

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. K. SZADEK. Przypadek wysypkowego zapalenia skóry (*Dermatitis herpetiformis Duhringii*). — II. T. HELMAN. O przedziurawieniach błony bębenkowej [Ciąg dalszy]. — III. L. WOLBERG. Tyfus wysypkowy u dzieci [Ciąg dalszy]. — *Notatki lekarskie.* 15. S. KRASZEWSKI. Zwężenie przełyku nagle zwiększonym tętniakiem aorty zstępującej. — 16. S. KRASZEWSKI. Uwięziona przepuklina sznurka pępkowego. — *Korespondencyja.* — Wiadomości bieżące. — Od Wydawcy. — Zawiadomienie. — Ogłoszenia.

I. PRZYPADEK WYPRYSKOWEGO ZAPALENIA SKÓRY (*Dermatitis herpetiformis Duhringii*).

Podał

D-r Karol Szadek [z Kijowa].

Pod nazwą wypryskowego zapalenia skóry, DUHRING¹⁾ opisał, jako oddzielną postać chorobową, pęcherzykowate zajęcie skóry, cechujące się nietypowym, nieprawidłowym i przewlekłym przebiegiem, brakiem prawidłowego ugrupowania wysypki i wielopostaciowością pęcherzyków, gdzie jednocześnie obok przeważnie występujących drobnych pęcherzyków i krost, pojawia się i bąblowata wysypka. Wysypka przy tem zapaleniu umiejscawia się najczęściej na tułowiu, przyczem rozwija się odśrodkowo; stopniowo na obwodzie starej wysypki pojawiają ustawnie się nowe wykwity, nieprawidłowo rozmieszczonych i często zlewających się z sobą pęcherzyków, krost i dużych pęcherzy. Wokoło wysypki widzimy zazwyczaj czerwoność zapalną sąsiedniej skóry, przeciwnie niż to bywa przy bąblicy (*pemphigus*), przy której pęcherzyki nie są otoczone krążkiem zapalnym, lecz są rozmieszczone na skórze niezmienionej.

DUHRING pierwszy zwrócił na to uwagę, że tak zwany wypryskowaty liszajec (*impetigo herpetiformis*), pojawiający się zazwyczaj u kobiet ciężarnych, jest identycznym z wypryskowatym zapaleniem skóry (*dermatitis herpetiformis*), niejednokrotnie spostrzeganem u mężczyzn. Do wypryskowatego zapalenia skóry zaliczyć należy wiele przypadków pęcherzykowatego cierpienia skóry, opisanego

¹⁾ L. A. DUHRING. Relation of Herpes gestationis and certain other forms of disease to dermatitis herpetiformis. Medical News. Philadelphia. 1885. 16 p. 421—426.

przez różnych autorów pod nazwą: *pemphigus*, *hydroa*, *herpes pemphigoides*, *herpes vegetans* i t. p.. Tutaj należy zaliczyć przypadki pęcherzykowego cierpienia skóry, już dawno opisane przez RAYER'a ¹⁾, GILBERT'a ²⁾, WILSON'a ³⁾, SIMON'a ⁴⁾, CHANSIT'a ⁵⁾, DEVERGIE ⁶⁾, HARDY'ego ⁷⁾, KLEIN'a ⁸⁾ i CORAZZO ⁹⁾. W ostatnich czasach liczba odnoszących się tu spostrzeżeń znacznie wzrosła; dostatecznym tu będzie wspomnieć o przypadkach BULKLEY'a ¹⁰⁾, JARISCH'a ¹¹⁾, SMITH'a ¹²⁾, MEYER'a ¹³⁾. Po pojawieniu się artykułów DUHRING'a ¹⁴⁾, który przedstawił opis kilku przypadków typowego wypryskowego zapalenia skóry, czem wiele dopomógł do rozjaśnienia i zbadania tej postaci chorobowej, pojawiły się znów nowe komunikaty o przypadkach wypryskowego zapalenia skóry, jakie ogłosił BROOKE ¹⁵⁾ ROBINSON ¹⁶⁾, VALENTIN DI BERN'a ¹⁷⁾, TAYLOR ¹⁸⁾, FAX ¹⁹⁾. Wszelako dotychczas nie wszyscy dermatologowie zgadzają się z sobą w tym względzie, jaką postać chorobową pęcherzykowego cierpienia skóry należy pojmować pod nazwą *dermatitis herpetiformis*; niektórzy z autorów nie zgadzają się z określeniem DUHRING'a i uważają przypadki, zaliczone przez niego do wypryskowego zapalenia skóry, za oddzielne postaci wielokształtnego rumienia (*erythema*), bąblicy lub *hydroa* ²⁰⁾.

Co się tyczy patogenety tego cierpienia skóry, to dotychczas pochodzenie i istota samego cierpienia zupełnie są ciemne. W niektórych przypadkach wypryskowego zapalenia skóry, znajdowano zmiany w układzie nerwowym [przy-

1) P. RAYER. *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*. Paris. 1826 I. p. 170—171, 178—195.

2) C. M. GILBERT. *Traité pratique des maladies spéciales de la peau*. Paris. 1840. II. édit. p. 154—156.

3) *Diseases of the Skin*. 6-ch édition. London. 1867. p. 294.

4) ALEX. SIMON. *Ricord's Lehre*. 1852. II. p. 311—324.

5) *Annales des maladies de la peau et de la Syphilis*. 1852. 3.

6) *Maladies de la peau*. Paris. 1857. p. 309.

7) *Leçons sur les maladies de la peau*. II. édition. 2 partie. Paris. 1863. p. 136.

8) *Journal of cutan. medicine*. 1868. p. 203.

9) *VIRCHOW's Jahresber. pro 1870*. II. 2. p. 442.

10) *Archives of Dermatology*. 1877. Aprile.

11) *Viertelj. für Dermatol. und Syphilis*. 1880. II. 2. 3. p. 195.

12) *Dublin medical Journal*. 1881. 3. p. 70.

13) *VIRCHOW's Archiv*. 1883. November. p. 185.

14) *Med. News*. XLII. 188. p. 616. *Pilad. med. Times*. 1884 July 12. — *Med. New*. 1884. July 19; Nov. 22. 1885. March. 7; Nov. Y. *med. Jour*. 1884, July, 1884. Jul. 19. Novemb. 15; *Jour. of cut. dis*. 1884. Aug. — *Amer. Jour. of medic. sc*. 1884. October. 1885. January.

15) *Britsh. medical Journal*. 1885, 23 Mai.

16) *Journal of cutan. diseases*. 1885. 1. p. 1—4.

17) VALENTIN DI BERNA. *Ueber hereditäres Dermatitis bullosa und hereditäres acutes Oedem*. *Berliner klin. Wochenschrift*. 1885. 10.

18) R. W. TAYLOR. *A contribution to our Knowledge of the Hydroa bulleux of Bazin and of the Dermatitis herpetiformis of Duhring*. *Jour. of cutan. diseases*. 1886. 4. p. 106—111.

19) *Jour. of cutan. and vener. dis*. 1885. May. p. 150.

20) *Rozprawy w New-York dermatol. Society*, 1886. Febr. 23. *Jour. of cutan. dis*. 1886. 4. p. 120—122.

padek JARISCH'a], w jednym przypadku DÜHRING'a ²¹⁾ przyczyną cierpienia skóry były wstrząśnienia moralne; na ostatnią okoliczność zwracają uwagę i inni autorowie; MORRAN uważa wypryskowe zapalenie skóry za wynik choroby nerwów odżywczych tejże. Z drugiej strony na korzyść związku cierpienia skóry ze zmianami w układzie nerwowym przemawia, między innymi, symetryczność objawów na skórze i korzystny wpływ przy tej chorobie elektryczności.

Większość współczesnych dermatologów uważa wypryskowe zapalenie skóry za chorobę nerwów odżywczych skóry, jednakże należy oczekiwać jeszcze rozstrzygnięcia pytania o patogeniezie tego interesującego cierpienia skóry; stanowczych danych, dowodzących związku między wysypką i chorobami układu nerwowego, dotychczas mało posiadamy; rzadkość odnoszących się tutaj przypadków po części stanowi przyczynę tego, że wspomniane cierpienie należy uważać za mało dotąd rozjaśnione.

Mając na uwadze ostatnią okoliczność, sędzę, iż nie będzie zbytecznem podanie do wiadomości jednego przypadku pęcherzykowego cierpienia skóry, jaki spostrzegalem niedawno w klinice dermatologicznej prof. STUKOWIENKOWA w Kijowie. Cierpienie skóry w tym przypadku odpowiadało opisowi, podanemu przez DÜHRING'a, wypryskowego zapalenia skóry.

Kanonier kijowskiej artylerii fortecznej, Szczepan Biegun, 24 lat liczący, zapisał się do oddziału dermatologicznego kijowskiego szpitala wojskowego 25 Lutego 1885 r. Dwa miesiące temu chory dostał chrypki i kaszlu; przed dziesięcioma dniami zauważył na jednym boku pojawienie się wysypki pęcherzykowej. Badanie podmiotowe wykazało co następuje: chory budowy średniej, odżywianie umiarkowane; skóra i błony śluzowe blade; głos bezdźwięczny, narządy wewnętrzne zdrowe, ciepłota ciała nie podwyższona. Skóra całego boku prawego, począwszy od dołu pachowego aż do kości bezimiennych, pokryta bardzo gęstą wysypką pęcherzykową; wysypka składa się z pęcherzyków różnej wielkości, nie zlewających się z sobą i ułożonych w grupy bardzo nieprawidłowe; w niektórych miejscach zauważyć można rozrzucone pojedyncze drobne pęcherzyki, obok nich nieprawidłowego obwodu wielkie pęcherze, widocznie powstałe wskutek zlania się kilku mniejszych pęcherzyków. Na obwodzie okolic skóry zajętych przez wysypkę widać mnóstwo rozrzuconych pojedynczych, to znów zebranych w niewielkie, nieprawidłowe grupy drobnych pęcherzyków prosówkowatych. Niektóre pęcherzyki i pęcherze zawierają płyn surowiczy, większość ich jednak napełniona jest mętną surowiczo-ropną, a nawet wprost ropną wydzieliną, w niektórych miejscach zmieszaną z krwią; większość pęcherzyków, mianowicie znajdujących się w środku zajętego boku, pękła, a zawartość ich, zasychając, utworzyła zielonawo brunatne strupy; pod nimi znajduje się obnażona, czerwona, wilgotna powierzchnia skóry. Zewnętrzne zarysy wysypki, dochodzącej z przodu do linii sutkowej, z tyłu zaś nie przechodzącej na grzbiet, mają kształt zazębiony, w rodzaju figury pochodzącej z połączenia wielu linii półksiężycowych. Wokoło pę-

²¹⁾ A. DÜHRING. Case of dermatitis herpetiformis caused by nervous shock. Amer. Jour. of medic. Sciences. 1885. January. p. 94—98.

