po stronie lewej. Prawa źrenica dziś w stanie prawidłowym. Krew nie wycieka z ucha (nie powiedziano w karcie kiedy wyciekać przestała).

Dnia 20. Puls 74; dużo spi. Dosty przytomny, poznaje otaczających. Nie wie wszakże, który jest dzień w tygodniu. Dokładnie pamięta o wszystkiém co zaszło do chwili, w której obrażenie nastąpiło: szczegółów zaś zdarzenia, którego się stał ofiarą, objaśnić nie może. Ciągły ból głowy. Obrzmienie powiek lewego oka zmniejszone, co daje możność roztwierania ich. U zewnętrznej objętości gałki ocznej widać przytém nagromadzenie krwi pod błoną łączną. Lewa źrenica wcale nie oddziałuje na światło: chory nie też nie widzi na lewe oko

(niżej podane są powody, dla których wątpić nie należy, że objaw ten bezpośrednio po obrażeniu nastąpił, lecz pierwszego już dnia nie został spostrzeżonym, z powodu trudności otwierania obrzmiałych powiek; bardzo nawet być może, że tak samo się ma względem *ecchymosis subconjunctivalis*, lecz również pewnych dowodów na to nie mamy). Obrzmienie i niebieski kolor występują dziś i na dolnej powiece prawego oka. Lewy kąt ust stoi nieco niżej aniżeli prawy.

Dnia 21. Puls 66: spał w nocy, lecz często się budził i stękał, narzekając na głowę. Raz womity bez mdłości. Z łatwością zresztą się wyraża. Stan lewej źrenicy ten sam. Ciastowate obrzmienie się zmniejsza.

Dnia 22. Stan ten sam. Brak wszakże wymiotów. Do dnia 26 włącznie chory jeszcze za wiele śpi, stęka gdy się budzi. Pokarmu nie żąda, lecz je gdy mu dają. *Ecchymoses* powiek prawie znikły, *ecchymosis* błony łącznej oka znacznie zmniejszona. Objaw porażenia *n. facialis* znikł.

Dnia 27. Sen prawidłowy; mniej stęka. Ból w lewem uchu, które mu się zdaje czemś założone. Ciastowate obrzmienie coraz mniejsze; również zabarwienie czworoboku staje się coraz mniej wyraźnem. Lewa źrenica bierze udział w poruszeniach prawej, przy zamykaniu zaś prawego oka się rozszerza, przyczem zaledwie cokolwiek się okazuje wrażliwą na działanie światła.

Dnia 1 sierpnia. Puls 72; ból głowy ustał. Upomina się o jedzenie. Przechadza się po dziedzińcu.

Dnia 11 chory się wypisał.

Po powrocie do zwykłych zajęć, Z. T. przez dłuższy jeszcze czas doznawał zwłaszcza w godzinach porannych, szumu w lewej połowie głowy, rodzaju ciężenia w tejże stronie; żadnych zaś nie okazywał zboczeń umysłowych.

Dla dokładności winienem opisać stan obecny Z. T. Lewa źrenica, rozszerzająca się przy szczelnem zamykaniu prawego oka i zaledwie nieco się zwężająca za zbliżeniem silnego światła, zwęża się i rozszerza z łatwością przy odpowiedniem zachowywaniu się prawej źrenicy; również lewe oko doskonale stosuje swoje ruchy do ruchów prawego oka. Dr T a l k o, który raczył bliżej zbadać stan lewego oka, „znalazł zupełny zanik (*atrophia*) *n. optici sin.* z przyczyny cerebralnej” (znaczy z przyczyny nie w samem oku leżącej; określenie „zupełny” nie jest w żadnej sprzeczności z tém, że lewa źrenica cokolwiek się zwęża przy naglém zbliżeniu do oka świecy lub lampy, gdyż ciepło świecy albo lampy działając na czuciowe nerwy skóry otaczającej oko, pochodzące od ocznej gałęzi *n. trigemini*, wywołać potrafi zwężenie się źrenicy, jak to jest wiadomem z doświadczeń B u d g e'go): w lewem uchu słuch jest przytępionym; przed i po nad uchem lewem widać miejsce wyraźnie spłaszczone (zwłaszcza przy porównywaniu tej okolicy z odpowiednią po stronie prawej), pokryte skórą zciężoną, koloru białszego od koloru skóry otaczającej. Badanie palcem przekonywa, że to spłaszczenie jest uwarunkowanem przez zakłęśnięcie w tém miejscu kości, będąc otoczonem przez ostry brzeg należący do sąsiedniej zdrowej kości. Część zagłębiona przedstawia trójkąt, wierzchołkiem obrócony do góry. Ostry brzeg kości, formujący jego ściany, bierze początek po nad samem przyczepieniem przedniej części muszli usznej do głowy i idzie z wypukłością obróconą w tył ku górze i ku przodu.

dowi, gdzie dosięga punktu leżącego nieco niżej od *linea semicircularis ossis parietalis* i o nie cały cmtr. w tyle od lewej połowy *suturæ coronalis*. Na całej tej przestrzeni, wynoszącej w prostej linii około 5,5 cmtr. brzeg kości bardzo jest wyraźny, gdyż na blisko 1^m wystaje z nad zagłębienia. Daleko mniej wyraźny jest brzeg przedni (zwłaszcza górny i dolny jego końce), idący od górnego końca tylnego w długości nieco więcej jak 5 cmtr. w dół i ku przodowi, dolnym swym końcem dochodząc do punktu leżącego o więcej jak 2 cmtr. w tyle od początku *lineæ semicircularis ossis frontis* (przy górnym brzegu *orbitæ*). Oddalenie dolnych końców przedniego i tylnego brzegów od siebie wynosi zgórá 6 cmtr.; na przestrzeni tej niema weale ostrego brzegu kości, wklęsłość bowiem ku dołowi trójkąta stopniowo znika.

R o z p o z n a w a n i e. Widoczném jest, że na skutek uderzenia głowy powierzchnią narzędzia tępego, forma i rozmiary którego uwydatniły się w zabarwionym czworoboku, wywołaném zostało złamanie z zakłęśnięciem w górnej części *partis squamosæ ossis temporum*, w dolnej części *ossis parietalis* (zapewne) w małej tylko części *faciei temporalis ossis frontis* po stronie lewej. Czworokątną powierzchnią głowy, dotkniętą narzędziem powinniśmy sobie wystawiać jakby podzieloną na dwa trójkąty, mianowicie jeden tylny, obrócony wierzchołkiem do góry a drugi przedni wierzchołkiem patrzący w dół; pierwszy odpowiada złamanej i wklęsłej części kości, gdy na przestrzeni drugiego tylko miękkie części uległy uszkodzeniu. Dlaczego złamanie nie nastąpiło na całej dotkniętej narzędziem powierzchni głowy, powiedzieć nie łatwo; uważamy za najprawdopodobniejsze, że nie wszystkie punkta obrażającej powierzchni narzędzia z jednakową siłą trafiły głowę: w każdym razie kwestya ta ma dla nas znaczenie tylko podrzędne. Dalej nie ulega wątpliwości, że w tym wypadku istniała tylko *fractura laminae externae cum impressione in diploe*, że zaś całość *laminae vitreae* została nienaruszoną. O tém przekonywa mała głębokość zakłęśnięcia, nad które ostry brzeg wystaje nie więcej jak na 1^m, brak objawów bardziej rozwiniętego zapalenia kości i podrażnienia błon mózgowych lub mózgu przez odłamki *laminae vitreae*, nareszcie brak objawów większego wylewu krwi wewnątrz czaszki na skutek uszkodzenia *et meningeae mediae*, wielce prawdopodobnego w razie naruszenia całości *laminae vitreae* w miejsce złamania. Okoliczność, że *lamina vitrea* pozostała całą, dowodzi, że narzędzie nie trafiło głowy ze zbyt wielką szybkością, pozwala zatem przypuszczać, że siła wstrząsająca czaszkę mogła nie być przez częściowe połamanie kości ostatecznie osłabioną, czyli że obok złamania mogło gdziebądź w czaszce powstać pęknięcie. Otóż opierając się na niektórych objawach mamy prawo przypuszczać z największym prawdopodobieństwem, że w tym wypadku w rzeczy samej istniało pęknięcie u zasady czaszki, (którego punktem wyjścia był zapewne dolny koniec tylnej ściany złamanego trójkątu), idące przez *partem petrosam ossis temporum*, przez *os sphenoidæum* (w każdym razie przez *alam parvum* w miejscu *for. optici*, może i przez miejsce złączenia *corporis ossis sphenoidæi* z *ala magna*) i być nawet może przez górną ścianę *orbitæ*.

