

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
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 1878 do 1 lipca 1878) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1878 r. rsr. 218 (z przesyłką).

TRZESĆ: Przyczynek do chirurgii polowej, z postrzeżeń zebranych w lazarecie Warszawskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża w Sławucie, Wojno. (Dalszy ciąg). — Kronika: Ostre otrucie kwasem karbolowym — Propylamin przeciwko płasawicy. — Wiadomości bieżące. — Wykaz tygodniowy ruchu ludności m. Warsz. — Od Redakcyi. — Dodatek: Choroby z zaburzeń w odżywianiu ark. 48. Chirurgii tom III ark. 25. Fizyki lekarskiej ark. 20. — Dzieje i znaczenie przeciwpasożytnego leczenia ran. R. Jasiński. (Dalszy ciąg). — Ogł. far. lek.

## Przyczynek do chirurgii polowej, z postrzeżeń zebranych w lazarecie Warszawskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża w Sławucie,

Skreślił Dr Stanisław Wojno,

b. Starszy lekarz lazaretu, Assystent Kliniki Chirurg. Uniw. Warsz.

(Dalszy ciąg).

### I. Rany postrzałowe.

Ranni przywożeni do szpitala Sławuckiego, znacznie, jak wiadomo, oddalonego od działań wojennych, przybywali z ranami postrzałowymi przeważnie późniejszych okresów; najświeższe rany postrzałowe, jakie się nam udało spostrzegać, były zadane na placu boju na trzy tygodnie przed przybyciem rannych do szpitala, lecz i te rany stanowiły prawdziwą rzadkość. Z tych tedy względów mieliśmy przedewszystkiem do czynienia z następstwami ran postrzałowych, rzadziej z samemi ranami. Nie mniej atoli zdarzały się nam wypadki chorobne, budzące niewątpliwy interes naukowy, tak ze względu na rzadkość umiejscowienia i szczególność kierunku rany postrzałowej, jak również na spotykane trudności w rozpoznawaniu i postawieniu racjonalnych wskazań do operacyi.

Brak wszelkich poważniejszych prac w języku ojczystym, tyczących się chirurgii polowej, ośmielił mnie do przedstawienia uwadze i sądowi kolegów mego szczerzego przyczynku do kazuistyki rzeczonej chirurgii. Sądząc nawet, że i obszerniej niekiedy opisana historia wypadku rany postrzałowej nie będzie bez korzyści zwłaszcza dla młodszych współkolegów, dodaję je przy opisie każdej z osobna grupy, na które obserwowane przez nas rany podzielić uważaliśmy za stosowne.

Z ogólnej liczby (101) ran postrzałowych przez nas spostrzeganych, w trzech tylko wypadkach, rany spowodowane były uderzeniem odłamków granata, w pozostałej zaś reszcie (98) kulami karabinowymi wszystkich systemów broni, w armii tureckiej używanych. Spotykaliśmy się tedy u rannych wojsk rosyjskich z kulami systemu Snyders'a, Peabody-Martini, a wreszcie kulami mniejszego kalibru Henri-Winschester'a. Zastrzegając sobie obszerniejszą wzmiankę o tym przedmiocie na inném miejscu, dodać tylko chcemy, że do naszego szpitala przybyło rannych z niewydobytymi kulami 14-tu, z ranami po wydobyciu kul 10-ciu, razem tedy na 101 rannych było z otrzymanymi ranami ślepiemi 24-ch, pozostała zaś liczba 77 przypadła na rany z kanałami na wylot. Oba rodzaje ran, ze względu na dotknięte niemi części ciała, dzielą się w takim stosunku: ran postrzałowych tylko części miękkich spostrzegano 40, reszta 61 przypada na rany kości, bądź z naruszeniem tylko, bądź też, co częściej, złamaniem.

Spostrzegane przez nas rany, ze względu na okolice ciała im uległe, dadzą się uporządkować i podzielić na następujące grupy, które kolejno postaramy się opisać:

1.	Rany postrzałowe czaszki . . . . .	4.
2.	„ „ twarzy . . . . .	3.
3.	„ „ szyi i klatki piersiowej . . . . .	11.
4.	„ „ grzbietu i kręgosłupa . . . . .	5.
5.	„ „ brzucha . . . . .	5.
6.	„ „ kończyn górnych . . . . .	16.
7.	„ „ kończyn dolnych . . . . .	57.

Nadmienić nam tu wypada, że wyżej podane cyfry oznaczają właściwie ilość rannych, a nie ran, zdarzyło się nam bowiem spostrzegać u 12 rannych po 2, 3, 4, a nawet 5 ran postrzałowych, zadanych odpowiednią ilością kul w jednej bitwie, w rozmaite okolice ciała, jak również czterech innych, u których dwie rany różnych okolic ciała, zadane były uderzeniem jednej kuli, tak np. rana wylotowa (na wylot) dłoni i klatki piersiowej, lub rana wylotowa przedramienia, a ślepa brzucha i t. p.

W podobnych razach, przy zaliczaniu do odpowiednich działów kierowaliśmy się najświeższą i najważniejszą raną. Wreszcie wypada dodać, że rannych i operowanych zmarło nam tylko trzech.

### 1. Rany postrzałowe czaszki.

Ranę postrzałową części miękkich czaszki obserwowano tylko jedną, z mniej lub więcej obszernym złamaniem kości czaszkowych trzy, z których dwie były ze ślepyimi kanałami. Z ostatnich ran jedną postaramy się szczegółowiej opisać, o innych w krótkich wyrazach wspomnimy.

1. Mierzlakow Grzegorz, wieku lat 28 liczący, podoficer 10 batalionu, 3-ej brygady strzelców, leżąc na szańcach przy oblężeniu Plewny (10 Listopada r. z.) ugodzony kulą w okolicę czołową lewej strony, natychmiast omdlał,

w tym stanie odniesiony na punkt opatrunkowy, po otrzymaniu pierwszej pomocy wysłanym został celem wyjęcia pozostałej w ranie kuli, do jednego z bliższych naddunajskich szpitali gdzie pozostawał bez operacji do 5 Grudnia r. z., poczem pociągiem sanitarnym przywieziony został do naszego szpitala.

Z anamnezy dokładnie przez chorego opowiedzianej, nie trudno wyrozumieć, że ranny, prócz cierpień miejscową sprawą spowodowanych, nie ulegał najmniejszemu cierpieniu opon lub ośrodków nerwowych od chwili otrzymania rany, aż do obecnej pory.

W chwili badania chory uskarża się jedynie tylko na nieznaczny ból w ranie i okolicy skroniowej lewej. Stan ogólny dobry, bezgorączkowy; czynności ośrodków nerwowych nie przedstawiają żadnych zbieżności, władze myślenia, mowa i sen zupełnie prawidłowe.

W innych narządach, przedewszystkiem zaś w oku lewém, w najbliższym sąsiedztwie z raną będącém, żadnych zbieżności funkcyjnych nie jesteśmy w możności dostrzedz. Zrenica prawidłowo na światło oddziaływa. Siła widzenia nie zmniejszona. Z powodu braku wziernika ocznego, badania wnętrza oka nie byliśmy w możności dokonać. Dodać wypada tylko, że łącznica powiekowa i gałkowa cokolwiek przekrwiona.

Badanie dokładne samej rany i najbliższych okolic pokazało co następuje: w linii pionowej przeprowadzonej przez guz czołowy lewy i na połowie prawie odległości między wystającą częścią guza, a łukiem brwiowym (*arcus orbitalis*), słowem w okolicy nadoczodołowej lewej (*regio supraorbitalis*) widzimy ranę skośną z góry ku dołowi i z wewnątrz ku zewnątrz, owalnego kształtu, z średnicą poprzeczną dłuższą (3 cent.), z brzegami i dnem jednostajnie pokrytymi bujającą, różową ziarniną. Wydzielina rany ropna, bardzo obfita. Skóra ranę otaczająca nie nieprawidłowego nie przedstawia.

Z okolic rany przyległych zwraca na się uwagę pewna różnica między obiema okolicami skroniowymi; okolica skroniowa lewa przedstawia się jednostajnie wydatniejszą, nieznacznie wzniesioną, bez wyraźnych granic i zarysów. Skóra na opisywaném wzniesieniu nie zmieniona. Przy obmacywaniu tej okolicy natrafia się w głębi pod grubą warstwą części miękkich, ciało twarde, z konturami niewyraźnymi, w wymiarze poprzecznym najdłuższe, zupełnie nie przesuwalne, a dające palcom uczucie ograniczonego kołysania się (*ballotement*) w jednym kierunku.

Wprowadzony ostrożnie zgłębnik w środek ziarniną pokrytej rany, pogłębia się w kierunku przedniotylnym, natrafiając na chropawą powierzchnię obnażonej kości; na samej kości, czy też między ruchomymi odłamkami takowej zgłębnik natrafia na otwór, który prowadzi niewątpliwie po za wewnętrzną powierzchnię kości czołowej, do jamy czaszki. Skierowany zgłębnik z rany czołowej ku ciału obcemu niewątpliwie w dole skroniowym się znajdującemu nigdzie żadnego kanału nie wskazuje.

Wspierając się na wyż opisanych objawach i rezultatach badania tak ujemnych, jak dodatnich, przyszliśmy do rozpoznania, które w ten sposób da się sformułować: r a n a p o s t r z a ł o w a ś l e p a, w o k o l i c y n a d o c z o -

dołowej, zmiżdżenie obu blaszek kości czołowej bez naruszenia opony twardej mózgu; kula w dole skroniowym lewym.

Obecność i umiejscowienie możliwych złamań i pęknięć kości czaszkowych przyległych ranie, lub dalej położonych, a powstać mogących przez uderzenie wprost, lub odbicie (*par contre-coup*), nie da się w naszym wypadku oznaczyć.

W obec tak sformułowanego rozpoznania, jasne stawiały się nam wskazania do usunięcia na drodze operacyjnej ruchomych już odłamków i martwaków kości czołowej, jak nie mniej do wydobycia kuli z okolicy dołu skroniowego. Zasady usprawiedliwiające naszą interwencję operacyjną w tym wypadku postaramy się w końcu opisywanej historii cokolwiek obszerniej wyłożyć.

Wspomnieć jeszcze wypada słów parę o rokowaniu w naszym wypadku. Rany postrzałowe czaszki, a przedewszystkiem kości czołowej, należą do najmniejbezpiecznych ze względów jasno dających się zrozumieć. — W naszym wypadku rokowanie staje się jeszcze wątpliwszem ze względu mającej się przedsięwziąć operacyi, acz samiej przez się niegroźnej, to jednak sprowadzającej za sobą nie rzadko niebezpieczne powikłania jak różycowe lub błonicowe zapalenia, ze wszystkimi ich następstwami.

Usilne domagania się operacyi przez samego chorego, zachęciły nas do tem rychlejszego przedsięwzięcia jój.

Po uprzedniem zachloroformowaniu rozszerzyłem ranę wejścia na czole przez dwa cięcia boczne, poczynające się od dwóch końców dawniej rany, poczem z łatwością przyszło nam usunąć za pomocą prostego korceanga wszystkie ruchome odłamki i martwaki kostne, a wtedy ranawejścia, na brzegach swych pokryta w zupełności ziarniną, okazała się niewątpliwie drażącą do jamy czaszki.

Celem wydobycia kuli przeprowadziłem w kierunku najdłuższego wymiaru ciała obcego w dole skroniowym cięcie poprzeczne na  $1\frac{1}{2}$  cala długie, przez skórę, powięź, a wreszcie sam mięsień skroniowy, poczem nie bez pewnych trudności wydobyłem kulę za pomocą kleszczy amerykańskich. Po podwiązaniu przeciętej małej gałązki tętnicy skroniowej głębokiej i zbadaniu kości skroniowej, która okazała się na przestrzeni badanej nienaruszoną i pokrytą również całą okostną, nałożono na obie rany opatrunek Listera.

W ciągu niespełna dni pięciu po operacyi obserwowałem naszego operowanego; dwa pierwsze dni nie sprawiły w stanie chorego żadnych szczególnych zmian. Na trzeci dzień pod wieczór podniosła się cokolwiek ciepłota ciała ( $38^{\circ},6$  C.) wystąpiło lekkie ziębienie; zmieniono opatrunek, przyczem w stanie ran nie spostrzeżono nic godniejszego uwagi.

Piątego dnia pojawiło się z obu ran cokolwiek obfitsze ropienie, chory w stanie ogólnym czuje się zupełnie dobrze, ciepłota miernie podwyższona, czynności ośrodków nerwowych zupełnie prawidłowe. W tym stanie zmuszony

byłem (w skutek wyjazdu) z prawdziwym żalem opuszczając interesującego chorego, powierzyć go łaskawej opiece mego następcy.

\* \* \*

Z kilku względów zasługujący na uwagę wypadek ten powazyliśmy się cokolwiek obszerniej opisać. Brak wszelkich objawów ze strony opon lub mózgu, przy zupełném zmiążdżeniu obu blaszek kości czołowej pozwala opisywany wypadek zaliczyć do rzadszych.

Zbliżone do naszego wypadki P i r o g o w zalicza *ad curiosa*. I rzeczywiście trudno sobie objaśnić brak z jednej strony, w obec obszernej rany kości, jakichkolwiek uszkodzeń opon lub mózgu, z drugiej zaś ostrych, lub przewlekłych zapaleń ośrodków mózgowych z ich następstwami.