²²⁾ Jour. of cutan. and vener. diseases. 1886. 4. p. 121.

cherzyków, krost i wielkich pęcherzy, skóra przedstawia objawy zapalne, w postaci czerwonego naokoło nich krążka. Na skórze prawej okolicy pachwinowej spostrzegamy pęcherzyki, to rozsiane pojedynczo, to znów niektórych miejscach zebrane w nieprawidłowe grupy. Na wewnętrznej powierzchni górnej trzeciej części prawego ramienia widać również wielopostaciową wysypkę w postaci pęcherzyków i krost. Chory skarżył się na ból i pieczenie w dotkniętych miejscach skóry. Zalecono na zewnątrz posypywanie pudrem cynkowym, do wewnątrz chininę.

Dalszy przebieg cierpienia skóry był następujący: w miarę jak rozmieszczona pośrodku, dawniejszego pochodzenia, wysypka zasychała, tworząc liczne zlewające się strupy, naokoło tej wysypki, na obwodzie, spostrzegano postępowe szerzenie się wysypki pęcherzykowej; obok dawnych pojawiały się nowe pęcherzyki, krosty i wielkie pęcherze. Tym sposobem wysypka w przeciągu trzech tygodni rozszerzała się wciąż dalej ku obwodowi, obejmując coraz to nowe działy skóry i na koniec zajęła całą prawą stronę grzbietu, prawy bok, prawą połowę piersi i brzucha; oddzielne grupy pęcherzykowe pojawiały się również i na prawym przedramieniu. Świeża wysypka początkowo składała się wszędzie z drobnych pęcherzyków, które stopniowo powiększały się i zlewały z sobą po kilka razem, tworząc większe wykwyty pęcherzykowe, z nieprawidłowymi zarysami.

W miarę dalszego rozszerzania się sprawy chorobowej na skórze, objawy zapalne zaczęły się zmniejszać, również zmniejszała się czerwoność zapalna w około pojedynczych wysypek. Najpóźniejsze wykwyty nie były wcale otoczone czerwonym krążkiem, szybciej znikaly, przyczem zawartość pęcherzyków zasychała w cieńsze strupki. Po upływie półtora miesiąca od początku choroby zauważono wyraźne powstrzymanie się sprawy chorobowej. W środku okolic zajętych nastąpiło zblednięcie, łuszczenie i pigmentacja skóry po odpadnięciu strupów, na obwodzie świeże wykwyty zaczęły szybko podsycać, nowych pęcherzyków nigdzie nie było widać. Uczucia podmiotowe bólu i pieczenia niepokojące dotychczas chorego, zupełnie znikły, jednocześnie rozpoczęło się szybkie znikanie wysypki. Wszelako przez długi czas jeszcze [około trzech tygodni] zauważyć było można pigmentację i łuszczenie się odpowiednich okolic skóry. Chory wypisanym został z oddziału 7. V. tegoż roku. Objawy niezytu krtani i oskrzeli jeszcze wcześniej znikły i chory odzyskał głos zupełnie prawidłowy. Układ nerwowy był niejednokrotnie troskliwie badany, lecz oprócz wyraźnego zmniejszenia odruchów ścięgnistych w prawej [zajętej] połowie ciała, nie można było stwierdzić żadnych zбоceń, mogących wskazywać na związek cierpienia skóry z cierpieniem ośrodkowego układu nerwowego.

Powyższy przypadek przedstawia następujące cechy charakterystyczne:

1-o Przebieg cierpienia był jakby cyklicznym; cierpienie skóry przez półtora miesiąca ciągle postępowo, a następnie zauważono doraźne powstrzymanie się rozwoju tegoż cierpienia.

2-o Wysypka w postaci pęcherzyków i krost zajmowała tylko prawą połowę tułowia i kończyn, a więc była niesymetryczną.

Różniczkowe rozpoznanie od półpaśca (*herpes zoster*) zasadzało się w danym przypadku na braku bólów neuralgicznych, powolnym, postępowym rozwoju cho-

roby i nieprawidłowości ugrupowania wysypki, nieodpowiadającej zupełnie kierunkowi nerwów. Od rumienia HEBRA'y (*erythema Hebrae*) wysypka różniła się postępowym rozwojem, szczególnem umiejscowieniem i brakiem charakterystycznych nacieczeń guziczkowych. Obecność, a nawet przewaga drobnych pęcherzyków, którymi poczyniała się choroba, a także czerwoność zapalna na obwodzie wysypki wyłączały w danym przypadku bąblicę zwyczajną (*pemphigus vulgaris*), do wykwitów której bardzo podobne były w naszym przypadku niektóre wysypki, w czasie największego ich rozwoju. O pryszczycy (*eczema*) mowy tutaj być nie mogło, z powodu braku swędzenia i wielkości wykwitów. Wyłączywszy tym sposobem różne cierpienia skóry, cechujące się powstawaniem wysypki pęcherzykowej, a podobne do wypryskowego zapalenia skóry DUHRING'a, należy do naszego przypadku zastosować tę ostatnią nazwę, jako najbardziej zbliżoną i odpowiednią dla klinicznego obrazu choroby.

II. O PRZEDZIURAWIENIACH BŁONY BĘBENKOWEJ.

Napisał

D-r Teodor Heiman.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 46].

TRIQUET ¹⁾ twierdzi, że z umiejscowienia przedziurawienia sądzić można o przyczynie, jaka je wywołała. Wylicza on rozmaite formy zapalenia ucha, z których każda prowadzi do przedziurawienia innego odcinka błony, i tak np. *otitis phlyctenulosa pustulosa, erysipelatoso* ma się umiejscawiać na rąbku (*limbus*) w postaci znacznej ilości małych dziurek; przy *otitis syphilitica* przedziurawienie zawsze wytwarza się w odcinku dolnym i t. d.. Nikt wszelako obecnie nie przyjmuje takich form zapaleń ucha, tem samem przeto i ogląd TRIQUET'a o ważności umiejscowień dla rozpoznania upada.

Forma czyli kształt przedziurawień bywają najróżnorodniejsze. Bywają one linijne, trójkątne, wielokątne, poprzeczno i podłużno owalne, nerkowate, sercowate, eliptyczne, półksiężycowe, płatkowe, poszarpane i zupełnie okrągłe. Kształt otworu zależy po części od przyczyny, która go spowodowała. Najczęściej spotykamy otwory okrągłe lub owalne, takimi stać się też mogą otwory o brzegach nierównych, skutkiem ich wessania. Gdy przedziurawienie graniczy z trzonkiem młotka, a przeważnie z jego końcem dolnym, zwykle wtedy koniec trzonka sterczy w otworze, przez co ten ostatni przybiera kształt nerkowaty lub sercowaty. Otwory trójkątne lub szczelinowe są rzadkie, te ostatnie napotyka się niekiedy u brzegu złogu wapiennego ²⁾. Czasem otwór jest lejkowaty, jego pod-

¹⁾ l. c. str. 163.

²⁾ PAGENSTECHER. A. f. O. II. str. 14.

stawa szersza zwróconą jest do jamy bębenkowej lub do przewodu słuchowego zewnętrznego, stosownie do punktu wyjścia przedziurawienia ¹⁾. W rzadkich przypadkach otwór tworzy kanał zatokowy, lub też jest nierównym w różnych warstwach błony. Innym razem znowu część błony bębenkowej wypukła się w postaci ostrokągu lub pęcherzyka podobnego do ziarniny, na wierzchołku którego znajduje się mały otvorek. Ten rodzaj przedziurawienia napotyka się dość często przy zapaleniu śluzo-ropnem jamy bębenkowej i jest bardzo trudnym do usunięcia, jak to niejednokrotnie miałem sposobność przekonać się, o czem też i POLITZER ²⁾ wzmiankuje. Przedziurawienia linijne, okrągławe, owalne z ostro zakończonemi lub zaokrąglonemi końcami, a także płątowe [ZAUFAL i WENDT] zdarzają się w przypadkach urazowych. Otwory sercowate, eliptyczne lub nerkowate, częściej spotykamy przy, lub po sprawach ropnych przewlekłych w jamie bębenkowej.

Wielkość przedziurawień bywa też bardzo różnorodna, począwszy od wąskiej szparki lub otworku wielkości końca małej szpilki, aż do całkowitego prawie zniszczenia błony bębenkowej. Zniszczenie całkowite błony, tak, iżby nawet brakowało pierścienia chrzęstnego (*annulus cartilagineus*) ³⁾ należy do nadzwyczajnych rzadkości; częściej, nawet przy bardzo rozległych sputoszeniach błony, pozostaje część jej obwodu oraz cienki pasek dokoła trzonka ⁴⁾.

Rozmiary otworu nie zależą ani od przyczyny, ani też od czasu trwania sprawy chorobowej, *resp.* ropnej; często przy bardzo przewlekłych sprawach ropnych w jamie bębenkowej błona jest tylko pękniętą, brzegi pęknięcia stykają się ze sobą i rozchodzą się dopiero w czasie wpędzenia strumienia powietrza do jamy bębenkowej; innym razem znowu sprawy chorobowe, nawet bardzo ostre, w krótkim czasie niszczą błonę bębenkową na znacznej przestrzeni. W przypadkach urazowych, a także w zapaleniach ostrych przedziurawienia są zwykle niewielkie. Czasem jednak i w przypadkach urazowych przytrafiają się wielkie przedziurawienia. Itak: SCHALLE opisuje przypadek, w którym po otrzymaniu przez chorego policzka cała błona bębenkowa wpadła do jamy bębenkowej. BURNETT stwierdził wyrwanie całej błony. Największe i stosunkowo najszybsze zniszczenie błony bębenkowej spostrzegamy po szkarlatynie i ospie. TRIQUET⁵⁾ powiada, iż widział całkowite rozpadnięcie błony w przebiegu powyższych chorób, które rozwinęło się w ciągu jednej nocy. Przy szkarlatynie, skutkiem znacznego braku błony, zdarza się często, iż młoteczek i kowadełko zostają wypłukane ropą. Przy tyfusie, odrze i róży otwory zwykle bywają średniej wielkości [od 1—3 milim.]. Przy błonicy błona bębenkowa ulega tym samym zmianom co przy szkarlatynie. Bardzo wielkie zniszczenia spostrzegałem po zastosowaniu na błonę środków żrących. Przy przedziurawieniach wielkich następuje zwykle zmiana w poło-

¹⁾ URBANTSCHITSCH. l. c. str. 129.