Do tych objawów zaliczać powinniśmy krwawienie z lewego ucha, nie dające się przez wzgląd na uporczywość i czas trwania takowego tłumaczyć przez

wywołane wstrząśnieniem głowy rozdarcia naczyń błony śluzowej ucha, jak również ból w tém uchu przez jakiś czas po obrażeniu, i przytępiony słuch dotychczas trwający. Drugim objawem jest porażenie lewego *n. optici*, które znajdując się na téj samej stronie co i obrażenie głowy, nie mogło powstać ani z przyczyny będącej w mózgu, ani z działającej na nerw przed wstąpieniem jego do *chiasma*, lecz musiało być skutkiem przyczyny wywierającej swój wpływ poniżej wyjścia lewego nerwu z *chiasma*. Z tylko co powiedzianego wypada, że owo porażenie *n. optici* niezawodnie bezpośrednio po obrażeniu nastąpiło, gdyż nie możemy pojąć jakiego rodzaju przyczyna, przedtem nieistniejąca, miałyby powstać dopiero w parę dni po obrażeniu, okazując swój zgubny wpływ na powyższą wspomnianą część *n. optici*, po drugie, że porażenie to mogło tylko być następstwem wylewu krwi albo mechanicznego uszkodzenia nerwu, będącego skutkiem pęknięcia czaszki w okolicy *for. optici*, jak to z doświadczenia jest wiadomem, że ostatni wypadek zdarzyć się może. Co do wylewu krwi, jako możebnej przyczyny owego porażenia, z góry powiedzieć sobie powinniśmy, że w podobnych razach wylew zwykły towarzyszyć pęknięciu czaszki, gdyż zbyt rzadko powstaje na skutek samego tylko wstrząśnienia. Lecz aby wylew krwi mógł w tym razie stać się powodem do porażenia, trzeba by aby był tak ograniczonym, żeby wywarł ucisk tylko na część *n. optici*, leżącą poniżej *chiasma*, nie zaś na leżące w blizkiem sąsiedztwie inne nerwy (gdyż odnośnych objawów nie było i niema); dalej z wessaniem tego wylewu krwi, które przy pomyślném zejściu w części przynajmniej nastąpić by powinno było, (tębardziej że ilość wylanéj krwi wystawiamy sobie jako bardzo małą), byłaby z biegiem czasu w części téż przywróconą funkcya *n. optici*. Nakoniec trudno z istnieniem wylewu krwi, jako przyczyną porażenia, pogodzić brak wyraźnych objawów ucisku mózgu jak i innych objawów, połączonych z obecnością przy zasadzie zwłaszcza mózgu, nagromadzenia krwi, nie mogącej być wessaną. Przy okolicznościach więc w tym wypadku istniejących, odosobnione porażenie *n. optici* tłumaczyć powinniśmy przez rozdarcie lub podobne uszkodzenie tego nerwu, spowodowane pęknięciem czaszki, zwłaszcza gdy zważymy, że porażenie to od razu w zupełności, i jak już dowiedliśmy, niezawodnie bezpośrednio po obrażeniu nastąpiło, nie ulegając żadnym zmianom z biegiem czasu. Tém muiéj zresztą wątpić należy o tém, że pęknięcie w rzeczy samej istniało (przeciw czemu naszym przekonaniem pomyślné zejście nie jest argumentem dosyć silnym), że, jak to już nadmieniono, bardzo być może, że *ecchymosis subconjunctivalis* lewego oka bezpośrednio po obrażeniu się utworzyła lub téż tworzyć się poczęła, w jednym znaczy czasie co i *ecchymoses* powiek. Gdyby zaś tak było, dowodziłoby to, jak wiadomo, niewątpliwego istnienia pęknięcia w górnej ścianie *orbitae* (choćby i nie wyłączało jednoczesnego wylewu krwi u zasady czaszki). *Ecchymoses* zaś powiek nie mogą służyć za dowód pęknięcia dla tego, że chociaż oko bezwątpienia nie zostało bezpośrednio obrażeniem dotknięte, krew mogła łatwo się dostać do powiek z leżących w pobliżu ran powłok głowy (w opisie pominiętych).

Brak w tym razie, przy pęknięciu u zasady czaszki, wyciekania (przez ucho) *liqu. cerebro-spinalis* dowodzi tylko, że jednocześnie z obrażeniem *partis*

teprosa całość *laminae visceralis arachnoideae* nie została naruszona, nie potrafi zaś obalić przypuszczenia pęknięcia, zkądinąd dostatecznie uzasadnionego.

Mało pozostaje do powiedzenia pod względem rozpoznawczym o chorobliwych objawach funkcyjnalnych w tym wypadku. Obrażenie, w tejże chwili w której nastąpiło, wywołało silne wstrząśnienie mózgu, które pozbawiło zmysłów chorego, jak to niewątpliwie wypada z tego, że choremu pozostały zupełnie niewiadome szczegóły samego zdarzenia, kto, jak i czém go uderzył, jak z wózka się dostał na ziemię, w jaki sposób został pozbawiony części swego odzienia, pieniędzy (z okoliczności zaś towarzyszących z pewnością wnioskować należy, że stan zupełnej nieprzytomności trwał przez kilka godzin). Z przybyciem do szpitala objawy wstrząśnienia w mniejszym już się okazywały stopniu, wszakże z wyjątkiem krótko trwającego rozszerzenia prawej źrenicy jeszcze przez kilka dni trwały (senność, częściowa nieprzytomność, wolny puls). Był to więc drugi stopień podług Dupuytréna; sądzić zaś mamy prawo, że złamanie wraz z pęknięciem, przez wywołanie których siła wstrząsająca narzędzia wyczerpnęła się, nie dopuściły do tego aby nastąpił trzeci śmiertelny stopień wstrząśnienia. Do objawów wstrząśnienia mózgu nie przyłączyły się w ciągu przebiegu choroby wyraźne objawy stłuczenia mózgu (*contusio cerebri*), gdyż nie było niespokojności wyraźnej, znów po jakimś czasie się wzmagającej nieprzytomności. Nie było też objawów ucisku mózgu, gdyż dla braku odłamków *laminae vitreae* i większego wylewu krwi wewnątrz czaszki nie było ku temu powodu, jak takowy ucisk również nie mógł nastąpić ze strony zapalnego wysięku, gdyż takowy nie istniał. Z tego właśnie, że porażenie stałe lub przemijające (p. niżej) w tym wypadku po tej samej co i obrażenie głowy nastąpiły stronie, wnioskować powinniśmy, że mózg (oprócz wstrząśnienia) nie uległ uszkodzeniu na skutek obrażenia ani bezpośrednio, ani pośrednio (przez wylew krwi, wysięk zapalny); jedynym objawem który odnieść należy do zmian w samym mózgu lub jego błonach, są jednorazowe wymioty, dowodzące zapalnego podrażnienia tych części w zbyt słabém nateżeniu. Co do spostrzeżonego w parę dni po obrażeniu krótko trwającego porażenia *n. facialis sin.*, takowe zapewne było wynikiem lub uszkodzenia tego nerwu w jakimś bądź punkcie jego przebiegu wewnątrz *partis petrosae* lub też kompresyi przez krew wylaną, która następnie wessaną została.

