

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. T. HEIMAN. O przedziurawieniach błony bębenkowej. — II. L. WOLBERG. Tyfus wysypkowy u dzieci. — *Notatki lekarskie.* 14. A. KORAL. Przypadek moczówki prostej (*diabetes inspidus*) pochodzenia urazowego u ośmioletniego chłopca. — Wiadomości bieżące. — Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich. — Dodatki. — Ogłoszenia.

I. O PRZEDZIURAWIENIACH BŁONY BĘBENKOWEJ.

Napisał

Dr Todor Heiman.

Praca niniejsza, przedsięwzięta przed półtora rokiem, dziś dopiero może być oddaną na użytek publiczny. Stanowi ona wynik sześcioletniego spostrzegania szpitalnego, poliklinicznego i praktyki prywatnej. Pobudką do niej była chęć zużytkowania spostrzeganego materiału, głównie zaś zapoznanie ogółu lekarzy z tem tak często napotykanem zбочeniem narządu słuchowego, o którym, niestety jak o wielu innych chorobach usznych, panują u nas najfałszywsze pojęcia, prowadzące często do bardzo zgubnych następstw dla chorych. Podaję w niej to co sam niejednokrotnie spostrzegałem, przy uwzględnieniu prac innych autorów, spis których na końcu podaję. Jakkolwiek praca ta przeznaczoną jest dla ogółu lekarzy, sądzę jednak, że i specjalista, być może, znajdzie w niej coś nowego, niejedno też odświeży mu w pamięci wiadomości jego o przedziurawieniach błony bębenkowej, starałem się bowiem zebrać w niej wszystko, co wiadomem jest dotąd o tem cierpieniu.

A. COOPER, zdaje się być pierwszym, który spostrzegał przedziurawienie błony bębenkowej i z uszkodzenia tego wyprowadził pewne wnioski fizjologiczne. Uwagę genialnego chirurga ze szpitala Ś-go Tomasza zwróciła ta okoliczność, że gdy chory wycierał nos, mając przytem usta zamknięte, przez uszy wydobywał się silny i głośny prąd powietrza, dochodzący w sile swojej do tego stopnia, iż unosił włosy sąsiadujące z uchem. Pomijając, iż to ostatnie przez nikogo dotąd spostrzeganem nie było, dziwnem jest rzeczywiście, iż objaw tak powszedni, jak przedziurawienie błony bębenkowej, najczęściej mimowoli narzucający się uwadze naszej, mógł pozostać nieznanym aż do końca XVIII-go i początku XIX-go wieku.

Wprawdzie pęknięcie błony bębenkowej skutkiem uderzenia lub upadnięcia ¹⁾, a także całkowite zniszczenie ich ²⁾, znane już były MORGAGNI'emu; nie znajdujemy wszelako o tem wzmianki w żadnym podręczniku chirurgicznym i fakt ten był zapewne obcym COOPER'owi.

W opisaney przez siebie historyi choroby, COOPER, chcąc zbadać stopień zniszczenia błon bębenkowych, nie uczynił tego przez obejrzenie ich zapomocą jakiegokolwiek narzędzia, lecz zgłębnikiem wchodził do każdego ucha i po uderzeniu główki jego o ścianę wewnętrzną jamy bębenkowej oceniał stopień zniszczenia błony. W ten sposób zapomocą dotyku przekonał się, a przynajmniej tak mu się zdawało, że po stronie lewej błona bębenkowa była całkiem zniszczoną, zaś po prawej przedstawiała otwór środkowy o średnicy dochodzącej do czwartej części cala, co właściwie równa się także całkowitemu zniszczeniu. Przytem spostrzegał, że te braki błon bębenkowych słuchu nie pogarszały; przeciwnie, chory bardzo dobrze słyszał mowę i wszelkie szmery.

Zastosowanie wziernika i badanie ucha za pomocą światła odbitego, umożliwiło dokładne poznanie prawidłowej błony bębenkowej oraz wszelkich zmian zachodzących na jej powierzchni i w jej wnętrzu; tem samem posłużyło ono do rozpoznania i należytego ocenienia przedziurawień tej błony, warunków ich powstawania, następstw oraz sposobów usunięcia ich.

