

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. A. ELSENBERG. Nowe trzy przypadki zaszczepienia gruźlicy noworodkom po obrzezaniu napletka. — II. T. HEIMAN. O przedziurawieniach błony bębenkowej [Ciąg dalszy]. — III. L. WOLBERG. Tyfus wysypkowy u dzieci [Dokończenie]. — *Przegląd biblijograficzny.* Podręcznik chirurgii szeregółowej napisał D-r L. RYDYGIER. Ocenił D-r Fr. JAWDYŃSKI. — Wiadomości bieżące. — Dodatek. — Ogłoszenia

I. NOWE TRZY PRZYPADKI ZASZCZEPIENIA GRUŹLICY NOWORODKOM PO OBRZEZANIU NAPLETKA.

Podał

D-r med. A. Elsenberg,

Ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozak. w Warszawie.

W N-rze 18 „Gazety Lekarskiej“ z r. b. podałem pierwszy spostrzegany przezemnie przypadek zaszczepienia gruźlicy po obrzezaniu napletka. Od owego czasu miałem sposobność spostrzegania jeszcze czterech podobnych przypadków, ale w trzech tylko rozpoznanie stwierdziłem badaniem drobnowidzowem. Te trzy przypadki poniżej podaję.

I. **J o s e k B e n d e r** z Piaseczna, siedmio-miesięczne dziecko, przyjęte wraz z matką do szpitala 4 Maja 1886 r. Od chwili obrzezania napletka, rana nie zablizniała się, brzegi jej rozeszły się dosyć znacznie. W chwili wstąpienia dziecka do oddziału znaleziono: owrzodzenie dosyć rozległe, zajmuje całą pierwotną ranę, pokryte jest biało-żółtawym nalotem, nie draży jednak głęboko i skóry pozostałej części napletka nie podminowuje. Skóra ciemno-czerwonego koloru, nacieczona na niewielkiej przestrzeni po za brzegami rany, bolesna. Przy wędzidelku, brzegi rany zaczynają się zbliżać, a nacieczenie przybiera kształt ograniczonego guziczka, dosyć twardego. Gruczoły pachwinowe po obu stronach znacznie powiększone; skóra pachwin zaczerwieniona, zcieńczała i przedziurawiona po stronie lewej. Z otworu tego, prowadzącego w głąb gruczołów, wypływa, przy lekkim nacisku, dosyć znaczna ilość płynu ropnego. Inne gruczoły limfatyczne nie są obrzmiałe.

Dziecko pozornie jest zdrowe, ssie dobrze; żadnych zmian nie dostrzegłem w płucach i w przewodzie pokarmowym. Wysypki żadnej nie miało. Stan zdrowia rodziców, jak i sześciorga poprzednich dzieci, nic do życzenia nie pozostawia.

Osobnik wysysający krew, aktu tego dopełnił i u poniżej opisanego dziecka z jednakowem powodzeniem.

Łyzeczką VOLKMANN'a wyskrobałem część dna owrzodzenia; badanie drobnovidzowe wykazało w tych kawałkach bardzo wiele laseczników gruczliczych.

Dnia 6. V. wyłuszczone gruczoły pachwinowe lewe, a do badania wycięto i kawałek owrzodzonego napletka. Zmiany drobnovidzowe w gruczołach i skórze nie pozostawiały najmniejszej wątpliwości co do gruczliczej ich natury, a barwienie płynem NELSSEN'a wykazało na skrawkach znaczną ilość laseczników gruczliczych.

Rana pooperacyjna przebiegała pomyślnie, bez gorączki; owrzodzenie napletka opatrywane to kwasem karbolowym, to sublimatem oczyszczało się, a 17 Maja już zupełnie prawie było zabliznione, pozostało tylko nacieczenie pod bliźną, zwłaszcza przy wędzidełku; rana pachwiny pokryta ziarniną i zabliznić się poczyna. Dnia 30. V. z niezupełnie zabliznioną raną lewej pachwiny wypisało się dziecko wraz z matką ze szpitala.

W połowie Czerwca znów dziecko widziałem. W lewej pachwinie rana prawie zupełnie zablizniona, w prawej skóra przedziurawiona, zgłębnik wchodzi w rozmiękczone gruczoły limfatyczne, wydzielina z otworu wycieka płynna, ropiasta. Odżywianie dziecka dobre.

II. Joel Beer Wolf, sześciomiesięczne dziecko, duże, dobrze odżywiane; obrzezania i wyssania krwi dokonał tenże sam operator, co i u poprzedniego dziecka. W początkach Czerwca, gdy dziecko po raz pierwszy widział, napletek przedstawiał bliźnę dokoła po obrzezaniu, tylko że bliźna ta była jeszcze czerwonawa, a w wędzidełku i w przylegającej doń części napletka wyczuwałem guziczek twardy, wielkości ziarnka soczewicy. Bliźna w odpowiednim miejscu była cienka i pokryta niewielkim brudno-szarym strupkiem. Matka sama opowiada, że gdy ranka po obrzezaniu nie zablizniała się, przemywała ją często lekką wodą karbolową.

Gruczoły w obu pachwinach znacznie powiększone, niebolesne, skóra jednak barwą nie różni się od skóry innych części. Dziecko ssię pierś matki, odżywianie jego bardzo dobre. W płucach zmian nie ma, wysypki żadnej nie ma. Przepisałem wtedy dziecku roztwór FOWLER'a do wewnątrz.

Dnia 4 Września r. b. zapisała się matka z dzieckiem do mego oddziału. W wędzidełku znajduje się tenże sam guziczek, pokryty cienkim strupem. Skóra obu pachwin wzniesiona, zaczerwieniona, chełbotanie wyraźne. Po przecięciu i opróżnieniu jam [6 Września], powstałych z rozmiękczenia kilku gruczołów pachwinowych, wyskrobałem je jeszcze łyzeczką, przy czem kilka nawskróś z serowaciałych gruczołów wydobylem z ich otoczek: były one dosyć kruche i jak twarog rozgniatać je było można w palcach. W ściankach tych jam, a o wiele mniej we wspomnianych tylko co masach serowatych, znajdowały się laseczniki gruczlicze.

Dziecko od kilku tygodni ma ciągłą biegunkę, kaszle, wychudło znacznie, tak że na udach skóra obwisa. Zmian materjalnych w płucach nie znalazłem. Już na 5 dzień po opróżnieniu jam gruczliczych w pachwinach, ściany ich zaczęły się pokrywać ziarniną, biegunka ustała, kaszel mniejszy, a odżywianie dziecka szybko się poprawia.

III. Wolf Sosna z Brześcia, trzy miesięczne dziecko ¹⁾. Jak matka utrzymuje, rana po obrzezaniu i wyssaniu krwi z napletka, zablizniła się dosyć prędko, ale bliźna była gruba i twarda. Dopiero w 5 tygodni po obrzezaniu bliźna zaczęła ulegać rozpadowi, a gdy owrzodzenie coraz bardziej się szerzyło, zapisała się matka z dzieckiem do mego oddziału w dniu 24 Czerwca r. b.. Na miejscu rany po obrzezaniu znajdowało się wtedy owrzodzenie dosyć znaczne, z dnem szarawem, ziarnistym, z wydzieliną bardzo skąpą. Listki napletka odchyłone od siebie przeszło na pół centymetra. Jeden, przy żółdzi, krótki, wyżarty, zębiasty, zewnętrzny zaś listek mocno nacieczony, również ziębiasty, ciemno-czerwo-

¹⁾ Demonstrowane w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem na posiedzeniu klinicznym w dniu 5 Października, 1886.

ny, podminowany. Gruczoły pachwinowe znacznie powiększone, jednak nie rozmiękczały się, a skóra pachwin prawidłowa.

Budowa i odżywianie dziecka dobre. Nie kaszle, zmian w płucach nie ma żadnych. Rodzice dziecka zdrowi, poprzednie dzieci ich zdrowe i dobrej budowy. Operatorze matka dziecięcia nic powiedzieć nie umie.

W dniu 26 Czerwca, kol. MATLAKOWSKI, na prośbę moją, po zachloroformowaniu dziecka, wyciął kawałek owrzodzonej skóry napletka i wyłuszczył jeden gruczoł pachwinowy dla badań drobnowidzowych. Badanie to wykazało mnóstwo ognisk serowatych, z komórkami olbrzymimi, a barwienie płynem NELSSEN'a — liczne laseczki gruczołowe.

W chwili obecnej [Październik] dziecko znajduje się jeszcze na moim oddziale. Stan ogólny i miejscowy coraz to gorszy. Upadek odżywiania, w płucach żadnych zmian, gruczoły limfatyczne, oprócz pachwinowych, nie obrzmiały. Na prąciu owrzodzenie szerzy się dosyć szybko: zniszczyło ono zupełnie resztki listka wewnętrznego napletka i przechodzi już na rowek założony i na żołądz, która wygląda jakby potoczona przez robaki; gdzie niegdzie znajduje się na niej maleńka blizna fioletowa, a częściej nieprawidłowych kształtów owrzodzenie dosyć głębokie, z rozpadającym się, szarawym dnem. Listek zewnętrzny już także nie istnieje, skóra prącia na przestrzeni przeszło 2 centymetrów jest ogromnie zgrubiałą, nacieczoną, barwy ciemnofioletowej, z brzegiem nierównym, podminowana; bolesność znaczna. Po odciągnięciu skóry ku tyłowi i ku górze, widzimy dopiero właściwe dno owrzodzenia, które zajmuje tkankę podskórną i tworzy dookoła prącia jamkę drażącą między skórą i ciała jamiste prącia. Dno to jest pokryte szaro-żółtym nalotem z przebijającymi gdzie niegdzie czerwonymi wysypkami.

Gruczoły pachwinowe jeszcze bardziej się powiększyły, są jednak dosyć twarde. Skóra pachwini niezmienniona, widać w prawej pachwinie tylko bliznę po wyłuszczeniu gruczołu limfatycznego.

Opatrunku ani karbolowego, ani sublimatowego, ani jodoformowego nie można było nigdy dłużej nad dni kilka stosować, gdyż powstawała rozległa *eczema medicans*, która tak dziecko niepokoiła, że musiałem później przez długi czas stosować różne maści; w chwili obecnej do opatrunku używam naparu ziół aromatycznych z małym dodatkiem spirytusu kamforowego.

Nieemożność stosowania przeciwnilnych środków niewątpliwie wiele się przyczynia do szerzenia się owrzodzenia.

II. O PRZEDZIURAWIENIACH BŁONY BĘBENKOWEJ.

Napisał

Dr Todor Heiman.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 47].

