

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. W. JAWORSKI. Przyczynek do klinicznej mikroskopii zawartości żołądka. — II. T. HEIMAN. O przedziurawieniach błony bębenkowej [Ciąg dalszy]. — III. WATRASZEWSKI. Wykaz statystyczny lekarski, dotyczący się chorych leczonych w szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie w ciągu 1885 roku. — Wiadomości bieżące. — Od wydawcy. — Odpowiedź Redakcyi. — Ogłoszenia

Z PRACOWNI KLINICZNEJ PROF. KORCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE.

I. PRZYZYNEK DO KLINICZNEJ MIKROSKOPII ZAWARTOŚCI ŻOŁĄDKA.

Podał

Doc. D-r W. Jaworski.

Badanie żołądka w celach klinicznych obraca się obecnie w zakresie czynności trawienia, a szczególnie chemizmu tegoż, chociaż przy badaniu spraw chorobowych, tak dla rozpoznania, jako też rokowania i leczenia, chodźć powinno właściwie o poznanie zmian anatomicznych narządu. Przy obecnym stanie nauki, związek między zboczeniami czynnościowemi żołądka a zmianami anatomicznemi, na podstawie badań doświadczalnych, nie jest znany; dotychczas związku tego domyślać się tylko możemy. Jednak są drogi i sposoby badania, któremi do tego związku dojść będzie można i wielu zboczeniom trawienia żołądkowego nadać podstawę anatomiczną. Uwzględniając bowiem równocześnie badanie chemiczne zawartości żołądka, jakoteż badanie drobnowidzowe składników jej morfotycznych, a nadto w miarę następczącej się [w rzeczywistości bardzo rzadkiej] sposobności — pośmiertne drobnowidzowe badanie błony śluzowej żołądka, będzie można powziąć w przyszłości z pewnych danych klinicznych podstawę do ocenienia przyrody zboczeń anatomicznych narządu. To też byłoby tak w interesie nauki jak i praktyki bardzo pożądanem, łączenie badania chemicznego z badaniem drobnowidzowem zawartości żołądka i to nie pod względem tych ciał, które dostają się do żołądka w postaci pokarmów, lub mikroorganizmów, ale tych składników morfotycznych, które biorą swój początek w samej błonie śluzowej. Badanie tych ostatnich, a jeszcze więcej następce wnioski z tych badań są bardzo utrudnione, a to z następujących powodów: a) Nie ma obecnie dostatecznej granicy, które składniki morfotyczne należy uważać

za fizjologiczne, a które za patologiczne. b) Składniki te dostają się do trawiącej cieczy, gdzie ulegają zmianom, które dotąd nie zostały zbadane. c) Ponieważ dotąd nie ma spostrzeżeń klinicznych w ten sposób przeprowadzonych, żeby badanie drobnowidzowe zawartości żołądka było z jednej strony porównywane z wynikami chemizmu trawienia, a z drugiej z wyn.kami badania pośmiertnego błony śluzowej, gdyż badanie pośmiertne, możliwie dla tych celów wczesne, w chorobach błony śluzowej żołądka tylko wyjątkowo zdarzyć się może. Należy jednak się spodziewać, że z czasem zbierze się szereg kazuistycznych przypadków tego rodzaju badań, z których będzie można złożyć pewną całość, a wtenczas dzisiejsze badanie kliniczne stanie się tak niewystarczającym i niemożliwym do zużytkowania, jakimi są obecnie te badania, które posiadamy w literaturze przed stosowaniem zgłębnika żołądkowego. Utworzenie jakiegokolwiek całości w tym kierunku przez jednego badacza jest rzeczą niemożliwą, z powodu tylko przypadkowo nadarzającego się materyjału. To też pomimo, iż zbadałem za pomocą drobnowidza zawartość żołądka u przeszło 200 osób, mogłem otrzymać tylko w niewielu kierunkach pożądane wyjaśnienia.

Jedno ze spostrzeżeń, każdemu badającemu nasuwające się, jest to, że obraz drobnowidzowy zawartości żołądka z narządu wydzielającego sok żołądkowy, okazuje się zupełnie odmiennym od tego obrazu jaki przedstawia zawartość z żołądka, kwasu solnego niewydzielającego, tak, że bez odczynników chemicznych można rozstrzygnąć, czy ma się z zawartością żołądka kwaśną do czynienia, czyli też nie. W tym celu, płyn badany nie powinien zawierać cząstek pokarmu, a otrzymuje się takowy albo przez wlanie do czczego żołądka 100 ctm. sześciennych wody przekroplonej, lub 200 ctm. sześć. wody lodowej i następne wyciągnięcie po upływie 10 minut. W żołądku, wydzielającym sok żołądkowy kwaśny, można dostrzedz trzy rodzaje składników, których nie napotykamy w żołądku nie wydzielającym kwasu żołądkowego.

I. W strzępach białych, opadających na dno naczynia, znajdują się, po części w śluzie rozproszone, po części wolno unoszące się, jasne, białawo lub żółtawo połyskujące ciała. Wielkość ich jest zmienną, przeciętnie wynosi jedną czwartą wielkości ciałek ropnych, kształt ich jest okrągławy, ale nie zupełnie kulisty, kontury ostro odgraniczone, często miejscami jakby były karbowane. W razie odosobnienia, ciała te mogą być bardzo łatwo przyjęte za inne podobnej postaci twory. Cechę ich jednak stanowi wzajemne ugrupowanie. Są one ułożone albo po 2 obok siebie, bezpośrednio się stykając, lub czasem leżąc w nieznacznem oddaleniu, lub też niekiedy przyjmują postać zagiętych biszkoptów lub rogalków, ze zgrubiałymi końcami; albo dają się spostrzegać w gromadkach po 3, ułożone pod kątem, lub też rzadziej rzędem obok siebie ustawione, albo także po 4, połączone w ten sposób ze sobą, jakby się składały z 2 dwójaków, lub tworzyły nieforemne, wewnątrz wygryzione kwadraty, utworzone z 2 połówek biszkoptowatych. Można napotkać także i gromadki z więcej niż 4 ciałek połyskujących złożone, lecz natenczas tracą one kształt okrągławy, są rozmaitej wielkości i nieregularnie ułożone. Wszystkie te jądra barwią się silnie zasadowymi barwnikami anilinowemi. Mianowicie barwnik anilinowy metyl-

fioletowy w wodzie anilinowej barwi takowe z początku na niebiesko, w nadmiarze zaś dodany, na ciemno-fioletowo, a ostatecznie cisawo.

Co się tyczy przyrody tych ciałek połyskujących, to można takowe uważać, według dotychczasowych opisów w podręcznikach mikroskopii, za „ziarna pepsynowe“, lub też jeżeli są symetrycznie ułożone, a postać mają okrągłą, za wielokoki. Ciała te możnaby przyjąć za koki znajdujące się dość często na nablonku płaskim jamy ust w postaci licznych punktów czarnych, które, w razie dostania się do kwaśnej zawartości żołądka, stają się jasne, mocno połyskujące, tworzą czworaki, na kształt czworniaka żołądkowego i zabarwiają się barwnikiem metylofioletowym na ciemno-fioletowo. Szczególniej oderwanych dwojaków tych koków nie podobna odróżnić od opisanych ciałek, chociaż przy porównawczem badaniu okazują się one mniejszemi i postaci regularniejszej, niż te ciała. Nadto ciała opisane rozpuszczają się w ługu potasowym, podczas gdy koki w tymże ciemnieją i jeszcze więcej się uwydatniają.

Opisane ciała dadzą się w wieloraki sposób sztucznie wytworzyć. Jeżeli weźmiemy świeżą ropę z opatrunków chirurgicznych i włożymy przy ciepłocie trawienia do soku żołądkowego kwaśnego od HCl, to można, stosownie do kwasności i czasu trwania działania, dostrzedz w osadzie ciała przedstawiające wszystkie powyżej opisane kształty i sposoby ułożenia. Można nawet obserwować powolne tworzenie się takich ciałek bezpośrednio pod szkiełkiem drobnowidzowem, dodając do małej kropelki świeżej ropy silnie kwaśnego soku żołądkowego. Natychmiast wtedy powstaje znane różniczkowanie ciałek wypocinowych, jądra występują, a protoplazma niknie coraz bardziej. Tylko gdzieniegdzie pozostają jądra pojedyncze, prawie wszystkie rozpadają się na 2, 3 lub więcej mocno połyskujące ze sobą skupione części, protoplazma zaś znika przez rozpuszczenie się, tak, że tylko tu i ówdzie można dostrzedz kontury bardzo bladych pęcherzyków, jądra zaś wolne pływają. Powstaje więc w tym razie, pod wpływem kwaśnego płynu, znane zjawisko rozpadu jąder na mniejsze, które tymczasowo chcemy nazywać jądrami połyskującemi. Rozpad jądra ciałek wypocinowych uskutecznia się także wobec samego kwasu solnego, tylko całe działanie wymaga dłuższego czasu i nie jest wszędzie tak dokładne, jak pod wpływem soku żołądkowego, gdyż w wielu miejscach pozostaje jeszcze częściowa otoczka z ziarnistej protoplazmy, a jądra same połyskują wprawdzie biało, lecz niejednostajnie, gdyż daje się na nich dostrzegać pewne cieniowanie. Kwas octowy i mleczny przy działaniu na ropę, wydają wprawdzie podobne, lecz nie ze wszystkim takie same obrazy.