Wskazania co do wydobycia odłamków i martwaków z ran postrzałowych bardzo się różnią przedewszystkiem u dawniejszych chirurgów. Jedni z nich (B a u d e u s, L a r r e y) radzą natychmiastowe wydobycie wszystkich odłamków kości, nawet nie łatwo się oddzielających, gdy tymczasem inni (J o b e r t d e L a m b a l l e) wzbraniają wydobycia nawet i tych odłamków, które w skutek przewlekłego ropienia prawie, że pływają w ranie. Nowsi chirurgowie (E s m a r c h, F i s c h e r i P i r o g o w) trzymają się środka w obec wyż przytoczonych opinii starszych chirurgów polowych, radząc niezbędnie wydobywać z rany ruchome lub przez ropienie oddzielone odłamki, pragną oni w ten sposób, przez usunięcie ciał obcych, przyspieszyć gojenie się rany, a nadto zmniejszyć łatwo wywoływane przez nie drażnienie, spowodować mogące zapalenia i zatoki w samej ranie, lub też w sąsiadujących z nią organach a jak przy ranach postrzałowych czaszki, zapalenie opon mózgowych, lub samego mózgu. Podobnemi zasadami kierują się ciż sami chirurgowie przy wskazaniach do wydobywania kul, z tém jeszcze nadmienieniem, że kulę należy wydobywać, o ile ona jest namacalną przez skórę lub części miękkie; jeżeli nadto ropienie dostatecznie kulę oddzieliło, znniejsza to znacznie obawę silniejszych uszkodzeń części miękkich, przy wydobyciu kuli mocno siedzącej, przytrafić się mogących.

Przypomnieliśmy parę tych szczegółów czytelnikowi, celem usprawiedliwienia postawionych przez nas wskazań w opisywanym wypadku. Dodać nam wypada nadto, że aczkolwiek w naszym wypadku, ropienia w dole skroniowym, tyle ułatwiającego poniekąd wydobycie kuli nie było, to jednak sama tylko, jakby się zdawało, dostępność kuli, i pewna ruchomość jej, ile raczej obawa nastąpić mogącego ropienia w okolicy dołu skroniowego, ze względu na bardzo niebezpieczne zatoki w opisywanej okolicy, skłoniła nas do przedsięwzięcia operacyi przed możliwem powikłaniem.

Jakkolwiek rokowanie postawiliśmy wątpliwém, tak ze względu na umiejscowienie i sąsiedztwo rany z ważnymi organami, jak i ze względu na następstwa pooperacyjne, to jednak dodać musimy, że nie rzadkie są obserwacye bardzo obszernych uszkodzeń kości czaszki, z następczém wydobyciem ich odłamków, a nawet całych kości uwieńczonych świetnymi rezultatami (L ü c k e,

Demme). Pirogow mimo to nie cieszy się, jak sam powiada, zbyt dobrą statystyką ciężkich ran postrzałowych kości czaszkowych.

Fig. 1.



Fig. 2.



Kula wydobyta z okolicy dołu skroniowego systemu Peabody-Martini okazała się mocno zmienioną w swęj prawidłowej formie i rozdzieloną w kształcie widełkowatym, przypominającym literę Y (fig. 2). Rysunek dołączony opisywanej kuli, obok takiejże kuli prawidłowych kształtów, (f. 1) najlepiej rzecz objaśnia. Kula w ranie leżała wierzchołkiem nieco ku dołowi i tyłowi, mniejszą zaś gałęzią swoich widełek zwrócona ku górze.

Zmianę kształtu opisanęj kuli tłumaczyć sobie można w dwojaki sposób: 1) kula bijąc rikoszetem, mogła, zmieniawszy już przedtem swój kształt prawidłowy, sprawić ranę postrzałową; powtóre tłumaczyć można zmianę w formie kuli uderzeniem jej o kość czołową, po rozbiciu której, rozdwoiwszy się o ostre jej brzegi weszła do części miękkich dół skroniowy wypełniających. Co do nas, jesteśmy więcej skłonni do przyjęcia drugiej możliwości; rikoszetem bowiem bijąca kula, jak wiadomo, straciwszy już przez pierwsze uderzenie o ciało obce siłę pędu i uderzenia, nie byłaby w możności sprawić tak znacznych zmian w kości i pogłębić się w przyległe jej części miękkie; gdyby nawet i na to zgodzić się nam przyszło, to niezbędnie oczekiwałyby wypadła od tak zmienionęj, rikoszetem bijącej kuli znaczniejszych zmian w punkcie wejścia rany postrzałowęj. Równą, nieposzarpaną ranę wejścia, zmiążdżenie obu blaszek kości czołowęj, bez naruszenia błony twardej, spowodować mogła tylko silnie bezpośrednio bijąca kula, acz prawdopodobnie skośnie uderzająca.

2. Drugi wypadek rany postrzałowęj czaszki, w pewnych względach zbliżony do pierwszego, w innych cokolwiek wyróżniający się, w paru wyrazach opiszemy.

M. P. Hoponenko, szeregowiec Szujskiego pułku piechoty, lat 23 liczący, otrzymał w bitwie pod Plewną (12 Września r. z.), ranę postrzałową w okolicę czołową prawą, powyżęj guza czołowego.

Przy pierwszym opatrunku na najbliższym punkcie opatrunkowym kula przy obmywaniu rany, wyrzuconą została przypadkowym sposobem, z samęj rany wejścia.

Po upływie czterech prawie miesięcy od otrzymania rany, w chwili ostatniego badania, rana przedstawia się pod postacią okrągłego, wielkości grochu otworu, wydzielającego nieznaczną ilość ropno-wodnistego płynu, zmieszanego niekiedy z małenkiemi odłamkami kości. Kanał rany draży do jamy czaszki, przy wypełnieniu się płynem uwidacznia się jasno pulsacya mózgu, udzielająca się wzmiankowanęj zawartości kanału.

Stan ogólny chorego zupełnie zadawalniający, objawów ze strony opon lub samego mózgu żadnych nie było, ani się w obecnej chwili nie postrzega. Mimo to rokowanie stawić jesteśmy skłonni wątpliwem, bacząc na fakt aż nadto znany w chirurgii połowej, że rozległość i obszar obrażeń blaszki wewnętrznej, czyli szklistej, przy ranach kości czaszkowych nie jest w stosunku prostym do złamań, lub stłuczeń blaszki zewnętrznej. Liczne obserwacye chirurgiczno-połowe (Bruns, Longmore, Legouest), jak również doświadczenia na czaszkach ludzkich trupów lub zwierząt (Teevan) przekonywają nas dostatecznie o możliwych obszernych pęknięciach i odłamkach wewnętrznej blaszki kości czaszkowych, przy małej lub żadnej nawet ranie blaszki zewnętrznej, a tylko prostem stłuczeniu części miękkich lub kości czaszki. W obec podobnego rodzaju przypuszczeń rokowanie pogarsza się obawą możliwych podrażnień i zapaleń opon, lub samego mózgu przez uwalniające się odłamki blaszki wewnętrznej od reszty nienaruszonej kości.

3. Podobny wypadek nierównego naruszenia obu blaszek kości czaszkowej z następstwami, manifestującymi się pod postacią połowiczego bezwładu, obserwowaliśmy w trzecim z kolei wypadku rany postrzałowej czaszki.

F. Ł. Słaciński, szeregowiec podolskiego pułku piechoty, raniony kulą karabinową w okolice ciemieniową lewą w bitwie pod Szypką (17 Września z. r.) natychmiast omdlał; po przyjsciu do siebie zauważył jednostronny połowiczny bezwład po stronie przeciwnej otrzymanej ranie.

Przy zbadaniu rany okazała się ona raną postrzałową wylotową idącą po krzywiznie czaszki od środka kości ciemieniowej w calowej zaledwie odległości od szwu międzyciemieniowego, ku dołowi i tyłowi, a kończącą się otworem wylotu, cokolwiek powyżej i ze strony lewej guzowatości potylicowej zewnętrznej (*protuberantia occipitalis externa*). Zresztą wylot, jak również kanał całej rany zupełnie zablizniony. Rana wejścia w opisanym punkcie znajdująca się przedstawia okrągły, wielkości małego orzecha laskowego otwór, nie obficie ropiejący; brzegi rany dość silnie nacieczone, przy obmacywaniu dają uczucie ruchomych odłamków kości.

Bezwład połowiczny strony prawej tak w kończynie górnej jak i dolnej nie wątpliwy; w twarzy ani po jednej ani po drugiej stronie nie postrzega się żadnych oznak bezwładu.

Pragnąc usunąć (14 Listopada r. z.), rozpoznane przez obmacywanie odłamki kości rozszerzyliśmy otwór przez dwa małe cięcia i następnie wprowadzonym zgłębnikiem upewniwszy się o ich obecności za pomocą korneanga, wyjęliśmy je z rany; poczem raz jeszcze wprowadzony zgłębnik oparł się w głębi również na ruchomym odłamku, ale tym razem niewątpliwie sądząc po głębokości, już na odłamku blaszki wewnętrznej. Rozszerzywszy więc więcej jeszcze cięcie w częściach miękkich i blaszce zewnętrznej wydobyliśmy odłamek kwadratowy,  $\frac{3}{4}$  cala kwadratowego powierzchni mający.

Po dokonanej operacyi w parę tygodni i następnie chory czuł się zupełnie dobrze, odczynu gorączkowego nie było żadnego i niewątpliwie spostrze-

gać się dawało ustępowanie bezwładu, uwydatniające się w większej sile w rękach i swobodniejszym chodzie.

Podobne wypadki nie często spotykają się w kazuistyce chirurgii polowej, należą one do rzadszych ran postrzałowych. (Legouest, Demme i Bech).

Genezę naszej rany tłumaczymy sobie w następujący sposób: kula uderzywszy pod kątem ostrym, sprawiła ugniecenie blaszki zewnętrznej kości ciemieniowej, z jednoczesnym obszerniejszym naruszeniem blaszki wewnętrznej, następnie kula prześliznęła się między kością a czepecem głowy (*galca aponeurotica*) i wyszła zakreśliwszy łuk u wierzchołka guza potylicowego. Jeden ze zmiażdżonych kawałków blaszki prawdopodobnie ugniata, lub może wgłębił się nawet w oponę twardą, lub samą istotę mózgu, stając się przyczyną bezwładu. Bezwład ten tłumaczyłby się i małym nawet uciskiem, bez koniecznego wgłębienia się odłamków, biorąc pod uwagę wyniki prac Hitziga i innych, odnoszące się do tak zwanych punktów psychomotornych szarej istoty mózgu, położone w bliskości opisywanej przez nas rany. Wypadek ten służyć może za dowód istnienia punktów Hitziga u człowieka. Nawet stopniowe znikanie bezwładu jest w zupełnej zgodzie z odpowiednimi obserwacjami czynionymi na zwierzętach.

Ze względu na kanał łukowaty i dość długi rany gdyż blisko 5-cio calowy, wypadek ten należy także do rzadszych (Pirogow). Najzwyklejsze rany kości czaszki są opisane w drugim wypadku.

4. Czwarty i ostatni wypadek rany postrzałowej był prostą raną części miękkich okolicy ciemieniowej, należącą do ran t. zw. bruzdowatych (Streifschuss): rana zagoiła się bez powikłań bardzo szybko. (D. c. n.).

---

## KRONIKA.

**Ostre otrucie kwasem karbolowym**, podane przez Dra Maxa Oberst'a. W roku zeszłym, będąc asystentem chirurgicznego wydziału szpitala w Augsburgu, miałem sposobność obserwować dokładnie wypadek ostrego otrucia kwasem karbolowym, którego opis nie będzie bez pożytku ze względu na rzadkość tych otruc i na inne, towarzyszące otruciu zjawiska, które tu miały miejsce:

Kasper Hertel, 32-letni wyrobnik upadł 5-go Lipca 1876 z wysokości około 4-ch stóp tak nieszczęśliwie poślakami na przewrócone krzesło, że drewniana nóżka tegoż weisnęła się na 8 ctm. głęboko w odbytnicę (*Int. rectum*). Straciwszy w tejże chwili przytomność, Hertle w krótko jednak ją odzyskał, i natychmiast po obudzeniu się uczył okropną boleści, przyczem ani kroku postąpić nie był w stanie. Wezwany lekarz zalecił środek wymiotny, aby się nic przez uszkodzone miejsce nie wydalalo. Po wymiotach udał się chory do innego lekarza, który mu brunatne krople (opium) zapisał i poradził udać się do szpitala w Augsburgu. Od czasu uszkodzenia chory uczuwa dość silne rżnięcie w brzuchu, przez otwór stolcowy odchodzi dobrowolnie rzadki, zmieszany z moczem kał.



7-go Lipca 1876 został Hertel przyjęty do szpitala. Budowa chorego jest dosyć mocną, odżywianie umiarkowane, twarz tudzież dostępne badaniu błony śluzowe blade. Brzuch naprężony, przy dotykaniu nie bolesny. Płuca, serce i t. d. nie przedstawiają żadnych zasługujących na uwagę zбоczeń. Tętno małe, twarde, umiarkowanej pełności 77; ciepłota 37,7. Przy rozwarciu pośladeków odchodzi rzadki z uryną zmieszany kał; brzegi otworu stolcowego są w wielu miejscach naderwane. Przez odbył wprowadzony palec wykrywa szeroką, sterczącymi strzępkami błony śluzowej otoczoną ranę. Wprowadziwszy do pęcherza moczowego cewnik (co się łatwo wykonać daje) otrzymujemy niewiele kałem cuchnącego moczu.

Po wprowadzeniu z boku otwieranego wziernika okazuje się na przedniej ściance kiszki odchodowej, w odległości 4 ctm. wyżej ujścia zewnętrznego, rana otoczona nieforemnymi strzępkami, dziurawiąca pęcherz moczowy, wielkości złotówki: na tylnej, oraz bocznych ściankach jelita spostrzegamy wiele powierzchownych zranień.

Otoczające ranę bezbarwne strzępki błony śluzowej zostały odcięte (z zastosowaniem chloroformu) przez Dra S p r e n g l e r'a, naczelnego lekarza szpitala, a gładkie już brzegi rany zostały połączone za pomocą trzech drucianych szwów, przy zakładaniu których posługiwano się przyrządem Roberta C o l l i n s'a. Do cewki moczowej wprowadzono cewnik N e l a t o n'a. Zalecono *tinct. opii croc.* po 5 kr. co godzina i usiadki.

Od tego czasu złagodniały objawy podmiotowe, gorączki nie było (prawie podczas całej choroby); bólu nie było także prawie zupełnie i t. d.