Do złamania kości czaszki bez rany zewnętrznej mniej często wprawdzie się przyłącza zapalenie tych kości z przejściem w ropienie, zapalenie łatwo przechodzące na mózg i jego błony, wszakże cieszyć się powinniśmy wraz z chorym, że częściowe złamanie bocznej części czaszki połączone z pęknięciem u jej zasady nie pociągnęły za sobą tylko co wspomnianych następstw, jak się tego obawiać należało, a przez co życie jego mogłoby być zagrożoném. Ze zaś „100 dni” *P a r é* dawno minęły, wyzdrowienie *Z. T.* trzeba uważać za stanowcze, z którego témbardziej może być dumny, że zawdzięcza je głównie swęj silnej budowie, daleko mniej zaś lekarstwow, które w zbyt szczupłej dla braku chęci przyjmował ilości.

Woda sodowa pod względem higienicznym i chemicznym.

Przez Leonarda Ziemińskiego, magistra farmacyi i właściciela Instytutu wód mineralnych w Warszawie.

W obec nader upowszechnionego użycia wody sodowej i licznych fabryk tejże, utrzymywanych przez ludzi niespecyalnych, nieobeznanych z higieną publiczną, a tembardziej z nauką farmacyi i chemii i z tego powodu produkujących ten napój częstokroć o wstrętnym smaku i woni, zanieczyszczony obcemi ciałami organicznemi i mineralnemi, opisanie takowej ze stanowiska najnowszych badań naukowych przedstawia żywy interes nietylko dla powszechności lekarskiej, lecz i nielekarskiej.

W przedmiocie wód mineralnych pisaliśmy w Nr. 7 Gaz. Lek. z r. 1867, i to co w tychże powiedzianém było w ogóle o wyrobie wód pod względem kondensacyi gazu węglowego, chemicznej tegoż czystości, i wydaleniu powietrza, stosuje się najzupełniej i do wody sodowej.

Obecnie pragniemy streścić jako dopełnienie tej pracy w powyżej zacytowanym numerze Gazety, najnowsze spostrzeżenia znakomitego profesora Uniwersytetu Wiedeńskiego K l e e y ú s k i e g o, w ostatnich czasach ogłoszone drukiem pod tytułem „Warunki racjonalnej fabrykacyi wody sodowej”, sądzimy bowiem, że pogląd i opinia pierwszorzędnej powagi na polu chemii ogólnej i lekarskiej, będąca autorytetem dla świata uczonego za granicą, z korzyścią może być przyswojona naszej literaturze lekarskiej.

Professor K l e e y ú s k i powiada: „Racjonalne przygotowywanie wody sodowej jest higieniczną potrzebą wielkich miast; użycie takowej winno w postaci orzeźwiającego i przyjemnie smakującego roztworu, wprowadzać w krew mieszkańców tychże, te alkalia, na których im zbywa z powodu niedostatecznej konsumeyi jarzyn i owoców, i co w następstwie staje się przyczyną rozlicznych cierpień chronicznych.

Londyn i Berlin używają przynajmniej wodę sodową, zawierającą sodę (*Natrum*) i dlatego słusznie nasyceniem gazu węglowego (*Kohlensaure Saturation*) nazwaną, która jest roztworem wodnym dwuwęglanu sody.

Wiedeń przeciwnie o tyle jest nieszczęśliwym przy rozlicznych tego rodzaju fabrykach, iż używa tylko swoją zepsutą wodę studzienną, nasyconą gazem węglowym, szczypiące drażnienie gazu węglowego, zubożnia wprowadzie nieprzyjemny smak wody studziennej, a nawet chwilowo orzeźwia, lecz bez alkaliu nie sprawia zupełnej dezynfekcyi wody, ani ją oczyszcza, oraz nie daje wodzie sodowej istotnej dyetetycznej wartości dla organizmu, który i tak jest aparatem wywiązującym gaz węglowy w znacznej ilości gromadząc takowy w swych wnętrzościach w czasie peryodycznego snu.

Inne jest działanie wody sodowej na organizm, jeżeli takowa zawiera alkalia, które dostając się do krwi, czynią takową płynniejszą, bogatszą w tlen i czerwienią, zarazem potęgując energię życia, świeżość umysłu i wesołość usposobienia, zapobiegając nadto i lecząc jednocześnie rozliczne artrytyczne, reumatyczne, neuralgiczne i hypochondryczne przypadłości.

Lecz w używaniu alkaliu do wody sodowej popełnia się w praktyce dzisiejszej błąd, uważając najważniejsze alkalia takie jak potaż i sodę za jednoznaczne równoważniki zwierzęco-chemiczne, (*biochemisch äquivalent*) czem jednak wcale nie są; w myśl bowiem praw dyfuzji i endosmozy, potaż wstępuje do komórek, soda zaś do soków organicznych. Potaż więc wytwarza i zasila tkankę, soda zaś płyny ciała; czyli inaczej potaż przyczynia się do plastyki ciała, soda zaś do zmiany pierwiastków tegoż (*Stoffwechsel*), a właśnie ten tak ważny potaż, zbyt wczesnie ubywa ze krwi mieszkańców wielkich miast, którzy z naturalnych powodów, nie wymagających być wymienianemi, z najgłówniejszych źródeł dających potaż, mianowicie owoców i jarzyn w potrzebnej ilości korzystać nie mogą lub nie chcą; nadmienić tu także wypada, że używana w pokarmach sól kuchenna daje organizmowi wystarczającą ilość sody, lubo soli kuchennej nie można uważać za równoważnik dla alkalicznego węglanu sody, lecz nierównie mniej dla węglanu potażu.

Dobra więc woda sodowa winna zawierać koniecznie potaż w postaci dwuwęglanu, którego łyżeczka wystarcza do zastąpienia w sposób najtańszy całego koszyczka winogron, półmiska poziomek, lub wazy świeżej jarzyny; dwuwęglan potażu w wodzie sodowej jest najbardziej assymilującym się i w smaku najprzyjemniejszym, jeżeli przytém do takowej użyta będzie czysta woda nasycona przy wyższym ciśnieniu wolnym gazem węglowym. Przy wyrabianiu wody należy używać wyłącznie dobrą i o ile można czystą wodę, nie zaś zanieczyszczoną i zgnilą, taką jaka jest w niektórych studniach Wiedeńskich, nad którą prof. K l e e y n s k i stanowczo radzi przekładać filtrowaną wodę Dunaju, której wodociągi Ferdynanda dostarczają.

W 500 centimetrach kubicznych takiej wody zaleca wspomniany professor rozpuszczać 3 części dwuwęglanu potażu i 1 dwuwęglanu sody, poczem roztwór taki należy nasycać czystym gazem węglowym pod ciśnieniem 3—5 atmosfer.

Woda, powiada autor—w taki sposób przyrządzona, posiada wielką dyetytyczną wartość i daje prawdziwą zdrową wodę sodową, czyniącą zbytecznemi wszelkie kuracje winogronowe i zamieniającą skwaśniałą niebiesko-fioletową krew hypokondryka, na jasno-czerwoną i alkaliczną, a nawet wywołująca na bladym licu osób nie mających dosyć ruchu, różową cerę jako znamię zdrowia i siły życia.

Dalej professor K l e e y n s k i powiada: „ciekawym jestem czy z licznych fabryk wody sodowej, żadna na kompromis z nauką nie przystanie, łącząc dotychczasową wyłączną korzyść producentów z istotnym i rzetelnym pożytkiem konsumentów; zaprawdę gdyby praca Syzyfowa, zaprowadzenia takiej wody sodowej w Wiedniu, jako tani i dostępny napój, komukolwiek udało się, to ten pod względem higienicznym zdrowia ogółu więcej by dokazał niż cała rada sanitarna.

Przy wyrobie wody sodowej nietylko jednak idzie o nasycenie płynu ze względów higienicznych alkaliemi, lecz także i o wybór chemikalij do wywiązania gazu węglowego, który stanowi krytyczny warunek dobrej wody sodowej.

Racyonalni przeto fabrykanci wód następujące uwagi powinni uwzględnić: że do nasycenia wód, z dwóch powodów powinni używać czysty tylko gaz węglowy, przyczem względy taniości nie mogą być wyłącznym celem; pierwszym powodem jest,—że od nieczystego gazu kosztowne części składowe pompy psują się, powlekając się rdzą; drugim i najważniejszym, że woda nasycona nieczystym gazem posiada smak i woń nieprzyjemną.