Wynika więc ztąd, że w zawartości żołądka, niekiedy w znacznej ilości, napotykanne ciała połyskujące są szczątkami komórek wypocinowych, zmienionych pod wpływem soku żołądkowego. O tem można się jeszcze w inny doświadczalny sposób przekonać, dodając śluzu z ostrego nieżyty nosa lub krtani do kwaśnego soku żołądkowego, lub kwasu solnego, w sposób podany przy badaniu ropy; wówczas można otrzymać po krótszym lub dłuższym czasie działania te same jądra, obok innych o wiele większych a okrągłych, biorących początek z ciałek śluzowych, o których jeszcze poniżej mowa będzie. Podobne występowanie jąder można zauważyć i z ciałek białych

krwi, poddając je działaniu tych samych odczynników. Trudno jest jednak dać stanowczą odpowiedź na pytanie, z kąd w żołądku te szczątki ciała wypocinowych się biorą. Najbliższą byłaby odpowiedź, że dostają się one jako ciała wypocinowe w stosownych przypadkach, z wydzieliną nieżytową dróg oddechowych. Są jednak powody do przypuszczenia, że opisane ciała [jądra] mogą mieć swój początek w samej błonie śluzowej żołądka, albowiem:

1) Można napotkać liczne jądra w zawartości żołądka takich osób, u których nie ma ani śladu zajęcia nieżytego oskrzeli, jamy nosowej, lub gardzieliowej, u których nawet do zbadania drobnowidzowego, przez kichanie lub kaszel, wydzieliny nie wydobędzie.

2) Ilość jąder połyskujących wzrasta statecznie z wysokością kwaśności płynu w żołądku zawartego, czyli z natężeniem podrażnienia błony śluzowej żołądka, tak, że w nieżycie kwaśnym żołądka, gdzie wydzielina kwasu żołądkowego jest nadmierną, występują one w ogromnej ilości.

3) Ponieważ w niektórych okresach nieżytu ostrego błon śluzowych, wogóle pojawiają się komórki wypocinowe, należy analogicznie przypuszczać, że to samo dzieje się i w błonie śluzowej żołądka, która, podobnie jak inne, znaczną ilość śluzu w tym okresie nieżytu wydziela; lecz z ciała wypocinowych pozostają, pod wpływem wzmożonego wydzielania się silnie trawiącego soku żołądkowego, tylko połyskujące jądra, podczas gdy z innych błon śluzowych pochodzące przedstawiają się niezmienionymi.

4) Przeplukując żołądek wodą tak długo, aż przestaną strzępy z żołądka wypływać i wprowadzając potem do żołądka 100 lub więcej ctm. sześciennych dziesiętnonormalnego kwasu solnego, można po kwadransie wykazać w cieczy aspirowanej charakterystyczne jądra i to tem liczniejsze, im zdolność wydzielania kwasu solnego jest większą; tylko w 2 przypadkach, w których rozpoznano raka dna żołądka, nie można było i zapomocą kwasu solnego tych jąder połyskujących otrzymać.

5) Badając błonę śluzową żołądka po śmierci, lub oderwane strzępy tejże przy sondowaniu, można w stosownych miejscach, między warstwą nabłonkową i gruczołową, napotkać gromadki jąder połyskujących, które po sztucznem strawieniu błony śluzowej na dnie się osadzają. Może to stać w związku z postrzeżeniem Ad. BAGINSKIEGO (*Beiträge z. Kinderheilkunde III. H. 1884*), który mówiąc o nieżycie żołądka i jelit u dzieci, podaje, że widział komórki wypocinowe w błonie podśluzowej żołądka.

Teoryja powstawania jąder połyskujących z samej błony śluzowej żołądka będzie miała wtenczas podstawę niezachwianą, jeżeli się wydarzy przypadek przetoki żołądkowej, utworzonej wskutek zupełnej niedrożności przełyku, jaką np. RICHET i UFFELMANN mieli sposobność spostrzegać. Ponieważ do obecnego czasu nie miałem sposobności badania tego rodzaju przypadku i takowa tak łatwo się nie wydarzy, chciałem zwrócić przez niniejsze ogłoszenie uwagę kolegów, by przy nadarzającej się sposobności na powyższy szczegół chcieli zwrócić uwagę.

Obecność jąder połyskujących w zawartości żołądka tłómaczy nam to zjawisko, że w nieżytych kwaśnych, zawartość żołądka, nawet naczczo po wprowadzeniu wody przekroplonej wydobyta, wydaje bardzo często wyraźne oddziaływanie na peptony, jakoteż, że trwałe nadmierne wydzielanie soku żołądkowego nadmiernej kwasności, czyli nieżyt kwaśny, zdarzający się według moich spostrzeżeń prawie w połowie przypadków wszystkich chorób żołądkowych, polega na sprawie zapalnej błony śluzowej żołądka.

II. Nabłonek płaski, napotykaný często w zawartości żołądka, przedstawia się w soku żołądkowym trawiącym jako napęczniały, zaokrąglony, z jądrami skurczonemi, zwykle na obwodzie leżącemi i w tym stanie w soku żołądkowym trawiącym długo pozostaje niezmiennym. Jednak protoplazma jego traci w wysokim stopniu własność barwienia się barwnikiem anilinowym metylo-fioletowym. Nabłonek zaś płaski wydobyty z żołądka, nie wydzielającego kwasu żołądkowego, zawiera wewnątrz okrągłe duże ziarniste jądra, otoczone również mocno ziarnistą, a wielokątną protoplazmą, na której bardzo często napotyka się całe kolonije ciemnopunktowatych koków, które dopiero pod wpływem kwasu żołądkowego stają się jasno połyskującemi.

III. W zawartości żołądka zawierającego kwas żołądkowy, można napotkać jeszcze dwojakiego rodzaju większe ciała, wielkości białych ciałek krwi. Jedne z nich knliste, jednostajne, drobne, punktowane, barwią się barwnikiem metylo-fioletowym jednostajnie ciemno-niebiesko; drugie zaś, zwykle owalne, zawierające jeden lub więcej punktów ciemnych w środku, barwią się tym samym barwnikiem niebiesko-lub fioletowo-niebiesko i po zabarwieniu przedstawiają też w swem wnętrzu ciemne punkciki. Te ostatnie ciała są najprawdopodobniej jądrami ciałek śluzowych. Za tem przemawia ta okoliczność, że jeżeli wprowadzi się czysty śluz szklisty, z jamy ust wypływający przy dłuższem sondowaniu chorego, do trawiącej zawartości żołądka, to otrzyma się takie same jądra w osadzie śluzowym. Również i z nieżytego śluzu nosowego powstają one przy sztucznem trawieniu tegoż obok połyskujących jąder, podczas gdy przy trawieniu ropy świeżej lub krwi leukemicznej, prawie wyłącznie połyskujące jądra się tworzą.

Drobnowidzowa więc różnica między zawartością żołądka, zawierającego kwas żołądkowy, a zawartością pochodzącą z żołądka, który tegoż nie zawiera, jest ta, że w pierwszym razie tracą komórki swoją protoplazmę, a pozostają tylko zmienione jądra, podczas gdy w drugim razie pozostają one niezmiennemi.

Oprócz tych wyników badania drobnowidzowego, znajdują się w zawartości żołądkowej oderwane szczątki błony śluzowej w rozmaitym stopniu zmienionej, których znaczenie na innem miejscu zostanie podane.

II. O PRZEDZIURAWIENIACH BŁONY BĘBENKOWEJ.

Napisal

D-r Toodor Holman.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 48].

Dopiero po usunięciu sprawy zapalnej z ucha średniego, lub gdy takowa już dawniej ustała, staraniem naszym będzie w pewnych razach otwór w błonie bębenkowej zabliznić, w innych zaś usiłować będziemy go utrzymać. Dla zabliznienia otworów stałych w błonie bębenkowej podano bardzo wiele sposobów, lecz jak nie udało się dotąd utrzymać przez czas dłuższy otworu w błonie, tak też i wszelkie próby wytworzenia blizny zamykającej otwór w błonie bębenkowej w największej liczbie przypadków okazały się bezskutecznymi.