²⁾ POLITZER. *Ohrenheilk.* str. 440.

³⁾ SCHWARTZE. *A. f. O.* XII, str. 130.

⁴⁾ Dotąd spostrzegałem dwa razy całkowite obnażenie trzonka, tak, że nawet jego chrząstki nie było. Oba przypadki były pochodzenia ostrego i zostały prawdopodobnie wywołane środkami żrącymi. W obu nastąpiło szybkie zablźnienie.

⁵⁾ L. c. str. 162.

zeniu trzonka młotka. Wiadomo, że mięsień natężacz błony bębenkowej znajduje się w stosunku przeciwnym [antagonistycznym] do samej błony, skoro zatem większa część tej ostatniej ulegnie zniszczeniu, mięsień, działając dalej, pociąga ku wewnątrz trzonek młotka wraz z resztkami błony; zdarzyć się przytem może, iż pociągnięty zostanie po nad górną połowę błony, tak, że go wcale nie będzie widać, co może być tłómaczone błędnie i uważane za brak młotka. Przy pociągnięciu ku wewnątrz, trzonek młotka dotyka niekiedy ściany wewnętrznej jamy bębenkowej i z takową się zrasta. Zdarza się to najczęściej nad najwyższym punktem wzgórka (*promontorium*) i wyraża się albo ograniczonym zgrubieniem błony śluzowej, albo małym splotem naczyniowym, ciągnącym się od tego miejsca ku dołowi. Trzonek, skutkiem pociągnięcia ku górze, wydaje się krótszym, a niekiedy jest on rzeczywiście takim lub go wcale nie ma, skutkiem zużycia (*usura*) częściowego lub całkowitego. Zdarza się też, że trzonek młotka zachowuje prawidłowe położenie, pomimo braku całej prawie błony; wskazuje to na stan chorobowy mięśnia natężacza, lub na to że mięsień zdrowy nie jest w stanie pokonać oporu, wytwarzającego się w tych razach, a mianowicie: nieruchomości resztek błony bębenkowej, skutkiem zwapnienia lub przerostu, zrośnięcia lub mocnego połączenia stawu młotko-kowadełkowego, lub też skutkiem znacznego napięcia więzów młotkowego przedniego ¹⁾, będącego przeciwnym dla mięśnia natężacza błony bębenkowej.

Kierunek przedziurawień bywa pionowy, poziomy, skośny, lub też wzdłuż warstwy promienistej błony bębenkowej. Podług TRIQUET'a kierunek skośny zdarza się częściej w przedziurawieniach urazowych.

Co do ilości przedziurawień, to zwykle bywa tylko jedno, nie rzadko jednak bywa ich dwa; w takich razach jedno przedziurawienie mieści się zwykle przed, drugie zaś po za trzonkiem młotka i przedzielone są wązkim paskiem błony, idącym od końca trzonka do jej obwodu; lub też każdy z otworów znajduje się w różnych częściach błony; niekiedy można też widzieć błonę bębenkową przedziurawioną w trzech miejscach ²⁾. Dotąd spostrzegałem dwa takie przypadki, jeden na klinice prof. POLITZER'a; przedziurawienia były suche i pochodzenia chorobowego; drugi w szpitalu ujazdowskim, w zeszłym roku przezemnie w „Gazecie Lekarskiej“ ³⁾ opisany. BONNAFONT i SCHWARTZE spostrzegli sitowate przedziurawienie powstałe po wybuchu gazów. Ciż sami autorowie widzieli liczne otwory w błonie bębenkowej przy ropieniach z ucha środkowego pochodzenia gruźliczego, ropniczego [pyemicznego] i dyfterytycznego. Liczne przedziurawienia po wybuchu widział też TROELTSCH u pewnego chemika. Tenże autor a także WREDEN spostrzegli przedziurawienia wielokrotne przy sprawach ropnych przewlekłych ucha średniego. Przedziurawienia wielokrotne w ogóle trafiają się częściej w przypadkach urazowych.

Do właściwych oznak przedziurawienia należy tak zwany *szmer przedziurawienia*, jaki słyszeć można w pewnej odległości od ucha, gdy chory

¹⁾ KESSEL. A. f. O. III. 313.

²⁾ TRÖLTSCH. L. c. 455.

³⁾ Gaz. Lek. Nr. 10 i 11. 1885.

wyciera nos, dalej przy wykonywaniu próby VALSALVY, metody POLITZER'a, oraz przy wpędzaniu powietrza do jamy bębnekowej przy pomocy cewnika. Szmer ten powstaje skutkiem wpełnienia powietrza do jamy bębnekowej przy powyższych manipulacjach i wydobywania się go przez otwór w błonie. Większość lekarzy, nie znając elementarnych wiadomości otyjatrycznych, objaw ten, powstający przy próbie VALSALVY, jedynej metodzie dostępnej dla ogółu, gdyż pozornie łatwo daje się wykonać i nie wymaga szczególnych przygotowań, uważa za patognomiczny dla przedziurawienia, którego istnienie wyłączają, gdy nie udaje się wywołać szmeru. Winiem przeto nadmienić, iż brak szmeru przy próbie tej przedziurawienia bynajmniej nie wyklucza, albowiem z przyczyny znacznego oporu w trąbce EUSTACHIUSZ'a zdarzyć się może, iż powietrze nie przeniknie wcale lub też z dostateczną siłą do jamy bębnekowej, a ztąd przez otwór do ucha zewnętrznego. Nie wszyscy też chorzy umieją wykonać próbę VALSALVY. Gdy kanał przenikający warstwy błony bębnekowej jest skośny, tak, iż otwór wewnętrzny i zewnętrzny nie znajduje się na jednej wysokości, wtedy pod słabem ciśnieniem powietrze z jamy bębnekowej przejdzie przez ten otwór z hałasem; pod znacznem — żadnego szmeru nie otrzymamy ¹⁾). Przy otworach wielkich, gdy jama bębnekowa jest suchą, bardzo często nietylko próba VALSALVY lecz i inne sposoby wpędzania powietrza do jamy bębnekowej szmeru nie sprowadzają wcale, lub też tylko dają rodzaj podmuchu, co wszelako szmeru właściwego nie stanowi; przy wykonywaniu tych sposobów wpędzania powietrza, z wyjątkiem próby VALSALVY, gdy ucho nasze połączymy z uchem chorego za pośrednictwem otoskopu, powietrze wpadające do naszego ucha jest zupełnie zimne, t. j. posiada ten stopień ciepłoty co powietrze w balonie; czegoś podobnego nie otrzymuje się, gdy błona bębnekowa jest nienaruszoną. Dzieci znowu nie umieją wcale wykonywać próby VALSALVY, u nich przeto, opierając się na tej jednej próbie, nie rozpoznalibyśmy prawie nigdy przedziurawienia. Chcąc u dzieci wywołać szmer przedziurawienia, najlepiej jest wpędzić powietrze do jamy bębnekowej za pomocą balonu POLITZER'a, nawet bez aktu połykania wody, to bowiem w takich razach także niepodobnem jest do uskutecznienia. Wstawiając u dzieci nasadkę balonu do nosa, wywołujemy z ich strony płacz i krzyk, co wystarcza do oddzielenia jamy nosowej od gardzielowej; powietrze wpędzone w takiej chwili, nie mając ujścia, wpada do trąbek EUSTACHIJUSZA, do jamy bębnekowej i przez otwór w błonie wydobywa się z hałasem na zewnątrz. Według SCHWARTZE'go odgrywa w tych razach główną rolę wąskość jamy nosogardzielowej i krótkość trąbki EUSTACHIJUSZA; oddzielenie jamy nosowej od gardzielowej przez podniebienie miękkie następuje skutkiem działania zwrotnego powietrza na jego ścianę górną ²⁾).

Szmer przedziurawienia bywa rozmaity, co głównie zależy od stanu jamy bębnekowej, zaś w mniejszej mierze od wielkości otworu i przyczyny która go sprowadziła. W przedziurawieniach małych szmer przedstawia się jako świst lub pisk, rozlegający się często na kilka metrów. Wysokość szmeru zależy od stanu, w jakim się znajduje trąbka EUSTACHIJUSZA. Przy ropieniach bywa ona

¹⁾ POLITZER. L. c. 457.

²⁾ BEHREND's. Journal f. Kinderkrankheiten. 1864.

częściej zwężoną, rzadko rozszerzoną; to ostatnie ma miejsce przy istniejącym zaniku części kostnej [TROELTSCH]. W pierwszym razie powstanie wysoki świst, w drugim—głośny szmer pęcherzowy. Przy przedziurawieniach wielkich, powietrze wychodzi przez nie strumieniem szerokim i z nieznacznym hałasem, lub też jako zwyczajny podmuch. Gdy w jamie bębnekowej znajduje się jednocześnie płyn, wytwarza się szmer w postaci rżężeń wielkopęcherzowych.

Na szczególne uwzględnienie zasługuje szmer w przypadkach urazowych. W tych razach, jeśli jama bębnekowa była przedtem zdrową, powietrze, wychodząc z niej przez otwór w błonie, wydaje szmer podmuchowy obszerny, bardzo niski. Dla wywoływania go, próba VALSALVY nie powinna być wykonywaną ze znacznem nateżeniem. W przedziurawieniach patologicznych tego nie napotykamy [POLITZER]. Niejednokrotnie miałem sposobność przekonać się o tym charakterystycznym szmerze. Szmer przedziurawienia powstaje wyjątkowo podczas połykania, jak zauważył URBANTSCHITSCH u chłopca 12 letniego ¹⁾; szmer w tym razie rozlegał się w całym pokoju. Obejrzenie błony bębnekowej przekonało, że przy każdym połykaniu brzegi rany odchyłały się na zewnątrz.