Już w ciągu kilku dni następnych przerwały się dwa szwy, i mocz wydalal się głównie przez otwór odchodowy; kał nie wydzielal się już dobrowolnie; z kateteru wypywał mętnawy, ciemno-żółty mocz, mocno kałem cuchnący. 10-go Lipca, po użyciu 15,0 oleju rycinowego, nastąpił obfity stolec bez bólu.

23-go Lipca przestal się wydzielać mocz przez otwór odchodowy. Od czasu do czasu można było wyjmować cewnik i chory był już w stanie zatrzymywać mocz przez pół godziny, i oddawał go już dobrowolnie. Mocz z lekka alkaliczny, dający śluzowo-ropny osad. Stolec prawidłowy, bez bólu oddawany. Badanie wziernikiem wykryło dobrą ziarninę przy ranie; przedziurawienie było nieco większe od wielkości ziarnka grochu.

Pozostały jeszcze jeden szew wyjęto, a na przetokę podziałano kamieniem piekielnym. Inne rany w ściankach jelita były już od dni kilku zagojone. Po upływie dwóch tygodni, w ciągu których przypiekano przetokę od czasu do czasu kamieniem piekielnym, ta się zupełnie zakryła. Wszystek mocz wydalal się już cewką moczową i zależnie od woli pacyenta, który jednak był zmuszonym wypróżniać pęcherz co 2 godziny, aby się od bólu uchronić.

Z powodu niezytu pęcherza, chory był jeszcze pozostawionym w szpitalu.

6-go Sierpnia pacjent miał zażyć szklankę wody Hunyadi z powodu trwającego od dni kilku zaparcia stolca. Przez pomyłkę podała mu służąca zamiast wspomnianego leku szklankę 5% wodnego roztworu kwasu karbolowego, którą chory w tejże chwili wypił. Ponieważ pojemność szklanki wynosiła 180 grammów płynu, wynika więc ztąd, że chory zażył 9 gram. kwasu karbolowego.

Niepokój i rzucanie się chorego po łóżku dały poznać służącej popełniony błąd i zmusiło ją do wezwania mnie jak najspieszniej. Ponieważ znajdowałem się bardzo blisko od sali, w której chory leżał, przeto w bardzo krótkim czasie przybyłem (około 3-ch minut po wypiciu niebezpiecznego napoju).

Chory był bez czucia, oddechał ciężko, twarz blada i lepkiem potem pokryta; kończyny zimne, źrenice umiarkowanie rozwarte; mięśnie twarzy konwulsyjnie drgające, kończyny mocno drżące, obok silnego szczękoscisku (*trismus*). Mięśnie brzucha naprężone. Ciepłota ciała (tylko ręką zbadana) nieco zniżona. Tętno małe, próżne, zaledwie wyczuwalne.

Dostawszy natychmiast zgłębnik żołądkowy i pompkę żołądkową, w następujący sposób wziąłem się do leczenia: podczas kiedy przemocą odciągnięte od siebie szczęki utrzymywano w tém położeniu za pomocą wciśniętego drewnianego klina, wprowadziłem bez trudności zgłębnik do żołądka, co uczynwszy, wydalilem z tegoż za pomocą pompy W y m a n n'a 150 gram. zmieszanego z lepkiem śluzem płynu, który miał mocny zapach kwasu karbolowego; następnie wziąłem się do wypłukiwania żołądka zimną wodą. Podczas tych rękoczynów ustały drgawki i szczęściśk, twarz zaczerwieniła się, i chory otworzył oczy. Kiedy wypłukałem około 2 litrów płynu, chory już prawie w zupełności odzyskał czucie. Tętno było teraz mocne, nieco przyspieszone (88). Pozostawało jednak jeszcze znaczne otrętwienie umysłu (*apathia*): na zapytanie, po kilka razy powtarzane, dawał chory krótką, leniwą odpowiedź nieco zachrypniętym głosem.

Po upływie 3 godzin stan pacyenta znacznie się polepszył tak, iż oprócz lekkiego bólu przy połykaniu i takiegoż piekącego bólu w żołądku chory na nic więcej się nie uskarżał. Błona śluzowa jamy ustnej i gardła była z lekka zaczerwienioną. Czucie prawidłowe. Tętno mocne, równe 74; ciepłota 36,4. Mocz przez pewien czas stojący okazywał zabarwienie ciemno-zielone zbliżające się do czarnego, małą ilość białka, śluzo-ropiastego osadu; oddziaływanie moczu było kwaśne. W tym stanie będąc opowiedział chory, że pijąc podany mu płyn, uczuł tylko nieprzyjemny smak i ból piekący w gardle, po czém natychmiast był pozbawiony czucia. Wywołany następnie użyciem oleju rącznikowego stolec nie osobliwego nie przedstawiał. Mocz w dalszym ciągu był już prawidłowo zabarwiony.

Przebieg wyzdrowienia nie ucierpiał nie przez otrucie, i wymienione poprzednio nieznaczne zaburzenia ustąpiły po kilku dniach bez użycia żadnych szczególnych środków; ostre otrucie kwasem karbolowym wywarło widocznie dobroczynny wpływ na silny poprzednio nieżyt pęcherza, albowiem, kiedy przed otruciem dawał mocz obfity śluzo-ropiasty osad i oddziaływał mocno alkalicznie, to zaczynając od dnia otrucia wszystkie te objawy widocznie ku lepszemu zmieniać się poczęły; jakoż i podmiotowe zjawiska, nieżyłowi pęcherza właściwe, w krótko zniknęły, i uleczony w zupełności pacjent 28-go Sierpnia 1876 r. ze szpitala wystąpił.

Na zakończenie pozwolę sobie przyłączyć jeszcze kilka słów o kwasie karbolowym i ostrém otruciu tym środkiem.

Kwas karbolowy, wynaleziony przez R u n g e' g o (1834) <sup>1)</sup> i już przez tegoż jako środek antyseptyczny uznany, zawdzięcza rozpowszechnienie swoje dopiero pracom Anglika C r a c e C a l v e r t'a (fabrykanta z Manchester), a osobliwie francuza L e m a i r e'a <sup>2)</sup> (1865). Nader częste stosowanie tego

---

<sup>1)</sup> P o g g e n d o r f's Annales. XXXI, 66.

<sup>2)</sup> De l'acide phénique, de son action sur les végétaux etc. Paris, 1865.

środku (nie tylko w terapii) spowodowało już w przeciągu pierwszych czterech lat po ukazaniu się wymienionych prac, około dwunastu przypadków otrucia, a do dziś liczba ta prawie w czwórnasób się powiększyła. W większej części przypadków tych trucizna była użyta wypadkowo lub też w celach terapeutycznych, i dwa tylko razy posłużyła za środek do samobójstwa. Pospolicie dostaje się trucizna do ustroju drogą żołądka, w niektórych przypadkach: przez skórę (przeciw świerzbiączce) i t. d., tudzież prostnicę (w dwóch przypadkach opisanych przez Michaëli's'a i Pinkham'a<sup>1)</sup>).

Na zjawiska otrucia mają wpływ nie tylko indywidualność, wiek i t. d. otrutego, jako też stopień roztworu, ale i miejsce zastosowania. Najsilniejsze objawy występują, podług Husemann'a<sup>2)</sup>, przy podskórnem użyciu trucizny. Zastosowanie na błonę śluzową żołądka nie wywiera mniejszego wpływu, niż użycie przez odbytnicę; najbezpieczniejsze miejsce zastosowania przedstawia zewnętrzna powierzchnia skóry, rana, miejsce ropiejące i t. d.

Stężony kwas karbolowy powoduje ścinanie się ciał białkowych, w skutek czego utrudnia się wessanie; dla tego roztwory słabe (przy jednakowości innych warunków) prędzej i zupełniej bywają wessane i do przędzych a niebezpieczniejszych zjawisk prowadzą, niż rozczyiny więcéj stężone (Pinkham<sup>3)</sup>).

O wpływie płci i t. d. na stopień działania nie mamy dokładnych wiadomości; wiadomo tylko, że organizm dziecięcy jest na kwas karbolowy bardzo wrażliwym; już małe dawki (0,01—0,2 grm.) mogą wywoływać niebezpieczne zjawiska.

Działanie kwasu karbolowego wyraża się w miejscowych i ogólnych objawach. W skutek łatwego połączenia się jego z cząstkami zwierzęcymi, jako też w skutek własności ścinania białka, posiada środek ten własność żrącą w dość znacznym stoniu; własność ta jednak, jako też utworzenie strupa nie sięga dalej jak do ciała brodawkowatego (Lemaire); w lekkim rozczyynie powoduje kwas karbolowy zaczerwienienie, zbręknienie, wysięk i t. d. W podobny sposób działa kwas i na błony śluzowe. Zniżenie czułości wywołuje tylko słaby roztwór kwasu karbolowego (2<sup>o</sup>/<sub>10</sub>).

Doszedłszy z miejsca zastosowania (wessanie następuje szybko) do krwi, wywołuje kwas ten niebezpieczne zjawiska. W krótcie jednak, uległszy rozmaitym (jeszcze nie wysledzonym) zmianom, wydziela się kwas karbolowy przez nerki, przyczém tylko mała jego ilość wydała się z organizmu w stanie niezmiennym. Skutków nagromadzenia trucizny (*effectus cummulativus*) nie bywa.

Mocz oddany po upływie od  $\frac{1}{4}$  do kilku godzin po użyciu kwasu, przybiera znaną ciemno-zieloną, niekiedy prawie czarną barwę. Zabarwienie to zależy od produktów utlenienia kwasu karbolowego i bynajmniej nie wykazuje

1) Z 33 zebranych przez Böhn'a przypadków, w 22 użyto kwas wewnątrznie, w 9-ciu zaś zewnątrznie. (Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie v. Ziemssen, Bd. 15.

2) Deutsche Klinik. 1870. N. 38, etc.

3) Philad. med. and. surg. rep. XIX. Der. 1868.

nasycenia się nim ustroju (Salkowski <sup>1)</sup>). W innych wydzielinach i wydalinach kwas karbolowy nie był jeszcze ściśle wykazany. Hoppe-Seyler <sup>2)</sup> wykrył go we krwi 21-letniego mężczyzny umarłego w skutek otrucia kwasem karbolowym (wypadek opisany przez Köhler'a). W przypadku opisanym przez Mosler'a <sup>3)</sup> wypuszczona z żyły krew miała zapach kwasu karbolowego.

Co zaś się tyczy działania kwasu na cały ustrój, to zdania w tym względzie jeszcze się nie ustaliły. Mniemanie niektórych, że kwas karbolowy, przyjęty do krwi, łączy się z białkiem, powoduje krzepnięcie ciał białkowych, zatory w płucach i mózgu, i w skutek tego sprowadza śmierć, można już poczytać za obalone. W. E. Jeffreys i John Hainworth <sup>4)</sup> utrzymują na zasadzie swych spostrzeżeń w jednym wypadku otrucia, że śmierć w tych przypadkach pochodzi z zaduszenia, tak iż przy działaniu kwasu na organ znajdujący się pod zarządem nerwu błędnego, ten ostatni bywa w ten sposób podrażnionym lub porażonym, że następuje powiększenie wydzieliny płuc, przepelnienie tychże śluzem i śmierć w skutek zaduszenia. Salkowski, na zasadzie starannie wykonanych doświadczeń nad zwierzętami, przyszedł do wniosku, że zaduszenie i śmierć pochodzą od podrażnienia nerwu błędnego i ośrodka oddychania w rdzeniu przedłużonym; podrażnienie to zaś pochodzi od nagromadzenia się we krwi kwasu węglowego.

Tyle więc tylko jest pewnym, że kwas karbolowy należy zaliczyć do silnych trucizn nerwowych; początkowo występujący stan pobudzenia może bardzo prędko przejść w śmiertelne porażenie.

Dawka trująca nie może być jeszcze ściśle określoną z powodu braku dokładnych opisów w tym względzie. Przyjęty do wewnątrz, na czczo, działa kwas silniej niż przy pełnym żołądku.

Podług Husemann'a wynosi dawka trująca na 1000 grm. wagi ciała u psów 0,5 u kotów 0,08—0,42, u królików około 0,35—0,4 grm.; z tych doświadczeń wynika, że dla człowieka około 60—65 kilogrm. ważącego, wyniesie ilość trująca 18—32 grm. W dwunastu wiadomych mi z literatury śmiertelnych przypadkach, w których ilość trucizny była wymienioną, ta ostatnia wynosiła 15 — 30 grm. Na 30 przypadków otrucia nie znalazłem ani jednego, w którymby ilość, mniejsza od gram 15, spowodowała śmierć.

Przytoczone tu spostrzeżenia odnoszą się naturalnie do wewnętrznego użycia (przez żołądek lub przez prostnicę). Co się zaś tyczy ilości trującej przy zastosowaniu na skórę i t. d., to jej dotychczas nawet w przybliżeniu określić nie podobna.

Przebieg ostrego otrucia kwasem karbolowym jest szybki. W lżejszych wypadkach występuje w krótkie pobudzenie i otrętwienie naprzemian (Lemaire), ból i zawrót głowy, omdlenie, swędzenie, uczucie chodzenia mró-

<sup>1)</sup> Arch. f. Physiologie, März. 1872.

<sup>2)</sup> Württemberg. Corr. Bd. XLII, 6 April. 1872.

<sup>3)</sup> Deutsch. Arch. f. klin. Medic. Bd. 10. 1872.

<sup>4)</sup> Med. Times Gaz. 15 April 1871.

wiek po rękach i nogach, obfite poty, znużenie, widzenie kótek w powietrzu, nudności i wymioty. Lawson Tait zauważył też raptownie występujące osłabienie ze зниżeniem ciepłoty i tętna. Wszystkie wymienione objawy znikają zupełnie bez żadnej pomocy lekarskiej w przeciągu najwyżej jednej godziny, nie pozostawiając żadnych skutków po sobie.