Ponieważ potrzebny kwas do wywiązywania się gazu nie powinien być lotnym, przeto nie kwas solny, lecz siarczany SO_3 wolny od kwasu siarkowego SO_2 winien być używany; z tego powodu nie należy nigdy brunatnego kwasu dymiącego czeskiego, czyli Nordhauzeńskiego używać, lubo w ostateczności przez dodanie miążko sproszkowanego nadkwasorodnika manganu MnO_2 , można takowy uczynić zdatnym do wywiązania czystego gazu węglowego; kwas siarczany 60°R . jest najodpowiedniejszym do tego celu.

Przy rozcieńczaniu kwasu niezbędnem do dobrego wywiązania gazu, trzeba używać czystej wody destylowanej lub zwyczajnej wolnej od chlorków; gdyby te jednak znajdowały się w wodzie, należałoby takową po rozcieńczeniu kwasem ogrzewać w naczyniach ołowianych lub kamiennych aż do zupełnego zulotnienia się tychże chlorków. Co do węglanów koniecznych oprócz kwasu do wywiązywania gazu węglowego, przedewszystkiem należy wywiązywanie gazu z kredy bezwzględnie potępić, takowej gaz bowiem lubo tani i dogodny w fabrykacyi, posiada jednak części ziemno-smołowe dające gazowi węglowemu wstrętą woń i smak dla delikatnego podniebienia znawcy nieznośny.

Tak zwany urkalk czyli krystaliczne wapno i marmur, nie podlegają temu zarzutowi, lecz pominawszy trudności mielenia takowych, posiadają tę niedogodność, że następują trudność przy rozkładzie wszystkich form węglanów wapna z powodu tworzenia się nierozpuszczalnej kory gipsowej i dlatego rozkład tychże jest trudnym, zmudnym i niezupełnym, jeżeli nie użyje się częstych rozcierań i oddzielnych przyrządów do mieszania.

D o l o m i t stanowi niejako kompromis między niewłaściwem stosowaniem węglanów wapiennych i właściwem zastosowaniem magnezytu; ponieważ jednak dolomit pod względem ilościowym jest mieszaniną wader zmienną węglanów wapna i magnezytu, nie może nigdy wyrównać magnezytowi, który jedynie ustępuje tylko spatowi żelaznemu, zalecanemu przez prof. K l e y n s k i e g o do wywiązywania gazu węglowego, stanowiącemu najlepszy i najczystszy materiał do tego celu.

Magnezyt pod względem praktycznym, przewyższa inne materiały surowe w tym, że dostarcza najwięcej gazu węglowego i to w stanie dosyć czystym, szczególnie Morawski piasek magnezytowy, który w obecnym czasie wytrzymał zwyciężką konkurencyę z magnezytem Prazko-Szlązkim i styryjskim twardym. Do praktycznych zalet magnezytu zaliczyć należy i tę okoliczność, że po użyciu materiałów surowych powstaje pozostałość gipsowa, która może co najwyżej być użyta jako nawóz łąkowy i kompost, lecz nigdy jako towar handlowy, magnezyt przeciwnie za pozostałość daje sól gorzką, wagi co najmniej podwójnej, która to pozostałość jako przedmiot handlowy, ma różne drogi zbytu, będąc

również materiałem aptecznym, lub potrzebowanym w fabrykach sztucznych nawozów do związków amoniakalnych.

Na zasadzie jednak pomyślnych prób prof. Klecyńskiego, tenże zaleca jak wyżej nadmieniono spatek żelazny, jako dający najczystszy gaz węglowy, wolny od wszelkich bitumów ziemnych i potrzebujący najmniej kwasu siarczanego pozostawiając nadto w osadzie krystaliczny siarczan żelaza, mający liczne farmaceutyczne i techniczne zastosowania, stanowiący towar handlowy wiele cenniejszy od soli gorzkiej.

Jeżeli wyrób wody sodowej z uwzględnieniem powyżej wymienionych warunków prowadzony będzie, wtedy konsumenci tej wody będą mieli napój zdrowy, dyetetyczny i pożyteczny, fabrykacya zaś postawi się na gruncie uczciwym i odpowie krytycznym warunkom nauki.

Kończąc swą pracę szanowny professor rzuca pytanie: któraż generacya po dzisiejszej doczeka tego? i zaraz odpowiada, oznaczyć nie umiem, gdyż my biedni chemicy nie posiadamy natchnienia „z Góry”, ani godni jesteśmy proroczego przeczucia.

KAZUISTYKA LEKARSKA.

Syphilis? lub co? P. N. zadrasnął sobie w d. 24 listopada przypadkowo skórę wielkiego palca lewej ręki, nad średnim stawem. Będąc sam lekarzem, oglądał dnia następnego kilka osób syfilitycznych. P. N. mający lat przeszło 40, zkadynąd zdrowy, nigdy nie był syfilisem dotknięty. Obtarcie owo palca mało na siebie zwracało uwagi aż do dnia 13—15 grudnia, gdy w miejscu podłużnego zderzenia naskórka utworzyła się półokrągła twardość kształtu splaszonego grochu, która leżąc nad stawem, swobodnym ruchom palca nieco przeszkadzała, wierzchołek tej twardości był wilżącym, pokrywał się strupkiem, ten odpadał, by na powrót dać wilżeniu miejsce i t. d. W dniu 24 stycznia po uprzedniej lekkiej gorączce, P. N. spostrzegł na całym ciele (z wyjątkiem zewnętrznej strony ud i całego przedudzia) wysypkę, nieswędzącą, w kształcie plam wypukłych, ciemno-czerwonych, z których mniejsze przedstawiały środkowe zagłębienie (*Umbo, Delle*), w większych, zagłębienia tego widać nie było. Przy nacisku palcem plamy te nie nikły, ale okazywały barwę żółtawą.

Okolo 8 lutego pojawił się ból gardła przy połknięciu, czerwonosć i obrzękłość miękkiego podniebienia, migdałów i gardzieli. Na głowie, brodzie, i skórze nosu pokazywały się krosty wilżące, luszczące się po wiele razy (nie mające jednak na nos nach wejżenia lepieżu). Gruzoły podszczekowe, szyjne i karku brzękną, lecz na lewym ramieniu ani nadłokciowe, ani pachowe nie są powiększone, twardość na palec wielkim niezmnniejszona istnieje. Dnia 6 marca po silnych dreszczach i gorączce pojawia się straszliwy ból głowy, po trzydniowym trwaniu wyczuć można jak guz kości bocznej czaszki (nader bolesny) znacznie więcej wystaje jak ze strony drugiej, towarzyszą temu, jakby reumatyczne bóle w innych częściach. Okolo 15 marca zapalenie gardła (dotąd trwające) się wzmagają, na obydwóch migdałach widać obszerne żółto-obłożone powierzchowne owrzodzenia, wysypka na ciele zmienia kształt, drobniejsze plamy nikną zostawiając po sobie ciemno-żółtawy barwik, większe zaś luszczące się na czubkach rozszerzają się, robiąc się z wypukłych płaskimi, kilkanaście z nich przybiera kształt grosików ciemno-czerwonych pokrytych drobną łuską (podobnie jak w *psoriasis nummularis*).

W interesie chorego i w celu własnej nauki udają się do szan. kolegów warszawskich dermatologów i specjalistów w chorobach syfilitycznych z prośbą o odpowiedź w Gaz. Lek. na zapytania:

1) Czy w powyższym wypadku jest możność zaprzeczenia bytności syfilisu? a gdyby tak, to jakaby te objawy tłumaczyć chorobą?

2) Jeżeli zaszczepienie syfilisu nastąpiło w ranę z obtarcia palca powstałą (a inną drogę stanowczo wykluczyć można), nastąpiło ono nie weześniej jak okolo 24 godzin po

zadrażnieniu palca. Czy wysiękła zaschła limfa, czyli strupek, lub ropienie ranki, nie ochraniają od zaszczepienia jadu?