Chcąc zabliznić otwór w błonie bębenkowej, trzeba się przedtem upewnić, czy blizna nie spowodzi pogorszenia słuchu. W tym celu, gdy otworek jest mały, wypełniamy go kropelką olejku migdałowego lub rozcieńczonej gliceryny, zawieszoną na końcu zgłębnika i wprowadzoną do ucha, do miejsca odpowiadającego otworowi; otworek większy zakrywamy kawałkiem waty napojonym powyższymi płynami, lub zwilżonym kawałkiem papieru; następnie próbujemy ostrość słuchu. Skoro słuch przytem poprawia się, a przynajmniej nie pogarsza, możemy przedsięwziąć środki dla zagojenia otworu.

Ażeby pobudzić brzegi przedziurawienia do wytworzenia tkanki bliznowej sposobem prostym, dosyć jest odświeżyć je zapomocą przyżegania azotanem srebra, natopionym na koniec zgłębnika. Przez to powłoka naskórkowa brzegu przedziurawienia zostaje zniszczoną, powstaje odczyn spowodzający bujanie tkanki. POLITZER widział przy tem postępowaniu zmniejszanie się otworów bardzo wielkich, do jednego milimetra, lub nawet do wielkości końca igły; całkowitego zarośnięcia nie udało mu się osiągnąć. Sposób ten wielokrotnie przezemnie dawniej stosowany, nie dawał zupełnie zadawalniających wyników, gdyż całkowite zabliznienie udało mi się tylko jeden raz otrzymać. Dość często występuje po przyżeganiu zapalenie odczynowe błony i jamy bębenkowej i powrót sprawy ropnej, w następstwie której otwór w błonie powiększa się jeszcze. Zamiast azotanu srebra stosował SCHWARTZE (*A. f. O. VI str. 10*) *cauterium actuale*.

Nacinanie brzegów przedziurawienia jeszcze częściej prowadzi do zapalenia odczynowego, a nadto jest bardzo bolesnem. Tu prawie zawsze otwór w błonie powiększa się znacznie w okresie odczynowym.

CL. J. BLAKE, w celu wytworzenia blizny, zaleca zakryć otwór zwilgoconym kawałkiem papieru, odpowiednio przykrojonym. Przez to nie tylko błona śluzowa jamy bębenkowej bywa zabezpieczoną od wpływów zewnętrznych, ale także brzegi przedziurawienia ulegają podrażnieniu i otwór zmniejsza się skutkiem nagromadzenia się świeżej plazmy. Bardzo stare przedziurawienia i przytem postępowaniu nie zablizniały się całkowicie.

Zamiast papierka zwilżonego, stosowałem niejednokrotnie cienkie, okrągłe kawałki waty, mające kształt błony bębenkowej i napojone roztworem wodnym gliceryny.

Drażnienie brzegów otworu i samych resztek błony jest w tych razach dość znaczne, ropienie w pierwszych 48 godzinach obfite, lecz zato bardzo wielkie otwory, w stosunkowo krótkim czasie, prawie całkowicie zblizniają się, niekiedy wszelako i tu otwór jeszcze bardziej powiększa się.

BERTOLD ¹⁾ w ostatnich czasach wprowadził nowy środek w celu zbliznienia otworów stałych w błonie bębenkowej, t. j. operację plastyczną błony bębenkowej (*myringoplastica*). Polega ona na tem, że brzegi otworu odświeżamy za pomocą przyłożenia do nich kawałka plasterka angielskiego; po trzech dniach usuwamy plasterek i na jego miejsce przystosowujemy kawałek skóry, zdjęty z przedramienia, przykładając go do błony powierzchnią krwawiącą; przewód słuchowy zatykamy watą. Po kilku dniach przepłukawszy starannie ucho, przyczem część przyłożonej skóry, t. j. część naskórkowa usuniętą zostaje, zauważyć możemy bardzo znaczne zmniejszenie się otworu, który jeszcze po dalszych 14 dniach całkiem zarasta. BERTHOLD opisuje dwa takie przypadki pomyślnie zakończone. POLITZER, powtarzając ten sposób na wielu chorych, przekonał się że, otworki, nie większe nad 3 milimetry, udaje się w ten sposób zbliżyć, jeśli do nich ze wszystkich stron przylega przeniesiony kawałek skóry, przy większych wszelako przedziurawieniach niepodobna dobrze przystosować odciętego kawałka skóry, z przyczyny, że brzegi przedziurawienia leżą na różnych płaszczyznach, ztąd i wynik przedstawia się mniej pomyślnie.

C. W. TAUGEMANN w Cincinatti ²⁾ podaje dwa przypadki przedziurawień stałych, tym sposobem leczonych. W pierwszym przymocował on płat skórny do błony zapomocą małej ilości kollydijonu. Wszelako po trzech dniach wszystko się oddzieliło i otwór okazał się jeszcze większym niż przedtem. Zmienił on przeto sposób postępowania w drugim przypadku, a mianowicie: płat skórny rozciął na drobniejsze kawałki i takowe do otworu błony przyłożył; przewód słuchowy zewnętrzny zatkał watą, napojoną maścią z żółtego tlenku rtęci, w celu wywołania zapalenia, potrzebnego dla złączenia się kawałków skóry z błoną bębenkową. W 48 godzin po operacji wytworzył się mostek, który otwór rozdzielił na dwie połowy. Dolna tylna połowa zamknęła się już po 24 godzinach; górna pozostała jeszcze przez długi czas, lecz zaczęła się również coraz bardziej zmniejszać i była bardzo małą w czasie gdy chory przestał się leczyć. Słuch, przedtem bardzo słaby, stał się prawidłowym.

Sposób ten jeden raz stosowałem przy otworze bardzo wielkim, z tą odmianą, iż brzegi otworu odświeżyłem zapomocą noża, nacinając brzegi w różnych miejscach; następnie przyłożyłem płat skórny, zdjęty z ramienia i ucho zatkałem watą. Po 24 godzinach wystąpiło obfite ropienie, co mnie zmusiło do przestrzyknięcia ucha, przyczem wyleciał też i zaszczerpiiony płat skórny; otwór pozostał niezmienionym.

¹⁾ Tageblatt d. 51 Naturforschervers. in Cassel 1878.

²⁾ Z. f. O. XIII. 2 i 3. str. 174.

Gdy błona bębenkowa posiada kilka otworów, oddzielonych od siebie wiązkami mostkami, zabliznienie, według GRUBER'a ¹⁾, osiąga się daleko trudniej, aniżeli przy jednym wielkim otworze i dlatego usunięcie tych mostków spowoduje rychlejsze zabliznienie.

W przypadkach, gdzie nie udaje się zabliznić otworu w błonie bębenkowej, trzeba jamę bębenkową jak najstaranniej ochraniać od wpływów zewnętrznych, gdyż wywołane przez nie drażnienie spowodować może powrót zapalenia ropnego. Chorym takim usilnie zalecać należy, ażeby ucho zatykali watą, a zwłaszcza w czasie pogody dżdżystej, mroźnej, lub gdy silne wiatry panują. Osoby, przebywające w powietrzu zanieczyszczonym cząsteczkami organicznymi lub mineralnymi, zawsze powinny mieć watę w uchu. Podczas kąpieli, bądź to letniej, bądź też zimnej, ucho zatykać należy watą lub szarpią, napojoną jakimś tłuszczem, a to w tym celu, ażeby podczas zanurzania się woda nie przedostała się do jamy bębenkowej; po kąpieli trzeba watę natychmiast odmienić watą oczyszczoną. U dzieci uderzenia w głowę spowodują często powroty ropienia, pilną przeto powinniśmy zwracać uwagę rodziców na tę ewentualność. Zamiast zwyczajnego tamponu z waty, można zamknąć otwór kawałkiem waty, przyłożonym do brzegów otworu lub też sztuczną błoną bębenkową; zabezpiecza to nie tylko ucho od wpływów zewnętrznych, lecz bardzo często słuch znacznie poprawia. Sztuczna błona bębenkowa wskazana jest w przypadkach przedziurawień błony bębenkowej po przewlekłych sprawach ropnych w uchu średnim, gdy leczenie miejscowe nie spowoduje polepszenia słuchu. POLITZER radzi ją też stosować przy istniejącem ropieniu, na co jednak trudno się zgodzić; w tych bowiem razach sztuczna błona nie jest dobrze znoszona. Przeciwwskazana jest sztuczna błona przy jednostronnem cierpieniu, przy istniejącej jeszcze sprawie ropnej, gdy spowoduje zawroty głowy lub nadmierną drażliwość w uchu średnim.