Po wpędzeniu powietrza z jamy bębnekowej przez otwór w błonie do przewodu słuchowego zewnętrznego, w głębi tego ostatniego spostrzegamy niekiedy małe pęcherzyki powietrzne, które można wziąć za przedziurawienie. Pęcherzyki te albo silnie odbijają światło, lub też przedstawiają się jako ciemne kulki ²⁾. Gdy występują po wpędzeniu powietrza do jamy bębnekowej, lub też podczas ziewania, stanowią nieomylny objaw przedziurawienia.

Między publicznością lekarską znanym też jest oddawna objaw, dowodzący niewątpliwie przedziurawienia błony bębnekowej, t. j. bulgotanie płynu w przewodzie słuchowym zewnętrznym przy wykonywaniu próby VALSALVY. Wykonuje się to w ten sposób, iż pochyliwszy głowę w stronę ucha zdrowego, do ucha chorego wlewamy cokolwiek płynu obojętnego, np. wody cieplej i zalecamy choremu wykonać powyższą próbę, przyczem powstanie w uchu bulgotanie płynu, zależące od przedostania się pęcherzyków powietrza z jamy bębnekowej do ucha zewnętrznego przez płyn w niem zawarty. O ile istnienie tego objawu przekonywa z całą pewnością, iż błona bębnekowa jest przedziurawioną, o tyle brak jego nie wyklucza przedziurawienia; tu bowiem ważną rolę odgrywają te same czynniki, o których wspominaliśmy, mówiąc o warunkach powstawania szmeru przedziurawienia.

Gdy wprowadzimy manometr do przewodu słuchowego zewnętrznego i jednocześnie zgęścimy powietrze w jamie bębnekowej, to jeżeli błona bębnekowa będzie przedziurawioną, płyn zawarty w rurce manometru znacznie się podniesie, lub zostanie nawet całkiem z niej wyrzuconym.

Płomień świecy, ustawionej w pobliżu ucha, zostanie poruszonym, gdy wpędzać będziemy powietrze do jamy bębnekowej przy przydziurawionej błonie bębnekowej.

¹⁾ L. c. str. 131.

²⁾ POLITZER. A. f. O. IV. str. 24.

Płyn, wciśnięty do jamy bębenkowej przez trąbkę EUSTACHIJUSZA, bardzo często wypływa częściowo przez przewód słuchowy zewnętrzny, jeżeli błona jest przedziurawioną. ISURD ¹⁾ spostrzegł, iż u niemowlęcia podczas ssania mleku o wypływało przez przewód słuchowy zewnętrzny. To samo co o płynie, da się też powiedzieć o wpędzaniu dymu tytoniowego, par chloroformu i t. p.. Płyn, wstrzyknięty do ucha zewnętrznego przy przedziurawionej błonie bębenkowej, wylewa się po części do gardzieli, zaś przy pochyleniu głowy ku przodowi — do nosa.

Jeżeli przy przestrzykiwaniu uchazewnętrznego, przy obecności w niem wydzieliny, w naczyniu gdzie się zbiera płyn, wydzielina okaże się śluzową lub śluzowo-ropną w postaci nitek, lub mass z sobą stopionych, to będzie to znakiem niezawodnym, wskazującym na połączenie nieprawidłowe między uchem średnim i zewnętrznym, gdyż taka wydzielina nie może pochodzić ze ścian przewodu słuchowego zewnętrznego, jako wysłanego naskórkem.

Gdy w uchu zewnętrznym nagromadzi się jakibądź płyn, można bardzo często spostrzedz widoczne tętnienie jego, w razie gdy błona bębenkowa jest przedziurawioną, szczególnie zaś gdy otworek jest nieznaczny. Najwyraźniej zauważyć je można w miejscach odbijających światło. Tętnienie polega albo na rytmicznym podnoszeniu się i opadaniu tego punktu świetlnego, albo na bocznem jego przesuwaniu się. Czasem występuje w płynie lub też w pewnym miejscu błony śluzowej jamy bębenkowej punkt świetlny regularnie znikający i znowu ukazujący się.

Tętnienie odróżnić należy od ruchu płynu w uchu zewnętrznym, wywołanego skutkiem poruszania się słupa powietrza w jamie bębenkowej. URBANTSCHITSCH spostrzegł u pewnego lekarza z przedziurawieniem środkowem błony bębenkowej, że w chwili fonacyi płyn zawarty w jamie bębenkowej przesunął się znacznie ku przodowi; jednocześnie w okolicy trzonka młotka ukazywała się nagle plama świetlna, która była widoczną przez cały czas wydawania głosu. Tętnienie najprzód zauważył WILDE ²⁾; zależy ono od ruchów tętnic ucha środkowego, wywołujących odpowiednie podnoszenie się i opadanie błony śluzowej, a ztąd i płynu na niej spoczywającego. Ponieważ ruchy te wywołane zostają przez naczynia jamy bębenkowej i najczęściej nie widać ich przy błonie bębenkowej nienaruszonej, do pewnego przeto stopnia stanowią one objaw przedziurawienia jej. Za objaw niezawodny nie można wszelako tętnienia uważać, gdyż wyjątkowo przytrafia się i przy nienaruszonej błonie bębenkowej ³⁾, a lubo przypadki takie są bardzo rzadkie, zmniejsza się jednakże w wysokim stopniu doniosłość samego zjawiska. Jeden taki przypadek spostrzegł URBANTSCHITSCH przy wylaniu się ofitego wysięku do jamy bębenkowej; istniało w tym razie wybitne tętnienie, zaś błona bębenkowa była nietkniętą ⁴⁾. TRAUTMAN ⁵⁾ uważa

¹⁾ ISURD. *Mal. de l'Or.* 2821. t. I. str. 362.

²⁾ *Med. Times and Gaz.* 1852, tóm. *Ohrenheilk.* str. 350.

³⁾ POLITZER. *Oestr. Z. f. prakt. Keilkunde.* 1886. str. 819. — SCHWARTZE. *A. f. O.* I. str. 140. — Jeden przypadek sam spostrzegalem.

⁴⁾ *L. c.* 132.

⁵⁾ *A. f. O.* IX. str. 103.

plamkę świetlną tętniącą za objaw nieomylny przedziurawienia błony bębenkowej. Niekiedy stwierdzić można tętnienie w przewodzie słuchowym zewnętrznym w ropie wylanej z ropnia).

Przy przedziurawieniach małych lub średnich, spostrzegał często URBAN-TSCHITSCH osadzającą się parę wodną na szkiełku lejka powietrznego, wyciągając nim powietrze z ucha zewnętrznego, *resp.* z jamy bębenkowej. Objaw ten występuje też, gdy wdmuchnąć świeże powietrze do ucha zewnętrznego bezpośrednio przed aspiracją; osad pary wodnej może powstać tylko wtedy, gdy cieplejsze powietrze z jamy bębenkowej uderzy o chłodniejszą tafelkę szklaną. Przy otworach wielkich zjawiska tego nie otrzymamy, gdyż ucho średnie i zewnętrzne tworzy jeden kanał, a powietrze wdmuchnięte do ucha zewnętrznego, oziębia też jamę bębenkową.

Wszystkie wymienione dotąd objawy przedmiotowe, razem wzięte lub pojedynczo, wskazują, iż przedziurawienie błony bębenkowej istnieje, lecz własności jego, umiejscowienie, wielkość, kształt, poznajemy dopiero przez badanie zapomocą wziernika usznego. Obraz wziernikowy przedziurawionej błony jest bardzo różnorodny i zależy, zarówno jak inne objawy, przeważnie od przyczyny, która cierpienie wywołała i od stanu jamy bębenkowej. W największej liczbie przypadków przedziurawienie łatwe jest do rozpoznania. Przedstawia się ono w otworach małych jako dołek lub punkt, silnie odbijający światło, lub też gdy otwór światła nie przepuszcza, jako plama czarna, podobna do barwnika, na błonie bębenkowej i to najczęściej w ćwiartce dolno-przedniej lub pod zakończeniem trzonka młotka. Barwa otworów wielkich zależy od własności widzialnej błony śluzowej jamy bębenkowej, od brzegów przedziurawienia i oddalenia ich od leżącego po za nimi odcinka jamy bębenkowej. Najczęściej taki otwór przedstawia się jako wielkie, czerwono-żółte, czerwone lub blade-różowe zagłębienie, otoczone obwódką białą lub czerwonawą rozmaitej szerokości i grubości, stanowiącą resztki błony bębenkowej. Brzegi przedziurawienia albo odstają od ścian wewnętrznej jamy bębenkowej, lub też błona jest na tyle wciągnięta ku wewnątrz, iż dotyka ścian jamy bębenkowej. W ostatnim razie bardzo często spostrzeżemy przedziurawienie dopiero wtedy, gdy błonę odsuniemy od ścian jamy bębenkowej, za pomocą zgęszczenia powietrza w uchu średnim, lub też rozrzedzenia go w przewodzie słuchowym zewnętrznym; odsuwanie i w ogóle badanie zgłębnikiem tylko w razach wyjątkowych okazuje się potrzebnem. Przedziurawienia bardzo małe linijne, lub też umieszczone bardzo nisko, lub gdy jedna ze ścian przewodu słuchowego zewnętrznego jest zbyt wypukłą, niekiedy mogą być niedostrzeżonemi i tylko inny objaw, np. szmer, o obecności przedziurawienia nas ostrzega. Przedziurawienia szczelinowe bardzo często uwytadniają się tylko w chwili wypuklenia się błony bębenkowej podczas zgęszczenia powietrza w jamie bębenkowej; zauważymy wtedy rozchodzenie się brzegów otworu. Przedziurawienie szczelinowe w plamce świetlnej przedstawia się w postaci delikatnej czarnej linijki w teźże plamce i jest bardzo trudnem

1) Moos. Klinik. str. 71.

do dostrzeżenia ¹⁾). Gdy błona bębenkowa jest zwiotczała, zcieńczała i przylega do ściany wewnętrznej jamy bębenkowej, przyczem uwydatni się błona śluzowa jamy bębenkowej, wtedy stan taki łatwo może być wzięty za całkowity brak błony bębenkowej; odwrotnie znowu brak błony może być uważany za zwiotczenie jej. Lubo oko wprawne rozpozna właściwy stan bez wielkich trudności, wszelako dla usunięcia wszelkiej wątpliwości, dobrze jest w tych razach zgęścić powietrze w jamie bębenkowej lub rozrzedzić je w uchu zewnętrznym; błona zwiotczała po takim rękoźynie wypukli się choć na krótką chwilę i przez to obecność jej uwydatni się; przy braku jej, obraz wzornikowy nie ulegnie zmianie; nadto, chcąc się przekonać o braku błony, zwrócić należy jeszcze uwagę i na to, czy brzeg przedziurawienia wewnętrzny, a częściej jeszcze dolny, znajduje się w związku z jamą bębenkową, czy też istnieje między nimi szczelina. Ta ostatnia wskazuje niewątpliwie na brak błony bębenkowej.