W ciężkich wypadkach występuje w krótko po użyciu trucizny jako główny objaw, nieprzytomność (podług Swain'a najdłużej w 5 minut po otruciu). Zależące od woli ruchy stają się niemożliwymi; następuje zupełne znieczulenie. Twarz staje się bladą i pokrywa się lepkiem potem. Dostępne wzrokowi błony śluzowe są blade lub z lekka zsiniałe. W niektórych razach występuje silny szczykocisk (w przypadkach opisanych przez Mosler'a i Welander'a), <sup>1)</sup> który dla celów terapeutycznych wymaga rozwarcia szczęk przemocą. W dwóch opisanych przez Taylor'a <sup>2)</sup> i Sutton'a <sup>3)</sup> przypadkach, skurez przełyku przedstawił silny opór wprowadzenia zgłębnika. Krönlein <sup>4)</sup>, wprowadzając zgłębnik, również zauważył zwężenie przełyku. Ogólne drgawki, zauważane prawie zawsze przy doświadczeniach nad zwierzętami, nie były w żadnym przypadku dostrzeżone.

W opisanym przez Mosler'a przypadku nastąpiły natychmiast po połknięciu około 11,0 gram. kwasu karbolowego, kurcze w kończynach; w naszym przypadku drgawki mięśni twarzowych; Salkowski obserwował drgawki od nóg górnych u chorego, który przez długi czas był kwasem karbolowym leczony; mocne drżenie było w kilku przypadkach zauważone. Żrenice w większej części przypadków, w których na nie zwrócono uwagę — były wąskie; w przypadku opisanym przez A. Ogston'a <sup>4)</sup> przeciwnie były znacznie rozszerzone; w przypadku podanym przez Welander'a były z początku żrenice prawidłowe, a w dalszym ciągu rozszerzyły się i dopiero po odzyskaniu przytomności napowrót zwęzić się poczęły.

W niektórych przypadkach występują wymioty; zawartość żołądka, czy to przez wymioty, czy przez pompę wydalona odznaczała się zawsze mocnym zapachem kwasu karbolowego. Błona śluzowa jamy ustnej i gardła, po działaniu stężonego roztworu kwasu, okazuje zawsze znaki podrażnienia, a mianowicie: jest zaczerwienioną, opuchniętą, przedstawia albo rozlane białawe zabarwienie od wysięku, albo małe białawe plamki (strupy). Częstokroć występuje zaparcie stolca; kał nieprzedstawia żadnych cech charakterystycznych; mocz wydany w przebiegu pierwszych godzin dobrowolnie lub sztucznie, posiada wyżej opisane własności. Welander obserwował cztery dni trwający białkomocz. W naszym przypadku był białkomocz niezależnie od otrucia.

Tętno bywa zawsze małe i prawie niewyczuwalne; ciepłota po największej części jest nieco niżoną.

1) Hygien XXXVI. 3 Mars. 1874.

2) Guy's. Hospit. Reports. III, ser. Vol. XIII. 1868.

3) Brit. med. Journ. April.

4) Berliner klinische Wochenschrift. 1873. Nr. 51.

W najcięższych przypadkach, przy charczącym, przerywanym oddychaniu następuje zapaść (*collapsus*) i śmierć. (Jeffreys i John Hainworth, A. Ogston <sup>1)</sup>); przytomność powraca tylko niekiedy na krótki czas.

Jeżeli chory nie umiera w przeciągu 12 godzin po otruciu, to przytomność zawsze powraca; tętno staje się mocniejszym, oddychanie równym; chory uskarża się tylko na lekki zawrót i ból głowy, na piekący ból w ustach, w gardle i t. d.; wkrótce jednak stan chorego się poprawia, przyczem otrucie żadnych śladów w ustroju nie pozostawia. Tylko w nielicznych wypadkach występowały podczas zdrowienia, od czasu do czasu, wymioty.

Badanie anatomiczne wykrywa stan podrażnienia błony śluzowej przewodu pokarmowego, rozciągający się do dwunastnicy, coraz w większym stopniu; zaczerwienienie błony śluzowej oskrzeli, zbręknienie płuc i rozrzedzenie krwi, której barwa staje się ciemniejszą; zresztą żadnych stałych objawów nie spostrzegamy.

Rozpoznanie w największej części przypadków nie wymaga prawie badania, w tych mianowicie razach, kiedy została część użytego przez pacjenta płynu, którego rozpoznanie żadnych trudności nie przedstawia; w innych przypadkach daje się rozpoznać ostre otrucie kwasem karbolowym przez wyżej przytoczone objawy. Najwięcej zwracamy uwagę na błonę śluzową jamy ustnej i gardła.

W pierwszych chwilach otrucia rozpoznajemy kwas karbolowy po zapachu zawartości żołądka, otrzymanej przez wymioty lub za pomocą pompy żołądkowej; w późniejszych zaś okresach otrucia opisane własności moczu (który zawsze za pomocą kateteru wydalić należy) służą także za charakterystyczny objaw.

Leczenie ostrego otrucia kwasem karbolowym zależy na najprędzszym wydaleniu trucizny z ustroju, chociażby to wydalenie, w skutek nastąpnego już wessania, nie mogło być zupełnym. W przypadkach wewnętrznego użycia trucizny bardzo stosownym jest wypróżnienie żołądka za pomocą pompy żołądkowej, któryto rękoczyn żadnego niebezpieczeństwa dla chorego nie przedstawia, tém bardziej, że błona śluzowa żołądka nie w każdym z tych przypadków jest podrażnioną w wyższym stopniu; po wydaleniu zawartości żołądka należy go też wypłukać (najlepiej wodnym roztworem cukru wapiennego, *Calcaria saccharata*). Mosler zastosował z powodzeniem upust krwi obok użycia pompy żołądkowej.

Użycie środków wymiotnych jest niedogodnym, ponieważ środki te przyczyniają się do większego rozdrażnienia błony śluzowej żołądka, a prócz tego trucizna, przy wymiotach, może się dostać do narządu oddychowego (Husemann). Z leków wewnętrznych zalecają Husemann i Ummethun (na zasadzie doświadczeń nad zwierzętami), rzeczony przetwór wapna jako środek najsilniejszy. W wielu wypadkach, w których pomoc spóźnioną została, tudzież w wielu wypadkach zewnętrznego użycia środka, można jedynie tylko zastosować leczenie przypadkowe. (*Berliner klin. Wochenschr. N. 12. 1878*).

<sup>1)</sup> Brit. med. Journ. Febr. 4. 1871.

**Propylamin przeciwko płasawicy.** Dr Purkhauer zaleca (*Aerztliches Intelligenzblatt N. 1. 1878*) w płasawicy młodych osób propylamin, jako środek szybko działający i usuwający cierpienie w 3—4 dniach. Dawka dzienna wynosi 1,0—1,25 grama, wody 120,0 Eleos-Menth 25,0, co godzinę łyżkę stołową podawać. Po wyżyciu 3—5 gramów w przeciągu 3—4 dni spostrzegł autor zawsze całkowite usunięcie cierpienia.

### Wiadomości bieżące.

— Inspektor urzędu lekarskiego w Kaliszu Dr Waldemar Weiss (rodem z Rygi) powołany został na profesora medycyny rządowej przy uniwersytecie w Dorpacie na miejsce prof. D-ra Wahla.

— Nagrodę Stiebel'a, wyznaczaną co 4 lata za najpożyteczniejsze prace w nauce rozwoju i chorób dziecięcych, otrzymał w tym roku prof. Dr Richard Volkmann za dzieła jego dokonane w ubiegłym czterolecu, odnoszące się do poznania i leczenia chorób stawów i kości w wieku dziecięcym.

— Dnia 14 Maja znajdowało się w Szpitalach Petersburskich ogółem chorych mężczyzn: 5481, kobiet 2152, razem 7633. W liczbie tej było chorych na durzycę (brzuszną, wysypkową, powrotną), 3091 (męż. 2388, kobiet 703), na płonicę: 56, ospę 41, chor. weneryczne 914 (męż. 464, kob. 450).

Śmiertelność ludności petersburskiej (669,741) wynosiła w tygodniu od 30 Kwietnia do 6 Maja, 56.51 (w stosunku do 1000 mieszk. rocznie). W liczbie zmarłych było na durzycę 135, płonicę 9, ospę 18, błonicę 9, cholereę 1, zapalenie mózgu 19, narzędzi oddechowych 120, suchoty 85, gruźlicę 3, niezbyt jelitowy 59.

(*St. Petersb. med. Wochenschrift*).

— Ministerstwo obrony krajowej w Węgrzech wydało rozporządzenie spisania listy, w przeciągu 30 dni, lekarzy, chirurgów, weterynarzy i aptekarzy będących w wieku popisowym (od 20 do 32 roku życia), którzy, nie kwalifikując się do służby polowej, zdolni są do pełnienia innych obowiązków lekarzy wojskowych. Bez względu na miejsce urodzenia pomienionych osób, ma być lista spisana wedle miejsca obecnego pobytu. (*Allegem. Wien. med. Zeitung*).

— Opróżnioną po śmierci prof. Linhardt'a katedrę kliniki chirurgicznej w Würzburgu obejmuje w bieżącym półroczu prof. Dr Bergman z Dorpatu.

— W Jassach zmarł w ostatnich dniach Dr Hieronim Skulski w następstwie zapalenia płuc po przebytej durzycy w Tyrnowie, z kąd pragnął koniecznie powrócić do kraju. Młody, zaledwie 24 lat liczący zmarły, skończył przed dwoma laty wydział lekarski w Uniwersytecie Warszawskim i przez czas studyów odznaczał się niezwykłą gorliwością w naukach i prawością charakteru, co mu zjednało serca wszystkich kolegów i znajomych. *Sit ei terra levis*.

### Wykaz tygodniowy ruchu ludności miasta Warszawy,

za czas od 26-go Maja do 1-go Czerwca 1878 r.

Ludność m. Warszawy r. 1877 wynosi 315,190.

W upłynionym tygod. urodziło się dzieci religii prawosławnej praw. małż.	3	niepr.	3
religii rzymsko-katolickiej	98	„	26
„ protestanckiej	14	„	1
„ mojżeszowej	54	„	—

Razem praw. małż. 169 niepr. 30

W tymże tygodniu umarło w skutek ospy 55, odry 5, płonicy 7, durzycy 6, błonicy 6, chor. położowych 1, zapalenia oskrzeli i płuc 37, suchot pł. 36, niezytu kiszek 38, władu schyłkowego 13, samobójstwa —, zabójstwa —, rozmaitych chorób 60, niewiadomych przyczyn 21. W ogóle mężczyzn 141, kobiet 144, razem umarło 285, poprzedniego tygodnia 232.

W stosunku do 1000 mieszkańców wynosi śmiertelność roczna 47.02.

Zawarto małżeństw w ubiegłym tygodniu 52.

## OD REDAKCYI.

**Gazeta Lekarska** wychodzić będzie w drugim półroczu 1878 r. t. j. w trzynastym roku istnienia, w tym samym jak dotąd porządku i kierunku, z przeważnym uwzględnieniem potrzeb praktycznego lekarza. Przy wzmagającej się jednak liczbie prenumeratorów postanowiliśmy powiększyć ramy pisma i zmienić dotychczasowy format ósemkowy Gazety na ćwiartkowy (*in quarto majori*), przyczem cena prenumeracyjna pozostaje niezmienną i wynosić będzie w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50; z przesyłką na prowincję i do Cesarstwa (prenumerowana w Biurze Redakcyi) rocznie rs. 6, półrocznie rsr. 3.

**Biblioteka Umiejętności Lekarskich** wychodzi peryodycznie po 200 arkuszy druku na rok, i nabyć ją można drogą prenumeraty rocznej po rs. 20, półrocznej po rs. 10, albo też pojedynczymi tomami lub zeszytami.

Dzieła programem Biblioteki Um. Lek. objęte, których druk ukończonym został, nabywać można oddzielnie u Wydawcy Gazety Lekarskiej, przyczem od cen oznaczonych w katalogu odstępuje się dla biorących wszystkie wyszłe dzieła, lub też w znacznych partjach — po 30%; dla biorących zaś w mniejszych partjach lub pojedynczemi dziełami — po 15%, z przesyłką kosztem Redakcyi.

**Kalendarz Lekarski** podobnie jak w zeszłych latach będzie wydany i na rok 1879, z tą różnicą, że druk jego ukończony zostanie nie później jak w miesiącu Listopadzie r. b. Z powodu zupełnego wyczerpania Kalendarza na r. b. i skutkiem tego niemożności zaspokojenia licznych żądań, Redakcyja, mając zamiar uskutecznić nakład w liczbie egzemplarzy w przybliżeniu odpowiedniej zażądaniom — najuprzejmiej uprasza Sz. Prenumeratorów życzących nabyć Kalendarz, ażeby przy odnowieniu prenumeraty na drugie półrocze Gazety Lekarskiej, wraz z prenumeracyjnymi pieniędzmi, raczyli nadsyłać rs. 1 na Kalendarz, który bezzwłocznie po wyjściu będzie Im wysłany.

Wkońcu Redakcyja ma zaszczyt zawiadomić Sz. Prenumeratorów, iż obowiązkiem jej będzie wszelkie zażalenia na nieakuratność w odbieraniu Gazety (choćby to pochodziło i nie z winy Redakcyi), jak najrychlej załatwiać. *Dla uniknienia przeto zwłoki w otrzymaniu, szczególnie pierwszych numerów Gazety, i wynikających z tego powodu uciążliwych i zbytecznych dla obu stron korespondencyi, prosimy najuprzejmiej prenumeratę nadsyłać wcześniej i to wprost na imię Wydawcy pod niżej wskazanym adresem, zaś w sprawach literackich odnosić się do Redaktora Prof. D-ra Łuczkiwicza, (Nowy-Swiat Nr. 15).*

---

Redaktor odpowiedzialny, Prof. Dr Łuczkiwicz.

Wydawca, Szymkiewicz.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej, Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy ulicy Ś-to Krzyskiej Nr. 1343 (nowy Nr. 9).

---

Druk. Gaz. Lek. Ul. Ś-to Krzyska N. 9. Дозвол. Цензурою. Варшава, 1 (13) Юня 1878 г.