Sposób działania sztucznej błony bębenkowej nie został dotychczas jeszcze należycie wyjaśnionym. Pogląd TOYNBEE'a, że skutkiem zamknięcia otworu blaszką gumową, zostaje przywróconą rezonancja jamy bębenkowej, okazał się mylnym, skoro się przekonano, że wielkie otwory nie zostają całkowicie zakryte przez sztuczną błonę. POLITZER wykazał doświadczalnie, że krążek gumowy przenosi fale głosowe na kostki słuchowe. ERHARD ²⁾ objaśnia, że sztuczna błona, wywierając ucisk na resztki błony bębenkowej i na trzonek młotka, lub też na kowadełko oddzielone od strzemięcia, rozluźnione kostki zbliża do siebie i poprawia przewodnictwo fal głosowych. Nie dowiedziono, czy zmienne przytem ciśnienie wewnątrz-błędnikowe wpływa na poprawę słuchu, jak twierdzi LUCAS.

Podług KNAPP'a ³⁾, poprawa słuchu następuje z powodu ucisku na wyrostek krótki młotka, przyczem kostki słuchowe wysuwają się najprzód. O tem

¹⁾ GRUBER. Ohrenheilk. str. 396.

²⁾ Deutsche Klinik. 1854. str. 581.

³⁾ Patrz POLITZER. Ohrenh. str. 566.

w wielu przypadkach przekonać się można, uciskając lekko zgłębnikiem wyrostek krótki; w innych znowu przypadkach poprawa słuchu następuje po uciśnięciu dolnego końca trzonka. Jednem słowem, ucisk odgrywa główną rolę w poprawie słuchu, często bowiem puszczenie kropli płynu tłustego, lub nawet wdmuchnięcie proszku jakiegoś [ERHARD], sprowadza znaczną poprawę słuchu. O tem ostatniem wielokrotnie przekonałem się, wdmuchnąwszy proszek kwasu bornego dla próby, czy sztuczna błona sprowadzi polepszenie słuchu. W ten sposób sprowadzona poprawa może się wyrazić także przez powrót nieistniejącego przedtem przewodnictwa kostnego kości głowy. Z pomiędzy rozmaitych sztucznych błon bębenkowych ¹⁾, najłatwiejszą do wprowadzenia i najlepiej znoszoną bywa, jak się wielokrotnie przekonałem, błona KNAPP'a; jest ona dogodną i pod tym względem, iż każdy w danej chwili może ją sobie przyrządzić i że może ona tak być przystosowaną, że prawie zawsze otrzymuje się natychmiastowa poprawa słuchu, czego, jak wiadomo, przy innych błonach często nie daje się od razu osiągnąć. Składa się ona z cienkiego krążka waty, wielkości błony bębenkowej, bardzo słabo napojonego roztworem gliceryny z wodą [3 : 1]; krążek ten zapomocą zwyczajnych szczypczyków wprowadza się aż do miejsca, gdzie znajduje się błona bębenkowa, zgłębnikiem wygładza i w różnych punktach lekko uciska, aż się natrafi na miejsce, gdzie ucisk sprowadza poprawę słuchu. Niekiedy, gdy krążek jest za wilgotny, polepszenie następuje dopiero w kilka godzin, wtedy mianowicie, gdy krążek wysychając lepiej przystosuje się do otworu. Taka sztuczna błona zwykle pozostawać może w uchu przez 2 — 3 miesiące, poczem odnowić ją należy; w jednym z leczonych przezemnie przypadków, błona pozostaje już czwarty rok, pokryła się dość grubą warstwą woszczku, chora cieszy się względnie doskonałym słuchem. Niekiedy błonkę należy co dwa dni odnawiać, ma to miejsce zwykle z początku, wtedy bowiem często sprowadza dość obfite ropienie lub też zawroty głowy. Przy nieznacznem ropieniu, wywołanem przez sztuczną błonkę, takowej zwykle nie usuwam, lecz wdmuchuję sproszkowany kwas borny, i to często wystarcza do usunięcia objawów odczynowych; w przeciwnym razie, zwyczajnem przestrzyknięciem usuwa się krążek i wyczekuje aż do ustania sprawy ropnej, poczem na nowo może być zastosowana. Jeżeli zaś sprawa odczynowa powtórzy się, dalsze próby zastosowania sztucznej błony powinny być zaniechane. Sztuczna błona bębenkowa każda, przeważnie zaś KNAPP'a, jaką od dłuższego czasu wyłącznie stosuję, drażniąc brzegi otworu błony naturalnej, przyczynia się także do zabliznienia tejże, o czem już wyżej wzmiankowałem.

Gdzie czasowe zamknięcie otworu w błonie bębenkowej przez wydzielinę lub naskórek sprowadza znaczne pogorszenie słuchu, znikające po ich usunięciu, tam wskazanem jest pozostawienie przedziurawienia niezagojonem. Wskazanem jest także utrzymywanie otworu tam, gdzie ten zrobiony został w celu poprawienia słuchu, a mianowicie: przy zniszczeniu blizn po otworze dawniej istniejącym, przy znacznem zgrubieniu błony bębenkowej i jej zwapnieniu; przy unieruchomieniu młotka i kowadełka skutkiem bezpośredniego lub pośredniego zrośnięcia

¹⁾ Moos. A. f. Aug. u. Ohr. I, 1, str. 212.

tych części ze ścianami jamy bębnekowej; przy znacznych zwężeniach lub zarośnięciach trąbki EUSTACHIUSZA [COOPER] i przy niedających się usunąć szmerach. Czasowe podtrzymywanie otworu okazuje się niezbędnem, gdy tenże skłonny jest do zarośnięcia w sprawach ropnych ostrych, rzadziej przewlekłych, ucha średniego, gdy obawiamy się zatrzymania ropy. Dłuższe podtrzymanie otworu okazuje się nader trudnem, bardzo często zaś wprost nie udaje się. W tym celu stosujemy częste zgłębnikowanie otworu, wkładamy w otwór rozmaite ciała; i tak: ITARD ¹⁾ stosował świeczki gumowe, BECK ²⁾ struny, WOLFF ³⁾ rurki kauczukowe, FRANK ⁴⁾ rurki złote, POLITZER ⁵⁾ rurkę kauczukową wywiniętą w postaci mankieta (*oese*), VOLTOLINI ⁶⁾ z początku wydrążone kółko z aluminium, później rurkę taką samą jak POLITZER, BONNAFONT rurki srebrne. Sądzone, że pozostawiając te ciała obce przez dłuższy czas w otworze, sprowadzi się pokrycie brzegów otworu powłoką naskórkową. Wszelkie jednak usiłowania pod tym względem okazały się płonnemi, albowiem po usunięciu tych ciał, otwór po pewnym czasie zarastał. Rurkę POLITZER'a wstawia się w otwór zapomocą zwyczajnej igły, używanej do przecięcia błony bębnekowej. Brzegi przedziurawienia układają się w rynienkę rurki i tak ją mocno przytrzymują, że igła daje się z łatwością wyciągnąć. Przyrząd ten daje się tylko zastosować w otworach małych, przy większych trzeba czekać aż do zmniejszenia się ich do wielkości 1—1½ milimetra. Często wszelako nie udaje się odpowiednie założenie, innym razem znowu chory rurki nie znosi lub wypchniętą zostaje ona przez zapalenie odczynowe; nadto, ciało to, jako obce, najczęściej posuwa się ku obwodowi błony, o czem sam POLITZER [l. c. 578] wspomina. Czasowo podtrzymuje otwór wstawiony weń gwóźdź ołowiany, cienki i lekki. Nie powinien on dotyczyć ściany wewnętrznej i nie znajdować się w uchu dłużej, jak przez kilka godzin dziennie, gdyż pozostając przez czas dłuższy, łatwo może wywołać powrót zapalenia i sprawy ropnej. Środek ten lepszym jest od niszczenia tworzącej się blizny zapomocą zgłębnika lub przyżegania azotanem srebra, gdyż przy tych ostatnich ropienie często powraca, zaś skłonność do wytworzenia blizny bynajmniej powstrzymaną nie zostaje. Do celu też nie prowadzi wypalenie blizny lub kawała błony bębnekowej zapomocą galwanokaustyki sposobem VOLTOLINI'ego. WREDEN ⁷⁾ zaleca wycięcie *umbonis* z jednoczesnem usunięciem dolnego końca trzonka (*Sphyratomia*), operacja ta dotąd wykonaną została tylko na trupie. Operacja ta ma na celu usunięcie części naczyń doprowadzających krew; liczne wszelako połączenia naczyń błony z naczyniami przewodu słuchowego zewnętrznego i jamy bębnekowej [PRUSSAK, MOOS] wpływają na szybkie wytworzenie się krążenia obocznego, przez co zabliznienie otworu ułatwionem

¹⁾ Mal. de l'oreille. 1821. T. II. p. 207.

²⁾ Ohrenhk. 1827. str. 49.