Dr. Ludwlg LOEWE ¹⁾) zaprzecza istnieniu całkowitych braków błony bębenkowej, lub też zalicza je do nadzwyczajnych rzadkości, a opisane pod tą nazwą uważa jako przedziurawienia małe, połączone z jednoczesnem załamaniem się i przyrostem błony bębenkowej do jamy bębenkowej. Młotek i część kowadełka pozornie tylko sterczą swobodnie w jamie bębenkowej. Za poglądem tym mają przemawiać następujące okoliczności: 1) Gdyby tak zwany brak zupełny błony bębenkowej istniał w rzeczywistości, musielibyśmy przez otwór widzieć rozmaite części składowe jamy bębenkowej, jak: strzemię, strunę bębenkową, wzgórek, oba okienka i t. d.. Tymczasem zamiast tego wszystkiego widzimy powierzchnię wzgórkowatą, zasianą kilkoma punktami świecącemi. 2) Przy stosowaniu metody POLITZER'a i przy jednoczesnem otoskopowaniu, powietrze powinno wychodzić przez otwór trąbki w jamie bębenkowej. Tymczasem występuje ono daleko więcej ku tyłowi, wyszukuje sobie drogę między załamaną błoną bębenkową i błoną śluzową jamy bębenkowej, dopóki nie dojdzie do miejsca, gdzie się znajduje otwór. 3) Rozrzedzając powietrze w przewodzie słuchowym zewnętrznym i zgęszczając je jednocześnie w jamie bębenkowej, widzimy, że często załamana część błony bębenkowej wyprostowyya się i przedziurawienie całkowite przechodzi w częściowe.

Nie wdając się w bliższy rozbiór tej kwestyi. powiem tylko to, że praktyka przekonywa nas, iż przedziurawienia całkowite zdarzają się nierzadko, a odróżnienie ich od załamanej, mało przedziurawionej błony bębenkowej z przyrośnięciem jej do jamy bębenkowej, często już zapomocą wzroku uskutecznić się daje, zaś w razach trudniejszych — przez rozrzedzenie powietrza w uchu zewnętrznym i zgęszczenie w średnim, o czem już poprzednio wzmiankowałem; nareszcie owe części składowe jamy bębenkowej, o których Dr. LOEWE wspomina, a które powinniśmy widzieć przy przedziurawieniach całkowitych, rzeczywiście często widoczne.

WILDE ¹⁾) zwraca uwagę na cień, niekiedy bardzo widoczny, jaki rzuca brzeg

¹⁾ TRAUTMANN. A. f. O. VII. str. 137.

²⁾ Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1884. str. 38, 39.

³⁾ Ohrenhk. str. 354.

przedziurawienia lub trzonek młotka na ścianę wewnętrzną jamy bębnekowej; cień ten zmienia się lub też całkowicie znika, stosownie do położenia jakie nadajemy głowie osoby badanej podczas badania wziernikiem. Na objaw ten zwraca też uwagę POLITZER ²⁾).

Przedziurawienia pochodzenia urazowego przedstawiają w pierwszych dniach bardzo charakterystyczny obraz wziernikowy błony bębnekowej. Powstałe skutkiem nagłego zgęszczenia słupa powietrznego w uchu zewnętrznym, przedstawiają się one zwykle jako rozdarcia linijne [ТОУНБЕЕ] i przebiegają z tyłu i pod trzonkiem młotka; brzegi przedziurawienia rozchodzą się dopiero przy próbie VALSALVY. Podług HUBERT-VALLEROUX'a, takie przedziurawienie ma kształt litery T. Tę formę uważa POLITZER za bardzo rzadką. Spostrzegane przypadki przez tego ostatniego przedstawiały otwory ziejące, przez które można było dokładnie obejrzeć ścianę wewnętrzną jamy bębnekowej, która tem będzie widoczniejszą, im otwór będzie większy; przedstawia się ona jako powierzchnia wilgotnawa, błyszcząca, żółtawa, podobna do kości nie przepełnionej naczyniami krwionośnymi. Ja spostrzegałem obie formy rozdarcia, częściej wszelako rodzaj przedziurawienia opisywany przez POLITZER'a. Brzegi przedziurawienia urazowego w ogóle są ostro odgraniczone i pokryte czerwonymi lub ciemnoczerwonymi skrzepami krwi w całej rozciągłości lub tylko w pewnych miejscach; niekiedy cały otwór zatkany jest skrzepem krwi. Czasem widzimy w bliskości otworu, lub w pewnej od niego odległości, podbiegnięcia krwawe. Sama błona jest zdrową; tylko naczynia trzonka młotka są niekiedy krwią przepełnione. Podług ZAUFAL'a i WENDT'a, zostaje niekiedy wyrwany z błony cały płat, zawiązujący się ku wewnątrz lub ku zewnątrz,

Przedziurawienia urazowe, powstałe skutkiem wdrażenia w błonę bębnekową ciała obcego od zewnątrz ku wewnątrz, przedstawiają dość często w odcinku tylnym pasek obnażony z naskórka, dochodzący niekiedy do przedniej połowy błony i tu zakończony otworem ¹⁾. Tego rodzaju przedziurawienia najczęściej widzimy w ćwiartce dolno-przedniej, niekiedy dolno-tylnej, zwykle wzdłuż trzonka młotka. LEWY ²⁾ i inni częściej spostrzegali takie przedziurawienia w ćwiartce tylnio górnej; przedziurawienie często było powikłane złamaniem młotka [MÉNIÈRE, HINTON, TROELTSCH]. Niedawno spostrzegałem otwór w ćwiartce przednio-górnej, przedstawiający wszelkie cechy uszkodzenia urazowego, który, jak się przekonałem, wywołany został przekłuciem błony zapomocą osto-zakończonego drewnianka. Z tego wynika, że przedziurawienia urazowe mogą się zdarzać we wszystkich częściach błony bębnekowej.

Przy ostrych sprawach ropnych w uchu średnim pochodzenia chorobowego, gdy wydzielina jest umiarkowaną, przedziurawienie przedstawia się jako otworek czarny, ostro ograniczony, wielkości końca igły lub ziarenka maku, w którym spostrzegamy niekiedy tętniący pęcherzyk powietrza. Częściej otworu nie

1) L. c. str. 476.

2) ZAUFAL. A. O. VII. str. 37:

3) Mal. de l'Or. 1885. str. 155.

widać, lub też przedstawia się on jako mały dołeczek tętniący, światło odbijający. W wielu sprawach przewlekłych, obraz wzornikowy będzie taki sam, w innych znowu będzie niejasny i to tembardziej, im mniejszem będzie przedziurawienie, zwłaszcza gdy je zasłaniać będzie ściana dolna przewodu słuchowego zewnętrznego. Obraz wyraźny i jasny otrzymamy przy otworach wielkich i większych, przez które udaje się obejrzeć znaczną część jamy bębnekowej. Resztki błony, otaczające otwór, przedstawiają odcień zielono-żółtawy lub szaro-czerwonawy, wyróżniający ją od koloru ciemno-czerwonego lub różowego błony śluzowej jamy bębnekowej; kolor resztek błony zależy od wysięku, ropy na powierzchni lub w jej tkance. Niekiedy błona bębnekowa przedstawia ten sam kolor co błona śluzowa jamy bębnekowej i to albo w całej rozciągłości swojej, lub tylko w pewnych jej miejscach, co nadaje pozór owrzodzeń na błonie. Brzeg przedziurawienia nie różni się niczem od dalszych części błony, lub też przedstawia rąbek czerwony, zasiany dość często nadzwyczaj drobną ziarniną. Brzeg jest zupełnie wolny, lub też w niektórych miejscach przylega do ściany wewnętrznej jamy bębnekowej. Najczęściej widzimy to na brzegu tylnym dotykającym wzgórek. W przedziurawieniach małych, z powodu zgrubienia naskórka, rzadko widać trzonek młotka, a jeśli następuje zaostrenie się sprawy chorobowej, nie zobaczy go się nigdy. W otworach wielkich trzonek młotka, pozbawiony otaczającej go tkanki, albo sterczy swobodnie w jamie bębnekowej bez zmiany swego położenia, lub też jest wielokrotnie zgrubiały i pociągniętym ku wewnątrz, przyczem dotyka końcem dolnym ściany wewnętrznej jamy bębnekowej lub wzgórek; albo jest tak pociągniętym ku górze, że go nie widać, albo też rzeczywiście go nie ma skutkiem wypróchnienia, albo nareszcie bywa skróconym z przyczyny odpróchnienia końca dolnego. Przy przedziurawieniach większych i przy należytem oświetleniu, udaje się obejrzeć błonę śluzową jamy bębnekowej, która przedstawia się żółto-czerwoną, szkarłatno-czerwoną lub sino-czerwoną, w niektórych miejscach błyszczącą i nie rzadko pokrytą silnie przylegającym wysiękiem lub naskórkiem. Obrzmienie błony śluzowej jest nieznaczne, lub też dochodzi do tego stopnia, że ta w postaci polipa sterczy po za płaszczyznę przedziurawienia, utrudniając niekiedy rozpoznanie właściwego stanu rzeczy. Czasem całe pole widzenia zasiane jest pojedynczemi lub całą grupą ziarniny lub polipów. Te ostatnie mają niekiedy twardość chrząstki i po ustaniu sprawy ropnej przedstawiają żółte węzły na ścianie wewnętrznej jamy bębnekowej.