W sprawach przewlekłych obraz wziernikowy nie przedstawia tej różnorodności, co w okresie ropienia. Z przyczyny zmniejszenia się obrzmienia w częściach zajętych sprawą chorobową, zarysy i kształt resztek błony bębenkowej, a także obraz jamy bębenkowej staje się bardziej wyrazistym. Błona bębenkowa nigdy prawie nie posiada barwy naturalnej; jest zgrubiałą, szarawą, z wejścia podobną do pergaminu i w rozmaitych miejscach przedstawia złogi wa-

pienne w postaci białych plamek koloru kredy, lub plamek biało-żółtych między obwodem i trzonkiem młotka. Niekiedy złogi obejmują całą pozostałość błony [POLITZER]. Rzadko część uległa zwapnieniu sterczy swobodnie w otworze.

Stosownie do zmian resztek błony bębnekowej, i trzonek młotka przedstawia się rozmaicie. Czasem tak jest on objęty zgrubiałymi warstwami błony bębnekowej, iż go wcale nie widać, lecz tylko zgrubiałe naczynia krwionośne, przebiegające w tym kierunku. O innych zmianach, zachodzących w położeniu trzonka młotka, wspomniałem wyżej.

Badając otwór w błonie bębnekowej, baczna należy zwrócić uwagę na stan jamy bębnekowej, gdyż, jak się przekonamy przy rozpatrzeniu rozpoznania przedziurawień, przytrafić się mogą pomyłki skutkiem niewłaściwego pojęcia obrazu wziernikowego. Kolor jamy bębnekowej w tym okresie jest różowy, bladżółty, lub żółto-czerwonawy. Błona śluzowa jest szarą, podobną do ściętna, zaś przy tworzeniu się blizn zgrubiałych — błyszczącą. Wszelkie wyniosłości i zagłębienia, wygładzone w okresie ropienia, obecnie uwydatniają się. Gdy uległa zniszczeniu połowa przednia błony bębnekowej, można dojrzeć połowę przednią jamy bębnekowej, aż do otworu bębnekowego trąbki EUSTACHIJUSZA, który to otwór przedstawia się jako zagłębienie ciemne, lejkowate. Gdy brak sięga do obwodu dolnego błony, możemy często zauważyć ścianę dolną jamy bębnekową z jej zagłębieniami i wyniosłościami, które można wziąć za beleczkowate wybujałości błony śluzowej. Przy braku tylnej połowy błony, tak, iż granicę przednią otworu stanowi trzonek młotka, zaś ku dołowi wklęsły brzeg przedziurawionej błony, oko nasze zobaczy wzgórek w postaci żółtawego guziczka, czasem wystającego po za płaszczyznę pozostałej części błony; nad nim staw strzemię-kowadełkowy, a jeśli uległa zniszczeniu część dolna długiego ramienia kowadełka, to zobaczymy także ramiona strzemięcia, połączenie ich górne w postaci okrągłego guziczka, ściętno mięśnia strzemięniowego, idące ku tyłowi, a na granicy tylnej wzgórk — dołek podobny do otworu; jestto nisza okienka okrągłego, która oku niewprawnemu wydawać się może jako przedziurawienie błony bębnekowej, zwłaszcza, gdy z tej ostatniej pozostał tylko wązki rąbek, który łatwo może być przeoczonym.

Na wzgórk można dość często zauważyć wyraźne rozgałęzienia naczyń, najczęściej zaś dwie żyły grubsze idące wzdłuż nerwu JACOBSON'a, w kierunku prawie prostopadłym od góry ku dołowi ¹⁾.

Przedziurawienia t. z. błonki SHRAPNELI'a rzadko spostrzegałem. POLITZER uważa je za częste, BLAKE zalicza je także do rzadszych spraw chorobowych. Spostrzegamy je samodzielnie lub też jednocześnie istnieje przedziurawienie błony bębnekowej. Powstaje z powodu spraw ropnych w uchu średnim lub też tego odcinka jego, jaki się znajduje między szyjką młotka i błoną powyższą; odcinek ten stanowi układ jamisty, najprzód opisany przez POLITZER'a, łączący się z resztą jamy bębnekowej. Przy badaniu wziernikiem, zauważyć można tuż nad wyrostkiem krótkim młotka otworek wypełniony wydzieliną, przez który, wprowadziwszy zgłębnik, uderzymy o szyjkę młotka. Próba VALSALVY

¹⁾ POLITZER. Handbuch, str. 380.

udaje się rzadko. Błonka jest wilgotną, płyn wydzielającą, lub też suchą i matową; to ostatnie napotyka się szczególnie w tych razach, gdy sprawa ogranicza się do systemu jamistego.

Przedziurawienia błonki SHRAPNELL'a goją się bardzo trudno, z powodu upartego ropienia jakie je podtrzymuje [BLAKE, BURNETT, ORNE, GREEN]. Ropienie to nierzadko wywołuje próchnienie młotka, kowadełka i zanik kości nad wycięciem RIVINUS'a, dochodzący niekiedy do tego stopnia, iż można dojrzyć górną część jamy bębnekowej. Przez ten otwór obrzmiała błona śluzowa jamy bębnekowej często tak wybuja, iż zakrywa część lub też całą błonę bębnekową w postaci polipa. Po ustaniu sprawy ropnej, gdy pozostał otworek niewielki, widzimy przezeń w głębi bliźną ścięgnisto-szarą, gładką i błyszczącą, lub też bliźną delikatną pokrywającą szyjkę młotka i część jego główki. Jeżeli pozostały wielkie braki w kości, można niekiedy widzieć cały staw młoteczko-kowadełkowy, jeśli zaś kowadełko uległo zniszczeniu, spostrzeżemy główkę młotka sterczącą swobodnie, a jeśli i ta wypróchniała, zobaczymy niszę okna owalnego, leżący nad niem żółtawy kanał FALLOPIJUSZ'a, a niekiedy nawet wyniosłość łuku poziomego ucha wewnętrznego, czego niepodobna dojrzeć przy największych brakach w błonie bębnekowej [POLITZER].

Przebieg i zejście. Przedziurawienie błony bębnekowej może trwać jeden dzień, a nawet tylko kilka godzin, lub też jest nieuleczalnem na całe życie. Czas ten zależy będzie od przyczyn, które przedziurawienie spowodowały, od warunków w jakich znajdowała się błona i jama bębnekowa w chwili powstania otworu, od ogólnego stanu ustroju i od odpowiedniego lub niewłaściwego sposobu leczenia. Siła odtworzenia się [regeneracyi] tak jest wielką w błonie bębnekowej, że zamknięcie się otworu powinno być uważanem niemal za prawidło, zaś stała utrata substancyi do wyjątków zaliczoną być winna. Że się jednak dzieje inaczej, a mianowicie, że przewlekłe przedziurawienia są stosunkowo dość częste, winno temu nieodpowiednie leczenie w okresie ostrym. Nietylko nieznaczne otworki, ale nawet wielkie braki, nawet brak większej połowy błony bębnekowej, przy leczeniu odpowiednim, zabliznić się może w zupełności. Nawet kilka otworów w jednej błonie doskonale zaciągnąć się może. KESSEL ¹⁾, wyciąwszy całkowicie błonę bębnekową, już po dwóch miesiącach spostrzegał odtworzenie się zupełne błony. MOOS ²⁾ wspomina o zniszczeniu połowy tylnej błony bębnekowej, która się odnowiła we dwa tygodnie; w innym zaś przypadku całkowitego zniszczenia jej, wytworzyła się blizna w trzy tygodnie. CALMETTES ³⁾ stwierdził zagojenie się odcinka tylnego w ciągu 12 dni. Dwukrotnie widziałem znaczne zniszczenia błony bębnekowej pochodzenia ostrego, z obnażeniem trzonka młotka i sterczeniem w otworze, które znikły zupełnie w kilka tygodni. Najrychlej zamykają się otwory powstałe po traumach; przecięcia błony, wykonywane w celu leczniczym, już po 24 godzinach zasklepiają się; przedziurawienia z innych przyczyn urazowych najczęściej po kilkunastu dniach goją się bez wszelkiego wdania

¹⁾ A. f. O. XIII. str. 75.

²⁾ Klinik f. Ohrenheilk. str. 134 i 135.

³⁾ Traité de Mai. de l'Or. par URBANTSCHITSCH. 1881, str. 154.



się lekarskiego. Niekiedy przedziurawienie w przypadkach urazowych może pozostać stałym, nawet jeśli sprawa chorobowa, *resp.* zapalenie jamy i błony bębenkowej nie przejdzie w stan przewlekły; widzimy mianowicie takie zejście u osób, które w celach nieprawnych nie dopuszczają zagojenia się otworu. W sprawach zapalnych ostrych błony i jamy bębenkowej, a także w przedziurawieniach urazowych, gdy rozwinął się stan zapalny ucha średniego, przedziurawienie istnieć może od jednego dnia do kilku tygodni a nawet miesięcy. W przewlekłych sprawach ropnych ucha średniego, otwory w błonie bębenkowej, bez względu na ich wielkość i umiejscowienie, trwać mogą miesiące, lata całe, a niekiedy, pomimo wszelkich usiłowań leczniczych, pozostają przez całe życie, tworząc t. z. przedziurawienia stałe. Zdarza się też, zwłaszcza przy brakach wielkich, że otwór zmniejszy się do pewnego stopnia, zupełnego zaś zagojenia ani natura, ani sztuka lecznicza nie jest w stanie sprowadzić.

Otwór w błonie bębenkowej zasklepić się może albo przez bezpośrednie zrośnięcie się brzegów, lub też zagojenie bez wytworzenia blizny, albo przez wytworzenie blizny. Niekiedy spostrzegałem jeszcze jeden sposób zamykania się otworów niewielkich, a mianowicie zostaje on założonym kawałkiem naskórka, w którym wkrótce odkładają się sole wapienne i na miejscu otworka pozostaje stały złóg wapienny. Zrośnięcie bezpośrednie widzimy w przedziurawieniach linijskich pochodzenia urazowego lub zapalnego. W obu razach brzegi zwykle zlepiają się z sobą, zaś skrzep krwisty, napotykaną w przypadkach urazowych, przylegający do brzegów, albo odpada, albo też posuwa się od środka ku obwodowi, dopóki nie dostanie się do przewodu słuchowego zewnętrznego. Gdy przedziurawienie przedstawia otworek mały lub średniej wielkości, zauważyć można, jak takowy po pewnym czasie powleka się błonczką szaro-żółtawą lub szaro-białą, wychodzącą z warstwy naskórkowej [zgodnie ze zdaniem ZAUFAŁ'a]. POLITZER twierdzi, że błonczka ta wychodzi z warstwy wewnętrznej; nie trudno wszelako przekonać się o prawdziwości poglądu ZAUFAŁ'a; jeśli bowiem zalecimy choremu wykonać próbę VALSALVY, wtedy zobaczymy, że owa błonczka wypukła się w postaci pęcherzyka, tworzącego jedną całość z warstwą naskórkową błony bębenkowej. Z czasem błonczka ta zatracą swój charakter, błona bębenkowa wraca do stanu prawidłowego, tak, iż bardzo często niepodobna poznać, gdzie było przedziurawienie i czy ono wogóle istniało. Wytworzenie się błonczki ma miejsce zwykle w okresie, gdy już ropienie ustało i gdy prawie wszystkie oznaki zapalne znikły, bez względu czy takowe były pochodzenia pierwotnego lub następczego.