³⁾ Lehrb. d. Ohrenhk. 1845. T. 3. str. 338.

⁴⁾ Ohrenhk. 1845. str. 320.

⁵⁾ Wiener. Med. Woch. 1868.

⁶⁾ Monatsehr. f. Ohrenhk. VIII. 12.

⁷⁾ Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. I. 22.

zostaje. Według SIMROCK'a, nawet całkowite usunięcie błony bębenkowej i młotka nie zapobiega wytwarzaniu się blizny, wypełniającej całe pole jamy bębenkowej, która najczęściej zrasta się z ścianą wewnętrzną jamy bębenkowej. U osób, pragnących uchylić się od służby wojskowej, niejednokrotnie zdarzało mi się spostrzegać otwory w błonie bębenkowej w jej ćwiartce dolnej i przedniej, z brzegami powleczonej warstwą naskórkową; powstały one po przepaleniu błony kwasami mineralnymi i prawdopodobnie następstwem drażnienia brzegów otworu.

Braki te, o przyczynie i sposobie powstania których z wielką trudnością udało mi się od chorych dowiedzieć, widziałem w kilka lat i jeszcze przedstawiały wszelkie cechy otworów stałych, wywołanych przez naturę i żądami środkami nie dały się usunąć. Nie miałem sposobności zastosowania tego sposobu, *mutatis mutandis* w celu podtrzymania gojącego się lub zabliznionego otworu; sądzę jednak, iż wartoby było spróbować go, gdyż umiejętnie wykonany, nie przedstawia szkodliwych następstw dla słuchu i całego ustroju. Zresztą już FRANCIS SIMROCK zaleca przepalić błonę bębenkową kroplą kwasu siarczanego napuszczoną na koniec zgłębnika. Na 17 przypadków tylko 3 razy wystąpiło odczynowe zapalenie błony bębenkowej. W jednym przypadku zastosował TROELTSCH¹⁾ operację plastyczną, polegającą na tem, iż igłą do przekłuwania błony bębenkowej wyciął z tej ostatniej równoramienny płat trójkątny, podstawą odwrócił go do góry i przycisnął do zadrażnionej poprzednio błony. Płat przyrósł, jeszcze po 14 dniach otwór zachował pierwotne rozmiary; chorego tego autor nie widział więcej. Sposób ten dotąd przez otyjatrów nie został przyjętym lubo wycięcie kawałka błony już dawniej było znanem. Szczegóły tego postępowania znajdują się w traktacie Pawła FABRIZI „*Ueber die im Ohre vorkommenden Operationen*” Lipsk 1842. Rozwiązanie tego problemu byłoby nadzwyczaj ważnym krokiem naprzód w leczeniu chorób usznych, gdyż w wielu przypadkach upośledzenia słuchu nie zrobić nic możemy, lub też skutek jest tylko przemijający; gdyby nam przeto udało się wytworzyć stały otwór w błonie bębenkowej, osiągnęlibyśmy w przypadkach właściwych ku temu nie tylko znaczną poprawę słuchu, ale także zmniejszenie lub usunięcie również nieprzyjemnych szumów. Dalsze starania w tym kierunku powinny być przedsiębrane i cel nasz dopiero wtedy osiągniętym zostanie, gdy uda się wytworzyć to, co wytwarza sama przyroda po ustaniu długotrwałych ropień z ucha średniego, a mianowicie: powleczenie się brzegów przedziurawienia warstwą naskórkową.

Leczenie ogólne przy przedziurawieniach błony bębenkowej stosuje się raczej do choroby zasadniczej, która spowodowała przedziurawienie, aniżeli do samego przedziurawienia. Dlatego też przy przedziurawieniach pochodzenia urazowego, lub też powstałych przy zapaleniu ostrem ropnem ucha średniego lub przy zapaleniu samej błony, wszelkie leczenie ogólne jest zbyt czynnem; najwyżej, gdy istnieją objawy napływu krwi do głowy [kongestyje], stosujemy środek odciągający na kanał pokarmowy, lub w razie silnych bólów — środek uspakajający, rzadziej nasenny. W przedziurawieniach przewlekłych, gdzie głównem naszym

¹⁾ Lehrb. der Ohrenhk. wyd. 7. str. 429.

staraniem prawie zawsze powinno być usiłowanie zagojenia otworu, baczną należy też zwrócić uwagę na ogólny stan zdrowia chorego. Nie wdając się w opis leczenia ogólnego przy przewlekłym zapaleniu ropnym jamy bębnekowej, które, jak już niejednokrotnie wspomniałem, stanowi główną przyczynę przedziurawień przewlekłych, uczynię tylko wzmiankę, że przedziurawienie, przyczyniając się do podtrzymania lub sprowadzenia ropienia w uchu, staje się niekiedy punktem wyjścia cierpienia ogólnego, a mianowicie suchot płucnych lub żołądów; odwrotnie znowu, długotrwałe ropienia, a tem samem i przedziurawienia błony bębnekowej, przeważnie są podtrzymywane przez pewne dyskrazyje, t. j. żoły, gruźelki i bezkrwistość. Bezkrwistość i żoły wymagają niezbędnie leczenia ogólnego obok miejscowego. Jodek potasu, przetwory żelaza, tran, znajdują tu obszernie zastosowanie. Środki te dają wyniki pomyślne nawet w tych przypadkach przedziurawień i ropień zastarzałych, gdzie dyskrazyje powyższe nie dadzą się wykazać. Przy przymiocie jod i rtęć zadawane być winny. Ważną także jest dyjeta, która ma być pożywną i wzmacniającą. Chory powinien unikać wszystkiego, co sprowadza napływy krwi do głowy, j. t. tańców, gimnastyki, zimnych kąpiei, alkoholu, przepełnienia żołądka i t. d.. Dobrze usługi oddaje też zmiana powietrza, kąpiele ciepłe [zimne są prawie zawsze szkodliwe], głównie termy obojętne, a także kąpiele żelazne, siarczane, stosownie do wskazań danego przypadku.

Przy leczeniu przedziurawień baczną należy też zwrócić uwagę na stan przewodu noso-gardzielowego i istniejące zboczenia usuwać zapomocą odpowiedniego leczenia.

Leczenie przedziurawień smarowaniami lub wcieraniami w okolicę ucha, a głównie w wyrostek sutkowy, stosowane jeszcze niekiedy przeciw zapaleniu przewlektemu ucha średniego, pozostaje bez żadnego wpływu; przeciwnie, środki te, wywołując obfitsze ropienie, pośrednio przeszkadzają zagojeniu się otworu.

Znaczenie przedziurawień błony bębnekowej pod względem sądowo-lekarskim. Może tu być mowa tylko o przedziurawieniach urazowych. O odróżnieniu ich od przedziurawień, będących następstwem spraw chorobowych świeżych, zastarzałych lub już wygasłych, szczegółowo już wyżej mówiliśmy, w tem miejscu pozostaje zastanowić się nam, jak powinien lekarz sądowy w podobnych razach zachować się ze swoim orzeczeniem. Ażeby lekarz mógł określić, czy dane przedziurawienie jest pochodzenia urazowego, musi koniecznie zbadać chorego w pierwszych dniach po powstaniu uszkodzenia; w późniejszym czasie otwór zabiżnić się może, tak, iż niepodobna będzie powiedzieć, czy wogóle istniało naruszenie całości błony bębnekowej i czy napotkane zaburzenia czynnościowe są następstwem urazu.

Niepodobna także określić charakteru przedziurawienia, gdy w czasie pierwszego badania istnieje sprawa ropna w jamie lub na błonie bębnekowej, albowiem przedziurawienie przy takich zmianach chorobowych w niczem nie wyróżnia się od powstałej z przyczyny pierwotnej sprawy ropnej w uchu średnim lub na błonie bębnekowej.

Lekarz sądowy wtedy dopiero dane przedziurawienie będzie mógł uważać za urazowe, gdy obok objawów znamionujących takowe, zabiżnienie, a raczej

zagojenie nastąpi pod jego okiem. Okoliczność ta, jak twierdzi POLITZER, ważną jest dlatego, iż można mieć przed sobą otwór stały, pozostały po wygasłej sprawie ropnej, który niekiedy może być wzięty za przedziurawienie urazowe. Gdy wszelako zapamiętamy, że w otworach stałych brzegi są powleczone warstwą naskórkową, zaś w urazowych są one ostro ograniczone; dalej, że przy pierwszych znajdziemy zawsze zmiany w pozostałej części błony, w drugich zaś zwykle ich nie ma, to pomyłka okaże się prawie niemożliwą.