Opisane obrazy wzornikowe wcale lub też bardzo rzadko spostrzegać się dają u dzieci bardzo młodych, z przyczyny, iż wążki już w stanie prawidłowym przewód słuchowy zewnętrzny jest zwykle bardzo obrzękły, części głębsze są zanieczyszczone ropą i krwią, a przytem dzieci najczęściej są bardzo niespokojne.

Po ustaniu ropienia w jamie bębnekowej, obraz wzornikowy błony bębnekowej przedstawiać się będzie odmiennie od opisanego dotychczas. W sprawach ostrych z ustaniem ropienia zasklepia się prawie zawsze otworek, lub też przez pewien stosunkowo niedługi przeciąg czasu pozostaje nieznaczny czarny punkcik otoczony rąbkim białym, wążkim, nieco wystającym, albo też brzegi otworku są ostro zakończone.

[C. d. n.]

III. TYFUS WYSYPKOWY U DZIECI.

Napisał

D-r med. L. Wolberg.

b. lekarz warszawskiego szpitala dla dzieci.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 46].

We wszystkich przypadkach tyfusu plamistego znajdujemy śledzionę powiększoną, już w pierwszych dniach choroby. Zwykle górny brzeg śledziony sięga do ósmego żebra koło 6—7-o dnia choroby, a w następujących dniach podnosi się o jedno lub dwa żebra; w wielu jednak przypadkach odrazu śledzioną sięga bardzo wysoko, mianowicie do VI-o żebra, a potem waha się, to zmniejszając się, to powiększając o jedno żebro. Ku dołowi śledzioną też powiększa się, co łatwo zbadać, gdy brzuch nie jest wzdętym; lecz że najczęściej mamy do czynienia z przeciwnym stanem, przeto zadowolnić się musimy badaniem górnej granicy śledziony. Na powiększenie śledziony gorączka wpływu nie wywiera, albowiem przy wysokiej ciepłocie spostrzegamy nieraz mało powiększoną śledzionę i odwrotnie. Również na wahanie się wielkości śledziony stan ciepłoty nie okazuje wpływu.

Powiększanie się śledziony nie jest połączone z bolesnością, jak to widzieliśmy niejednokrotnie przy gorączce powrotnej, a podobnie, jak powiększanie się tego narządu nie zależy od samej ciepłoty, tak też i zmniejszanie się jego nie zależy od niej, gdyż w ostatnich dniach tyfusu przy większej ciepłocie widzimy jeszcze silne powiększenie śledziony, która dopiero powoli, podczas rekonwalescencji, maleje.

Wątroba nie przyjmuje żadnego udziału w sprawie tyfusu wysypkowego. W żadnym z tych 50 przypadków nie zauważyliśmy ani bolesności, ani powiększenia wątroby ani też żółtaczki, podczas gdy przy gorączce powrotnej w kilku przypadkach wątroba przyjmowała udział w chorobie, a żółtaczka wikała przebieg choroby.

Bardzo rzadko w przebiegu tyfusu plamistego u dzieci spotykamy się z krwawieniami, które przy gorączce powrotnej częściej widzieliśmy, szczególnie pod koniec napadu. Przy tej ostatniej chorobie krwawienia wcale nie miały złego znaczenia i nieraz powtarzały się przy następnych napadach. W tyfusie plamistym spotykaliśmy tylko dwa razy krwawienia, raz w przypadku który zakończył się śmiertelnie i gdzie oprócz powtórnych krwawień z nosa widzieliśmy wynaczynienia na skórze, a nawet stolce krwawe, drugi raz w przypadku odznaczającym się pod wielu względami bardzo ciężkim przebiegiem. Podajemy w krótkości opis obu przypadków:

VI. Siemen Róża, 6-letnia dziewczynka, zachorowała 5 Sierpnia 1882, wstąpiła do szpitala 14. VIII. Choroba jej rozpoczęła się przed 9 dniami lekką gorączką, a na cztery dni przed wstąpieniem gorączka znacznie się wzmogła. W nocy chora bredzi. Na dzień przed wstąpieniem do szpitala miała obfity krwotok z nosa. Słabej budowy ciała i źle odżywiana. Na całym ciele liczne, drobne wynaczynienia, dziąsła i język krwią pokryte, rów-

niez z nosa wypływa krew. Granice płuc prawidłowe, oddech zaostrowany. Brzuch bardzo bolesny, śledziona wyczuwalna od dołu, język podsychnięty.

Ciepłota 40,0°, 40,5° C. Wieczorem chora nieprzytomna.

16. VIII. Ciepłota 40,0°, 40,0° C., tętno 120. Osłabiona; miała trzy wypróżnienia. Nie było krwawienia.

17. VIII. Ciepłota 39,6°, 40,0° C., Nieprzytomna. 18. VIII. Znowu krwawienie z nosa, z ust; na krzyżu, na grzbiecie i na dolnych kończynach dużo pęcherzyków z krwawą zawartością; zupełna nieprzytomność. Ciepłota 40,0°, 39,5° C.

19. VIII. Ciepłota 37,6° C. Tętno ledwie wyczuwalne, k r e w w stolcach, nieprzytomność.

Śmierć o godz. 11tej wieczorem.

Autopsji nie robiono.

Następujący przypadek podajemy szczegółowiej nietylko ze względu na krwawienie, lecz także na długi przebieg choroby, na poty w przebiegu i na zachowanie się gorączki i tętna, wszystko szczegóły, które poruszymy na następujących stronicach, powołując się na niniejszy przypadek:

VII. F a j g e n b a u m B r u c h a 12-letnia, zachorowała 23 Kwietnia 1884, a już 25 IV. czyli na trzeci dzień wstąpiła do szpitala, uskarżając się na ból głowy, senność, osłabienie, gorączkę i lekki kaszel. Dobrze odżywiana. Język suchy i czerwony, brzuch niebolesny i miękki. Śledziona sięga do VII żebra. Zaparcie stolca. Na piersiach i na dolnych kończynach w y s y p k a p l a m i s t a [już 3-go dnia choroby].

Tętno pełne 120. Ciepłota 39,0°, 40,0° C..

26. IV. Głowa w tył ściągnięta, skutkiem tego mięśnie karku bolesne. Wysypka coraz obfitsza. 28. IV. Ciepłota 39,0°, 40,0° C. O godzinie 3-iej i o 5-iej po południu k r w a w i e n i e z n o s a. W stolcach krwi nie ma.

30. IV. Wysypki już nie znać. Ciepłota 38,2°, 40,2° C. Krwawienie z nosa nie powtórzyło się więcej.

Przez następne trzy dni ciągle ból głowy, wysoki stan ciepłoty. Język staje się wilgotniejszym, a śledziona obniża się do VIII-go żebra.

5. V. Ciepłota 38,0°, 38,4° C. Poty z początku tylko na twarzy, a następnie na całym ciele. Czternasty dzień choroby, pomimo tego ciepłota nie spada, lecz wynosi 7 Maja 38,8° C., 40,0° C., tętno 100, bardzo słabe. Ciągle senność, osłabienie w wysokim stopniu. Ciepłota w następnych dniach zmniejsza się, nie przenosi nawet wieczorem 38,6° stopni, a 16 Maja ciepłota 37,4°, 38,0° C. Tętno tylko 58.

Następnego dnia tętno poprawia się, wynosi 80—96 na minutę. Ogólny stan chorej dopiero koło 20 Maja zaczyna poprawiać się, lecz rekonwalescencyja trwa długo, chora dopiero 16 Czerwca uzdrowiona opuszcza szpital. Pobyt w szpitalu 53 dni, trwanie do ostatniego dnia gorączki 24 dni.

Na zasadzie tych przypadków, możnaby krwawieniom przypisać niedobre prognostyczne znaczenie, albowiem wskazują one na podupadłe odżywianie organizmu i skutkiem tego na mniejszą jego odporność.

Do bardzo rzadkich objawów tyfusu wysypkowego należy łuszczenie się naskórka. Spozrzegliśmy je tylko dwa razy: 1) u 6-letniego chłopca na 13-ty dzień choroby, gdy już przestał gorączkować; zwykła wysypka zjawiała się u niego dopiero 9-go dnia choroby, a zginęła 11-go, 2) w drugim przypadku łuszczenie pokazało się jeszcze podczas gorączki, u 12-letniego chłopca, 21-go dnia choroby. Przebieg tego przypadku był bardzo ciężki i trwał 31 dni.

Łuszczenie bywa nie zbyt obfite, w kształcie drobnych płateczków, jak przy odrze, i ma miejsce na piersiach, brzuchu i kończynach. Trwało w obu przypadkach tylko przez jeden dzień.

W powyżej opisanym przypadku [Spostrzeżenie Nr. 7] wspominaliśmy o wystąpieniu potów na twarzy i na ciele podczas przebiegu tyfusu. Poty zwykliśmy zważać za objaw krytyczny, przypadający po spadku ciepłoty i zakończający chorobę. I rzeczywiście w tej formie spostrzegaliśmy je w kilkunastu przypadkach plamistego tyfusu. Tego samego dnia, kiedy ciepłota opada do prawidłowego stanu, w nocy chory bardzo obficie się poci. Niekiedy poty powtarzają się następnego, a nawet trzeciego dnia jeszcze, lecz są to rzadsze przypadki. Niekiedy chory pocyna pocić się jeszcze podczas istniejącej gorączki, a dopiero w następnych dniach ciepłota opada do stanu prawidłowego i poty powtarzają się.

W wielu przypadkach choroba kończy się albo zupełnie bez potów, albo przy tak nieznacznych, że na nie uwagi nie zwrócono. Przy gorączce powrotnej poty bywały prawie w każdym przypadku i tak obfite, że na nie koniecznie uwagę zwracano, przy tyfusie plamistym zaś przeszło w 25 przypadkach wcale o potach nie ma wzmianki lub też zanotowano zupełny brak takowych. Nie stanowią one zatem niezbędnego objawu.