3) Czy też który z szan. kolegów, lub jak często widział samoistne uleczenie się syfilis, *viribus naturae*?
S. M.

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

Ropnica (*pyaemia, febris pyaemica*).

Przez prof. Dra C. H u e t e r'a.

Spolszczył Kazimierz Gurb ski.

(Ciąg dalszy *)

§ 45. Badanie tych gorączek następnych lub prostych gorączek ropnicowych, jest z tego względu ważnym, że takowe przechodzą powoli w gorączkę *pyaemia multiplex*, a przejście to nierazko może być poznaniem z tablicy temperatury, nim inny jaki objaw *pyaemia multiplex* się nie pokaże. Dla rozpoznania nie jest dostatecznym ani natężenie, ani przebieg gorączki, lecz okoliczność czy gorączce następnej towarzyszą widoczne zmiany lub nie. Jeżeli np. gorączka następowa wystąpi równocześnie ze znacznym zapalnym obrzękiem w okolicy ogniska ropnego lub z widocznym zapaleniem naczyń limfatycznych albo różą, w takim razie owa gorączka następowa jest zależną prawdopodobnie lub prawie na pewno od tych nowych miejscowych zaburzeń; jeżeli jednak w ognisku ropnym lub w jego otoczeniu brak widocznych czynników, mogących się przyczynić do powstania gorączki, w takim razie źródła takowej należy szukać prawdopodobnie w ognisku przerzutowym np. w płucach. Tak więc znakomite wzniesi nie się temperatury w okresie gorączki następnej (w 7 dniu po obrażeniu) bez widocznych przyczyn w bliskości ogniska ropnego znaczy początek *pyaemia multiplex* (Billroth). Ten tak ważny punkt dla wczesnego rozpoznania *pyaemia multiplex* nie ma zupełnie znaczenia, o ile wszystkie gorączki następowe z widocznymi przyczynami obwodowymi (*phlegmone, erisypelas, lymphangitis etc.*) są adekwatne przeciw możliwości powstania *pyaemia multiplex*. Z drugiej strony ciągłe trwanie gorączki następnej, jak to już wyżej nadmienilem, może najprzód przez osłabienie siły sercowej dać powód do utworzenia się zakrzepów, a następne cierpienia miejscowe, prowadzące gorączkę następową mogą wywołać rozpad zakrzepów. Gorączki następowe, posiadające widoczne obwodowe przyczyny, nie mają jeszcze jako takie charakteru gorączek, należących do *pyaemia multiplex* i jej przerzutowych ośrodkowych ognisk, ale są tylko zapowiedziami takowych. W samej rzeczy im dłużej trwają gorączki następowe, tem więcej wzrasta prawdopodobieństwo i podejrzenie, że przejdą w gorączki *pyaemia multiplex*. Niech mi wolno będzie niniejszy stosunek przykładowo objaśnić. U pewnego chorego z obrażeniem udem w okresie gorączki następnej wzrasta nagle może z dreszczem, a może i bez, ciepłota do 39,5° lub 40,0°. Badanie uda wykazuje opuszczenie się ropy pomiędzy mięśnie, okółomięśniowe, łącznotkankowe ropienie. Wyprowadzamy z tego wniosek, że podrażnienie ciepłoty zależnym jest od zwłok gorączki następnej, od prostej ropnicowej gorączki. Brak wszelkich miejscowych objawów skłoniłby nas do przyjęcia, że gorączka owa jest początkiem *pyaemia multiplex*. Robimy cięcia na udzie, niszczymy zatoki, staramy się o swobodny odpływ ropy. Teraz czekamy na obniżenie się temperatury. Jeżeli takowa opadnie do 37,5° lub 37,8°, wtedy oczekujemy wyzdrowienia chorego. Jeżeli takowa zniży się do 38,5°, lub pozostanie na wysokości 39° albo 39,6° i tak trwa przez kilka dni, wtedy rokowanie jest bardzo złym; spodziewamy się że wśród takich okoliczności rozwinię się *pyaemia multiplex*. Zwłaszcza gdy przy swobodnym odpływie ropy zjawi się kilka dreszczów, wtedy umacnia się rozpoznanie z wielką pewnością co do *pyaemia multiplex*, z pewnym prawdopodobieństwem możemy ją i tak zapowiedzieć bez obecności dreszczów, li tylko z przebiegu samej temperatury.

*) Patrz Nr 15 Gaz. Lek.

§ 46. Dotąd zajmowaliśmy się stosunkiem gorączek przyrannych i następowych lub wedle tutaj przyjętej nomenklatury posocznicowych i prostych ropnicowych gorączek do *pyaemia multiplex*, teraz wypada w krótkości opisać bieg gorączki w *pyaemia multiplex* w dalszym przebiegu choroby. Krzywe ciepłoty w *pyaemia multiplex* wedle postrzeżeń B i l l r o t h'a odznaczają się, jak to każdy sam sprawdzić jest w stanie, bardzo częstymi i znacznymi wahaniami. Pogorszeniom nie zawsze towarzyszą dreszcze, często bowiem zdarzają się napady gorączkowe bez dreszczów. Nie potrzeba prawie nadmienić, że podmiotowo uczuwane ropnicowe dreszcze tak jak i w innych cierpieniach nie dowodzą obniżenia ciepłoty, lecz że sprowadzają znakomite podniesienie się takowej. Gdybyśmy chcieli graficznie podać dokładny przebieg gorączki w *pyaemia multiplex*, musielibyśmy mierzyć ciepłotę w $\frac{1}{4}$ lub $\frac{1}{2}$ godziny. Prawdłowo jednak w krzywych ciepłotach występują wieczorne pogorszenia i ranne zwolnienia, tak jak to widzimy w gorączkach bez ropienia przebiegających. Zwolnienie może przejść nawet w przepuszczenia dni kilka trwające. Gdy jednocześnie i tętno stanie się spokojniejszym i mniej częstym, wtedy i rokowanie się polepsza. Zdarzają się jednak przepuszczenia na krótko przed śmiertelnym zejściem przy upadku sił; owe przepuszczenia cechują się tętnem bardzo częstym i małym. W okresie zwalniania wznosi się jednak temperatura wieczorem o $1,0^{\circ}$ lub $0,5^{\circ}$ nad prawidłową, a takowe nawet małoznaczne wahania ciepłoty u podobnych chorych dowodzą, że nie uniknęli jeszcze zupełnie niebezpieczeństwa, grożącego im ze strony *pyaemia multiplex*. Maximum wysokości gorączki ropnicowej w ogóle odpowiada wysokości posocznicowej, ztąd nie może być uważaną za istotną cechę pierwszej.

§ 47. Rezultata poszukiwań termometrycznych B i l l r o t h'a są takiej doniosłości, że można je postawić na czele momentów rozpoznawczych. Oprócz ciepłoty zasługują zapewne i inne objawy na uwagę, z których każdy pojedynczo wzięty nie posiada wartości rozstrzygającej, lecz może nabyć pewnego znaczenia wraz z kombinacją postrzeżeń ciepłoty i innymi objawami. Sąd o gorączce, wydawany przy pomocy ciepłomierza, może być uzupełnionym przez badanie tętna. Tętno w gorączkach ropnicowych jest zawsze bardzo prędkie, dochodzi do 180 na minutę, zwykle małe, gdy to jest *pyaemia multiplex*, podczas gdy w zwyczajnych gorączkach przyrannych i ropnicowych może być bardzo pełne i twarde. Pod koniec życia puls jest niezliczalny, tak z powodu swej prędkości, jak i małej fali. O ile mało charakterystycznym jest zachowanie się tętna w gorączkach ropnicowych w stosunku do innych gorączek, tém charakterystyczniejsze są często rysy twarzy, jeżeli już *pyaemia multiplex* się rozwinęła. Zdaje się, że mało jest rodzajów gorączek, któreby tak szybko prowadziły za sobą zaturę wyrazu twarzy, jak to właśnie czyni gorączka w *pyaemia multiplex*. Na ową utratę rysów nie należy kłaść zbyt wielkiego nacisku, gdyż objaw ten nie każdy łatwo poznać jest w stanie, ani nie może być oznaczony miarą i liczbą, lecz kto widział wielu chorych na ropnicę, ten mi przyzna, że z zachowaniem się rysów twarzy należy się rachować, wygłaszając rozpoznanie i rokowanie w gorączce ropnicowej. Po niżej wartość tak zwanego „wzroku praktycznego”, wypada przecież nadmienić, że wielu chorych już w pierwszych okresach ma wyręty na swym obliczu wyrok śmierci.