Jakkolwiek otwory większe mogą niekiedy w sposób powyższy zasklepić się, częściej jednakże wytwarza się blizna na miejscu otworu. W przedziurawieniach pochodzenia starego, jeśli udaje się usunąć otwór, zagojenie bliznowate stanowi zwykle zejście. Zabliźnienie w tych razach nie należy do rzadkości, jak dotąd sądzono. Wytworzenie się blizny następuje w dwojaki sposób: albo otwór zmniejsza się równomiernie, albo też tkanka bliznowa wytwarza się w jednym miejscu na brzegu otworu. Badając wziernikiem, spostrzegamy najczęściej wązki biały rąbek otaczający otwór, za którym śledząc, zobaczymy, iż rąbek ten posuwa się coraz bardziej ku środkowi; sprawę tę szczególnie dobrze jest badać w przypadkach ostrych ze znacznym zniszczeniem błony bębenkowej;

postępuje ono widocznie z dnia na dzień. Skoro zabliznienie rozpoczyna się tylko z jednego miejsca, pokazuje się rąbek ograniczony, posuwający się coraz bardziej ku brzegowi przeciwległemu, dopóki go nie osiągnie; lub też w poprzek otworu wytwarza się mostek, łączący dwa przeciwległe brzegi otworu, mostek rozszerza się stopniowo, wytwarzając jedną wielką bliznę ¹⁾).

W jednym przypadku pochodzenia ostrego, spostrzeganym przezemnie, gdzie był brak prawie zupełny błony, zabliznienie odbywało się w sposób następujący: zupełnie obnażony i swobodnie sterczący trzonek młotka pokrywał się stopniowo, począwszy od szyjki, drobną ziarniną i jednocześnie był pociągany ku górze; po pewnym czasie trzonek skrył się zupełnie, wystąpiła w górnym odcinku na miejscu błony bębnekowej błonka, stopniowo powiększająca się i opuszczająca ku dołowi; posiadała ona na brzegu wymieniony biały rąbek. W odcinku dolnym pozostał otvorek wielkości końca szpilki, który się nie zagoił.

Zamknięcie się otworu w błonie bębnekowej, w jakibądź sposób, prawie zawsze stanowi zejście najpomyślniejsze; powiadam prawie zawsze, gdyż jeśli blizna przyrasta do ściany wewnętrznej jamy bębnekowej, wtedy następstwa dla słuchu będą gorsze, aniżeli gdy przedziurawienie pozostanie niezagojonem. Zejście będzie niepomyślnem, skoro pozostaje otwór stały. Wskutek tego związku bezpośredniego między jamą bębnekową a powietrzem zewnętrznym, błona śluzowa, pozbawiona naturalnej swej ochrony, podlega owym zmianom, jakim podlegają błony śluzowe wogóle w podobnych warunkach: twardnieje, staje się suchą i zbliżoną do ścięgna, nadto, będąc wystawioną na szkodliwości zewnętrzne, narażoną jest na powrót zapalenia i ropienia ze wszystkimi jego następstwami.

Stałemi pozostają zwykle otwory wielkie, często sięgające do pierścienia ścięgnistego; jednakowoż i bardzo małe otworki mogą przetrwać całe życie. Jak wykazał GRUBER ²⁾ badaniami drobnowidzowymi, rozwija się w tych razach na brzegu otworu tkanka łączna, która się układa podług kształtu brzegu, zgęszcza się i pokrywa warstwą naskórka. Dlatego też tkanka błony bębnekowej jest dokoła otworu grubszą, lecz więcej ścięgnistą i ztąd mało zdatną do odtworzenia części zniszczonych. Podług SCHWARTZE'go, częstą przyczyną wytwarzania się tego stanu rzeczy ma być zbieranie się soli wapiennych u brzegu przedziurawienia, co w niektórych przypadkach udało mi się w zupełności stwierdzić. POLITZER twierdzi, że warunków anatomicznych otworów stałych dotychczas jeszcze nie udało się poznać.

Nie każdy otwór, który pozostaje przez czas dłuższy po ustaniu sprawy ropnej, może być uważany za stały; zdarza się czasem, iż taki otwór zabliznia się samowolnie po pewnej liczbie lat. POLITZER opisuje przypadek ³⁾, gdzie po ustaniu ropienia w uchu prawem, trwającego przez lat 17, wskutek którego uległa zniszczeniu cała prawie błona bębnekowa, w rok później otwór znacznie zmalał,

¹⁾ Blizna błony bębnekowej przedstawia się jako miejsce ostro odgraniczone, zakłęsnięte, ciemne, na podstawie którego często widać plamę świetlną. Blizny mogą także ulegać przedziurawieniu.

²⁾ Handbuch der Ohrenheilk. str. 369.

³⁾ Wiener. Med. Woehenschr. 1871.

zaś w roku 1880 zasklepił się w zupełności. Przed kilku miesiącami leczyłem młodego człowieka na przewlekłe zapalenie ropne w uchu lewym, z całkowitym brakiem obu błon bębenkowych, datującym od najpierwszej młodości i brakiem wrodzonym znacznej części podniebienia twardego; sprawa ropna wkrótce ustąpiła po zastosowaniu kwasu bornego i chorego do obecnej chwili nie widziałem

Przed paru dniami przybył on znowu, w celu przekonania się o stanie swoich uszu, i ku zdziwieniu mojemu spostrzegłem, że otwór lewy znacznie się zmniejszył, albowiem blizna sięgała na $1\frac{1}{2}$ milimetra po za dolny koniec trzonka młotka, otwór pozostał tylko w przedniej, dolnej ćwiartce. Przed trzema laty leczyłem 20-letnią pannę ze znacznymi brakami obu błon bębenkowych, pochodzącymi z najpierwszych lat dziecinnych, powstałymi po szkarlatynie, po której pozostało długotrwałe ropienie z uszu. Po systematycznym przyżeganiu brzegów przedziurawień, lewa błona po kilku miesiącach zablizniła się całkowicie, zaś w prawej pozostał niewielki otworek w ćwiartce przednio-dolnej.

Otwory stałe ulegają też niekiedy powiększeniu, następuje ono zwykle z jego brzegów. Innym razem otwór powiększa się skutkiem zużycia się lub zniszczenia nierównych i rozdartych jego brzegów, przez co przedziurawienie staje się okrągłym ¹⁾; coś podobnego częściej wszelako zauważymy w przedziurawieniach świeższych. Niekiedy kilka małych otworów łączy się w jeden wielki otwór, co jednak rzadziej spostrzegać się daje ²⁾. Powiększanie się otworu powstaje przeważnie przy powrotach ropienia.

POLITZER i SCHALLE zauważyli zmianę w położeniu przedziurawienia. W jednym przypadku istniał otworek wielkości ziarnka soczewicy, przez który poniżej trzonka młotka wychodził polip z jamy bębenkowej; w sześć miesięcy po usunięciu go, jama bębenkowa okazała się suchą, na miejscu dawnego otworu wytworzył się wielki złóg wapienny, zaś w górno-tylnej ćwiartce błony istniał otworek wielkości łebka od szpilki.

O wpływie przedziurawień błony bębenkowej na słuch wspominałem już wyżej.

R o z p o z n a n i e. Po tem wszystkim cośmy dotąd powiedzieli, rozpoznanie przedziurawienia w największej liczbie przypadków nie przedstawi wielkich trudności. O ile bardzo często jeden nawet objaw wystarcza do rozpoznania cierpienia, tak znowu niekiedy wszystkie oznaki mogą przez pewien czas pozostawiać nas w wątpliwości. Oznaki te są następujące: 1) Szmer przedziurawienia jaki się otrzymuje, gdy chory wyciera nos, wykonywa próbę VALSALVY, lub też gdy do jamy bębenkowej wpędzamy powietrze metodą POLITZER'a lub zapomocą cewnika. 2) Pojawienie się pęcherzyków powietrznych w głębi przewodu słuchowego zewnętrznego w postaci kulek ciemnych lub też silnie odbijających światło. Wystąpienie ich po poziewaniu, lub po wpędzeniu powietrza do jamy bębenkowej dowodzi niezbitcie przedziurawienia. 3) Pokazanie się wydzieliny w przewodzie słuchowym zewnętrznym po wpędzeniu powietrza do jamy bębenkowej; ma się

¹⁾ URBANTSCHITSCH. l. c. str. 134.

²⁾ TRÖLTSCH. Ohrenheilk. 1877. st. 428.

rozumieć, iż ucho zewnętrzne zostało przedtem dokładnie osuszone. 4) Wydobywanie się pęcherzyków powietrznych przez płyn nalany do ucha zewnętrznego przy jednoczesnem wykonywaniu próby VALSALVY. 5) Dostanie się do jamy nosogardzielowej płynu wstrzykniętego do ucha zewnętrznego; czasem płyn ten wycieka przez nos obfitym strumieniem. 6) Płyn lub dymy wpędzone do jamy bębnekowej, gdy trąbka EUSTACHIJUSZ'a nie jest zatkaną, ukążą się w uchu zewnętrznem. 7) Pojawienie się śluzu w płynie wylanym z ucha po przestrzyknięciu takowego. 8) Tętnienie płynu nagromadzonego w przewodzie słuchowym zewnętrznym, uwydatniające się przeważnie w miejscach załamujących światło. 9) Podniesienie się płynu w manometrze wstawionym do ucha zewnętrznego podczas wpędzania powietrza do jamy bębnekowej. 10) Osadzanie się pary wodnej na szkiełku lejka pneumatycznego przy wyciąganiu powietrza z ucha zewnętrznego. 11) Ciężki padający niekiedy na ścianę wewnętrzną jamy bębnekowej [WILDE]. 12) Poruszanie się płomienia świecy postawionej w pobliżu ucha w chwili wpędzania powietrza do jamy bębnekowej [LINCKE]. 13) Przy wysłuchiwanu ucha zapomocą otoskopu, w czasie gdy chory gwizdże, ton przy tem powstały, wpada z wielką siłą do ucha badającego [ТОУНБЕЕ] i 14) Obraz wzornikowy, podany szczegółowo przy opisanu objawów.

Lubo za pomocą oznak tych zawsze prawie rozpoznamy przedziurawienie, trzeba wszelako pamiętać o następujących momentach, mogących znacznie utrudnić, a niekiedy nawet na pewien czas uniemożliwić rozpoznanie.