Czy przedziurawienie błony bębenkowej urazowe powstało przypadkowo, czy też jest następstwem uszkodzenia umyślnego, najczęściej niepodobna określić. Wszelako, skoro obok oznak przedziurawienia znajdziemy na ścianach przewodu słuchowego zewnętrznego zmiany, jakie prawdopodobnie wywołują ciała żrące, np. kwasy, alkalia, olejek krotonowy, gdy uda nam się skonstatować obecność tych ciał, gdy zwrócimy baczną uwagę na anamnezę, niezgodność jej z istniejącymi zmianami chorobowymi, a nadto, gdy zastanowimy się nad powodami, które skłonić mogły danego osobnika do uszkodzenia błony bębenkowej; wtedy takie przedziurawienie będziemy mieli prawo uważać nie za przypadkowe. Nie trzeba też zapominać, że przedziurawienia urazowe wogóle nie są częste, zaś powstałe przypadkowo, skutkiem sparzenia lub przepalenia błony bębenkowej ciałami żrącymi, należą do bardzo rzadkich. Ja dotąd widziałem jeden taki przypadek, o którym wyżej wspomniałem; w literaturze otyjatrycznej kilka zaledwie dotąd zostało opisanych.

Gdy lekarz stwierdzi, że otwór jest pochodzenia urazowego, powinien odpowiedzieć na pytanie, czy uszkodzenie to jest lekkie lub ciężkie?

Przy braku współczesnego wstrząśnienia błędnika i gdy po zasklepieniu się otworu—bez względu na trwanie okresu gojenia—słuch powrócił do stanu prawidłowego, takie przedziurawienie będzie uszkodzeniem lekkim. Skoro zaś powstało jednocześnie wstrząśnienie błędnika [brak percepcji zegarka i widełek słuchowych przez kości czaszkowe po stronie chorej], gdy stopienie słuchu pozostaje stałym, gdy rozwinął się stan zapalny z wytworzeniem ropy w uchu średnim i rozmaitymi zmianami następczymi, uszkodzenie należyć będzie do ciężkich. Gdy obok przedziurawienia istnieje złamanie kości czaszkowych lub wstrząśnienie mózgu, przedziurawienie stanowić będzie uszkodzenie bardzo ciężkie. Nie zawsze przeto przy pierwszym badaniu może lekarz sądowy określić jakość uszkodzenia; czasem potrzeba na to kilku miesięcy, gdyż wstrząśnienie błędnika, jako też sprawa ropna w uchu średnim, mogą po pewnym czasie całkowicie ustąpić, bez pozostawienia jakichkolwiek następstw dla słuchu i życia.

Dla dopełnienia tego przedmiotu, wspomnę jeszcze, że gdy po urazach w okolicę ucha nastąpiły zaburzenia czynnościowe, bez przedziurawienia błony bębenkowej, lekarz sądowy nigdy nie jest w stanie orzec, czy takie zaburzenie nie istniało już dawniej skutkiem cierpienia błędnika, co poszkodowany pragnie na swoją korzyść wyzyskać. Badając w krótkim czasie po nastąpiącym urazie błonę bębenkową, gdy znajdziemy na niej złogi wapienne lub blizny, będziemy mogli wypowiedzieć stanowczo, że istniało już dawniej cierpienie ucha średniego.

[D. n.]

III. WYKAZ STATYSTYCZNY LEKARSKI,

tyczący się chorych leczonych w szpitalu Ś-go Łazarza w Warszawie w ciągu 1885 roku.

Podał

D-r Watraszewski,

naczelnny lekarz tegoż szpitala.

Na zasadzie rozporządzenia p. Inspektora szpitalów warszawskich cywilnych, obowiązani są naczelnicy lekarzy takowych przedstawić, według wskazanego im programu, sprawozdanie statystyczne dotyczące danego szpitala za rok ubiegły. Rzeczzone sprawozdania, kosztujące sporo czasu i pracy, bywają po przeczytaniu ich składane do archiwów i zwykle z takowych więcej nie wychodzą, pomimo iż między wiadomościami w nich zawartemi, oprócz mniej ważnych, znajdują się i inne przedstawiające ogólnolekarskie zajęcie.

Powodowany powyższemi względami, usunąłem z przedstawionego p. Inspektorowi szpitalów sprawozdania za rok ubiegły wszystko to, co bezpośredniego ze statystyką lekarską nie miało związku i elaborat takowy pozwałam sobie podać do druku w formie krótkiego wykazu, w nadziei, iż jeśli nie dla ogółu, to przynajmniej dla pewnej liczby kolegów nie będzie bez interesu.

Przyznaję, iż przedstawione w wykazie tym dane, dotyczące materiału szpitalnego za rok ubiegły, bynajmniej takowego nie wyczerpują. Staraniem mem będzie, zwłaszcza jeśli koledzy ordynatorowie szpitala Ś-go Łazarza zechcą przyjść mi z pomocą spostrzeżeniami swemi, dotyczącymi właściwych oddziałów, aby wykazy owe w latach następnych o ile możliwości były kompletne.

Powyżej umieszczona tablica przedstawia ogólny ruch chorych leczonych w szpitalu Ś-go Łazarza w ciągu 1885 roku.

Rodzaj choroby	Pozostało z 1884 r.				Przybyło w 1885 r.				Wypisanych w 1885 r.				Przeszło do kobietlinnych szpit.	Umarło				Pozostaje na 1886 r.			
	mężczyzn	kobiet	dzieci		mężczyzn	kobiet	dzieci		mężczyzn	kobiet	dzieci			mężczyzn	kobiet	dzieci		mężczyzn	kobiet	dzieci	
Wenerycznych .	94	89	—	—	1358	1605	7 10	—	1363	1544	6 9	—	1 13	5 6	4	—	—	82	127	—	1
Skórnych . . .	11	9	1 1	—	86	40	8 6	—	83	43	6 7	—	—	4 2	—	—	—	13	6	3	—
Rakowatych . .	—	5	—	—	7	46	—	—	4	18	—	—	—	3 24	—	—	—	6	—	—	—
Razem wszystkich	105	103	1 1	—	1451	1691	15 16	—	1450	1605	12 16	—	1 13	12 32	4	—	—	95	139	3 1	—
	210				3173				3083				14	48				238			

Tym sposobem leczyło się w ogóle:

mężczyzn	.	.	.	.	.	.	.	1556
kobiet	.	.	.	.	.	.	.	1794
dzieci	.	.	.	.	.	.	.	33
razem								3383 osób.

W tej liczbie zaś na salach ogólnych. 3028

W oddziale sekretnym 356

czyli jak wyżej 3383 osób, które

przebyły w szpitalu 73,790 dni, co czyni w przecięciu po 21,8 dni na jedną osobę.

Opuściło szpital w ciągu roku 3094 osób, w tej liczbie 14 po wyleczeniu ich z właściwych chorób przesłanych zostało z powodu innych cierpień do odpowiednich szpitalów.

Wypisano bez objawów zaraźliwych wenerycznych lub skórnych 2017

„ na własne żądanie z polepszeniem lub bez takowego 1013

Umarło osób 48, co w stosunku do ogólnej liczby chorych daje 1,4% śmiertelności.

W ogólnej cyfrze 3383 chorych dotkniętych było chorobami:

I. wenerycznymi	3163	{	mężczyzn . . .	1452	= 93,4%
			kobiet . . .	1694	
			dzieci . . .	17	

II. skórnymi . .	269	)	mężczyzn . . .	97	= 7,9%
			kobiet . . .	49	
			dzieci . . .	19	

III. zwyrodnieniem rakowatym	58	{	mężczyzn . . .	7	= 1,7%
			kobiet . . .	51	

Niech nam będzie wolno każdą z przytoczonych trzech grup rozpatrzyć oddzielnie.

I. Choroby weneryczne.

Z liczby 3163 osób dotkniętych chorobami wenerycznymi przypada na:

1. Prz y m i o t (*syphilis*) 992 w tej liczbie

mężczyzn 459

kobiet 517

dzieci 16, co w stosunku do

ogólnej liczby chorych stanowi 29,3%. Chorzy ci przebyli w szpitalu 25,947 dni, czyli, iż przeciętny czas leczenia dotkniętych przymiotem wynosił 26,2 dni.

*) W liczbie 269 osób z chorobami skórnymi 107 [mianowicie mężczyzn 67 i kobiet 40] dotkniętych było cierpieniami wenerycznymi pomieszczonemi pod rubryką I.

W liczbie 459 ¹⁾ mężczyzn przedstawiało objawy:

<i>Syphilis primariae et secundariae</i>	404
„ <i>tertiariae</i>	35

Ponieważ mężczyźni ci pozostawili w szpitalu przez 13455 dni, wypadła przeciętnie po 29,5 dni na pojedynczą jednostkę.

Ilość przebytych w szpitalu dni w stosunku do sposobu leczenia objawów przymiotu u mężczyzn przedstawia się jak następuje.