W czterech przypadkach spotykamy natomiast poty w przebiegu choroby. O jednym wspominaliśmy już; poty wystąpiły 11-go dnia choroby przy ciepłocie 38,0°, 38,4° C., pomimo potów gorączka trwała dalej jeszcze przez 10 dni. W końcu zaś tyfusu poty nie powtórzyły się. To samo miało miejsce w drugim przypadku u 8-letniej dziewczynki. W trzecim zaś przypadku, 9-letnia dziewczynka pociła się już 12-go dnia choroby przy ciepłocie 38,5°, 39,0° C., lecz sprawa trwała dalej jeszcze przez cztery dni, a ostatniego dnia poty powtórzyły się przy ciepłocie, wynoszącej rano 38,0° C., a wieczorem 37,0° C.

Tak samo było w IV-ym przypadku: poty w przebiegu, t. j. 15-go dnia przy ciepłocie 40,0°, 40,2° C., powtórnie w końcu choroby, 22-go dnia przy ciepłocie 38,5°, 37,0° C..

Gorączka jest ważnym objawem tyfusu. Przebieg jej jest charakterystycznym. Możemy go porównać do przebiegu podczas jednego napadu gorączki powrotnej. Różnica zachodzi tylko co do spadku ciepłoty.

Ciepłota odrazu osiąga bardzo wysokich stopni przy tyfusie plamistym; przekonaliśmy się o tem u jednej chorej, która zachorowała w szpitalu. Zaraz pierwszego dnia ciepłota wynosiła u niej 40,2° C. wieczorem. Spostrzeżenia te potwierdzają i inne podobne, zrobione u dzieci, przybywających 3-go, 4-go dnia choroby; zawsze one gorączkowały bardzo silnie, od 39,5° C. do 40,5° C.. W jednym tylko przypadku spostrzegaliśmy z początku choroby [5-go i 6-go dnia] jeszcze wyższy stan ciepłoty, mianowicie 41,1° i 41,5° C. wieczorem. Wogóle wyższa ciepłota nad 40,5° C. wieczorem bardzo rzadko się zdarzała, nawet w późniejszym przebiegu, a przy powikłaniu z zapaleniem krupowem płuc, wieczorna ciepłota tylko dwa razy wzniosła się do 40,4° i do 40,6° C., wogóle zaś ciepłota wynosiła około 40° C..

Przez pierwsze 7 do 14 dni [co zależy od długości całej choroby], ciepłota utrzymuje się na wysokości 40-stopniowej, z nieznacznymi wahaniami rannemi.

Wahania między ranną a wieczorną ciepłotą wynoszą w pierwszych 7—10 dniach choroby od 0,1—0,8 C..

Następnie ciepłota zniża się zwykle o jeden stopień, t. j. spada do 39° C.; znów przez dwa do trzech dni waha się w granicach od 39° [rano] do 39,6° C. [wieczorem], a następnie opada jeszcze o stopień, t. j. do 38° C., a potem ostatecznie opada do 37°, a nawet niżej do 36,5°; ten ostatni spadek bywa zwykle natychmiast po przełomie choroby, trwa 2—3 dni skutkiem osłabienia chorego dziecka, a potem ciepłota wznosi się do prawidłowej wysokości [37° C.].

Różnica zatem pomiędzy ciepłotą tyfusu plamistego a gorączki powrotnej polega na tem, że przy tyfusie ciepłota opada powoli, w ciągu kilku dni zbliżając się coraz bardziej do stanu prawidłowego, podczas gdy w gorączce powrotnej spadek jest najczęściej silnie krytycznym, bez przejść.

Od opisanego typowego przebiegu gorączki zdarzają się wyjątki, acz nieliczne. Widzimy naprzykład, że ciepłota przez pierwsze osm dni choroby jest stosunkowo niską, waha się pomiędzy 38,0—39,0° C., a dopiero 9-go dnia wznosi się do 40,0° C.. Również i spadek nie zawsze bywa tak systematycznym, jak opisaliśmy, t. j. o jeden stopień, coraz niżej aż do stanu prawidłowego, lecz zdarza się, że ciepłota odrazu spada o jakie dwa stopnie, t. j. z 40° do 38° C., a potem jeszcze niżej.

Podaliśmy także, że wahania między ranną a wieczorną ciepłotą są zwykle niewielkie, nie przenoszące 0,8° C.; lecz i od tego widziałem niekiedy kilka wyjątków, w których wahania owe wynosiły 1,5°—2° C. i więcej, a mianowicie ranna ciepłota wynosiła 37,2° C., wieczorna 39,4° C., lub ranna 38,2° C., wieczorna 40,8° C.. Tego rodzaju wahania zdarzały się zwykle przez dwa lub trzy dni w czasie przebiegu, który powracał potem do prawidłowego typu. Jednakowoż mamy dwa spostrzeżenia, w których linije ciepłoty są prosto nieregularne, gdyż różnice ciepłoty między następującymi po sobie dniami, jak również wahania pomiędzy ranną, a wieczorną ciepłotą są znaczne, wynoszą bowiem do 2° C. i więcej i to przez cały czas trwania choroby. [D. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

15. Zwężenie przełyku nagle zwiększonym tętniakiem aorty zstępującej.

Pan K., obywatel ziemski, przed laty cieszył się dobrem zdrowiem. Od lat kilku zauważył bicie serca, utrudniony oddech i uczucie jakiegoś ucisku w piersiach. To go zmusiło do szukania porady u lekarzy wileńskich, którzy mu przepisali naparstnicę z żelazem. W Lutym r. b. pan K. udał się do mnie, wskutek zwiększenia się przypadłości cierpienia. Znalazłem co następuje: Chory wychudły z twarzą blado-żółtą, oczyma zapadłemi, osłabiony, posuwa się o kiju. Skarży się na bicie serca, które jest tak głośnem, iż sam je słyszy, szczególnie po ruchu, kawie, winie. Przy badaniu serca znalazłem uderzenie jego wierzchołka w VI. międzyżebżu na linii sutkowej. silne, podnoszące wspomniany przedział bardzo widocznie. Opukiwanie wykazało znaczny przerost lewej komórki serca.

Zamiast pierwszego tonu nad aortą słycać dość silny podmuch; drugi ton akcentowany. Z tyłu, między łopatkami, w okolicy 8—9 kręgu grzbietowego szmer ten dmuchający jest silniejszym i w tem to miejscu chory uskarża się na uczucie jakiegoś nieprzyjemnego ciśnienia. Wątpliwości nie ulega, iż miałem do czynienia z tętniakiem aorty zstępującej.

We Wrześniu r. b. przybył chory znowu do mnie więcej jeszcze osłabiony i z nowem cierpieniem. Od trzech tygodni zjawilo się utrudnienie w przełykaniu z początku stałych, potem płynnych pokarmów, w końcu, od kilku dni, zupełna niemożność przełykania nawet płynów, które po pewnym przeciągu czasu, a często nawet w tej samej chwili zostają wyrzucane nazad. Przy osłuchiwaniu między łopatkami okazało się, iż przelknięty płyn zatrzymywał się tu w okolicy 8—9 kręgu. Szmer podmuchowy aorty znacznie słabszy niż dawniej, jak również i szmer pomiędzy łopatkami. Dla znieczulenia przełyku, dałem choremu zażyć trochę roztworu kokainy, poczem założyłem elastyczny zgłębnik połykowy. Zgłębnik ów, 6 mm. średnicy, przeszedł, acz z trudnością przez miejsce zwężone.

Z racyi, iż wzmiankowane utrudnienie i w końcu niemożność łykania zjawiała się u K. prawie nagle i to od 3 tygodni, wiedząc o obecności tętniaka aorty zstępującej, zacząłem podejrzewać, czy owe zwężenie przełyku nie jest skutkiem ucisku, wywieranego przez nagle powiększony tętniak aorty.

Dla przekonania się, użyłem następnego sposobu. Napełniłem elastyczny zgłębnik przełykowy wodą, zatkawszy oba dolne otwory woskiem. Potem oprawiłem cienką szklaną rurkę w korek gumowy i ją również napełniłem wodą, zatkawszy wolny jej górny koniec woskiem, poczem włożyłem ją w górny, lejkowato rozszerzony koniec zgłębnika napełnionego wodą. W ten sposób otrzymałem ciągly słup wody w zgłębniku i rurce szklanej, z której zdjąłem przykrywający wosk i tak przygotowany zgłębnik włożyłem aż do zwężonego miejsca przełyku. W tej chwili też można było widzieć rytmiczne podnoszenie się i opadanie wody w rurce szklanej, jednoczesne zupełnie z tętnem promieniowem. To podnoszenie się i opadanie słupa wody było skutkiem ucisku tętniaka na przełyk i zawarty w nim zgłębnik, wodą napełniony, które to ciśnienie wypychało wodę z rurki. To mi posłużyło za dowód, iż oczywiście zwężenie przełyku nastąpiło wskutek ucisku od zewnątrz, przez tętniak aorty zstępującej.

S. Kraszewski (Iwre pow. Oszmiański).

16. Uwężiona przepuklina sznurka pępkowego.

W końcu Września r. b. byłem wezwany do mnogorodzącej położnicy starozakonnej X., mieszkanki miasteczka Iwia, która przed kilkoma godzinami urodziła chłopczyka z „jakimś dziwnym czerwonym guzem na brzuchu“. Przybywszy na miejsce, znalazłem noworodka przy życiu, słabo jednak oddechającego i postępującego. Na środku niezapadłego brzuszka wychodził z obrączki pępkowej okrągłej formy guz, przedstawiający o b n a ż o n e wnętrzości. Guz miał mniej więcej 10—12 ctm. średnicy; w skład jego wchodziły kieszki cienkie, większa część okrężnicy, wielka krzywizna żołądka i część śledziony. Kieszki cienkie barwy ciemno-czerwonej; w niektórych miejscach widoczne są na ich powierzchni żółtawe pęcherze, a w kilku miejscach nieprawidłowej formy drążące otwory o 2—6 mm. średnicy, przez które wydostaje się smołka i posoka. Okrężnica znacznie bledsza, również i większa krzywizna żołądka. Część śledziony widoczna już w samej obrączce pępkowej. Obrączka owa, 3 ctm. średnicy mająca, nic zresztą nieprawidłowego nie przedstawia. Guz ów był mocno napięty w obrączce i o wprowadzeniu wypadłych wnętrzości, gdyby nawet zdrowe były, myśleby nie można, bez uprzedniego rozdzielenia uciskającej obrączki. Sznupek pępkowy, od obrączki poczynając, miał formę pępkowatą, dość ostro ku górze się zwężał i na 5 centymetrów od obrączki przedstawiał grubość zwykłą. Z prawej strony lejek ów od obrączki poczynając, w górę na 5 ctm. miał s z c z e l i n ę p o d ł u ż n ą, brzegi której były bez śladu zgorzeli i dość równe; powstała więc

ona widocznie li tylko od wewnętrznego parcia wnętrzości na słabą tkankę sznurka.