Zdarza się, wyjątkowo, że ucho zewnętrzne i średnie komunikują się ze sobą przy nienaruszonej błonie bębnekowej, przez szparę umiejscowioną w ścianie górnej lub tylnej przewodu słuchowego zewnętrznego; w tym razie otrzymać możemy wszystkie objawy, jakie napotykamy przy przedziurawieniach błony bębnekowej. Na szczęście stan taki należy do nader rzadkich wyjątków i wspominając o nim, czynię to więcej dla całości opisu, aniżeli dla jego ważności praktycznej.

Rozpoznanie przedziurawienia zostaje nadzwyczaj utrudnionem, gdy otwór zakryty będzie wysiękiem lub ziarniną, lub też, gdy błona śluzowa jamy bębnekowej będzie na tyle obrzmiała, iż przylega do brzegów przedziurawienia, albo nawet po za nie wystaje. Widzimy to mianowicie w zapaleniach przewlekłych jamy bębnekowej; tu przez dłuższy czas możemy być niepewni, czy istnieje przedziurawienie błony bębnekowej, czy też tylko przewlekłe jej zapalenie; dalszy przebieg i chwilowe wystąpienie ropy lub powietrza umożliwiają dopiero rozpoznanie. Często niepodobna określić stanowczo, czy przedstawiająca się oku naszemu powierzchnia pokryta ziarniną należy do błony, czy też do jamy bębnekowej, chyba jeśli uda się przez zgęszczenie powietrza w jamie bębnekowej dostrzedz w jakimś punkcie wydzielinę, lub też znaczniejsze wypuklenie się powierzchni ziarninowej. Ta ostatnia bardzo jest podobną do błony śluzowej jamy bębnekowej; ukazanie się po pewnym czasie trzonka młotka, umożliwi rozpoznanie właściwego stanu rzeczy. Wypuklenie się powierzchni ziarninowej, oraz ukazanie się trzonka młotka, dowodzi niewątpliwie, iż widziana powierzchnia jest błoną bębnekową. Zdarza się też, że istnieją znaczne braki w błonie bębnekowej, a zaczerwieniona błona śluzowa jamy bębnekowej, lub też pokrywająca ją tkanka bliznowa, szara, bly-

szcząca wydawać się będzie za błonę bębenną. Dla uniknięcia pomyłki, należy obejrzeć dokładnie część obwodową błony, która się przedstawi jako wązka listewka, albo też gdy zwrócimy uwagę na trzonek młotka, zobaczymy, iż część jego leży bardziej ku przodowi od widzianej powierzchni. Czasem spostrzegamy na wzgórku miejsca ostro odgraniczone, okrągłe lub owalne, koloru czerwonego, z wejrzenia bardzo podobne do przedziurawienia błony bębenną, a to z powodu, iż sąsiednie części ściany jamy bębenną pokryte są grubą warstwą szarego naskórka, wyglądającego jako pozostałości błony. Czasem znowu nisza okienka okrągłego może być wziętą za przedziurawienie; obejrzenie obwodu błony przekonywa, iż otwór widziany leży daleko głębiej od powierzchni stanowiącej resztki błony bębenną. Innym razem błona bębenną jest bardzo zwiotczałą, zanikłą, cienką, błyszczącą i zupełnie przylega do ścianek jamy bębenną, tak, iż zdawać się może, iż nie ma wcale błony. Zgęszczając wszelako powietrze w uchu średnim lub rozrzedzając je w zewnętrznym, przekonamy się, że błona istnieje, po tych bowiem rękoczynach zostaje ona choć na krótką chwilę oddaloną od ścianek jamy bębenną. Błizny na błonie przedstawiają się jako miejsca ciemniejsze i najczęściej głębiej leżące, aniżeli reszta widzianej powierzchni, niekiedy są także podobne do przedziurawień. Stosując ten sam środek co przy błonach zwiotczonych, zobaczymy, iż miejsce bliznowate wypukliło się jako pęcherzyk szarawy, wystający nad powierzchnią błony, lub też poprzednio istniejący dołeczek wyrównywa się. Pamiętać należy, że gdy blizna przyrosniętą jest bezpośrednio lub zapomocą zrostów do ściany jamy bębenną, obraz wziernikowy po zgęszczeniu lub rozrzedzeniu powietrza nie zmieni się, inne atoli oznaki przedziurawienia uchronią od pomyłki. Czasem blizny przedziurawione są w jednym lub kilku miejscach; otwory te nie różnią się w niczem od przedziurawień błony, a umiejscowienie ich poznać można po cechach charakteryzujących bliznę.

Cząsteczka czarnego woszczku, osadzona w jakimś odcinku błony, dla oka niewprawnego może się niekiedy przedstawiać jako przedziurawienie; przestrzyknięcie ucha, brak wszelkich innych oznak przedziurawienia, a do pewnego stopnia i zupełnie prawidłowy wygląd błony ustrzegą od pomyłek.

W rzadkich przypadkach przytrafić się może, iż zwężony lejkowato przewód słuchowy zewnętrzny z przyczyn chorobowych kończy się wąską szczeliną, mającą wielkie podobieństwo do przedziurawienia błony bębenną. Brak wszelkich oznak przedziurawienia, bezpośrednia łączność ścian przewodu słuchowego zewnętrznego z ową mniemaną przedziurawioną błoną, na której niepodobna odkryć żadnej z cech, znamionujących zdrową lub chorą błonę bębenną, wystarczy do rozpoznania właściwego stanu rzeczy. Dotąd miałem sposobność widzieć dwa takie przypadki.

Zastanówić się musimy jeszcze nad rozróżnieniem przedziurawień urazowych od chorobowych. Lubo z opisanych objawów nie przedstawia ono trudności, wszelako z powodu ważności przedziurawień urazowych pod względami państwowymi, powtórzę w krótkości cechy znamionujące takowe. Dodać winienem, iż rozpoznanie to może być w pierwszych trzech, a najdalej pięciu dniach; później przedziurawienie może się zasklepić bez wszelkiego śladu lub też roz-

winą się objawy zapalenia jamy bębnekowej, a wtedy odróżnienie od przedziurawienia chorobowego wprost będzie niemożliwym.

Oznaki przedziurawiania urazowego są: 1) Ból kłujący w chwili podziałania urazu, przedłużający się jeszcze później przez pewien czas. 2) Nagłe upośledzenie słuchu. 3) Często przy tem powstający zawrót głowy. 4) Trzask w uchu w chwili podziałania przyczyny; ten wszelako występuje tylko w urazach pochodzenia pośredniego. 5) Szum, z początku bardzo silny, później zmniejszający się, a nawet po kilku dniach znikający całkowicie. 6) Błona bębnekowa jest zupełnie zdrową, lub zmętniałą, nadto okazuje lekkie przekrwienie w okolicy młotka lub dokoła przedziurawienia. 7) Przedziurawienie jest linijne, okrągłe, częściej zaś przedstawia brzegi nierówne; mieści się przed lub po za młotkiem, lub też w najniższej części ćwiartki przednio-dolnej, albo w ćwiartce tylnogórnej. 8) Często widać w odcinku tylnym pasek błony obnażony z naskórka, rozciągający się aż do połowy przedniej błony i zakończony przedziurawieniem. 9) Brzegi pokryte są zwykle małemi skrzepami krwistemi, które mogą całkiem zakrywać otwór. 10) Przez otwór widzieć można błonę śluzową jamy bębnekowej zupełnie zdrową, lub też lekko przekrwioną. 11) Przy próbie VALSALVY lub też podczas katetyzacji, powietrze przechodzi na zewnątrz szerokim i miękkim strumieniem bez jakichkolwiek rzężeń lub świstów.

Skoro przy wykonywaniu powyższej próby, powietrze z trudnością przejdzie przez trąbkę EUSTACHIJUSZA lub też powstaną rzężenia, będzie to dowodem, iż ucho średnie w chwili podziałania urazu było już chorem.

Szmer podmuchowy, jaki słyszymy przy przedziurawieniach urazowych w chwili wpędzania powietrza do jamy bębnekowej, otrzymujemy też często przy wielkich brakach błony bębnekowej, pozostałych po minionych sprawach ropnych w uchu średnim. Badanie wziernikowe pouczy nas w tym razie, z czem mamy właściwie do czynienia.

Brzegi przedziurawienia zwapniałe, zgrubiałe lub powleczone warstwą naskórka, wskazują na stare swe pochodzenie i w żadnym razie powstać nie mogły w ciągu kilku dni, albo nawet tygodni; zmiany te nabierają znaczenia tem ważniejszego, gdy znajdujemy złogi wapienne i na drugiej błonie bębnekowej.

Przedziurawienia nerkowate lub sercowate, t. j. takie, gdzie dolny koniec trzonka młotka sterczy swobodnie z otworu, są zwykle pochodzenia przewlekłego, lubo i w stanach ostrych występować mogą, o czem wspomina URBANTSCHITSCH; ja też niejednokrotnie je spostrzegalem.

Odróżnienie przedziurawień chorobowych świeżych od zastarzałych, przy uwzględnieniu stanu błony i jamy bębnekowej i przy braku objawów zapalnych lub przy małym ich natężeniu, jest wogóle nietrudnem. Przy istniejącym stanie zapalnym, bardzo często nie wiemy z początku jaki rodzaj przedziurawienia mamy przed sobą, a to mianowicie wtedy, gdy otwór jest niewielki, a błona bębnekowa jest jednostajnie czerwona i obrzmiała. Wywiady nie mają w podobnych razach żadnego znaczenia, albowiem prawie codziennie zdarza się słyszeć chorych opowiadających, iż od kilku dni wystąpił u nich ból w uchu i świst przy wycieraniu nosa, i że przedtem stanowczo nigdy nie przechodzili żadnego cierpienia usznego, tymczasem przy badaniu wziernikiem przekonywamy się, iż istnieje

bardzo stara sprawa chorobowa, przedstawiająca stały brak błony bębenkowej, która uległa tylko zaostrzeniu. Obecność jednoczesna blizn, miejsc zanikowych, złogów wapiennych na błonie bębenkowej, przemawiają stanowczo za tem, że otwór już dawno istnieje. Ziarnina, polipy, znaczne obrzmienie błony śluzowej jamy bębenkowej, lubo zdarzają się częściej przy sprawach przewlekłych, wszak i w ostrych cierpieniach nie należą do rzadkości. Wielkość otworu, forma jego, ani też umiejscowienie nie przedstawia nic charakterystycznego pod tym względem.

Oznaczyć czas, kiedy przedziurawienie przechodzi w stan przewlekły, jest dość trudno. Sądzę, że będziemy w prawie uważać je za takowe, gdy wydzieliną z jamy bębenkowej nie przestaje się wydzielać, pomimo zniknięcia oznak zapalnych w jamie i na błonie bębenkowej, lub też gdy ta zatrzymała się, a przedziurawienie pomimo to nie przedstawia żadnej skłonności do zasklepienia się.