Diagnostyka ogólna musi jeszcze uwzględnić zachowanie się skóry. Żółte zabarwienie takowej zdarza się dosyć często, nawet daleko częściej jak ropnie przerzutowe w wątrobie, a żółtaczka zależną jest w części od tych ropni, w części zaś od chorób wątroby. Żółtaczka w *pyaemia multiplex* może osiągnąć swego najwyższego szczytu, a skóra może przybrać barwę ciemno-brązową. W większej liczbie wyradków (już w wyżej wspomnianej statystyce B i l l r o t h'a, obejmującej 180 wypadków gorączek zakaźnych, zaznaczone jest tylko 24 wypadki żółtaczki), w których brakło właściwego żółtaczkowego zabarwienia skóry, można zauważyć, że skóra była wątłą i koloru płowego. Objawy te występują bardzo wyraźnie i przyczynają się do wyżej już wspomnianej zaturę rysów twarzy. Przyczynę tych zjawisk upatrywać zapewne należy w konsumpcyjnym charakterze gorączki ropnicowej, co zostało wykazane doświadczeniem przez O. W e b e r'a, w szczególności wykazał on, że doświadczone zwierzęta traciły na wadze. O. W e b e r przekonał się, że wstrzykując kilkakrotnie ropę psom, ciężar ciała takowych zmniejszał się szybko. Nie potrzeba ważyć chorych na ropnicę, by się przekonać, że strata wagi ich ciała w *pyaemia multiplex* jest prędką i wielką. Wychudnienie już w krótkim przeciągu czasu może stać się bardzo widocznym. Dlatego też sądzę, że z zachowaniem się twarzy i pozostałej skóry można wnosić o zaniku tkanki łącznej podskórnej, prowadzącym za sobą wkrótce i zanik mięśni. Należy jeszcze nadmienić, że i wydzielanie na skórze jest dosyć pobudzone. Szczególniej obfite poty występują po dreszczach i trwają jeszcze dosyć długo

po takowych. Jako następstwo potów u chorych w mowie będących można zauważyć wystąpienie prosówki.

§ 48. Najpierwszą uwagę chirurga po zbadaniu stanu ogólnego zwraca na siebie zachowanie się ogniska ropnego. Jeżeli wysoka gorączka następowa należy do *pyaemia simplex* i uwarunkowaną ich prostym wyżej pyrogenicznymi substancjami z ogniska ropnego, to przy badaniu znajdziemy warunki, przy których wessanie nastąpić mogło, a o których już wyżej mówiliśmy. Nie jest tutaj mojem zadaniem kreślić rozpoznanie tych rozmaitych warunków, gdyż rozwiązanie tego zadania wymagałoby wyczerpującego przedstawienia większej części całej chirurgicznej diagnostyki. Ograniczę się na opisanie tych zmian, jakim ulegają powierzchnie ropiejące po wybuchu *pyaemia multiplex*. Rzadko tylko rzeczony wybuch zapowiadają lub mu towarzyszą szczególne miejscowe objawy, niestety często się zdarza, iż w obec dobrego charakteru powierzchni ropiejących *pyaemia multiplex* już się rozwinęła. Niekiedy obszerny zakrzep żył cechuje się edematycznym nabrzmieniem w okolicy ogniska ropnego. Niekiedy większe rozszerzenie żył podskórnych naprowadza na myśl, że prawdopodobnie w żyłach podpowięziowych utworzył się zakrzep. Rzadko zakrzep żył podskórnych i podpowięziowych dostępnym jest dla macającego palca, jak np. zakrzep żyły zaskórnej lub udowej; samo się przez się rozumie, iż w takich razach badanie winno się odbywać z jak największą ostrożnością, by macający palec nie rozgniół zakrzepów i nie ułatwiał wyplukiwania takowych. Zakrzepowi żylnemu może dalej towarzyszyć krwawienie żyłne następuje, występujące w rzadkich tylko wypadkach z większym nateżeniem. *Stromeyer* pierwszy zwrócił uwagę na znaczenie krwotoków i nazwał je *żylnozastojem* (*ph. phlebostatica*), gdyż zależne są one od utrudnienia żylnego krwioobiegu, od zastojów w skutku zakrzepu. Krwotoki te jednak nie są tak częstymi, a chociaż *Billroth* w swej statystyce przytacza ich 22, to w każdym razie znalazł on jeszcze zbyt często występującymi. Zdarzają się wypadki, w których nie możemy zauważyć żadnego z wyżej wyliczonych objawów ze strony żylnego krwioobiegu. Nawet powierzchnia ropiejąca i ziarninowa może pozostać przez parę dni niezmienną po wybuchu *pyaemia multiplex*, tak że nie mogą one nam posłużyć do poznania początku rozwinięcia się sprawy chorobowej. Z czasem jednak w skutku wyniszczającej gorączki występują bardzo prawidłowe zmiany na powierzchniach ropiejących i granulujących. Hłoś ropy się zmujsza, powierzchnie stają się suchymi i okazują skłonność do tworzenia strupów i naskorupień. Granulacje bledną i zapadają, wzniesienia pojedynczych granulacji płaszcą się w skutku zapadania, a powierzchnia rany staje się gładką i zwątlatą. Ta charakterystyczna zmiana ropiejących powierzchni ziarninowych przedstawia niekiedy fluktuację, ukazującą się w jednym czasie ze zwolnieniami gorączki. Przy znakomitej remissji gorączki zatamowana sekrecja rany na nowo się rozpoczyna, a jeżeli *pyaemia multiplex* zmierza do pomyslnego zejścia, wtedy ów zwrot szczęśliwy cechuje się nie tylko stałym obniżeniem się temperatury ale i wzmożeniem się ropienia. Obok zasychnięcia powierzchni ran, zapadania ich ziarniny możemy zauważyć niekiedy postępowe ropne topienie tkanek, powiększenie powierzchni ropiejącej. Tyle co się tyczy badania pierwotnego ogniska ropnego i jego otoczenia, które wprawdzie niekiedy pozostaje bez rezultatu dla rozpoznania *pyaemia multiplex*, ale nie jest bez znaczenia względnie do całego przebiegu i rokowania. Powyższe badanie powinno się łączyć ze śledzeniem rozmaitych narzędzi.

§ 49. Współcierpienie ośrodków nerwowych występuje często tylko pod formą bólu głowy, który może być bardzo znacznym. Oblędy są o tyle rzadkie, o ile nocnych snów niespokojnych nazwą tą ochrzcić nie chcemy. Oblędy gwałtowne rozwijają się tylko wtedy, gdy do gorączek ropniczych przylączają się objawy oblędu opilecznego. Daleko ważniejszymi, jak wspomniane objawy mózgowie, są ze względu diagnostycznego zmiany, jakim podlega umysł chorych, na *pyaemia multiplex* cierpiących. Chorzy stają się bardzo czulemi, oczekują z drżeniem przybycia lekarza a nawet małoznaczne manipulacje o strach ich przyprawiają. Są również przekonani o niebezpieczeństwie swego stanu, a owo przekonanie stoi w prostym przeciwieństwie z obojętnym usposobieniem umysłu septycemiczków, jak to słusznie zauważył *Billroth*.