P r z y c z y n y. Przedziurawienie błony bębenkowej bywa wrodzone lub też nabyte. Wrodzone bywa następstwem choroby ucha w okresie wewnątrzmacicznym i nie stanowi wady rozwojowej ³⁾. TRIQUET ⁴⁾ utrzymuje, że wrodzony brak całkowitej błony bębenkowej dotąd nie został sprawdzony, zaś przypuszczenie istnienia tej wady rozwojowej polega na teoretycznych hipotezach. TRIQUET zaprzecza także istnieniu przedziurawienia wrodzonego środkowego [centralnego]. Błędne to pojęcie sięga jeszcze czasów ARYSTOTELES'a, który powiada (*de Anima liber II*), że ALCMEON widział kozy oddechające uszami, co ma stanowić dowód przedziurawienia ucha u podstawy. DUVERNEY ⁵⁾ w pięknej pracy swojej pogląd ten zwycięzko obalił, lecz MARCHETTIS ⁶⁾ w 1652 r. i MUNICKS w 1697 twierdzili, że widzieli otwór wrodzony w błonie bębenkowej. RUYSCH ⁷⁾ nie podzielał tego poglądu, zaś VALSALVA ⁸⁾ i RIVINUS usiłowali i nie bez talentu wskrzesić twierdzenie MARCHETTIS'a. Czytając opisy ich, przekonujemy się, że otrzymane przez nich wyniki były następstwem preparowania. VALSALVA np. naiwnie opowiada, że w błonę bębenkową wpychał szczecinę tak długo, dopóki nie znalazł w niej otworu, nadto przyznaje, również jak i RIVINUS, że w wielu przypadkach przedziurawienia, już przedtem istniał w uchu wyciek ropny. HYRTL utrzymuje, że takie otwory niby wrodzone, są zawsze następstwem dysekcji,

1) SCHWARTZE. Die chirurgischen Krankh. d. Ohres. Deutsche Chirurgie. 1884. str. 111.

2) BONNAFONT. Traité théoret. et prat. des Mal. de l'Or. 1873. str. 292.

3) URBANTSCHITSCH. Ohrenhkr. Wyd. 2. 1884. str. 127.

4) TRIQUET. Mal. de l'oreille. str. 284.

5) DUVERNEY. De l'Organe de l'ouïe. 1683.

6) MARCHETTIS. Padua. 1652. Anat. de re Anatomica, Utrecht. 1697.

7) RUYSCH. Thesaurus Anat. Amsterdam. 1703.

8) VALSALVA. De aure humana Tract. 1704.

zaś podług TRIQUET'a przyczynę ich stanowi zapalenie, które doprowadziło do przedziurawienia. Nadto takie otwory widzimy zawsze na obwodzie błony, nie zaś w środku, czyli tam, gdzie kość skroniowa w tym okresie prawidłowo przedstawia małą przerwę.

Przyczyny przedziurawień nabytych można podzielić na dwa wielkie działy, a mianowicie: przedziurawienia wywołane przez sprawy chorobowe i przedziurawienia powstałe z przyczyn zewnętrznych, mechanicznych, czyli urazowe.

Pierwszy rodzaj przedziurawień należy do częstszych; napotykamy je przedewszystkiem w przewlekłych zapaleniach ropnych jamy bębenkowej połączonych z próchnieniem, zgorzelą jej ścian kostnych lub bez takowych; przebieg tych spraw chorobowych bez przedziurawienia należy do bardzo rzadkich wyjątków. Zapaleniom ostrym ropnym jamy bębenkowej bardzo często towarzyszy przedziurawienie błony bębenkowej; niekiedy polipy jamy bębenkowej, przebijając się przez błonę, wytwarzają w niej otwór. Zapalenie ostre komórek wyrostka sutkowego, o ile takowe jest pierwotnem, prowadzi do przedziurawienia błony bębenkowej; niekiedy widzimy je przy ostrej sprawie nieżytowej jamy bębenkowej. W tych wszystkich sprawach chorobowych, błona bębenkowa, najczęściej współcierpiąc z innemi odcinkami ucha średniego, zostaje chorobliwie zmienioną, będąc zaś pod wpływem ucisku zawartości jamy bębenkowej, takowemu ulega, co sprowadza jej przedziurawienie. Powstaje ono albo przez owrządzenie stopniowo zagłębiające się, albo też na drodze wessania błony. TOYNBEE ¹⁾ uważa ucisk wysięków w jamie bębenkowej za zwykłą przyczynę przedziurawień błony.