Przypadek ten ze wszech miar godnym jest uwagi. Przepukliny sznurka pępkowego wogóle są dość rzadkie [według EMMERT'a na 2000 dzieci jedna przypada]. Tembardziej rzadkiem jest uwięzienie podobnej przepukliny, a jeszcze dziwniejszem rozerwanie powłok zewnętrznych, w łonie matki. Uwięzienie nastąpiło przed kilkoma dniami, o czym wnioskować można z ciemno-czerwonej barwy kiszki, ulegających już zgorzeli. Z tem wszystkiem dziecko urodziło się żywe, chociaż blizkie już śmierci. Żadnych chorób matka w ostatnich czasach nie przeżywała, jak również nie przypomina sobie w ostatnich czasach ani dawniej żadnego uderzenia w brzuch, ani też upadnięcia. Poród odbył się dość łatwo i ukończony został w przeciągu 15 godzin, przyczem bóle były zupełnie prawidłowe. Przyczyna więc tego przypadku jest ciemną i może polegać na pewnej wadzie rozwoju ścian brzucha i nieopuszczeniu się wnętrzości do jamy brzusznej z obrączki pępkowej, poczem nastąpiło ich uwięzienie. W każdym razie pozostaje tylko zanotować fakt, z którym się dzielię z kolegami.

S. Kraszewski (*Iwie pow. Oszm.*).

Przypisek Redakcyi. Przypadek ten uważany za bardzo interesujący i dlatego pozwalamy sobie uzupełnić go paromą krótkimi uwagami, sądząc iż będzie to nie bez korzyści dla szerszego koła czytelników. Wogóle przypadki tego rodzaju, aczkolwiek rzadkie, do nadzwyczajnych jednak nie należą. Powstawanie ich mniej więcej jest już zbadane, a bliższe ich poznanie nieraz może nam dać podstawę racjonalną do czynnego wystąpienia z pomocą operacyjną.

Do drugiego tygodnia życia płodowego kanał pokarmowy łączy się bezpośrednio z pęcherzykiem żółtkowym (*Dotterblase*). Z postępem czasu, pierwotna kiszka powoli się wytwarza, t. j. tworzy rurę i w miarę tego część łącząca ową kiszkę z pęcherzykiem żółtkowym coraz więcej zamienia się na twór wydłużony do rury podobny, aż wreszcie następuje kompletne zamknięcie przewodu pokarmowego, a część łącząca go poprzednio z pęcherzem żółtkowym ulega obliteracyi, czyli zamienia się na sznurek.

Z drugiej strony owodnia (*amnion*) rozszerza się coraz więcej i tem samem coraz dalej odpycha od przewodu pokarmowego pęcherzyk żółtkowy dopóty, dopóki sznurek żółtkowy, ów ślad poprzedniego ujścia kanału pokarmowego, nie zostanie zupełnie zciężniony i wreszcie przerwany.

Nic dziwnego, że stosunkowo dosyć często spotykamy ślady owego sznurka (*Dotterstrang*), wiszące raz przy kiszce, drugi raz przy obrączce pępkowej.

Pomijamy tu przypadki, w których resztki te, w postaci całego nitkowanego sznurka o dwu przyczepach, powodem inkarceracyj wewnętrznych u dzieci się stają i przechodzimy wprost do pobieżnej wzmianki o tem, że tak zwany wyrostek MECKEL'a (*diverticulum Meckeli seu verum*) jest śladem pociągania za kiszkę biodrową (*ileum*) przez kanał, *resp.* sznurek żółtkowy. Najczęściej wyrostek ten kończy się wyraźnym śladem sznurka żółtkowego, a czasami nawet własną krężką posiada. Nie wspomnimy tu o wszystkich możliwych kombinacyjach niezwyklego zamknięcia przewodu pokarmowego, dotyczących naczyń krwionośnych i t. d., zwrócimy uwagę tylko, że okoliczności tak się mogą złożyć, iż pęcherz żółtkowy, odsuwając się od ciała płodu, może pociągnąć za sobą gotowy już i zamknięty przewód pokarmowy w kanał sznurka pępkowego i w ten właśnie sposób dać powód do utworzenia się wrodzonej przepukliny pępkowej.

Zresztą w zwykłych warunkach, mniej więcej do jakiegoś dziesiątego tygodnia, jedna lub więcej pętli kiszki leży w sznurku pępkowym.

Z drugiej strony, ściana brzuszna także powoli dąży z jednej i z drugiej strony do połączenia się na linii środkowej, dopóki tak się nie zejdzie, że pozostawi ze wszech stron zamkniętą rurę, przepuszczającą [normalnie] tylko naczynia sznurka pępkowego. Niech tylko nastąpi, przypusémy, zbyt szybkie wypełnie-

nie owodnej (*amnion*) płynem, to pęcherzyk żółtkowy, szybko odsunięty od płodu, pociągnie za sobą część kiszki w pępowinę, sam jednak sznur zarodkowy (*Dotterstrang*) może przytem stać się przeszkodą w zarosnięciu ściany brzusznej, a wtedy oprócz kiszki, może wyjść na zewnątrz brzucha: żołądek, część śledziony, wątroby i t. d..

Oto naszym zdaniem droga, po której szły tak zwane zatamowania rozwoju. zanim doprowadziły płód, przez kolegę KRASZEWSKIEGO opisany, do stanu w którym uwięzienie i następcze zmiany trzew zależyły już mogły od wewnętrznych, przypadkowych warunków. Mamy tu na myśli wypełnienie kiszki, zmiany w krążeniu, wywołane przez postępujący ucisk naczyń zamykającą się w dalszym ciągu ścianą i t. p.. Ścisłejsze zbadanie preparatu mogłoby być zajmującym, choćby ze względu na określenie przyczyny uwięzienia tej nie przepukliny właściwie lecz protruzji.
R. Jasiński.

KORRESPONDENCYJA.

Do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

Redakcyja czasopisma „*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*“ życzyłaby sobie w rzeczonym wydawnictwie pomieszczać sprawozdania ze wszystkich prac specjalnych w języku polskim wychodzących i w tym celu do mnie się zwróciła.

Za pośrednictwem tedy Redakcyi Gazety Lekarskiej śmiem upraszać Szanownych Kolegów, których prace z dziedziny chorób wenerycznych i skórnych nie są drukowane w czasopismach lekarskich polskich, aby takowe publikacje raczyli nadsyłać pod adresem niżej podpisanego.

D-r Watraszewski.

Lekarz Naczelny szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie
ul. Książęca Nr. 2.

Wiadomości bieżące.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski. Nr. 46. BOSSOWSKI. Wyniki badania wydzielin z ran świeżych pooperacyjnych pod względem obecności mikroorganizmów. — KADYI. O naczyniach krwionośnych rdzenia pacierzowego ludzkiego. — BLUMENSTOK. Sprawa Ritterów.

Medycyna Nr. 46. KOŚCIŃSKI. Wycięcie nerki (*nephrectomia*) z powodu kamieni nerkowych.

OD WYDAWCY.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1887 według tego samego programu i na takich samych warunkach jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Zawiadamiamy Sz. Kolegów, iż jest do sprzedania używany mikroskop Zeiss'a z aparatem oświetlającym *ABBE*'go, obiektywami *AA*, *BB*, *DD* i immersyjnym wodnym 9, z aparatem polaryzacyjnym, w zupełnie dobrym stanie zachowany, po znacznie niższej cenie.

Również do sprzedania dwa zupełnie nowe małe mikroskopy *HARTNACK*'a po rs. 55.

Wiadomość w Redakcyi Gazety Lekarskiej.

„ZDROWIE”

Miesięcznik poświęcony higienie publicznej i prywatnej.

Pod redakcją J. Polaka.

Warunki przedpłaty w Warszawie: rocznie 4 ruble, półrocznie 2 rs., kwartalnie rs. 1.20; na prowincji i w Cesarstwie rocznie rs. 5, półrocznie 2.50.

Przenumerować można w Redakcji (25 Ś-to Krzyżka), oraz we wszystkich księgarniach

Opuściła prasę odbitka ze „ZDROWIA“ p. t.

„PRAKTYKA SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ”

przez D-ra J. Polaka, zarządzającego instytutem szczepienia ospy ochronnej przy szpitalu Dzieciątka Jezus. Książka obejmuje 116 stron druku, form. 16-ki i opatrzona jest drzeworytami. Cena 0—3 egz. 75 kop., z przesyłką 80 kop.

FRANCISZKA JÓZEFA

WODA GORZKA

Najlepszy środek oczyszczający — składy wszędzie.

DYREKCYJA

w Buda-Peszcie.

10—9

KEFIR

naszego wyrobu
(były zakład D-ra Wyszyńskiego)
posiadają następujące apteki:

Biehlera ul. Nalewki.

Borowskiego ul. Przejazd.

D-ra Heinricha Plac Teatralny.

Karpińskiego ul. Elektoralna.

Lilpopa ul. Nowy-Świat.

Rutkowskiego ul. Długa.

Sobolewskiego ul. Dzika.

Sołtykiewicza ul. Graniczna.

Wendy i Wiorogórskiego ul. Krak.-Przedm.

Turskiego ul. Karmelicka.

Ziemińskiego ul. Marszałkowska.

6—1

Biertümpfla i Gessnera Apteka, Al. Jeruzolimka róg Kruczej.

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

Wkrótce opuści prasę dzieło pod tytułem:

GRZYBKIE CHOROBY TWÓRCZE

napisał

Maryjan Jakowski,

b. asystent kliniki dyjagnostycznej

Dzieło to zawiera 13¹/₂ arkuszy druku 7 tablic litograf. i rysunki w tekście.

Cena rs. 2 kop. 50, z przesyłką rs. 2 kop. 75.

Nabywać można u Wydawcy Gazety Lekarskiej Marszałkowska Nr. 119.