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,  
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 1878 do 1 lipca 1878) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1878 r. rsr. 218 (z przesyłką).

TRZĘŚĆ: Przyczynek do chirurgii polowej, z postrzeżeń zebranych w lazarecie Warszawskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża w Sławucie, *Wojno.* (Dalszy ciąg). — *Kronika:* Ostre otrucie kwasem karbolowym — Propylamin przeciwko płasawicy. — *Wiadomości bieżące.* — Wykaz tygodniowy ruchu ludności m. Warsz. — *Od Redakcyi.* — *Dodatek:* Choroby z zaburzeń w odżywianiu ark. 48. *Chirurgii* tom III ark. 25. *Fizyki lekarskiej* ark. 20. — *Dzieje i znaczenie przeciwpasożytnego leczenia ran.* *R. Jasiński.* (Dalszy ciąg). — *Ogł. far. lek.*

## Przyczynek do chirurgii polowej, z postrzeżeń zebranych w lazarecie Warszawskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża w Sławucie,

Skreślił Dr Stanisław Wojno,

b. Starszy lekarz lazaretu, Assystent Kliniki Chirurg. Uniw. Warsz.

(Dalszy ciąg).

### I. Rany postrzałowe.

Ranni przywożeni do szpitala Sławuckiego, znacznie, jak wiadomo, oddalonych od działań wojennych, przybywali z ranami postrzałowymi przeważnie późniejszych okresów; najświeższe rany postrzałowe, jakie się nam udało spostrzegać, były zadane na placu boju na trzy tygodnie przed przybyciem rannych do szpitala, lecz i te rany stanowiły prawdziwą rzadkość. Z tych tedy względów mieliśmy przedewszystkiem do czynienia z następstwami ran postrzałowych, rzadziej z samymi ranami. Nie mniej atoli zdarzały się nam wypadki chorobne, budzące niewątpliwy interes naukowy, tak ze względu na rzadkość umiejscowienia i szczególność kierunku rany postrzałowej, jak również na spotykane trudności w rozpoznawaniu i postawieniu racjonalnych wskazań do operacyi.

Brak wszelkich poważniejszych prac w języku ojczystym, tyczących się chirurgii polowej, ośmielił mnie do przedstawienia uwadze i sądowi kolegów mego szczerzego przyczynku do kazuistyki rzeczonej chirurgii. Sądząc nawet, że i obszerniej niekiedy opisana historia wypadku rany postrzałowej nie będzie bez korzyści zwłaszcza dla młodszych współkolegów, dodaję je przy opisie każdej z osobna grupy, na które obserwowane przez nas rany podzielić uważaliśmy za stosowne.

Z ogólnej liczby (101) ran postrzałowych przez nas spostrzeganych, w trzech tylko wypadkach, rany spowodowane były uderzeniem odłamków granata, w pozostałej zaś reszcie (98) kulami karabinowymi wszystkich systemów broni, w armii tureckiej używanych. Spotykaliśmy się tedy u rannych wojsk rosyjskich z kulami systemu Snyders'a, Peabody-Martini, a wreszcie kulami mniejszego kalibru Henri-Winschester'a. Zastrzegając sobie obszerniejszą wzmiankę o tym przedmiocie na innem miejscu, dodać tylko chcemy, że do naszego szpitala przybyło rannych z niewydobytymi kulami 14-tu, z ranami po wydobyciu kul 10-ciu, razem tedy na 101 rannych było z otrzymanymi ranami ślepiemi 24-ch, pozostała zaś liczba 77 przypadła na rany z kanałami na wylot. Oba rodzaje ran, ze względu na dotknięte niemi części ciała, dzielą się w takim stosunku: ran postrzałowych tylko części miękkich spostrzegano 40, reszta 61 przypada na rany kości, bądź z naruszeniem tylko, bądź też, co częściej, złamaniem.

Spostrzegane przez nas rany, ze względu na okolice ciała im uległe, dadzą się uporządkować i podzielić na następujące grupy, które kolejno postaramy się opisać:

1.	Rany postrzałowe czaszki . . . . .	4.
2.	„ „ twarzy . . . . .	3.
3.	„ „ szyi i klatki piersiowej . . . . .	11.
4.	„ „ grzbietu i kręgosłupa . . . . .	5.
5.	„ „ brzucha . . . . .	5.
6.	„ „ kończyn górnych . . . . .	16.
7.	„ „ kończyn dolnych . . . . .	57.

Nadmienić nam tu wypada, że wyżej podane cyfry oznaczają właściwie ilość rannych, a nie ran, zdarzyło się nam bowiem spostrzegać u 12 rannych po 2, 3, 4, a nawet 5 ran postrzałowych, zadanych odpowiednią ilością kul w jednej bitwie, w rozmaite okolice ciała, jak również czterech innych, u których dwie rany różnych okolic ciała, zadane były uderzeniem jednej kuli, tak np. rana wylotowa (na wylot) dłoni i klatki piersiowej, lub rana wylotowa przedramienia, a ślepa brzucha i t. p.

W podobnych razach, przy zaliczaniu do odpowiednich działów kierowaliśmy się najświeższą i najważniejszą raną. Wreszcie wypada dodać, że rannych i operowanych zmarło nam tylko trzech.

### 1. Rany postrzałowe czaszki.

Ranę postrzałową części miękkich czaszki obserwowano tylko jedną, z mniej lub więcej obszernem złamaniem kości czaszkowych trzy, z których dwie były ze ślepyimi kanałami. Z ostatnich ran jedną postaramy się szczegółowiej opisać, o innych w krótkich wyrazach wspomnimy.

1. Mierzlakow Grzegorz, wieku lat 28 liczący, podoficer 10 batalionu, 3-ej brygady strzelców, leżąc na szańcach przy oblężeniu Plewny (10 Listopada r. z.) ugodzony kulą w okolicę czołową lewej strony, natychmiast omdlał,

w tym stanie odniesiony na punkt opatrunkowy, po otrzymaniu pierwszej pomocy wysłanym został celem wyjęcia pozostałej w ranie kuli, do jednego z bliższych naddunajskich szpitali gdzie pozostawał bez operacji do 5 Grudnia r. z., poczem pociągiem sanitarnym przywieziony został do naszego szpitala.

Z anamnezy dokładnie przez chorego opowiedzianej, nie trudno wyrozumieć, że ranny, prócz cierpień miejscową sprawą spowodowanych, nie ulegał najmniejszemu cierpieniu opon lub ośrodków nerwowych od chwili otrzymania rany, aż do obecnej pory.

W chwili badania chory uskarża się jedynie tylko na nieznaczny ból w ranie i okolicy skroniowej lewej. Stan ogólny dobry, bezgorączkowy; czynności ośrodków nerwowych nie przedstawiają żadnych zbieżeń, władze myślenia, mowa i sen zupełnie prawidłowe.

W innych narządach, przedewszystkiem zaś w oku lewém, w najbliższém sąsiedztwie z raną będącém, żadnych zbieżeń funkcyjnych nie jesteśmy w możności dostrzedz. Zrenica prawidłowo na światło oddziaływa. Siła widzenia nie zmniejszona. Z powodu braku wziernika ocznego, badania wnętrza oka nie byliśmy w możności dokonać. Dodać wypada tylko, że łącznica powiekowa i gałkowa cokolwiek przekrwiona.

Badanie dokładne samej rany i najbliższych okolic pokazało co następuje: w linii pionowej przeprowadzonej przez guz czołowy lewy i na połowie prawie odległości między wystającą częścią guza, a łukiem brwiowym (*arcus orbitalis*), słowem w okolicy nadoczodołowej lewej (*regio supraorbitalis*) widzimy ranę skośną z góry ku dołowi i z wewnątrz ku zewnątrz, owalnego kształtu, z średnicą poprzeczną dłuższą (3 cent.), z brzegami i dnem jednostajnie pokrytymi bujającą, różową ziarniną. Wydzielina rany ropna, bardzo obfita. Skóra ranę otaczająca nie nieprawidłowego nie przedstawia.

Z okolic rany przyległych zwraca na się uwagę pewna różnica między obiema okolicami skroniowymi; okolica skroniowa lewa przedstawia się jednostajnie wydatniejszą, nieznacznie wzniesioną, bez wyraźnych granic i zarysów. Skóra na opisywaném wzniesieniu nie zmieniona. Przy obmacywaniu tej okolicy natrafia się w głębi pod grubą warstwą części miękkich, ciało twarde, z konturami niewyraźnymi, w wymiarze poprzecznym najdłuższe, zupełnie nie przesuwalne, a dające palcom uczucie ograniczonego kołysania się (*ballotement*) w jednym kierunku.

Wprowadzony ostrożnie zgłębnik w środek ziarniną pokrytej rany, pogłębia się w kierunku przedniotylnym, natrafiając na chropawą powierzchnię obnażonej kości; na samej kości, czy też między ruchomymi odłamkami takowej zgłębnik natrafia na otwór, który prowadzi niewątpliwie po za wewnętrzną powierzchnię kości czołowej, do jamy czaszki. Skierowany zgłębnik z rany czołowej ku ciału obcemu niewątpliwie w dole skroniowym się znajdującemu nigdzie żadnego kanału nie wskazuje.

Wspierając się na wyż opisanych objawach i rezultatach badania tak ujemnych, jak dodatnich, przyszliśmy do rozpoznania, które w ten sposób da się sformułować: r a n a p o s t r z a ł o w a ś l e p a, w o k o l i c y n a d o c z o-

dołowej, zmiżdżenie obu blaszek kości czołowej bez naruszenia opony twardej mózgu; kula w dole skroniowym lewym.

Obecność i umiejscowienie możliwych złamań i pęknięć kości czaszkowych przyległych ranie, lub dalej położonych, a powstać mogących przez uderzenie wprost, lub odbicie (*par contre-coup*), nie da się w naszym wypadku oznaczyć.

W obec tak sformułowanego rozpoznania, jasne stawiały się nam wskazania do usunięcia na drodze operacyjnej ruchomych już odłamków i martwaków kości czołowej, jak nie mniej do wydobycia kuli z okolicy dołu skroniowego. Zasady usprawiedliwiające naszą interwencję operacyjną w tym wypadku postaramy się w końcu opisywanej historii cokolwiek obszerniej wyłożyć.

Wspomnieć jeszcze wypada słów parę o rokowaniu w naszym wypadku. Rany postrzałowe czaszki, a przedewszystkiem kości czołowej, należą do najmniejbezpieczniejszych ze względów jasno dających się zrozumieć. — W naszym wypadku rokowanie staje się jeszcze wątpliwszem ze względu mającej się przedsięwziąć operacyi, acz samiej przez się niegroźnej, to jednak sprowadzającej za sobą nie rzadko niebezpieczne powikłania jak różycowe lub błonicowe zapalenia, ze wszystkimi ich następstwami.

Usilne domagania się operacyi przez samego chorego, zachęciły nas do tem rychlejszego przedsięwzięcia jój.

Po uprzedniem zachloroformowaniu rozszerzyłem ranę wejścia na czole przez dwa cięcia boczne, poczynające się od dwóch końców dawniej rany, poczem z łatwością przyszło nam usunąć za pomocą prostego korceanga wszystkie ruchome odłamki i martwaki kostne, a wtedy ranawejścia, na brzegach swych pokryta w zupełności ziarniną, okazała się niewątpliwie drażącą do jamy czaszki.

Celem wydobycia kuli przeprowadziłem w kierunku najdłuższego wymiaru ciała obcego w dole skroniowym cięcie poprzeczne na  $1\frac{1}{2}$  cala długie, przez skórę, powięź, a wreszcie sam mięsień skroniowy, poczem nie bez pewnych trudności wydobyłem kulę za pomocą kleszczy amerykańskich. Po podwiązaniu przeciętej małej gałązki tętnicy skroniowej głębokiej i zbadaniu kości skroniowej, która okazała się na przestrzeni badanej nienaruszoną i pokrytą również całą okostną, nałożono na obie rany opatrunek Listera.

W ciągu niespełna dni pięciu po operacyi obserwowałem naszego operowanego; dwa pierwsze dni nie sprawiły w stanie chorego żadnych szczególnych zmian. Na trzeci dzień pod wieczór podniosła się cokolwiek ciepłota ciała ( $38^{\circ},6$  C.) wystąpiło lekkie ziębienie; zmieniono opatrunek, przyczem w stanie ran nie spostrzeżono nic godniejszego uwagi.

Piątego dnia pojawiło się z obu ran cokolwiek obfitsze ropienie, chory w stanie ogólnym czuje się zupełnie dobrze, ciepłota miernie podwyższona, czynności ośrodków nerwowych zupełnie prawidłowe. W tym stanie zmuszony

byłem (w skutek wyjazdu) z prawdziwym żalem opuszczając interesującego chorego, powierzyć go łaskawej opiece mego następcy.

\* \* \*

Z kilku względów zasługujący na uwagę wypadek ten powazyliśmy się cokolwiek obszerniej opisać. Brak wszelkich objawów ze strony opon lub mózgu, przy zupełném zmiążdżeniu obu blaszek kości czołowej pozwala opisywany wypadek zaliczyć do rzadszych.

Zbliżone do naszego wypadki P i r o g o w zalicza *ad curiosa*. I rzeczywiście trudno sobie objaśnić brak z jednej strony, w obec obszernej rany kości, jakichkolwiek uszkodzeń opon lub mózgu, z drugiej zaś ostrych, lub przewlekłych zapaleń ośrodków mózgowych z ich następstwami.