Przy badaniu przyrzędu trawienia zachowanie się języka odgrywa również pewną rolę. Nie w okresach zapowiadających, to jest w pierwszym początku *pyaemia multiplex*, lecz po kilku dniach jej trawienia, powierzchnia języka przez zapad brodawek staje się gładką i suchą z powodu zmniejszonego wydzielania błony śluzowej. Powierzchnia jego często jest pokryta brunatnymi strupami, a stan ten wtedy tylko się zmienia, gdy sprawa chorobowa ku wyzdrowieniu zmierza, zatem w bardzo rzadkich wypadkach,

B i l l r o t h zauważył, że wszystkie objawy świadczyły za rekonwalescencją, podczas gdy język pozostawał suchym i że wtedy zawsze zejście było złem. O aftach na języku i gardzieli już wspomnieliśmy, szczególnie towarzyszą one przewlekłe przebiegającym wypadkom, nie dostaje ich zaś zwykle przy ostrój *pyaemia multiplex*. Zdarza się niekiedy, że przy początku *pyaemia multiplex* okazuje się wyprysk na wargach.

W ropnicy rzadziej spotykamy się z wymiotami, zwykle towarzyszy jej najzupełniejszy brak apetytu obok gwałtownego pragnienia. Odbijanie zdarza się częściej w czystej posocznicy jak w ropnicy; być może, że wypadki ropnicy, w których spotykamy się z odbijaniem, należą raczej do skombinowanych form ropnico-posocznicy.

Z objawów ze strony kanału pokarmowego należy wspomnieć biegunkę, która wprawdzie nie jest prawdziwą ale i nie tak rzadką towarzyszką *pyaemia multiplex*. B i l l r o t h obserwował na 180 wypadków 32 razy biegunkę; nie można ściśle oznaczyć, jaką ilość tych biegunek wypadaloby odnieść do czystej posocznicy a jaką do skombinowanej. Nigdy nie udało mi się widzieć tak kolosalnych wypróżnień w ropnicy jak w czystej posocznicy. W ogóle stolce zachowują kaszowatą konsystencję i dopiero pod koniec życia w obec utraty przytomności mają miejsce bezwłasnowolne wypróżnienia. Dostaje często w złośliwych gorączkach ropnicowych możemy zauważyć opieszałość w oddawaniu stołca lub nawet uparte zatwardzenie, przeciw czemu odpowiednie środki lekarskie zastosować należy. Wśród takich okoliczności przyjęta przez R o s e r'a biegunka ropnicowa jako forma właściwa ropnicowego cierpienia zdaje się nam być nieco śmiałą.

§ 50. Jak z jednej strony badanie s e r e a, z wyjątkiem rzadkich wypadków zapalenia ropnicowego osierdzia, dostarcza nam ujemnych rezultatów, o ile znikania tonów sercowych przed śmiercią za znak dodatny uważać nie chcemy, tak z drugiej strony badanie p l u e dostarcza nam bardzo cennych objawów. Nie trzeba sobie jednak wyobrażać, że byśmy byli zawsze w stanie wykazać przy pomocy wszystkich doskonałych metod badania stałą obecność ognisk przerzutowych w płucach, jak to nam się udaje przy poszukiwaniach anatomo-patologicznych indywidualów na *pyaemia multiplex* zmarłych. Nawet największa wprawa w opukiwaniu i osłuchiwanie może się rozbić o rozpoznanie ognisk ropnych w płucach. W razie tylko jeżeli kilka ognisk się zlewa można wykazać stopienie odgłosu płucnego. Częściej na zajęte przez ognisko miejsce ukazuje tarcie pleurytyczne lub wysięk w jamie oplucnej a nakoniec w rzadkich wypadkach obecność odmy piersiowej. Niekiedy udawało mi się przez silne pukanie ze względnej muzykalnej wysokości odgłosu rozpoznać zajętą część płuca; gdyż przy małych, rozsianych, bezpowietrznych częściach odgłos perkusyjny musi być muzykalnie wyższym, nie będąc przytęm stepionym. Niekiedy obawiają się w obec znacznego upadku sił chorego przedsiębrać badanie klatki piersiowej, sądzą że będzie to tylko w tych razach usprawiedliwionem, w których rozpoznanie jest pewnem i w których dalsze szczegółowe badanie żadnej korzyści choremu przynieść nie może. W ogóle jest tutaj zasada, by siły chorego ochraniać, ztąd też kwadransowe siedzenia w celu zbadania najczęściej zajętych dolnych i tylnych odcinków płuc zalecaniami być nie mogą. Tak jak często brak jest fizykalnych znaków, na których możnaby uzasadnić rozpoznanie ropnicy, podobnie rzecz się ma i z innymi objawami. Płwociny najczęściej nie dostaje, a charakterystyczna pnenmoniczna płwocina, której obecność tylko w braku objawów zapalenia płuc może mieć wartość rozstrzygającą, obserwowaną była np. przez B i l l r o t h'a tylko 9 razy, co zapewne względnie za zbyt rzadką mi się wydaje. Jeszcze mniej rozstrzygającami są podania chorych odnośnie do miejscowego bólu, szczególnie przy głębokim oddychaniu, gdyż chorzy na ropnicę zwykli się często skarżyć na przechodzące bóle w rozmaitych miejscach. W każdym jednak razie zbyt wielka częstość oddechania, widoczne wysilenie przy wykonywaniu aktu respiracyjnego naprowadzają nas na myśl, że płuca cierpią; zdarza się jednak niekiedy, że przy małych i nielicznych wysileniach, jakie sekeya wykazuje, objawy powyższe występują bardzo wyraźnie, przeciwnie przy wielkich i licznych ogniskach może ich zupełnie brakować. Z tych uwag wypada, że badanie narzędzi oddechowych może nam dostarczyć bardzo ważnych, dodatnych znaków; zupełnie jednak nawet ujemny rezultat badania nie mówi jeszcze przeciw istnieniu *pyaemia multiplex*, a nawet przeciw istnieniu ognisk przerzutowych w płucach.

§ 51. Słów jeszcze kilka powiedzieć zamierzam o badaniu innych narzędzi. Powiększenie w a t r o b y możemy wykazać albo przy pomocy opukiwania, albo też przez macanie; częściej jednak takowego powiększenia nie dostaje. Obrzmienie ś l e d z i o n y w większej liczbie wypadków możemy wykazać przez opukiwanie, jeżeli chcemy podblać chorego temu przykremu badaniu. Często chory skarży się także na bóle w lewym pod-

żebrzu. Przy badaniu mocz u postrzegamy najprzód zwykle zmiany, jakim takowy podlega w wysokich gorączkach: barwa jego jest ciemniejszą, ciężar gatunkowy wyższym, przytém zawiera większą ilość soli. Próba moczu na białko z tego względu nie powinna być zaniedbaną, gdyż białkomocz rokowanie o wiele pogarsza, w każdym razie białkomocz nie jest tak częstym towarzyszem *pyaemia multiplex*. Chociaż Billroth zaznacza tylko cztery wypadki albuminury i a trzy hematuryi z cylindrami nabłonkowemi i włóknikowemi, jednak sam dodaje, że sprawy te prawdopodobnie częściej mają miejsce. Billroth powiada, że jeden z podobnych wypadków zakończył się śmiercią w obec zupełnej anurii i uremii.

(Dalszy ciąg nastąpi).

KORRESPONDENCYA.

Zamość, 27 marca 1872 r.

Kurcz karciany.

Pouczający artykuł czeigodnego nestora polskich lekarzy, Dra Adama Bogumiła Helbicha, noszący tytuł: „Kurcz pisarski”, drukowany w X Tomie Gazety naszej, skłonił mnie do opisanie wypadku niedawno obserwowanego przezemnie. Odnosi się on do cierpienia jednakowej natury z kurczem pisarskim, który śmiałem ochrzcić terminem kurczu karcianego, wychodząc z zasady, że i przedemną lekarze niemieccy podobnym cierpieniem, występującym u szewców, pisarzy, mleczarek zajmujących się dojeniem krów dali nazwy *Schusterkrampf*, *Schreibekrampf*, *Melkkampf* i t. p. Cierpienie o którym właśnie zamierzam pomówić, występuje u pewnego indywiduum jedynie tylko w chwili grania tegoż w karty.