Sposób leczenia.	Liczba leczonych.	Liczba dni ogólna.	Liczba dni przeciętna.
<i>Frictiones cum ungt. cinereo</i>	218	6508	29,8
<i>Medicatio interna (Hg. vel J)</i>	69	1869	27,0
<i>Injectiones subcutaneae calomel.</i>	121	3375	27,8
<i>Injectiones subcutaneae oxyd. hydrarg. ²⁾</i>	10	215	21,5
„ „ <i>sublimati hydrarg.</i>	4	117	29,2
<i>Cura localis</i>	23	363	15,9
<i>Cura mixta (Hg. et J.)</i>	14	1008	72,0

W liczbie 517 ³⁾ kobiet syfilitycznych przedstawiało objawy:

<i>Syphilis primariae et secundariae</i>	470
„ <i>tertiariae</i>	47

Ponieważ rzeczono kobiety pozostawały w szpitalu 12,424 dni wypadła przeciętnie po 24,0 dni na jedną kobietę.

Z liczby 517 kobiet:

1) przybyło do szpitala dobrowolnie 268 i pozostawało tamże przez czas 1,614 dni, czyli średnią liczbą po 20,8 dni na jedną kobietę;

2) przysłanych przez władze policyjne i trzymanyh w szpitalu do czasu usunięcia zaraźliwych objawów przymiotu [wyleczenia] 249. Takowe przebyły tamże 5810 dni, czyli średnią liczbę po 22,9 dni na jedną kobietę:

W liczbie tej 149 przechodziło:

a) leczenie jednorazowe	183
b) „ dwukrotne	54
c) „ trzykrotne	10
d) „ czterokrotne	2

czyli, iż na 100 kobiet, leczonych od przymiotu, u 36 w ciągu jednego roku występowały nowe objawy, mianowicie u 29,5% powtórzyły się takowe dwukrotnie,

¹⁾ W tej liczbie 27 leczyło się w ciągu roku kilkakrotnie.

²⁾ Liczba leczonych związkami tlenowemi rtęci dla tego tak jest małą, iż środki te dopiero przy samym końcu roku zaczęto stosować.

³⁾ W tej liczbie 85 leczyło się w ciągu roku kilkakrotnie.

u 5,4% trzykrotnie, wreszcie u 1,09% czterokrotnie. Wynik taki możnaby niewątpliwie uważać za świetny, gdybyśmy posiadali pewność, iż każda podlegająca rewizji policyjno-lekarskiej kobieta, z chwilą wystąpienia u niej nowych objawów, do szpitala dostawioną została.

Ilość przebytych w szpitalu dni, w stosunku do sposobu leczenia przymiotu u kobiet, przedstawia się jak następuje:

Sposób leczenia.	Liczba leczonych.	Liczba dni ogólna.	Liczba dni przeciętna
<i>Frictiones cum ungt. cinereo hydrargyri.</i>	394	8770	22,5
<i>Cura interna (hydrarg. vel jodum)</i>	38	1227	32,7
<i>Injectiones calomelan.</i>	27	863	32,7
„ <i>oxydorum hydrargyri</i>	14	365	24,7
„ <i>sublimati hydrargyri</i>	2	61	30,5
<i>Cura localis</i>	28	594	21,1
<i>Cura mixta (hydrarg. cum jodo)</i>	14	546	39,0

Większą liczbę dni, które przebyli w szpitalu mężczyźni, w porównaniu z takąż liczbą dni u kobiet, objaśnić należy w ten sposób, iż znaczna część mężczyzn przybywając do szpitala z własnej woli, zwleka często z wstąpieniem doń, aż wreszcie wchodzi z objawami przymiotu oddawna rozwiniętymi i potrzebującymi wskutek tego dłuższego leczenia, podczas gdy połowa prawie kobiet przysyłaną bywa przez władze policyjne, jako podlegająca obowiązkowym oględzinom lekarskim. Wskutek tego kobiety owe znacznie prędzej po okazaniu się u nich objawów dostają się do szpitala i dla tej samej przyczyny krócej w nim pozostają.

Różnica zaś w liczbach tyjących przeciętnego czasu pobytu w szpitalu kobiet przysyłanych przez policyję, a przybywających dobrowolnie, spowodowaną jest tem, iż ostatnie na własne żądanie szpital opuścić mogą i często korzystają z tego przywileju zanim jeszcze objawy przymiotu zostaną u nich usunięte.

Z liczby 16 dzieci, w wieku do lat 10, dotkniętych było *syphilis congenita* 13, *syphilis acquisita* 3.

Z dotkniętych przymiotem umarło w ciągu roku osób 13, w tej liczbie,

mężczyzn 4
kobiet 5
dzieci 4, co w stosunku do

ogólnej liczby chorych stanowi 0,26%, w stosunku zaś do liczby dotkniętych przymiotem 0,9% śmiertelności.

Przypadki śmierci przedstawiają się jak następuje :

Płeć.	Lata.	Okres choroby.	Forma przymiotu.	Przyczyna śmierci.
Mężczyzn.	85	<i>Syphilis recens</i>	<i>Exanth. papulos.</i>	<i>Marasmus senilis.</i>
"	40	<i>Syphilis tarda</i>	<i>Ulcerat. serpiginos.</i>	<i>Nephritis parenchymatosa.</i>
"	29	"	"	<i>Tuberculosis pulmonum.</i>
"	35	"	<i>Ulc. serpig., caries oss.</i>	<i>Marasmus.</i>
kobieta	38	"	<i>Ulcerat. serpiginos.</i>	<i>Tuberculosis pulmonum</i>
"	62	"	<i>Caries oss. palat.</i>	<i>Marasmus.</i>
"	22	<i>Syph. hered. tarda</i>	<i>Caries oss. cranii.</i>	<i>Meningitis.</i>
"	65	<i>Syphilis tarda</i>	<i>Gummata ulcerat.</i>	<i>Marasmus.</i>
"	58	"	<i>Caries ossium</i>	"
dziecko.	2	<i>Syphilis congenita</i>	<i>Exanth. macul.</i>	"
"	1	"	<i>Papul. Exanth macul.</i>	"
"	1 1/2	"	"	"
"	—	"	<i>Pemph. syph.</i>	<i>Natum. mort.</i>

2. Choroby weneryczne miejscowe, mianowicie.

a) *Ulceræ venerea, bubones* w liczbie 1317

b) *Erosiones, suspectae, condylomata acuminata, balanitis, balanoposthitis sub observatione* 623

c) *Blenorrhoea cum complicationibus (orchitis, epididymitis, cystitis, bartholinitis etc.)* 231

razem 2171 osób,

które przebyły w szpitalu 35218 dni, czyli przeciętnie po 16,2 dni na jedną osobę.

Płeć.	Liczba chorych.	Liczba dni ogólna.	Liczba dni przeciętna.
Mężczyzn.	993	13,712	14,8
Kobiet.	1178	21,506	18,8

Różnica w przeciętnych liczbach dni u mężczyzn i kobiet może być w ten sposób objaśniona, iż mężczyźni, których o wiele znacznie większa część przybywa i wychodzi ze szpitala własnowolnie, najczęściej nie oczekują w takowym zupeł-

nego wyzdrowienia, lecz wypisują się nie wyleczeni, czego nie mogą uczynić kobiety, których największy kontyngens pod kontrolą policyjno-lekarską będący, winien pozostawać w szpitalu do zupełnego usunięcia objawów zaraźliwych.

Przypadków śmierci zapisanych jest w tej rubryce 2, mianowicie:

mężczyzna 1

kobieta 1, co w stosunku do

ogólnej liczby chorych stanowi 0,06% śmiertelności, podczas gdy ta ostatnia w stosunku do liczby chorych dotkniętych li tylko chorobami wenerycznymi miejscowymi daje cyfrę 0,09%.

Przypadki śmierci przedstawiają się jak następuje:

Płeć.	Wiek.	Cierpienie weneryczne.	Przyczyna śmierci.
Mężczyzna	36	<i>Blenorrh. ureth. cystit. suppurat.</i>	<i>Uraemia</i>
Kobieta	21	<i>Blenorrh. vagini et cervic.</i>	<i>Typhus abdominali.</i>

Z powyższego widzimy, iż w drugim przypadku śmiertelne zejście w żadnym nie było związku z cierpieniem wenerycznem chorej, lecz nastąpiło wskutek zupełnie innej choroby.

II. Choroby skórne.

Na choroby skórne leczyło się ogółem 269 osób, w tej liczbie 107 dotkniętych było także wenerycznymi cierpieniami i wpisane zostały w rubrykę odpowiednią. Wyłącznie zaś dotkniętych chorobami skórnymi leczyło się 162 osób; a mianowicie:

mężczyzn 97

kobiet 46

dzieci 16, co łącznie z 107

w podziałach 1 i 2-im pomieszczonymi, a mianowicie:

mężczyznami 67

kobietami 40, stanowią sumę 269 osób, któ-

rzy przebyli w szpitalu 5881 dni, czyli przeciętnie po 21,8 dni na jedną osobę.