Wskazania co do wydobycia odłamków i martwaków z ran postrzałowych bardzo się różnią przedewszystkiem u dawniejszych chirurgów. Jedni z nich (B a u d e u s, L a r r e y) radzą natychmiastowe wydobycie wszystkich odłamków kości, nawet nie łatwo się oddzielających, gdy tymczasem inni (J o b e r t d e L a m b a l l e) wzbraniają wydobycia nawet i tych odłamków, które w skutek przewlekłego ropienia prawie, że pływają w ranie. Nowsi chirurgowie (E s m a r c h, F i s c h e r i P i r o g o w) trzymają się środka w obec wyż przytoczonych opinii starszych chirurgów polowych, radząc niezbędnie wydobywać z rany ruchome lub przez ropienie oddzielone odłamki, pragną oni w ten sposób, przez usunięcie ciał obcych, przyspieszyć gojenie się rany, a nadto zmniejszyć łatwo wywoływane przez nie drażnienie, spowodować mogące zapalenia i zatoki w samej ranie, lub też w sąsiadujących z nią organach a jak przy ranach postrzałowych czaszki, zapalenie opon mózgowych, lub samego mózgu. Podobnemi zasadami kierują się ciż sami chirurgowie przy wskazaniach do wydobywania kul, z tém jeszcze nadmienieniem, że kulę należy wydobywać, o ile ona jest namacalną przez skórę lub części miękkie; jeżeli nadto ropienie dostatecznie kulę oddzieliło, znniejsza to znacznie obawę silniejszych uszkodzeń części miękkich, przy wydobyciu kuli mocno siedzącej, przytrafić się mogących.

Przypomnieliśmy parę tych szczegółów czytelnikowi, celem usprawiedliwienia postawionych przez nas wskazań w opisywanym wypadku. Dodać nam wypada nadto, że aczkolwiek w naszym wypadku, ropienia w dole skroniowym, tyle ułatwiającego poniekąd wydobycie kuli nie było, to jednak sama tylko, jakby się zdawało, dostępność kuli, i pewna ruchomość jej, ile raczej obawa nastąpić mogącego ropienia w okolicy dołu skroniowego, ze względu na bardzo niebezpieczne zatoki w opisywanej okolicy, skłoniła nas do przedsięwzięcia operacyi przed możliwem powikłaniem.

Jakkolwiek rokowanie postawiliśmy wątpliwém, tak ze względu na umiejscowienie i sąsiedztwo rany z ważnymi organami, jak i ze względu na następstwa pooperacyjne, to jednak dodać musimy, że nie rzadkie są obserwacye bardzo obszernych uszkodzeń kości czaszki, z następczém wydobyciem ich odłamków, a nawet całych kości uwieńczonych świetnymi rezultatami (L ü c k e,

Demme). Pirogow mimo to nie cieszy się, jak sam powiada, zbyt dobrą statystyką ciężkich ran postrzałowych kości czaszkowych.

Fig. 1.



Fig. 2.



Kula wydobyta z okolicy dołu skroniowego systemu Peabody-Martini okazała się mocno zmienioną w swęj prawidłowej formie i rozdzieloną w kształcie widełkowatym, przypominającym literę Y (fig. 2). Rysunek dołączony opisywanej kuli, obok takiejże kuli prawidłowych kształtów, (f. 1) najlepiej rzecz objaśnia. Kula w ranie leżała wierzchołkiem nieco ku dołowi i tyłowi, mniejszą zaś gałęzią swoich widełek zwrócona ku górze.

Zmianę kształtu opisanęj kuli tłumaczyć sobie można w dwojaki sposób: 1) kula bijąc rikoszetem, mogła, zmieniawszy już przedtem swój kształt prawidłowy, sprawić ranę postrzałową; powtóre tłumaczyć można zmianę w formie kuli uderzeniem jej o kość czołową, po rozbiciu której, rozdwoiwszy się o ostre jej brzegi weszła do części miękkich dół skroniowy wypełniających. Co do nas, jesteśmy więcej skłonni do przyjęcia drugiej możliwości; rikoszetem bowiem bijąca kula, jak wiadomo, straciwszy już przez pierwsze uderzenie o ciało obce siłę pędu i uderzenia, nie byłaby w możności sprawić tak znacznych zmian w kości i pogłębić się w przyległe jej części miękkie; gdyby nawet i na to zgodzić się nam przyszło, to niezbędnie oczekiwałyby wypadła od tak zmienionęj, rikoszetem bijącej kuli znaczniejszych zmian w punkcie wejścia rany postrzałowęj. Równą, nieposzarpaną ranę wejścia, zmiżdżenie obu blaszek kości czołowęj, bez naruszenia błony twardej, spowodować mogła tylko silnie bezpośrednio bijąca kula, acz prawdopodobnie skośnie uderzająca.

2. Drugi wypadek rany postrzałowęj czaszki, w pewnych względach zbliżony do pierwszego, w innych cokolwiek wyróżniający się, w paru wyrazach opiszemy.

M. P. Hopenenko, szeregowiec Szujskiego pułku piechoty, lat 23 liczący, otrzymał w bitwie pod Plewną (12 Września r. z.), ranę postrzałową w okolicę czołową prawą, powyżęj guza czołowego.

Przy pierwszym opatrunku na najbliższym punkcie opatrunkowym kula przy obmywaniu rany, wyrzuconą została przypadkowym sposobem, z samęj rany wejścia.

Po upływie czterech prawie miesięcy od otrzymania rany, w chwili ostatniego badania, rana przedstawia się pod postacią okrągłego, wielkości grochu otworu, wydzielającego nieznaczną ilość ropno-wodnistego płynu, zmieszanego niekiedy z małemi odłamkami kości. Kanał rany draży do jamy czaszki, przy wypełnieniu się płynem uwidacznia się jasno pulsacya mózgu, udzielająca się wzmiankowanęj zawartości kanału.

Stan ogólny chorego zupełnie zadawalniający, objawów ze strony opon lub samego mózgu żadnych nie było, ani się w obecnej chwili nie postrzega. Mimo to rokowanie stawić jesteśmy skłonni wątpliwém, bacząc na fakt aż nadto znany w chirurgii połowej, że rozległość i obszar obrażeń blaszki wewnętrznej, czyli szklistej, przy ranach kości czaszkowych nie jest w stosunku prostym do złamań, lub stłuczeń blaszki zewnętrznej. Liczne obserwacye chirurgiczno-połowe (Bruns, Longmore, Legouest), jak również doświadczenia na czaszkach ludzkich trupów lub zwierząt (Teevan) przekonywają nas dostatecznie o możliwych obszernych pęknięciach i odłamkach wewnętrznej blaszki kości czaszkowych, przy małej lub żadnej nawet ranie blaszki zewnętrznej, a tylko prostém stłuczeniu części miękkich lub kości czaszki. W obec podobnego rodzaju przypuszczeń rokowanie pogarsza się obawą możliwych podrażnień i zapaleń opon, lub samego mózgu przez uwalniające się odłamki blaszki wewnętrznej od reszty nienaruszonej kości.

3. Podobny wypadek nierównego naruszenia obu blaszek kości czaszkowej z następstwami, manifestującymi się pod postacią połowiczego bezwładu, obserwowaliśmy w trzecim z kolei wypadku rany postrzałowej czaszki.

F. Ł. Słaciński, szeregowiec podolskiego pułku piechoty, raniony kulą karabinową w okolicę ciemieniową lewą w bitwie pod Szypką (17 Września z. r.) natychmiast omdlał; po przyjsciu do siebie zauważył jednostronny połowiczny bezwład po stronie przeciwnej otrzymanej ranie.

Przy zbadaniu rany okazała się ona raną postrzałową wylotową idącą po krzywiźnie czaszki od środka kości ciemieniowej w calowej zaledwie odległości od szwu międzyciemieniowego, ku dołowi i tyłowi, a kończącą się otworem wylotu, cokolwiek powyżej i ze strony lewej guzowatości potylicowej zewnętrznej (*protuberantia occipitalis externa*). Zresztą wylot, jak również kanał całej rany zupełnie zablizniony. Rana wejścia w opisanym punkcie znajdująca się przedstawia okrągły, wielkości małego orzecha laskowego otwór, nie obficie ropiejący; brzegi rany dość silnie nacieczone, przy obmacywaniu dają uczucie ruchomych odłamków kości.

Bezwład połowiczny strony prawej tak w kończynie górnej jak i dolnej nie wątpliwy; w twarzy ani po jednej ani po drugiej stronie nie postrzega się żadnych oznak bezwładu.

Pragnąc usunąć (14 Listopada r. z.), rozpoznane przez obmacywanie odłamki kości rozszerzyliśmy otwór przez dwa małe cięcia i następnie wprowadzonym zgłębnikiem upewniwszy się o ich obecności za pomocą korneanga, wyjęliśmy je z rany; poczem raz jeszcze wprowadzony zgłębnik oparł się w głębi również na ruchomym odłamku, ale tym razem niewątpliwie sądząc po głębokości, już na odłamku blaszki wewnętrznej. Rozszerzywszy więc więcej jeszcze cięcie w częściach miękkich i blaszce zewnętrznej wydobyliśmy odłamek kwadratowy,  $\frac{3}{4}$  cala kwadratowego powierzchni mający.

Po dokonanej operacyi w parę tygodni i następnie chory czuł się zupełnie dobrze, odczynu gorączkowego nie było żadnego i niewątpliwie spostrze-

gać się dawało ustępowanie bezwładu, uwydatniające się w większej sile w rękach i swobodniejszym chodzie.

Podobne wypadki nie często spotykają się w kazuistyce chirurgii polowej, należą one do rzadszych ran postrzałowych. (Legouest, Demme i Bech).

Genezę naszej rany tłumaczymy sobie w następujący sposób: kula uderzywszy pod kątem ostrym, sprawiła ugniecenie blaszki zewnętrznej kości ciemieniowej, z jednoczesnym obszerniejszym naruszeniem blaszki wewnętrznej, następnie kula prześliznęła się między kością a czepecem głowy (*galca aponeurotica*) i wyszła zakreśliwszy łuk u wierzchołka guza potylicowego. Jeden ze zmiażdżonych kawałków blaszki prawdopodobnie ugniata, lub może wgłębił się nawet w oponę twardą, lub samą istotę mózgu, stając się przyczyną bezwładu. Bezwład ten tłumaczyłby się i małym nawet uciskiem, bez koniecznego wgłębienia się odłamków, biorąc pod uwagę wyniki prac Hitziga i innych, odnoszące się do tak zwanych punktów psychomotornych szarej istoty mózgu, położone w bliskości opisywanej przez nas rany. Wypadek ten służyć może za dowód istnienia punktów Hitziga u człowieka. Nawet stopniowe znikanie bezwładu jest w zupełnej zgodzie z odpowiednimi obserwacjami czynionymi na zwierzętach.

Ze względu na kanał łukowaty i dość długi rany gdyż blisko 5-cio calowy, wypadek ten należy także do rzadszych (Pirogow). Najzwyklejsze rany kości czaszki są opisane w drugim wypadku.

4. Czwarty i ostatni wypadek rany postrzałowej był prostą raną części miękkich okolicy ciemieniowej, należącą do ran t. zw. bruzdowatych (Streifschuss): rana zagoiła się bez powikłań bardzo szybko. (D. c. n.).

---

## KRONIKA.

**Ostre otrucie kwasem karbolowym**, podane przez Dra Maxa Oberst'a. W roku zeszłym, będąc asystentem chirurgicznego wydziału szpitala w Augsburgu, miałem sposobność obserwować dokładnie wypadek ostrego otrucia kwasem karbolowym, którego opis nie będzie bez pożytku ze względu na rzadkość tych otruc i na inne, towarzyszące otruciu zjawiska, które tu miały miejsce:

Kasper Hertel, 32-letni wyrobnik upadł 5-go Lipca 1876 z wysokości około 4-ch stóp tak nieszczęśliwie poślakami na przewrócone krzesło, że drewniana nóżka tegoż weisnęła się na 8 ctm. głęboko w odbytnicę (*Int. rectum*). Straciwszy w tejże chwili przytomność, Hertle w krótko jednak ją odzyskał, i natychmiast po obudzeniu się uczył okropną boleści, przyczem ani kroku postąpić nie był w stanie. Wezwany lekarz zalecił środek wymiotny, aby się nic przez uszkodzone miejsce nie wydalalo. Po wymiotach udał się chory do innego lekarza, który mu brunatne krople (opium) zapisał i poradził udać się do szpitala w Augsburgu. Od czasu uszkodzenia chory uczuwa dość silne rżnięcie w brzuchu, przez otwór stolcowy odchodzi dobrowolnie rzadki, zmieszany z moczem kał.



7-go Lipca 1876 został Hertel przyjęty do szpitala. Budowa chorego jest dosyć mocną, odżywianie umiarkowane, twarz tudzież dostępne badaniu błony śluzowe blade. Brzuch naprężony, przy dotykaniu nie bolesny. Płuca, serce i t. d. nie przedstawiają żadnych zasługujących na uwagę zбоcezeń. Tętno małe, twarde, umiarkowanej pełności 77; ciepłota 37,7. Przy rozwarciu pośladeków odchodzi rzadki z uryną zmieszany kał; brzegi otworu stolcowego są w wielu miejscach naderwane. Przez odbyty wprowadzony palec wykrywa szeroką, sterczącymi strzępkami błony śluzowej otoczoną ranę. Wprowadziwszy do pęcherza moczowego cewnik (co się łatwo wykonać daje) otrzymujemy niewiele kałem cuchnącego moczu.

Po wprowadzeniu z boku otwieranego wziernika okazuje się na przedniej ściance kiszki odchodowej, w odległości 4 ctm. wyżej ujścia zewnętrznego, rana otoczona nieforemnymi strzępkami, dziurawiąca pęcherz moczowy, wielkości złotówki: na tylnej, oraz bocznych ściankach jelita spostrzegamy wiele powierzchownych zranień.

Otoczające ranę bezbarwne strzępki błony śluzowej zostały odcięte (z zastosowaniem chloroformu) przez Dra S p r e n g l e r'a, naczelnego lekarza szpitala, a gładkie już brzegi rany zostały połączone za pomocą trzech drucianych szwów, przy zakładaniu których posługiwano się przyrządem Roberta C o l l i n s'a. Do cewki moczowej wprowadzono cewnik N e l a t o n'a. Zalecono *tinct. opii croc.* po 5 kr. co godzina i usiadki.

Od tego czasu złagodniały objawy podmiotowe, gorączki nie było (prawie podczas całej choroby); bólu nie było także prawie zupełnie i t. d.