R o k o w a n i e. Następujące momenty należy w tym kierunku uwzględnić, a mianowicie: rokowanie co do słuchu i co do życia. W przedziurawieniach pochodzenia urazowego i zapalnego ostrego, o ile sprawa chorobowa nie przejdzie w stan przewlekły, jest ono zawsze dobre; przedziurawienie bowiem zawsze się zasklepia bez pozostawienia jakichbądź następstw dla słuchu. W sprawach przewlekłych ropnych ucha średniego, rokowanie trudno określić w okresie wydzielniczym, albowiem stopień słuchu niezawsze zależy od stałej przeszkody, jaką jest przedziurawienie, w przeprowadzeniu fal głosowych, a przyczyną wyłączną może być obrzmienie błony śluzowej powlekającej kostki słuchowe, po ustąpieniu którego i słuch znacznie lub prawie zupełnie poprawić się może. W sprawach przewlekłych w okresie wydzielniczym, rokowanie wogóle będzie pomyślniejsze, gdy utrata słuchu jest nieznaczną, lub też gdy po wpędzeniu powietrza do jamy bębenkowej i usunięciu z niej wydzieliny, nastąpi znaczna jego poprawa. Skoro zaś obok przedziurawienia istnieje znaczna utrata słuchu, gdy po wpędzeniu powietrza do ucha średniego następuje nieznaczna lub też żadna poprawa, gdy oddzielają się kostki słuchowe, tam rokowanie jest niepomyślne.

Czasem może zagojenie otworu dać rokowanie bardzo niepomyślne dla słuchu; taki stan wskazuje, iż istnieją znaczne przeszkody w przesyłaniu fal głosowych w okolicy młotka lub kowadełka. Na szczęście należy to do wyjątków; zwykle, jeśli udaje się zabliznić otwór, zaburzenia słuchowe podobnie jak w sprawach ostrych znikają całkowicie lub też pozostają nieznaczne.

Gdy otwór w błonie bębenkowej jest stały, *resp.* gdy ustała sprawa ropna i gdy pomimo długiego trwania choroby słuch utrzymuje się w jednej mierze, rokowanie będzie pomyślniejsze, aniżeli wtedy, jeśli w tym okresie pozostanie znaczne stopień słuchu, nie poprawiające się po zastosowaniu sztucznej błony bębenkowej, ani też po przedmuchinięciu trąbki EUSTACHIJUSZA. Złem będzie rokowanie, jeśli słuch ciągle się pogarsza, jeśli mu towarzyszy szum ustawiczny i gdy zmniejsza się percepcja dźwięków przez kości głowy, dla słuchomierza i widełek słuchowych. Moos uważa to ostatnie za objaw bardzo niepomyślny ¹⁾.

¹⁾ Dowodzi to cierpienia następczego nerwu słuchowego.

Co się tyczy ważności przedziurawień błony bębenkowej dla życia, to będąc uszkodzeniem lekkim, jako takie, dają one wogóle rokowanie pomyślne. Mówiliśmy niejednokrotnie, że przedziurawienia urazowe i powstałe skutkiem sprawy chorobowej ostrej, a niekiedy nawet w sprawach przewlekłych, zrastają się lub zablizniają bez pozostawienia po sobie śladów anatomicznych ani też czynnościowych, w tych przeto razach rokowanie będzie pomyślne. Wspomnieliśmy też, że znaczna część przedziurawień stałych, a z tych przeważnie wielkie, pozostawać mogą przez całe życie bez jakiegobądź szkody dla słuchu i życia chorego. W tych wszelako przypadkach rokowanie uważać będziemy za mniej pomyślne a nawet niepewne, aniżeli przy całkowitem zamknięciu się błony bębenkowej, a to dla następujących powodów, które po części już wyżej wyłuszczyliśmy a mianowicie, iż 1) ucho średnie, będąc pozbawionem naturalnej swej przegrody, jaką jest błona bębenkowa ochraniająca je od szkodliwości zewnętrznych, łatwo podlega tym czynnikom, przez co wznowić się mogą w uchu średnim sprawy ropne dawno wygasłe, ze wszystkimi groźnemi następstwami i 2) przedziurawienia w sprawach przewlekłych ropnych istniejących i już wygasłych są często tylko objawem głębszych zmian ucha średniego lub jego ścianek kostnych, dają więc rokowanie niepewne, zależące nietyle od przedziurawienia ile od choroby zasadniczej. Oprócz miejscowych zmian anatomicznych, na rokowanie wszelkiego rodzaju przedziurawień wpływa w znacznej mierze stan ogólny chorego. I tak: w przypadkach urazowych, a także chorobowych pochodzenia ostrego, otwór prędzej zagoi się u osobników zdrowych i silnych, aniżeli u małokrwiwych, wyniszczonych, lub też gdy przedziurawienie powstało w przebiegu szkarlatyny, tyfusu i innych chorób wyniszczających. Gdy przedziurawienie towarzyszy zapaleniom ucha średniego, przy jednoczesnym noso-śluzotoku lub przewlekłym niezycie nosa, zagojenie także z trudnością nastąpi. Wydzielina nieznaczna, możliwość i prawdopodobieństwo rozejścia się zmian chorobowych, brak w błonie bębenkowej niewielki, trąbka EUSTACHIJUSZA swobodna, błona śluzowa jamy bębenkowej wolna od ziarniny, daje rokowanie pomyślne dla zagojenia się otworu, *eo ipso* i dla życia.

Przeciwnie, gdy wydzielina jest obfitą, przedziurawienie znaczne, lub też gdy przedziurawioną jest błona SHRAPNELL'a [BEZOLD], przedziurawieniu towarzyszy znaczne bujanie błony śluzowej jamy bębenkowej, zwyrodnienie polipowe błony bębenkowej, owrzodzenie błony śluzowej wyściełającej ściany kostne, próchnienie ścian kostnych ucha średniego lub wyrostka sutkowego, wtedy rokowanie dla zagojenia się otworu, a tem samem dla życia będzie mniej pomyślne.

Bezwarunkowo niepomyślnem dla życia będzie rokowanie w przedziurawieniach błony bębenkowej, towarzyszących ważnym uszkodzeniom kości czaszkowych.

L e c z e n i e. Zagojenie otworu w błonie bębenkowej jest najważniejszym i najczęściej jedynem wskazaniem leczniczem. Jak już niejednokrotnie wspomniałem, stanowi ono zejście najpomyślniejsze tak dla życia, jako też i dla słuchu jednostki; gdzie takowe nie osiąga się siłami przyrody, pomoc lekarska okazuje się konieczną. Wspomniałem też, że skoro istnieją przeszkody, tamujące przeprowadzenie fal głosowych do okienka owalnego, a przeszkody te, jak wiadomo, mieścić się mogą w młoteczku lub kowadełku — tam zagojenie otworu, dla

słuchu sprowadzi skutek wręcz przeciwny i dla tego w takich razach, a także przy otworach zrobionych sztucznie, w razie zmienionej budowy anatomicznej i fizycznej błony bębenkowej, leczenie będzie miało na celu podtrzymywać otwór. Stosownie do tego leczenie przedziurawień rozpada się na: 1) leczenie mające za zadanie zagojenie otworu i 2) podtrzymanie go.

W przedziurawieniach pochodzenia urazowego wszelkie leczenie powinno być zaniechane. Przesztykiwania, wkraplania i inne rękoczynny są wprost szkodliwe ¹⁾. Przedziurawienia takie najlepiej jest pozostawić w spokoju; ograniczamy się do zatkania ucha kawałkiem waty, w celu uchronienia jamy bębenkowej od wpływu powietrza atmosferycznego. Błona bębenkowa zrasta się najczęściej w 7—21 dni, przez bezpośrednie sklejenie się brzegów lub przez wytworzenie nowej błonki na miejscu otworu. Jeśli, skutkiem nieprzewidzianych okoliczności lub niewłaściwego postępowania, rozwinię się zapalenie jamy bębenkowej, leczenie przedziurawienia schodzi na ostatni plan, a główną uwagę zwrócić należy na sprawę zapalną. Stosuje się to także do przedziurawień powstałych z przyczyny ostrego zapalenia jamy i błony bębenkowej. Leczenie tych spraw chorobowych, jako nie należące do zakresu pracy niniejszej, pomijam.

Na jedną wszakże okoliczność szczególny kłaść muszę nacisk, że formy te przez zbyt częste, niekonsekwentne lub niewłaściwe przesztykiwania, a także przez nieodpowiednie wkraplania rozmaitych leków, bardzo często przechodzą w stan przewlekły wytwarza się w błonie bębenkowej otwór stały, gdy tymczasem odpowiednio postępując, prawie nigdy nie otrzymamy czegoś podobnego, albowiem stan zapalny zawsze po pewnym dłuższym lub krótszym czasie ustępuje, [2—6—12 tygodni] wydzielina znika i otwór całkiem zarasta, tak, iż po pewnym czasie niepodobna nawet odszukać śladów byłego przedziurawienia. W podobnych warunkach i słuch wraca do stanu prawidłowego, a wszelkie dolegliwości podmiotowe znikają. Ja przynajmniej dotąd zawsze otrzymuję taki wynik w przypadkach pierwotnych i świeżych zapaleń jamy bębenkowej z przedziurawieniem błony jakiegobądź pochodzenia, z wyjątkiem niektórych przypadków rozwijających się w przebiegu pewnych chorób zakaźnych, gdzie wszelako kość skroniowa w różnych swych częściach uległa sprawom niszczącym [próchnienie i zgorzel].

W przedziurawieniach przewlekłych, *resp.* przy istniejących sprawach ropnych w uchu średnim, chcąc zagoić otwór w błonie bębenkowej, trzeba starać się

¹⁾ Z pomiędzy licznych przypadków przedziurawienia urazowego, niewłaściwie leczonych przytoczę dla przykładu następujący, jaki niedawno przedtem spostrzegalem. Osoba licząca 50 lat wieku, cierpiąca na nieżyt nosa, uczuła nagle w czasie kichania silny trzask i ból kłujący w uchu lewem. Wezwany lekarz, nie zbadawszy ucha, zalecił częste przesztykiwania wodą ciepłą, wkraplanie olejku kamforowego, pijawki za uchem i kataplazmy. Jednym słowem uczyniono wszystko, ażeby sprowadzić ostre zapalenie jamy i błony bębenkowej. Zapalenie przeszło w ropienie, rozwinęły się silne bóle w wyrostku sutkowym i w odpowiedniej połowie głowy, przy osłabieniu ogólnem. Gdy widział chorą tę po raz pierwszy, znalazłem ostre zapalenie ropne jamy bębenkowej ze znacznym przedziurawieniem błony bębenkowej, zapalenie okostnej wyrostka sutkowego ze skłonnością do wytworzenia ropienia. Przekonany jestem, że gdyby nie energija lekarska, chora po kilku lub kilkunastu dniach byłaby wyzdrowiała bez jakiegobądź objawów dotkliwych i dla życia nie tak bardzo obojętnych.

o powstrzymanie ropienia, *resp.* o usunięcie zapalenia jamy bębenkowej, przy uwzględnieniu jamy noso-gardzielowej i ogólnego stanu ustroju. Sposoby postępowania leczniczego zależąć będą od jakości i ilości wydzieliny, od zmian miejscowych błony śluzowej jamy bębenkowej i ucha zewnętrznego. [C. d. n.]