Z nielicznych dzieł lekarskich, przeczytanych przezemnie w ciągu studyów uniwersyteckich i zbyt krótkiej jeszcze praktyki, dowiedziałem się tylko, iż Hlaase cierpiał na coś podobnego zmęczony rękę przy częstych przez siebie wykonywanych sekcjach anatomicznych, że Romberg wspomina o gwoździarzu, który w chwili chwytania młota i unoszenia go w celu kucia doznawał w przedramieniu gwałtownego bólu, tak iż zmuszony koniecznością porzucił swoje rzemiosło i miał się stać następnie bardzo zręcznym malarzem pokojowym, iż cierpienie to dotyka biuralistów, kupeców, pisarzy, żydów rodaków przepisujących, kobiety nerwowe, osoby osłabione i t. p., niedozwalając im nawet napisania słów kilka, że nawet myśl sama wzięcia pióra do ręki, ma ów kurcz wywoływać, iż podobnego rodzaju kurcze napastują, że tak powiem, niektórych ręcznych rzemieślników jakoto: krawców, szwaczki, szewców, mleczarki, gwoździarzy kowali, metrów muzyki, i t. p. odbierając im nieraz możność zarobkowania; nie wiem jednakże czy kurcz taki zaobserwowany był kiedy u amatorów zielonego stolika i opisanym przez którego z kolegów.

Spostrzeżenie moje jest następującem:

Przed kilkoma tygodniami, zaproszony zostałem do jednego z domów obywatelskich okolicy naszej. Wszedłszy do salonu gdzie miano grać w karty, usłyszałem kilka głosów namawiających koniecznie jednego z sąsiadów na czwartego do pulki preferansowej. Długo się sąsiad bronił i wymawiał, ulegając jednakże namowom i prosbom znajomych, zawołał nakoniec zwyciężony: „ha to i dobrze, będę grać z wami, lecz pod warunkiem, iż mi dacie szklankę tylko bardzo, ale to bardzo gorącej i mocnej herbaty z arakiem.” Gdy przyniesionej herbaty temperatura była niezbyt wysoką a sąsiad grać zaczął, po 10 min. zauważyłem, iż powstał u niego silny kurcz mięśnia wyprostnego 4 palca prawej ręki, palca, którym ani się trzyma karty, gdyż te znajdują się w ręce lewej, ani też używa się go do zadawania tychże, bo do tego zwykle 3 pierwsze palce wystarczają. Kurcz po bardzo krótkiej chwili objawiać się począł w témże samém palcu ręki lewej przechodząc na 3 i 2 palec obu rąk z wywołaniem znacznego bólu tychże. Nie chcąc psuć zabawy, nadaremnie sąsiad prostował i tarł nieszczęśliwe palce, ale nie z tego; kurcz nie tylko nie ustępował, lecz przeciwnie objawiał się pod formą gwałtownego bólu w obu przedramionach, a następnie drżenia i kurczu w łydkach, tak iż grający uprosiwszy zastępcę zaledwie mógł wstać od stolika i zasiadł ze mną do pogadanki, to jest do opowiedzenia cierpienia tak ciekawego dla mnie.

Oto mniej więcej wynik naszej rozmowy:

Mężczyzna około 40 lat wieku liczący, szczupły z układem kostnym średnio rozwiniętym, usposobieniem nerwowem, cierpiący już od dawna na przewlekłe śródmiąższowe

zapalenie wątroby (*cirrhosis hepatis*). Kurezu tego doświadcza od lat 20, który ani przy pisaniu, ani też przy innem ręcznem zajęciu nigdy się u niego nie objawiał, z wyjątkiem tylko gry w karty. Myśl sama iż zasiądnąć do zielonego stolika kurezu nie wywołuje. Po zaprzestaniu gry, cierpienie nader szybko ustępować zwykło, znużenia tylko przez pewien czas w miejscach bólem i kurezem dotkniętych doświadcza. Zapytany coby znać warunek położony przez niego a tycający się mocnej i bardzo gorącej herbaty z arakiem odpowiedział, iż to jest jedyny środek, którym w podobnych wypadkach zwykł się ratować; dodał przytęm, iż dlatego kurez grać mu nie dał, iż temperatura podanej mu herbaty była za niską. Na wpeł wierząc, na wpeł nie, gawędziłem z nim dalej dopóki nie doczekał się gorącej herbaty z arakiem, po wypiciu której w ilości kilku szklanek, zasiadł powtórnie i do samego białego dnia nie wstając bez powtórzenia się kurezu z kolei zagrał 3 czy 4 pule preferansa.

Wypadek ten głównie podaję z dwóch względów: 1) dla dowiedzenia się od świadomych odemnie szanownych kolegów przez szpaltę Kazyistyki, czy kurez karciany był spostrzeżonym i opisanym przez kogo; 2) czy środki podbudzające jak w wypadku naszym bardzo gorący napój połączone z przetworem wyskokowym (arak), nie mogłyby mieć zastosowania, zresztą choćby nawet jako próba nie szkodząca, po wyczerpaniu innych leków u osób cierpiących na kurez podobnej natury, odejmujący im nieraz możność zarobkowania na ciężki dla nich kawałek chleba.

Stefan Karzewski.

Wiadomości bieżące.

— Nowe francuzkie towarzystwo wstrzeźliwości. Przytoczone poniżej kilka statystycznych danych, przekonywają najwymowniej jak jest zatrważający wzrost nadużycia spirytualiów we Francyi i jak ważną ma rolę zawiązujące się obecnie towarzystwo.

W roku 1820 konsumeyja alkoholu wynosiła we Francyi 350,000 hektolitrow, a w r. 1869 cyfra ta podniosła się do 978,000 hek., nie licząc co mogło ujść kontroli. Hektolitr alkoholu który kosztował w r. 1850 fr. 200, dzisiaj kosztuje tylko 50 fr. a liczba szynków wzrastając stopniowo doszła do tego, iż przypada 1 szynk na 102 mieszkańców. Następstwa musiały być zatrważające. W ciągu lat 20 liczba śmierci przypadkowych, spowodowanych nadużyciem spirytualiów z 331 przecięciowo rocznie, powiększyła się do 587, a liczba samobójstw od tychże przyczyn zależna z 240 wzrosła do 664. Zbrodnie i przestępstwa popelniane pod wpływem pijaństwa, oraz wypadki obłąkania przyczynę w niem mające zwiększyły się w podobnymże stosunku.

Komitet towarzystwa złożony z lekarzy, pomiędzy którymi spotykamy wielu znanych i na polu naukowem jak DDr. Barth (prezes), Bouehardat, Chaulffard etc., już rozpoczął prace swoje, które jak się spodziewać należało, nader sympatycznego przyjęcia doznały.

— Wstrzykiwania podskórne morfiny w chorobach serca i naczyń większych. (*L'Independente. L'Ippocratico N 1 u. 2, 1872*). Clifford Allbott zaleca użycie chlorku morfiny (*morphium muriaticum*), w ilości pół do 2 centigramów, w duszniczy (*angina pectoris*) z silnymi bólami połączonej, i przy nowotworach jamy piersiowej, dochodzi do 10 centigramów. Zwykle jednak jak przy niedomykalności zastawki trójdzielnej i przekrwieniu płuc u dorosłych wystarcza jeden centigram wieczorem zadany. Obecność białka w urynie nie stanowi przeciwwskazania do użycia metody; należy jednak zmniejszyć ilość. Główne cierpienia, w których autor zachwala użycie tych wstrzykiwań są: dusznica połączona z nieprawidłowością tętnic wieńcowych, nerwobóle towarzyszące nowotworom znajdującym się w klatce piersiowej; niedomykalność zastawki trójdzielnej i tak zwana drażliwość serca, powstała z osłabienia tegoż lub z podrażnienia nerwów sercowych. Przy cierpieniach zastawek aorty i zwężeniu lewego ujścia żylnego, wstrzykiwania te okazały się mniej pożyteczne; przeciwnie zaś skutek ich był zadziwiający przy cierpieniach aorty, połączonych z przerostem serca i zwiększoną jego czynnością.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Sto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.