Już w ciągu kilku dni następnych przerwały się dwa szwy, i mocz wydalal się głównie przez otwór odchodowy; kał nie wydzielał się już dobrowolnie; z kateteru wypływał mętnawy, ciemno-żółty mocz, mocno kałem cuchnący. 10-go Lipca, po użyciu 15,0 oleju rycinowego, nastąpił obfity stolec bez bólu.

23-go Lipca przestał się wydzielać mocz przez otwór odchodowy. Od czasu do czasu można było wyjmować cewnik i chory był już w stanie zatrzymywać mocz przez pół godziny, i oddawał go już dobrowolnie. Mocz z lekka alkaliczny, dający śluzowo-ropny osad. Stolec prawidłowy, bez bólu oddawany. Badanie wziernikiem wykryło dobrą ziarninę przy ranie; przedziurawienie było nieco większe od wielkości ziarnka grochu.

Pozostały jeszcze jeden szew wyjęto, a na przetokę podziałano kamieniem piekielnym. Inne rany w ściankach jelita były już od dni kilku zagojone. Po upływie dwóch tygodni, w ciągu których przypiekano przetokę od czasu do czasu kamieniem piekielnym, ta się zupełnie zakryła. Wszystek mocz wydalal się już cewką moczową i zależnie od woli pacyenta, który jednak był zmuszonym wypróżniać pęcherz co 2 godziny, aby się od bólu uchronić.

Z powodu niezytu pęcherza, chory był jeszcze pozostawionym w szpitalu.

6-go Sierpnia pacjent miał zażyć szklankę wody Hunyadi z powodu trwającego od dni kilku zaparcia stolca. Przez pomyłkę podała mu służąca zamiast wspomnianego leku szklankę 5% wodnego roztworu kwasu karbolowego, którą chory w tejże chwili wypił. Ponieważ pojemność szklanki wynosiła 180 grammów płynu, wynika więc ztąd, że chory zażył 9 gram. kwasu karbolowego.

Niepokój i rzucanie się chorego po łóżku dały poznać służącej popełniony błąd i zmusiło ją do wezwania mnie jak najspieszniej. Ponieważ znajdowałem się bardzo blisko od sali, w której chory leżał, przeto w bardzo krótkim czasie przybyłem (około 3-ch minut po wypiciu niebezpiecznego napoju).

Chory był bez czucia, oddechał ciężko, twarz blada i lepkiem potem pokryta; kończyny zimne, źrenice umiarkowanie rozwarte; mięśnie twarzy konwulsyjnie drgające, kończyny mocno drżące, obok silnego szczękocisku (*trismus*). Mięśnie brzucha naprężone. Ciepłota ciała (tylko ręką zbadana) nieco zniżona. Tętno małe, próżne, zaledwie wyczuwalne.

Dostawszy natychmiast zgłębnik żołądkowy i pompkę żołądkową, w następujący sposób wziąłem się do leczenia: podczas kiedy przemocą odciągnięte od siebie szczęki utrzymywano w tém położeniu za pomocą wciśniętego drewnianego klina, wprowadziłem bez trudności zgłębnik do żołądka, co uczynwszy, wydalilem z tegoż za pomocą pompy W y m a n n'a 150 gram. zmieszanego z lepkiem śluzem płynu, który miał mocny zapach kwasu karbolowego; następnie wziąłem się do wypłukiwania żołądka zimną wodą. Podczas tych rękoczynów ustały drgawki i szczęściśk, twarz zaczerwieniła się, i chory otworzył oczy. Kiedy wypłukałem około 2 litrów płynu, chory już prawie w zupełności odzyskał czucie. Tętno było teraz mocne, nieco przyspieszone (88). Pozostawało jednak jeszcze znaczne otrętwienie umysłu (*apathia*): na zapytanie, po kilka razy powtarzane, dawał chory krótką, leniwą odpowiedź nieco zachrypniętym głosem.

Po upływie 3 godzin stan pacyenta znacznie się polepszył tak, iż oprócz lekkiego bólu przy połykaniu i takiegoż piekącego bólu w żołądku chory na nic więcej się nie uskarżał. Błona śluzowa jamy ustnej i gardła była z lekka zaczerwienioną. Czucie prawidłowe. Tętno mocne, równe 74; ciepłota 36,4. Mocz przez pewien czas stojący okazywał zabarwienie ciemno-zielone zbliżające się do czarnego, małą ilość białka, śluzo-ropiastego osadu; oddziaływanie moczu było kwaśne. W tym stanie będąc opowiedział chory, że pijąc podany mu płyn, uczuł tylko nieprzyjemny smak i ból piekący w gardle, po czém natychmiast był pozbawiony czucia. Wywołany następnie użyciem oleju rącznikowego stolec nie osobliwego nie przedstawiał. Mocz w dalszym ciągu był już prawidłowo zabarwiony.

Przebieg wyzdrowienia nie ucierpiał nie przez otrucie, i wymienione poprzednio nieznaczne zaburzenia ustąpiły po kilku dniach bez użycia żadnych szczególnych środków; ostre otrucie kwasem karbolowym wywarło widocznie dobroczynny wpływ na silny poprzednio nieżyt pęcherza, albowiem, kiedy przed otruciem dawał mocz obfity śluzo-ropiasty osad i oddziaływał mocno alkalicznie, to zaczynając od dnia otrucia wszystkie te objawy widocznie ku lepszemu zmieniać się poczęły; jakoż i podmiotowe zjawiska, nieżytkowi pęcherza właściwe, w krótko zniknęły, i uleczony w zupełności pacjent 28-go Sierpnia 1876 r. ze szpitala wystąpił.

Na zakończenie pozwolę sobie przyłączyć jeszcze kilka słów o kwasie karbolowym i ostrém otruciu tym środkiem.

Kwas karbolowy, wynaleziony przez R u n g e' g o (1834) <sup>1)</sup> i już przez tegoż jako środek antyseptyczny uznany, zawdzięcza rozpowszechnienie swoje dopiero pracom Anglika C r a c e C a l v e r t'a (fabrykanta z Manchester), a osobliwie francuza L e m a i r e'a <sup>2)</sup> (1865). Nader częste stosowanie tego

---

<sup>1)</sup> P o g g e n d o r f's Annales. XXXI, 66.

<sup>2)</sup> De l'acide phénique, de son action sur les végétaux etc. Paris, 1865.

środku (nie tylko w terapii) spowodowało już w przeciągu pierwszych czterech lat po ukazaniu się wymienionych prac, około dwunastu przypadków otrucia, a do dziś liczba ta prawie w czwórnasób się powiększyła. W większej części przypadków tych trucizna była użyta wypadkowo lub też w celach terapeutycznych, i dwa tylko razy posłużyła za środek do samobójstwa. Pospolicie dostaje się trucizna do ustroju drogą żołądka, w niektórych przypadkach: przez skórę (przeciw świerzbiączce) i t. d., tudzież prostnicę (w dwóch przypadkach opisanych przez Michaëli's'a i Pinkham'a<sup>1)</sup>).

Na zjawiska otrucia mają wpływ nie tylko indywidualność, wiek i t. d. otrutego, jako też stopień roztworu, ale i miejsce zastosowania. Najsilniejsze objawy występują, podług Husemann'a<sup>2)</sup>, przy podskórnem użyciu trucizny. Zastosowanie na błonę śluzową żołądka nie wywiera mniejszego wpływu, niż użycie przez odbytnicę; najbezpieczniejsze miejsce zastosowania przedstawia zewnętrzna powierzchnia skóry, rana, miejsce ropiejące i t. d.

Stężony kwas karbolowy powoduje ścinanie się ciał białkowych, w skutek czego utrudnia się wessanie; dla tego roztwory słabe (przy jednakowości innych warunków) prędzej i zupełniej bywają wessane i do przódzych a niebezpieczniejszych zjawisk prowadzą, niż rozczyiny więcéj stężone (Pinkham<sup>3)</sup>).

O wpływie płci i t. d. na stopień działania nie mamy dokładnych wiadomości; wiadomo tylko, że organizm dziecięcy jest na kwas karbolowy bardzo wrażliwym; już małe dawki (0,01—0,2 grm.) mogą wywoływać niebezpieczne zjawiska.

Działanie kwasu karbolowego wyraża się w miejscowych i ogólnych objawach. W skutek łatwego połączenia się jego z cząstkami zwierzęcemi, jako też w skutek własności ścinania białka, posiada środek ten własność żrącą w dość znacznym stoniu; własność ta jednak, jako też utworzenie strupa nie sięga dalej jak do ciała brodawkowatego (Lemaire); w lekkim rozczyynie powoduje kwas karbolowy zaczerwienienie, zbręknienie, wysięk i t. d. W podobny sposób działa kwas i na błony śluzowe. Zniżenie czułości wywołuje tylko słaby roztwór kwasu karbolowego (2<sup>o</sup>/<sub>10</sub>).

Doszedłszy z miejsca zastosowania (wessanie następuje szybko) do krwi, wywołuje kwas ten niebezpieczne zjawiska. W krótcie jednak, uległszy rozmaitym (jeszcze nie wysłedzonym) zmianom, wydziela się kwas karbolowy przez nerki, przyczém tylko mała jego ilość wydała się z organizmu w stanie niezmiennym. Skutków nagromadzenia trucizny (*effectus cummulativus*) nie bywa.

Mocz oddany po upływie od  $\frac{1}{4}$  do kilku godzin po użyciu kwasu, przybiera znaną ciemno-zieloną, niekiedy prawie czarną barwę. Zabarwienie to zależy od produktów utlenienia kwasu karbolowego i bynajmniej nie wykazuje

1) Z 33 zebranych przez Böhn'a przypadków, w 22 użyto kwas wewnątrznie, w 9-ciu zaś zewnątrznie. (Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie v. Ziemssen, Bd. 15.

2) Deutsche Klinisch. 1870. N. 38, etc.

3) Philad. med. and. surg. rep. XIX. Der. 1868.

nasylenia się nim ustroju (Salkowski<sup>1)</sup>). W innych wydzielinach i wydalinach kwas karbolowy nie był jeszcze ściśle wykazany. Hoppe-Seyler<sup>2)</sup> wykrył go we krwi 21-letniego mężczyzny umarłego w skutek otrucia kwasem karbolowym (wypadek opisany przez Köhler'a). W przypadku opisanym przez Mosler'a<sup>3)</sup> wypuszczona z żyły krew miała zapach kwasu karbolowego.

Co zaś się tyczy działania kwasu na cały ustrój, to zdania w tym względzie jeszcze się nie ustaliły. Mniemanie niektórych, że kwas karbolowy, przyjęty do krwi, łączy się z białkiem, powoduje krzepnięcie ciał białkowych, zatory w płucach i mózgu, i w skutek tego sprowadza śmierć, można już poczytać za obalone. W. E. Jeffreys i John Hainworth<sup>4)</sup> utrzymują na zasadzie swych spostrzeżeń w jednym wypadku otrucia, że śmierć w tych przypadkach pochodzi z zaduszenia, tak iż przy działaniu kwasu na organ znajdujący się pod zarządem nerwu błędnego, ten ostatni bywa w ten sposób podrażnionym lub porażonym, że następuje powiększenie wydzieliny płuc, przepelnienie tychże śluzem i śmierć w skutek zaduszenia. Salkowski, na zasadzie starannie wykonanych doświadczeń nad zwierzętami, przyszedł do wniosku, że zaduszenie i śmierć pochodzą od podrażnienia nerwu błędnego i ośrodka oddychania w rdzeniu przedłużonym; podrażnienie to zaś pochodzi od nagromadzenia się we krwi kwasu węglowego.

Tyle więc tylko jest pewnym, że kwas karbolowy należy zaliczyć do silnych trucizn nerwowych; początkowo występujący stan pobudzenia może bardzo prędko przejść w śmiertelne porażenie.

Dawka trująca nie może być jeszcze ściśle określoną z powodu braku dokładnych opisów w tym względzie. Przyjęty do wewnątrz, na czczo, działa kwas silniej niż przy pełnym żołądku.

Podług Husemann'a wynosi dawka trująca na 1000 grm. wagi ciała u psów 0,5 u kotów 0,08—0,42, u królików około 0,35—0,4 grm.; z tych doświadczeń wynika, że dla człowieka około 60—65 kilogrm. ważącego, wyniesie ilość trująca 18—32 grm. W dwunastu wiadomych mi z literatury śmiertelnych przypadkach, w których ilość trucizny była wymienioną, ta ostatnia wynosiła 15 — 30 grm. Na 30 przypadków otrucia nie znalazłem ani jednego, w którymby ilość, mniejsza od gram 15, spowodowała śmierć.

Przytoczone tu spostrzeżenia odnoszą się naturalnie do wewnętrznego użycia (przez żołądek lub przez prostnicę). Co się zaś tyczy ilości trującej przy zastosowaniu na skórę i t. d., to jej dotychczas nawet w przybliżeniu określić nie podobna.

Przebieg ostrego otrucia kwasem karbolowym jest szybki. W lżejszych wypadkach występuje w krótkie pobudzenie i otrętwienie naprzemian (Lemaire), ból i zawrót głowy, omdlenie, swędzenie, uczucie chodzenia mró-

<sup>1)</sup> Arch. f. Physiologie, März. 1872.

<sup>2)</sup> Württemberg. Corr. Bd. XLII, 6 April. 1872.

<sup>3)</sup> Deutsch. Arch. f. klin. Medic. Bd. 10. 1872.

<sup>4)</sup> Med. Times Gaz. 15 April 1871.

wiek po rękach i nogach, obfite poty, znużenie, widzenie kótek w powietrzu, nudności i wymioty. Lawson Tait zauważył też raptownie występujące osłabienie ze зниżeniem ciepłoty i tętna. Wszystkie wymienione objawy znikają zupełnie bez żadnej pomocy lekarskiej w przeciągu najwyżej jednej godziny, nie pozostawiając żadnych skutków po sobie.