III. TYFUS WYSYPKOWY U DZIECI.

Napisał

D-r med. L. Wolberg.

b. lekarz warszawskiego szpitala dla dzieci.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 47].

Już na początku artykułu, badając wpływ wieku na przebieg choroby, przysłiśmy do wniosku, że młodsze dzieci lżej i krócej chorują niż starsze, a skutkiem tego i przebieg ciepłoty jest innym u dzieci młodszych. Ponieważ samo trwanie tyfusu u młodych dzieci [do 8 lat] jest krótszem, niż u starszych, przeto i wysokie stopnie ciepłoty, wynoszące koło 40,0° C., tylko przez krótszy czas spostrzegamy u nich, mianowicie przez pierwsze 6—7—8 dni, a spadek ciepłoty szybciej odbywa się i większe obejmuje odstępy, niż u starszych dzieci.

Tętno u dzieci, chorych na tyfus plamisty, jest w początku choroby pełne i szybkie, wynosi zwykle do 120 na minutę. W pierwszych kilku lub kilkunastu dniach choroby, stosownie do jej trwania, wahania tętna są nieznaczne, różnice wynoszą zaledwie kilka uderzeń na minutę. W miarę spadku ciepłoty, spada także ilość uderzeń tętna, lecz nieproporcjonalnie do stopnia ciepłoty, tak iż przy spadku o jeden, a nawet dwa stopnie, ilość tętna zmniejsza się zaledwie o 8—12 uderzeń na minutę; skutkiem tego w chwili ostatecznego spadku ciepłoty do stanu prawidłowego, t. j. do 37° C., tętno jest jeszcze gorączkowym, wynosi bowiem koło 88—96 uderzeń, a dopiero na drugi, trzeci dzień bezgorączkowy i tętno staje się prawidłowem co do ilości. Natomiast traci ono na sile, gdyż z pełnego i twardego staje się bardzo miękkim, niekiedy trudno wyczuwalnem, a stan ten poprawia się dopiero podczas zdrowienia. U słabszych dzieci uważaliśmy, że tętno, nie przenoszące w pierwszych dniach 120 uderzeń na minutę, w następnych dniach choroby, pomimo nie powiększającej się ciepłoty, stawało się częstszem, wynosiło 136—140—146 na minutę, a jednocześnie było bardzo słabem, co dowodzi wyczerpywania się ośrodka regulującego skurcze serca, pod wpływem gorączki lub zarazka tyfusowego. Pod koniec choroby tętno staje się nieraz bardzo słabem, a zarazem wolnem. Taki stan nie trwa jednak dłużej nad jeden lub dwa dni, tembardziej, że przeciw niemu zawsze występujemy ze środkami podniecającymi.

Oto wszystkie objawy opisywanej choroby, w zebranych przezemnie materiałach. Co do powikłań, jakie podczas przebiegu przytrafiły się, to mieliśmy z nimi do czynienia tylko u dwu chorych. O jednym już wspominaliśmy, mówiąc o objawach ze strony dróg oddechowych. Było to zapalenie krupowe

płuca, które, jak już powiedzieliśmy, niewiele wpłynęło na przebieg zasadniczej choroby. Drugie powikłanie, jakie spotkaliśmy, była *noma*. Ze względu na rzadkość przypadku, podajemy go w krótkości:

VIII. Jankiel Goldman, 6-letni chłopiec, zachorował 27 Stycznia 1879, na tyfus wysypkowy, a przybył do szpitala dopiero 15 Lutego, t. j. 19-go dnia choroby. Słabej budowy i bardzo źle odżywiany. Język suchy. Ciężota 39,0° C. *Petechiae* na całym ciele. Nieżyt oskrzeli. Śledziona znacznie powiększona, wyczuwalna. Ogólne osłabienie bardzo znaczne. Na wewnętrznej powierzchni jamy ust, z prawej strony, poczynając od miękkiego podniebienia, znajduje się miejsce zajęte zgorzelą, która przechodzi również za wyrostek zębobodowy szczęki górnej. Wkrótce draży zgorzel w głąb policzka, a dnia 26 Lutego, wśród silnego obrzęku twarzy, przedziurawia policzek, następnie szerzy się po nim. Nerw twarzowy prawy zostaje porażonym. Chory coraz bardziej traci siły, na twarzy ma ogromne owrzodzenie, dziurawiące nawskróś policzek i obnażające zęby z tej strony; wreszcie z ogólnego upadku sił chory chory umarł 1 Marca.

Przy gorączce powrotnej, pomimo długiego przebiegu kilku jej napadów i wysokiej ciężoty, nigdy nie spotykaliśmy tego powikłania; zdarza się ono natomiast przy tyfusie brzuszny u dzieci. Przyczyna tego powikłania jest nieznaną, wiadomo tyle tylko, że spotykamy je u dzieci wątłych, osłabionych, długo gorączkujących, i najczęściej po chorobach zakaźnych, t. j. po tyfusach, szkarlatynie, odrze, przy których i w innych miejscach ciała spotykamy sprawy zgorzelinowe [na skórze, na częściach sromnych i t. p.].

Po tyfusie plamistym nie spotykaliśmy ważniejszych chorób następczych, pomimo że dzieci pozostawały nieraz przez kilka tygodni pod naszym okiem w szpitalu. Tylko w trzech przypadkach spostrzegaliśmy nieznaczne cierpienie, umiejscowione w narządzie słuchu, mianowicie raz pod postacią ropnego wypływu z ucha (*otorrhoea*), które zjawiało się 22 dnia choroby i ustąpiło w ciągu czterech dni przy przestrzykiwaniach ucha roztworem kwasu borowego; u dwóch innych dzieci spostrzegaliśmy tylko lekkie stopienie słuchu, które zjawiało się w dwa lub trzy dni po spadku ciężoty i trwało, w jednym przypadku dwa, w drugim — cztery dni. Chorzy ci nie zażywali ani chininy, ani salicylanu sodu podczas przebiegu.

Z 50 spostrzeganych przypadków, trzy zakończyły się śmiertelnie. Dwa z nich już opisaliśmy [spozstrzeżenie VI i VIII]; w pierwszym najbliższą przyczyną śmierci były zmiany skorbutyczne w krwi, w drugim *noma* z następczem zakażeniem krwi i upadkiem sił. W trzecim nareszcie przypadku śmierć nastąpiła wskutek upadku sił 16 dnia choroby. Wszystkie troje zmarłe dzieci miały po 6 lat i były w chwili wstąpienia do szpitala bardzo źle odżywiane i słabej budowy ciała. Sekcyi w żadnym przypadku nie robiono.

Badając wpływ wieku i płci chorych na przebieg choroby, mówiliśmy szczegółowo o trwaniu tyfusu plamistego, przeto obecnie nie będziemy powtarzali powiedzianego.

Z powodu nieznacznej śmiertelności w tyfusie plamistym, rzadkości powikłań i następczych chorób, jakoteż z powodu krótkiego trwania choroby, rokowanie nie jest pomyślnem. Pomimo wysokiej gorączki i silnych objawów mózgowych, chorzy dobrze znoszą chorobę i bardzo prędko powracają do sił. Nieraz

już na drugi lub trzeci dzień po spadku ciepłoty do stanu prawidłowego, chorzy odzyskiwali łaknienie, czuli się bardzo dobrze, dopraszali się wypuszczenia ich z łóżka i spacerowali po pokoju bez zbytowego zmęczenia. W przypadkach dłuższego trwania wysokiej gorączki, rekonwalescencja trwała też dłużej, tydzień, a nawet i dwa tygodnie, cechując się jedynie osłabieniem i łatwym męczeniem się przy chodzeniu; łaknienie natomiast, wypróżnienie, stan umysłu i t. p. nie pozostawiały nic do życzenia. Skutkiem takiego stanu rzeczy, chorzy najczęściej opuszczali szpital w 3—8 dni po spadku ciepłoty do stanu prawidłowego, w kilku tylko przypadkach znaczne osłabienie dzieci po przebyciu tyfusu zniewalało rodziców pozostawiać je przez dłuższy czas w szpitalu, tembardziej, że w mieszkaniach chorych panowały zwykle najbardziej niehygieniczne warunki.

Pozostaje nam wspomnieć jeszcze o leczeniu. Takowe było czysto objawowem. W początku, ze względu na zaparcie stolca, podawano olej rycynowy lub kalomel w dwugranowych dawkach. Po uregulowaniu wypróżnień ograniczaliśmy się do podawania rozczynów kwasu fosforowego, solnego, kwasu bornego, lub mieszanki z olejku migdałowego. Przy wysokiej gorączce obmywano ciało dzieci zimną wodą z octem, okładano je ręcznikami maczanymi w zimnej wodzie, a przy objawach mózgowych stosowano lodowy okład na ogoloną główkę. Chinina, podawana niejednokrotnie, bądź w ciągłych a małych, bądź w kilku dużych dawkach, nie wywierała żadnego działania na ciepłotę w początku choroby, przeto zaniechaliśmy jej. Środki pobudzające często stosowano przy grożącym upadku sił, a mianowicie wino i kamfora były wtedy w użyciu, a przy osłabieniu podczas rekonwalescencji z pożytkiem podawano, obok wzmacniającej dyjety, odwar kory chinowej.