Choroby skórne i czas pobytu w szpitalu cierpiących na takowe przedstawia się jak następuje:

(Patrz tablicę na następnej stronie Nr 1).

Przypadków śmierci zapisanych było w dziale tym 6, co w stosunku do ogólnej liczby chorych daje 0,17% w stosunku zaś do liczby dotkniętych chorobami skórnymi 2,2% śmiertelności. W dwu jednakowoż tylko przypadkach chorobę skórną i jej następstwa za bezpośrednią przyczyną śmierci u dotkniętych nią osobników uważać można, w pozostałych zaś przypadkach zejście śmiertelne spowodowanem zostało w skutek powikłań ubocznych, jak to okazuje się z następującej tablicy.

(Patrz tablicę na następnej stronie Nr. 2).

Rodzaj choroby.	Liczba chorych.	Liczba dni ogólna.	Liczba dni przeciętna.
<i>Varicella</i>	1	1	1,0
<i>Scabies et pediculosis</i>	127	1229	9,8
<i>Herpes tonsurans</i>	5	51	10,1
<i>Prurigo</i>	11	162	14,8
<i>Favus</i>	13	293	22,7
<i>Psoriasis</i>	29	743	25,1
<i>Sycosis (mentagra)</i>	1	23	23,0
<i>Eczema</i>	61	1561	25,3
<i>Pemphigus foliaceus</i>	1	35	35,0
<i>Lupus vulgaris</i>	20	1679	83,2

Płeć.	La- ta.	Choroba skórna.	Przyczyna śmierci.
Mężczyzn.	57	<i>Pemphigus foliaceus.</i>	<i>Marasmus.</i>
Kobieta	62	<i>Sarcema faciei et cavi oris</i> ¹⁾	<i>Pneumonia septica.</i>
"	45	<i>Intertrigo inguinalis.</i>	<i>Bronchopneumonia.</i>
Mężczyzna	50	<i>Pediculosis (bronchiectasia).</i>	<i>Paralysis universalis (abscesus cerebri).</i>
Kobieta	42	<i>Pediculosis, collapsus (metrorrhagia).</i>	<i>Marasmus.</i>
"	47	<i>Eczema, ulcus crur. gangr.</i>	<i>Septicaemia.</i>

III. Zwyródnienie rakowate.

Chorzy w liczbie 58, dotknięci rakiem w stopniu w którym wszelka pomoc chirurgiczna, zastosowana w celu usunięcia lub ograniczenia choroby, nie miałyby żadnych widoków powodzenia, przebyli w szpitalu dni 6,844, czyli przeciętnie po 118 dni na jedną osobę. Z liczby tej umarło w szpitalu 27, co w stosunku do ogólnej liczby chorych daje 0,79% zaś w stosunku do chorych dotkniętych rakiem 46% śmiertelności. Mówię to naturalnie tylko o śmiertelności w szpitalu ²⁾

¹⁾ Nowotwór ten, który w następstwie stracił wszystkie cechy choroby skórnej, powstał pierwotkowo z brodawki (*naevus*) na twarzy chorej znajdującej się,

²⁾ Ponieważ w szpitalu Ś-go Łazarza nie ma oddziału chirurgicznego, przyjmowane bywają z dotkniętych zwyródnieniem rakowatym wyłącznie tylko *casus non operabiles*, najczęściej po odmówieniu im przyjęcia w innych szpitalach, w których z przytoczonego powodu nie kwalifikują się do leczenia. Ze względu, iż szpital Ś-go Łazarza sfundowany był pierwotkowo dla „wenerycznych“ i że ani w mieście ani w kraju nie ma właściwego przytułku dla podobnego rodzaju nie-szczęśliwych skazanych na śmierć, takowi tutaj muszą być umieszczani, wpływając pobytom swym najgorzej na miejscowe higieniczne warunki.

Ubogim przychodzącym do szpitala po porady, udzielał takowych lekarz naczelny dwa razy tygodniowo.

Ogólna liczba porad wynosiła w ubiegłym roku z górą 3000, z czego okazuje się jak pożytecznem i potrzebnem byłoby otwarcie ambulatoryjum szpitalnego, w którym lekarze ordynujący udzielaćby mogli codziennie porad lekarskich potrzebującym takowych. Odpowiednie przedstawienie, uczynione rok temu do właściwej władzy przez lekarza naczelnego, w zasadzie zostało już przyjęte i jest nadzieja, iż otwarcie bezpłatnego ambulatoryjum przy szpitalu Ś-go Łazarza w krótkim czasie nastąpić powinno,

Wiadomości bieżące.

Porządek dzienny posiedzenia klinicznego, mającego się odbyć w Towarzystwie Lekarskiem w dniu 7 Grudnia 1886 o godzinie 6½ wieczorem.

I. RAJCHMAN. O sokotoku żołądkowym (*Gastrosuccorhoea*).

II. OZTUŚZEWSKI. Połowiczny paraliż krtani powikłany paraliżem innych nerwów mózgowych, z demonstracją.

III. STANKIEWICZ WŁAD. 1) O leczeniu złamań rzepki i wyrostka łokciowego za pomocą szwu kostnego, z demonstracją.

2) Przypadek wysięgu ropnego opłucnej, leczony przez wypłówanie żeber, z demonstracją.

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.

ODPOWIEDŹ REDAKCYI.

D-rowsi W. Z. w Warszawie. Na zapytanie Szanownego Kolegi odpowiadamy, że pracownia fizyologiczna istniejąca przy tutejszem Towarzystwie Lekarskiem nie sprowadzała wcale hodowli pasorzytów cholery azjatyckiej i że nikt z pracujących w takowej nie ma zamiaru robić doświadczeń z temi pasorzytami na zwierzętach, jak to głosiły pisma codzienne,

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

D-ra J. Cohnheima, Odczyty z patologii ogólnej, podręcznik dla lekarzy i studentów, przekład z 2-go wydania 1884, 3 tomy Rs. 5.

S. Jaccoud, Wykład patologii szczegółowej, przekład z siódmego wydania 1884, 3 tomy rs. 13.

Birch-Hirschfeld, Wykład anatomii patologicznej, Część ogólna, przekład z 2-go wydania, ze 118 drzeworyt. 1884. Rs. 2.

H. Haeser, Historyja medycyny, tom drugi. Dzieje medycyny nowożytnej 1886, str. 1062 rs. 5.

Szokalski W. Początek i rozwój umysłowości w przyrodzie 1885, Rs. 3.

T. H. Huxley, Wykład biologii praktycznej, 1883. Rs. 1.

Sprawozdania z piśmiennictwa naukowego polskiego w dziedzinie nauk matematycznych. przyrodniczych. Rok I 1882. Rok II 1883. Rok III 1884. po Rs. 1.

K. Filipowicz, Wiadomości początkowe z botaniki. 1884. Rs. 1.

Z. O. Everett, Jednostki i stałe fizyczne. 1885. Rs. 1.20.

16—15

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 egz. 75 kop., z przesyłką 80 kop. 0—4

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH NAKŁADEM GAZETY LEKARSKIEJ.

W ciągu roku bieżącego opuści prasę dzieło pod tytułem:

TERAPIJA OGÓLNA

przez prof. Hoffmanna.

Cena dzieła wyniesie Rs. 4, z przesyłką 4.50 a zatem będzie tańszą od oryginału niemieckiego. Przedpłatę można nadsyłać do Wydawcy Gazety Lekarskiej. Marszałkowska 119.

„RUSSKAJA MEDICINA”

w r. 1887

wychodzić będzie w tym samym formacie rozmiarze i terminie jak poprzednio, przy współpracownictwie wielu profesorów i lekarzy, pod redakcją

Prof. N. P. Iwanowskiego i D-ra P. A. Ilińskiego.

Prócz samodzielnych spostrzeżeń i kazuistyki w każdym numerze pomieszczane są artykuły z następujących działów: postępy medycyny (referaty tak z rosyjskiej jako też i z zagranicznej literatury) oceny bibliograficzne i krytyczne. sprawozdania z towarzystw lekarskich, wiadomości bieżące z życia ogólnego i korporacji lekarskiej. Dziak od redakcyi i korespondencyi poświęcony jest prawie wyłącznie kwestyjom zawodowym. Wiadomości o wakansach i postanowieniach urzędowych. Cena prenumeracyjna za rok 8 rub. z przesyłką lub odnośnieniem. Prenumerować można w redakcyi „Russkoj Mediciny“. Petersburg, Iwanowska, 12. 3—1

Доводено Цензурою Варшава, 20 Ноября 1886 г. Druk K. Kowalewskiego. Królewska. Nr. 29.