W ciężkich wypadkach występuje w krótko po użyciu trucizny jako główny objaw, nieprzytomność (podług Swain'a najdłużej w 5 minut po otruciu). Zależące od woli ruchy stają się niemożliwymi; następuje zupełne znieczulenie. Twarz staje się bladą i pokrywa się lepkiem potem. Dostępne wzrokowi błony śluzowe są blade lub z lekka zsiniałe. W niektórych razach występuje silny szczykościsk (w przypadkach opisanych przez Mosler'a i Welander'a), <sup>1)</sup> który dla celów terapeutycznych wymaga rozwarcia szczęk przemocą. W dwóch opisanych przez Taylor'a <sup>2)</sup> i Sutton'a <sup>3)</sup> przypadkach, skurez przełyku przedstawił silny opór wprowadzenia zgłębnika. Krönlein <sup>4)</sup>, wprowadzając zgłębnik, również zauważył zwężenie przełyku. Ogólne drgawki, zauważane prawie zawsze przy doświadczeniach nad zwierzętami, nie były w żadnym przypadku dostrzeżone.

W opisanym przez Mosler'a przypadku nastąpiły natychmiast po połknięciu około 11,0 gram. kwasu karbolowego, kurcze w kończynach; w naszym przypadku drgawki mięśni twarzowych; Salkowski obserwował drgawki od nóg górnych u chorego, który przez długi czas był kwasem karbolowym leczony; mocne drżenie było w kilku przypadkach zauważone. Żrenice w większej części przypadków, w których na nie zwrócono uwagę — były wąskie; w przypadku opisanym przez A. Ogston'a <sup>4)</sup> przeciwnie były znacznie rozszerzone; w przypadku podanym przez Welander'a były z początku żrenice prawidłowe, a w dalszym ciągu rozszerzyły się i dopiero po odzyskaniu przytomności napowrót zwęzić się poczęły.

W niektórych przypadkach występują wymioty; zawartość żołądka, czy to przez wymioty, czy przez pompę wydalona odznaczała się zawsze mocnym zapachem kwasu karbolowego. Błona śluzowa jamy ustnej i gardła, po działaniu stężonego roztworu kwasu, okazuje zawsze znaki podrażnienia, a mianowicie: jest zaczerwienioną, opuchniętą, przedstawia albo rozlane białawe zabarwienie od wysięku, albo małe białawe plamki (strupy). Częstokroć występuje zaparcie stolca; kał nieprzedstawia żadnych cech charakterystycznych; mocz wydany w przebiegu pierwszych godzin dobrowolnie lub sztucznie, posiada wyżej opisane własności. Welander obserwował cztery dni trwający białkomocz. W naszym przypadku był białkomocz niezależnie od otrucia.

Tętno bywa zawsze małe i prawie niewyczuwalne; ciepłota po największej części jest nieco niżoną.

1) Hygien XXXVI. 3 Mars. 1874.

2) Guy's. Hospit. Reports. III, ser. Vol. XIII. 1868.

3) Brit. med. Journ. April.

4) Berliner klinische Wochenschrift. 1873. Nr. 51.

W najcięższych przypadkach, przy charczącym, przerywanym oddychaniu następuje zapaść (*collapsus*) i śmierć. (Jeffreys i John Hainworth, A. Ogston <sup>1)</sup>); przytomność powraca tylko niekiedy na krótki czas.

Jeżeli chory nie umiera w przeciągu 12 godzin po otruciu, to przytomność zawsze powraca; tętno staje się mocniejszym, oddychanie równym; chory uskarża się tylko na lekki zawrót i ból głowy, na piekący ból w ustach, w gardle i t. d.; wkrótce jednak stan chorego się poprawia, przyczem otrucie żadnych śladów w ustroju nie pozostawia. Tylko w nielicznych wypadkach występowały podczas zdrowienia, od czasu do czasu, wymioty.

Badanie anatomiczne wykrywa stan podrażnienia błony śluzowej przewodu pokarmowego, rozciągający się do dwunastnicy, coraz w większym stopniu; zaczerwienienie błony śluzowej oskrzeli, zbręknienie płuc i rozrzedzenie krwi, której barwa staje się ciemniejszą; zresztą żadnych stałych objawów nie spostrzegamy.

Rozpoznanie w największej części przypadków nie wymaga prawie badania, w tych mianowicie razach, kiedy została część użytego przez pacjenta płynu, którego rozpoznanie żadnych trudności nie przedstawia; w innych przypadkach daje się rozpoznać ostre otrucie kwasem karbolowym przez wyżej przytoczone objawy. Najwięcej zwracamy uwagę na błonę śluzową jamy ustnej i gardła.

W pierwszych chwilach otrucia rozpoznajemy kwas karbolowy po zapachu zawartości żołądka, otrzymanej przez wymioty lub za pomocą pompy żołądkowej; w późniejszych zaś okresach otrucia opisane własności moczu (który zawsze za pomocą kateteru wydalić należy) służą także za charakterystyczny objaw.

Leczenie ostrego otrucia kwasem karbolowym zależy na najprędzszym wydaleniu trucizny z ustroju, chociażby to wydalenie, w skutek nastąpnego już wessania, nie mogło być zupełnym. W przypadkach wewnętrznego użycia trucizny bardzo stosownym jest wypróżnienie żołądka za pomocą pompy żołądkowej, któryto rękoczyn żadnego niebezpieczeństwa dla chorego nie przedstawia, tém bardziej, że błona śluzowa żołądka nie w każdym z tych przypadków jest podrażnioną w wyższym stopniu; po wydaleniu zawartości żołądka należy go też wypłukać (najlepiej wodnym roztworem cukru wapiennego, *Calcaria saccharata*). Mosler zastosował z powodzeniem upust krwi obok użycia pompy żołądkowej.

Użycie środków wymiotnych jest niedogodnym, ponieważ środki te przyczyniają się do większego rozdrażnienia błony śluzowej żołądka, a prócz tego trucizna, przy wymiotach, może się dostać do narządu oddychowego (Husemann). Z leków wewnętrznych zalecają Husemann i Ummethun (na zasadzie doświadczeń nad zwierzętami), rzeczony przetwór wapna jako środek najsilniejszy. W wielu wypadkach, w których pomoc spóźnioną została, tudzież w wielu wypadkach zewnętrznego użycia środka, można jedynie tylko zastosować leczenie przypadkowe. (*Berliner klin. Wochenschr. N. 12. 1878*).

<sup>1)</sup> Brit. med. Journ. Febr. 4. 1871.

**Propylamin przeciwko płasawicy.** Dr Purkhauer zaleca (*Aerztliches Intelligenzblatt N. 1. 1878*) w płasawicy młodych osób propylamin, jako środek szybko działający i usuwający cierpienie w 3—4 dniach. Dawka dzienna wynosi 1,0—1,25 grama, wody 120,0 Eleos-Menth 25,0, co godzinę łyżkę stołową podawać. Po wyżyciu 3—5 gramów w przeciągu 3—4 dni spostrzegł autor zawsze całkowite usunięcie cierpienia.

### Wiadomości bieżące.

— Inspektor urzędu lekarskiego w Kaliszu Dr Waldemar Weiss (rodem z Rygi) powołany został na profesora medycyny rządowej przy uniwersytecie w Dorpacie na miejsce prof. D-ra Wahla.

— Nagrodę Stiebel'a, wyznaczaną co 4 lata za najpożyteczniejsze prace w nauce rozwoju i chorób dziecięcych, otrzymał w tym roku prof. Dr Richard Volkmann za dzieła jego dokonane w ubiegłym czterolecu, odnoszące się do poznania i leczenia chorób stawów i kości w wieku dziecięcym.

— Dnia 14 Maja znajdowało się w Szpitalach Petersburskich ogółem chorych mężczyzn: 5481, kobiet 2152, razem 7633. W liczbie tej było chorych na durzycę (brzuszną, wysypkową, powrotną), 3091 (męż. 2388, kobiet 703), na płonicę: 56, ospę 41, chor. weneryczne 914 (męż. 464, kob. 450).

Śmiertelność ludności petersburskiej (669,741) wynosiła w tygodniu od 30 Kwietnia do 6 Maja, 56.51 (w stosunku do 1000 mieszk. rocznie). W liczbie zmarłych było na durzycę 135, płonicę 9, ospę 18, błonicę 9, cholereę 1, zapalenie mózgu 19, narządzi oddechowych 120, suchoty 85, gruźlicę 3, niezbyt jelitowy 59.

(*St. Petersb. med. Wochenschrift*).

— Ministerstwo obrony krajowej w Węgrzech wydało rozporządzenie spisania listy, w przeciągu 30 dni, lekarzy, chirurgów, weterynarzy i aptekarzy będących w wieku popisowym (od 20 do 32 roku życia), którzy, nie kwalifikując się do służby polowej, zdolni są do pełnienia innych obowiązków lekarzy wojskowych. Bez względu na miejsce urodzenia pomienionych osób, ma być lista spisana wedle miejsca obecnego pobytu. (*Allegem. Wien. med. Zeitung*).

— Opróżnioną po śmierci prof. Linhardt'a katedrę kliniki chirurgicznej w Würzburgu obejmuje w bieżącym półroczu prof. Dr Bergman z Dorpatu.

— W Jassach zmarł w ostatnich dniach Dr Hieronim Skulski w następstwie zapalenia płuc po przebytej durzycy w Tyrnowie, z kąd pragnął koniecznie powrócić do kraju. Młody, zaledwie 24 lat liczący zmarły, skończył przed dwoma laty wydział lekarski w Uniwersytecie Warszawskim i przez czas studyów odznaczał się niezwykłą gorliwością w naukach i prawością charakteru, co mu zjednało serca wszystkich kolegów i znajomych. *Sit ei terra levis*.

### Wykaz tygodniowy ruchu ludności miasta Warszawy,

za czas od 26-go Maja do 1-go Czerwca 1878 r.

Ludność m. Warszawy r. 1877 wynosi 315,190.

W upłynionym tygod. urodziło się dzieci religii prawosławnej praw. małż.	3	niepr.	3
religii rzymsko-katolickiej	98	„	26
„ protestanckiej	14	„	1
„ mojżeszowej	54	„	—

Razem praw. małż. 169 niepr. 30

W tymże tygodniu umarło w skutek ospy 55, odry 5, płonicy 7, durzycy 6, błonicy 6, chor. położowych 1, zapalenia oskrzeli i płuc 37, suchot pł. 36, niezytu kiszek 38, władu schyłkowego 13, samobójstwa —, zabójstwa —, rozmaitych chorób 60, niewiadomych przyczyn 21. W ogóle mężczyzn 141, kobiet 144, razem umarło 285, poprzedniego tygodnia 232.

W stosunku do 1000 mieszkańców wynosi śmiertelność roczna 47.02.

Zawarto małżeństw w ubiegłym tygodniu 52.

## OD REDAKCYI.

**Gazeta Lekarska** wychodzić będzie w drugim półroczu 1878 r. t. j. w trzynastym roku istnienia, w tym samym jak dotąd porządku i kierunku, z przeważnym uwzględnieniem potrzeb praktycznego lekarza. Przy wzmagającej się jednak liczbie prenumeratorów postanowiliśmy powiększyć ramy pisma i zmienić dotychczasowy format ósemkowy Gazety na ćwiartkowy (*in quarto majori*), przyczem cena prenumeracyjna pozostaje niezmienną i wynosić będzie w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50; z przesyłką na prowincję i do Cesarstwa (prenumerowana w Biurze Redakcyi) rocznie rs. 6, półrocznie rsr. 3.

**Biblioteka Umiejętności Lekarskich** wychodzi peryodycznie po 200 arkuszy druku na rok, i nabyć ją można drogą prenumeraty rocznej po rs. 20, półrocznej po rs. 10, albo też pojedynczymi tomami lub zeszytami.

Dzieła programem Biblioteki Um. Lek. objęte, których druk ukończonym został, nabywać można oddzielnie u Wydawcy Gazety Lekarskiej, przyczem od cen oznaczonych w katalogu odstępuje się dla biorących wszystkie wyszłe dzieła, lub też w znacznych partjach — po 30%; dla biorących zaś w mniejszych partjach lub pojedynczemi dziełami — po 15%, z przesyłką kosztem Redakcyi.

**Kalendarz Lekarski** podobnie jak w zeszłych latach będzie wydany i na rok 1879, z tą różnicą, że druk jego ukończony zostanie nie później jak w miesiącu Listopadzie r. b. Z powodu zupełnego wyczerpania Kalendarza na r. b. i skutkiem tego niemożności zaspokojenia licznych żądań, Redakcyja, mając zamiar uskutecznić nakład w liczbie egzemplarzy w przybliżeniu odpowiedniej zażądaniom — najuprzejmiej uprasza Sz. Prenumeratorów życzących nabyć Kalendarz, ażeby przy odnowieniu prenumeraty na drugie półrocze Gazety Lekarskiej, wraz z prenumeracyjnymi pieniędzmi, raczyli nadsyłać rs. 1 na Kalendarz, który bezwzględnie po wyjściu będzie Im wysłany.

Wkońcu Redakcyja ma zaszczyt zawiadomić Sz. Prenumeratorów, iż obowiązkiem jej będzie wszelkie zażalenia na nieakuratność w odbieraniu Gazety (choćby to pochodziło i nie z winy Redakcyi), jak najrychlej załatwiać. *Dla uniknienia przeto zwłoki w otrzymaniu, szczególnie pierwszych numerów Gazety, i wynikających z tego powodu uciążliwych i zbytecznych dla obu stron korespondencyi, prosimy najuprzejmiej prenumeratę nadsyłać wcześniej i to wprost na imię Wydawcy pod niżej wskazanym adresem, zaś w sprawach literackich odnosić się do Redaktora Prof. D-ra Łuczkiewicza, (Nowy-Swiat Nr. 15).*

---

Redaktor odpowiedzialny, Prof. Dr Łuczkiewicz.

Wydawca, Szymkiewicz.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej, Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy ulicy Ś-to Krzyskiej Nr. 1343 (nowy Nr. 9).

---

Druk. Gaz. Lek. Ul. Ś-to Krzyska N. 9. Дозвол. Цензурою. Варшава, 1 (13) Юня 1878 г.