* * *

Niniejszy artykuł stanowi drugą część obszerniejszej pracy o tyfusach u dzieci [pierwsza część obejmowała gorączkę powrotną]. Trzecia część zajmie się tyfusem brzuszny, i w niej podamy stosunek tych chorych do ogólnej ilości chorych wewnętrznych w szpitalu dla dzieci, jakoteż wzajemny stosunek pomiędzy temi trzema chorobami zakaźnymi.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Podręcznik chirurgii szczegółowej D-ra L. Rydygiera, dyrektora pr. kliniki chirurgicznej w Chełmnie n. W. *Tom I str. 456 z licznymi rycinami i przedmową autora. Poznań 1886.*

Niewątpliwem jest, iż jedno z wybitniejszych stanowisk w szeregu innych piśmiennictw naukowych polskich zajmuje piśmiennictwo lekarskie. Posiadamy obecnie 6 czasopism lekarskich, redagowanych w języku polskim, a co do treści swej najzupełniej czyniących zadość potrzebom przeciętnego lekarza, praktyka. Mniej pomyślnie przedstawia się rzecz z dziełami treści lekarskiej. Może nie każdemu wiadomo, ile zachodu i pracy, ile wysiłku i kosztów pociąga za sobą wydanie każdego dzieła, bardzo często jeszcze nie powracającego nawet kosztów wydawnictwa. Jednakże i w tym kierunku w ostatnich czasach, dzięki staraniom „Wydawnictwa dzieł lekarskich w Krakowie“ i „Wydawnictwa Gazety Lekarskiej“, oraz dzięki staraniom pojedynczych lekarzy, ruch wydawniczy znakomicie się zwiększył, pojawił się cały szereg dzieł, mających rzetelną

wartość naukową, bądź oryginalnych, bądź też tłómaczonych. Jeżeli jednak każdy lekarz, czujący potrzebę śledzenia za postępami nauki, jak i każdy dopiero uczący się, chętnie zaopatruje się w dzieła ze wszystkich, choćby najszybciej działów medycyny, to o wiele pożądanym dla nich jest dobry podręcznik, któryby w niezbyt obszernych ramach zwięzłe i jasno streszczał ostatnie słowa nauki w tym lub owym przedmiocie. Na tym punkcie, t. j. pod względem dobrych podręczników, piśmiennictwo nasze wiele przedstawiało do zyczenia. W r. 1884 wydaniem tłómaczenia wybornego podręcznika patologii szczerogłowej S. Jaccoud'a w pewnej części brak ten zapełniono. Wielce pożądanem było jeszcze wydanie dobrego podręcznika chirurgii.

Ostatni tego rodzaju podręcznik wyszedł przed lat dziesiątkiem, dzięki ni gdy niezapomnianym, a tak znakomitym zasługom na polu wydawniczym prof. GIRSZTOWTA. Dzieło to, stanowiące w owym czasie jeden z najlepszych podręczników niemieckich, było wybranem nader szczęśliwie. Straciło ono nieco na wartości w polskim przekładzie, w skutek tego, że tylko jeden z trzech tomów został powierzonym do tłómaczenia lekarzowi, dokładnie obeznanemu z przedmiotem; ten tom też tylko pod względem jasności wykładu dorównywa oryginałowi tak znakomitego chirurga i pisarza, jakim jest KOENIG. Jakie postępy jednak zrobiła chirurgija przez ten ostatni właśnie dziesiątek lat, to chyba każdemu lekarzowi jest wiadomem. Dla tego też podręcznik, który w owe czasy był nawet znakomitym, dzisiaj musi być uważany za przestarzały i nieodpowiadający dzisiejszemu stanowiskowi chirurgii.

W przedmowie do wspomnianego powyżej tomu chirurgii KOENIG'a, kol. MATLAKOWSKI, wyrażając żal, iż śmierć przeszkodziła GIRSZTOWTOWI wykończyć rozpoczęte przez niego dzieło oryginalne, traktujące chirurgiję w całości, wyrzekł zdanie: „iż teraz chyba nieprędko napisze kto oryginalną chirurgiję po polsku.“ I w samej rzeczy czekaliśmy lat dziesięć, zanim Dr. RYDYGIER, widząc w tym względzie ogromną lukę w piśmiennictwie polskiem, postarał się zapełnić takową, pisząc podręcznik chirurgii „dla kolegów lekarzy i dla uczących się.“

Tom I tego dzieła, mającego wyjść w trzech tomach, składa się z dwóch zeszytów [zeszyt I wyszedł jeszcze w r. 1884, drugi przed kilku tygodniami] i zawiera następujące rozdziały: choroby czaszki, nosa, jamy nosowej i czołowej, choroby warg i policzków, choroby szczęki górnej, zębów, języka, twardego i miękkiego podniebienia, choroby migdałków i gardła, ślinianek, choroby ucha, choroby skóry, tkanki łącznej podskórnej, gruczołów chłonnych, naczyń i nerwów szyi, choroby gruczołu tarczowego, choroby krtani i tchawicy, oraz choroby przełyku.

Za dalekoby nas to zawiodło, gdybysmy zechcieli pojedyncze rozdziały streszczać i wdawać się w ich szczegółowy rozbiór, gdybysmy zapragnęli przedstawić zalety każdego rozdziału, lub wytknąć jego braki, musimy się ograniczyć tylko na kilku uwagach ogólnych.

Autor w przedmowie sam przyznaje, iż pod wielu względami w napisaniu dzieła za wzór wziął sobie chirurgiję KOENIG'a i HUETER'a. Różni się on jednak do pewnego stopnia, przynajmniej od ostatniego, pod względem podziału chorób, a raczej pomieszczenia niektórych z nich w tym lub owym dziale. Zgadamy się z autorem najzupełniej, iż odpowiedniejszym jest pomieścić choroby zatoki czołowej w jednym rozdziale z chorobami jam nosowych, niżeli w rozdziale chorób czaszki, tak z powodu ścisłego jam tych połączenia, jak i przechodzenia chorób z tych ostatnich na pierwszą, lub, że właściwszem jest pomieścić żabkę w dziale chorób języka zamiast przy chorobach ślinianek, ze względu na najprawdopodobniejsze anatomiczne pochodzenie tejże, wolelibysmy jednak choroby części szyjowej kręgosłupa znaleźć jako oddzielny dział przy chorobach szyi, tak dla tego, że choroby te pod względem klinicznym należy oddzielić od chorób innych odcinków kręgosłupa, jak głównie dla tego, że w takim razie tom I chi-

urgii RYDYGIERA stanowiłyby zupełnie skończoną i zaokrągloną całość. W ogóle jednak podział chorób, przyjęty przez autora, najzupełniej odpowiada warunkom wykładu systematycznego, chroniąc czytelnika od bezpotrzebnego powtarzania mu jednej i tej samej rzeczy i znakomicie ułatwiając mu odszukanie danej choroby w tym lub owym dziale.

W tem miejscu zwrócimy uwagę autora, że takie choroby, jak nieżyłtowe zapalenia migdałków, gardzieli i t. p., można było zupełnie bez szkody opuścić, ponieważ nie przedstawiają one żadnego interesu pod względem chirurgicznym, a zanadto znów je pobieżnie traktował autor, aby w ogóle opisy czegoś nauczyć mogły. Z drugiej strony ani słówka nie znajdujemy o uszkodzeniach, *resp.* złamaniach kości grdykowej.

Sam wykład chorób odznacza się taką treściwością a zarazem taką dokładnością i jasnością przedstawienia rzeczy, iż zniewala do przypuszczenia, że chociaż kol. RYDYGIER nie zajmuje katedry, to jednak musiał mieć wiele do czynienia z młodzieżą, kiedy w takim stopniu wyrobił w sobie zdolności pedagogiczne. Czytając ten podręcznik, zdaje się, iż nie ma zdania, któreby można opuścić bez straty dla danej rzeczy. W tym względzie autor najzupełniej dorównał podręcznikom KOENIG'a i swego znakomitego nauczyciela HETTER'a.

Nie wdając się w szczegółowy przy każdej chorobie rozbiór zmian anatomicznych, by nie odrywać czytelnika od głównego zadania podręcznika, mianowicie od klinicznego obrazu choroby, wspomina o nich autor tylko tam, gdzie tego wymaga dokładność rozpoznania choroby.

W opisie objawów i przebiegu chorób Dr. RYDYGIER unika również niepotrzebnych szczegółów, obciążających często pamięć uczących się, podaje szereg faktów jasno i dosadnie rzecz daną malujących. O rzeczach najważniejszych, o faktach stwierdzonych, pewnych, mówi autor obszerniej, nieraz nieomal wyczerpująco, o rzeczach mniej ważnych, wątpliwych, mówi w krótkości, niekiedy znów tylko nawiasowo. Rozbierając leczenie chorób, stara się autor o ile możności uczynić zadość potrzebom lekarza praktyka. Stoi on tutaj na gruncie sumiennego i wytrawnego chirurga. Jasno podając wskazania do operacji, powtarza często dobitnie i wyraźnie, że przy tej lub innej chorobie *m o ż e b y ć m o w a t y l k o o l e c z e n i u o p e r a c y j n e m*. Szczegół to ważny. Kto miał sposobność spostrzegać chorych z nowotworami dziesiątki funtów ważącymi, lub znajdującymi się w daleko posuniętym rozpadzie, lub chorych z zapaleniami stawów, gdzie kości już na kilka cali długości zostały zniszczone i gdzie nastąpiły wszelkie możliwe zwłchnienia patologiczne, a gdzie to wszystko było leczone całym szeregiem maści, kataplazmów i różnego składu mikstur, ten łatwo zrozumie, dlaczego na punkt ten szczególny nacisk kładziemy. Że kol. RYDYGIER był niejednokrotnie świadkiem smutnego zejścia choroby, skutkiem zbyt późnej pomocy operacyjnej, lub braku takiej, to dowodzi ten zapal, z jakim mówi o tracheotomii przy dyfteryście, ten zapal, z jakim powtarza, „aby lekarz nie czekał z operacją aż do tej chwili, gdy przykry widok pasującego się ze śmiercią dziecka rodziców samych do żądania jej przywiedzie.“ Samo wykonanie operacji opisuje autor w sposób jasny i zupełnie zrozumiały nawet dla początkującego. Tu i owdzie przypomina stosunki anatomiczne. Z różnych metod operacyjnych do szczegółowego opisu wybiera autor metodę najbardziej używaną, nie pomija jednak milczeniem i sposobów nie tak powszechnie przyjętych.

Za wielką zasługę uważamy, że autor nieomal przy każdej nadarżającej się sposobności przypomina i powtarza zasady metody przeciwnilnej, tak przy operowaniu jak i przy traktowaniu ran. Tej rzeczy nigdy dosyć napowtarzać się nie można. Zasady przeciwnilności powinien każdy lekarz, nie zżyty z nią dostatecznie, powtarzać sobie przy każdym spotkaniu się z chorym. W ten sposób uniknęlibyśmy może widywania przypadków, które zmuszają nas niekiedy do posądzania lekarza o nieuctwo i niesumiennosc.

Że literaturę całą, aż do najnowszych czasów i to z nadzwyczajną sumiennością uwzględni autor, tego z góry musi spodziewać się każdy, kto miał sposobność bądź osobiście, bądź z prac naukowych poznać RYDYGIERA. Z niezwykłą troskliwością pamięta autor i o literaturze polskiej, a to do tego stopnia, że nieraz nazwisko polskie nawet sztucznie przyczepia.

W końcu nadmienić wypada, że podręcznik RYDYGIERA opatrzony jest licznymi i pouczającymi rycinami, chociaż w tym względzie możnaby zrobić ten zarzut autorowi, że podaje rysunki tak zwykłych narzędzi, jak kleszcze zębowe, kozie stopki lub różnego rodzaju wierniki czy rozszerzacze jamy ustnej, kiedy uważa widać za zbytесzne pomieścić rysunek chociażby rozszerzacza tchawicy, a przecież student na każdej klinice częściej widzi używane pierwsze niżeli ostatnie. Oprócz tego nie byłoby zbytесnym przy rysunkach takich jak fig. 141 podać stronę, po której wyobrażono podwiązanie tętnicy. Dla uczącego się, a niezbyt szybko orientującego, jest to zawsze potrzebnem.

Łatwo pojąć, ile autor, wychowany na obczyźnie i kształcony w obcym języku, miał trudności do zwalczania z językiem. Z trudności tych wszelako wyszedł dość zwycięzko. Całe dzieło napisane jest językiem czystym, styl jasny, jedrny i zwięzły, często bardzo obrazowy, chociaż niezupełnie wolny od usterek. Nie jesteśmy zwolennikami wytykania błędów językowych przy ocenie jakiegokolwiek dzieła naukowego, gdyż najważniejszym jest, aby rzecz jasno i zrozumiale napisaną była. Ponieważ jednak autor ma do wykończenia jeszcze dwa tomy, wskażemy więc niektóre ważniejsze błędy, bądź stylowe bądź językowe, uniknięcia których w dalszym ciągu wyjdzie tylko na użytek dzieła. I tak na str. 2 czytamy: obrączkowate obrzmienie w obwodzie jego [siniaka] występujące, podczas obmacania tem wyraźniej, iż środek jest wypełniony płynną krwią, zrządza uczucie i t. p. z a m i a s t: obrączkowate obrzmienie w obwodzie sinienka, tem wyraźniej przy obmacywaniu występujące i t. d..

Na str. 4: rany obnażające kość, z a m i a s t: rany połączone z obnażeniem kości. Str. 18. WAILL ogłosił teorię, która biorąc wzgląd i na budowę... z a m i a s t: która, uwzględniając i budowę...

Str. 104. Liczne i różnorodne odmiany opisywać odwiodłoby nas... z a m i a s t: opisywanie licznych i różnorodnych odmian odwiodłoby... Str. 225, torbiel macał się tak twardy jak najzbitszy włókniak, z a m i a s t: torbiel przedstawiała się przy obmacywaniu tak twardą... Str. 189, wyjątkowo w stawie zuchwowym pojawia się r o p n i c a, zapewne z a m i a s t: ropienie. Oprócz tego często autor używa wyrazu ranka, z a m i a s t: owrzodzenie; dalej: choroby, porażenia, powikłania i t. d. przystępujące lub przyrzucające się (!) z a m i a s t: przyłączające się; dla, z a m i a s t: z powodu [str. 63 rozpoznanie tętniaków dla ich powierzchownego położenia nie przedstawia trudności]. Ani razu w całym dziele nie użył autor przyimka *u* i *przy*, zastępując je zupełnie niewłaściwie wyrazem *wobec*, np. przebieg wąglika wobec chorych na cukrzycę, z a m i a s t: u chorych; rokowanie wobec bąblowca z a m i a s t: przy bąblowcu; *wobec* wilka nosa [należy] p r z e g l ą d ą ć spód jamy nosowej, z a m i a s t: przy wilku... oglądać. Dalej błędnem jest wyrażenie: zapalenie może się rozdzielić, przejść w rozdzielenie, zamiast może się rozejść. Niezrozumiałem zupełnie również jest tego rodzaju wyrażenie: winno się jednakże dziennie najpierw dokładnie oczyścić chore miejsce; zmieniam leczenie o tyle, iż sam dziennie strupki oddalam [str. 129] W końcu radzimy autorowi zaniechać używania takich dziwolągów językowych, jak uklej z a m i a s t: polip, kiła z a m i a s t: syfilis lub przymiot i t. p..

Serdeczna, gorąca podzięką należy się od lekarzy polskich kol. RYDYGIEROWI za przedsięwzięcie tak trudnej i mozolnej, a oprócz moralnego zadowolenia w niczem nie opłacającej się pracy. Jakże mało społeczeństwo nasze posiada członków tak wysoko pojmujących obowiązki prawdziwego obywatela kraju, jak

je pojmuję kol. RYDYGIER. Znakomitemi swemi pracami wzbogaca on naukę, a polskiemu imieniu sławy przysparza, wreszcie poświęca swoje skromne fundusze, by tylko ziomkom swoim stać się pożytecznym. Nie wątpimy też, iż w Podręcznik Chirurgii RYDYGIERA zaopatrzy się każdy lekarz, miłujący naukę a dobro piśmiennictwa krajowego mający na sercu. Podręcznik ten dla nikogo nie może być zbyt cennym, z wielkim pożytkiem każdy lekarz przeczyta go może. Do autora zaś zanosimy prośbę, aby nie dał nam długo czekać na dalsze zeszyty.

Fr. Jawdyński.

Wiadomości bieżące.

Warszawska wystawa higieniczna w 1882 r.

Z inicjatywy D-ra J. POLAKA odbył się ma w Warszawie w miesiącu Maju roku przyszedłogo wystawa higieniczna. Nie pisaliśmy dotąd w tej kwestyi, nie chcąc na zasadzie niepewnych, a często bardzo fałszywych wieści, niesłusznie reklamować lub też dyskredytować przyszłej wystawy higienicznej. Dziś gdy plan tej wystawy jest już jasno określonym, zarząd, komitety i biuro wystawy zorganizowanemi, obowiązkiem jest naszego organu zabrać głos w tej kwestyi.

Cel mającej się odbyć wystawy jest dwojaki: z jednej strony chodzi o wykazanie czegośmy w kraju dokonali na polu higieny publicznej i prywatnej i cel ten może być osiągniętym, gdyż wbrew głośom przeciwnym, higiena tak publiczna jak prywatna, w ostatniem zwłaszcza dziesięcioleciu, posunęła się u nas naprzód, że wspomniemy tu tylko: kanalizację miasta Warszawy, nowe wodociągi, pojedyncze wzorowe gmachy szpitalne, pedagogiczne i prywatne, odpowiadające wszystkim warunkom higienicznym, ulepszone oświetlenie fabryk, ulepszoną organizację sanitarną służby kolejowej i t. p.

Chociaż wreszcie na przyszłej wystawie higienicznej, w porównaniu z zagranicą, z małą tylko częścią ulepszeń higienicznych pochwalić się będziemy mogli, to jednak biorąc na uwagę trudne warunki miejscowe i ogólne, brak inicjatywy i wrodzoną opieszalność, zdobyte nasze higieniczne nie będą tak skromne, aby takowych nie można było publicznie zmanifestować. Nie ten jednak cel popisu, reklamy i t. p. wystawa ma na widoku. Głównem, najważniejszym jej zadaniem będzie cel dydaktyczny, pouczający, aby zaznajomić masy publiczności z najważniejszymi zdobyczami, o których większość nie ma dokładnego wyobrażenia i czego nawet nie mogą pouczyć dzieła specjalnie traktujące o higienie. Uplastycznienie zatem, że się tak wyrazimy, higieny publicznej i prywatnej, pouczenie publiczności w formie przystępnej za pomocą modeli, obrazów, popularnych opisów i t. p. o celach i potrzebie higieny — oto główne i najważniejsze zadanie przyszłej wystawy higienicznej. Czy cel ten będzie osiągniętym, czy środki materyjalne pozwolą na rozwinięcie zupełne i dokładne całego programu wystawowego, są to inne pytania, na które w danej chwili nie możemy dać stanowczej odpowiedzi.

Biorąc jednak udział w różnych naradach przedwystawowych i w zawiązaniu się wystawy, patrząc na szczerą chęć, wszystkich współuczestników wystawy, dążących wytrwale, mimo przeszkód, do wytkniętego celu, przy zyczeniu poparcia różnych władz miejskich, mamy nadzieję, że cel ten z pożytkiem dla ogółu osiągniętym zostanie.

W każdym razie praca ta podjęta jest w szlachetnym celu i komu dobro publiczne nie jest obojętnem, powinien do niej przylżyć swą cegiełkę.

Zarząd przyszłej wystawy higienicznej wybrany został na posiedzeniu ogólnem w sali magistratu w dniu 21 b. m.. Protoktorat nad wystawą przyjęła hr. Augustowa POTOCKA. Na prezesa wystawy wybrano prof. D-ra SZOKALSKIEGO, na wiceprezesów prof. D-ra ŁUCZKIEWICZA i inżynierów GROTOWSKIEGO i JANICKIEGO, na sekretarza stałego wybrano D-ra J. POLAKA, na kasyjera p. WENDE. Zarządzającym biurem wystawy jest pan ZDANOWSKI.

Posiedzenie ogólne i komitetowe wystawy oraz biuro znalazły gościnne pomieszczenie w magistracie, co zawdzięczać należy panu prezydentowi gen. STARYNKIEWICZOWI. Pojedyncze komitety prowadzą od dawna swą czynność i gorliwie pracują nad pojedynczemi działami. Szczegółowe zawiadomienie o wystawie wraz z regulaminem pomieszczone będzie później w naszym piśmie.

E. Modrzejewski.

Porządek dzienny posiedzenia biologicznego, mającego się odbyć w Towarzystwie Lekarskiem w dniu 30 Listopada 1886.

- I. JAKOWSKI. Odczytanie protokółów posiedzeń komitetu higieny publicznej.
- II. LUBELSKI. Sprawozdanie ze zjazdu balneologicznego w Biarritz.
- III. GEPNER. Przedstawienie aparatu do oświetlenia pola operacyjnego przy operacjach na oczach.
- VI. POLAK. Projekt wystawy higienicznej.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł lekarskich“ księgarni E. Wendego i S-ki a miesiąc Październik 1886.

Nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

w y s z ł a:

D-ra Tadeusza Żulińskiego

HIGIJENA SZKOLNA.

Wydanie pośmiertne

do druku przygotowane i uzupełnione

przez

D-ra Kazimierza Grabowskiego

Docenta Higijeny w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Cena l złr. 60 c.

Do nabycia w księgarni Gebethnera i Wolffa, jakoteż w Redakcyi Medycyny.

Nakładem wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

wyszło dzieło p. t.

D-ra Alfreda Obalińskiego

Prof. Uniwersyt. Jagiell.

WYKŁADY Z ZAKRESU DRÓG MOCZOWYCH MĘSKICH

Kraków 1886. Cena l złr. 80 c.

Do nabycia w księgarni Gebethnera i Wolffa oraz w Redakcyi Medycyny. 0—2

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 13½ 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.

Доставлено Цензурою Варшавы, 13 Ноября 1886 г. Орук К. Ковалевскаго. Крѣлевска. Nr. 29.