Przy zapaleniach ropnych jamy bębenkowej, towarzyszących pewnym chorobom ogólnym, prawie zawsze powstaje przedziurawienie błony bębenkowej. Pod tym względem pierwsze miejsce zajmuje szkarlatyna, dalej idzie tyfus brzuszny i wysypkowy, ospa, odra i róża. W ostatnim roku spostrzegałem bardzo wiele przypadków zapalenia ropnego jamy bębenkowej z przedziurawieniem błony przy odrze, która w ogóle między wojskiem miała przebieg ciężki. Przedziurawienie błony bębenkowej bywa też następstwem cierpienia jamy bębenkowej przy zapaleniu płuc krupowem, gorączce przepuszczającej, w pewnych okresach gruźlicy płuc, jest też dość częstem zjawiskiem przy zolzach i przymocie. Pewne formy przedziurawień samowolnych, RIBES przypisuje tarciu oderwanego trzonka młotka. Są one bardzo rzadkie, R. widział je tylko dwa razy. BONNAFONT zaprzecza możliwości powstawania w ten sposób przedziurawienia, a objaśnienie jego wydaje mi się zupełnie racjonalnem; powiada on mianowicie, że tam gdzie się oddzielił trzonek młotka, błona bębenkowa została już na tyle zmienioną, iż przerywa się pod wpływem tych samych czynników, które sprowadziły oddzielenie się części młotka. Przedziurawienia samowolne stanowią podług ITARD'a cierpienie pierwotne, mogące rozwinąć się w wieku dziecięcym. Takiego poglądu nikt wszelako nie podziela i KRAMER słusznie twierdzi, że ażeby błona bębenkowa przerwana została, musi ona pierwaj być siedliskiem zapalenia mniej lub więcej ostrego, prędkiego lub powolnego, sprowadzającego rozmięczenie, owrządzenie a wreszcie przedziurawienie błony.

¹⁾ TOYNBEE. *Mal. de l'Or.* 1874. str. 167 [tłóm. francuzkie].

Zapaleniom błony bębenkowej podług jednych [DUPLAY] towarzyszy przedziurawienie bardzo rzadko, inni zaś [GRUBER] uważają je za częste. Jeżeli zwrócimy uwagę na tę okoliczność, że pierwotne i ograniczone zapalenie błony bębenkowej w ogóle ma się rzadko przytrafiać ¹⁾, co także nie przez wszystkich jest przyjętem, to sprzeczność ta zdań co do częstości przedziurawień nie trudną będzie do wytłómaczenia. W tych razach powstaje ono albo przez owrzodzenie, albo przez pęknięcie ropy, albo pod wpływem ciśnienia od zewnątrz [mocne przestrzyknięcie], albo nareszcie przez powiększone ciśnienie od wewnątrz [wpędzenie powietrza do jamy bębenkowej].

Zapalenie ucha zewnętrznego zwyczajne lub też pasożytnicze, gdy się rozszerzy na błonę bębenkową, może także spowodować jej przedziurawienie.

RIBES ¹⁾, TOYBEE ²⁾, SCHWARTZ'e ³⁾, TROELTSCH ⁴⁾, KIRCHNER ⁵⁾, URBANTSCHITSCH ⁶⁾, i inni przyjmują, że woszczek, nagromadzony w znacznej ilości w przewodzie słuchowym zewnętrznym, spowodować może niekiedy przedziurawienie błony bębenkowej; ostatni z wymienionych autorów opiera się na spostrzeżeniu RIBES'a (*Med. Chir. Zeit. 1815 T. II. str. 89.*). Podług RIBES'a u starców, u których woszczek zwykle jest bardzo twardy, tenże wywiera na ścięconą błonę bębenkową wpływ ten sam, co każde ciało obce uciskające ją przez dłuższy czas, t. j. warstwy błony stopniowo zużywają się od środka ku obwodowi i od zewnątrz na wewnątrz. Przedziurawień błony bębenkowej, wywołanych przez woszczek, nie mogłem dotąd stwierdzić, pomimo, iż rocznie widuję do 60 przypadków; gdy po usunięciu czopu spostrzegałem niekiedy przedziurawienie, wtedy błona bębenkowa lub też część jej, pokryta była zwykle dokoła otworu zeschlą ropą, lub też przedstawiała takie zmiany, że niepodobna było wątpić, iż w uchu średnim dawniej już istniała sprawa chorobowa, która wywołała naruszenie całości błony bębenkowej. POLITZER ⁷⁾ słuszną robi uwagę, iż rozpatrzywszy opisy podane przez powyższych autorów, należy przyjąć, iż w największej liczbie przypadków woszczek był następstwem przebytej sprawy ropnej w uchu średnim. Jeżeli uprzytomnimy sobie objawy, jakie spowoduje woszczek gdy pod wpływem jakichkolwiek warunków wepchniętym zostaje głębiej do przewodu słuchowego, *resp.* gdy zaczyna mocniej uciskać błonę bębenkową, t. j. zawroty i znaczne ciążenie głowy, stopienie słuchu i szumy, a niekiedy bardzo groźne objawy zwrotne; to trudno będzie przypuścić, ażeby chorzy mogli znosić taki czop, aż do spowodowania przedziurawienia zdrowej błony bębenkowej. Nie powstanie ono tem bardziej,

¹⁾ Na 500 chorych w szpitalu, zaledwie 2—3 przypadków rocznie miałem sposobność spostrzegać. W ciągu lat sześciu widziałem nie więcej jak 16 przypadków pierwotnego zapalenia błony bębenkowej, zaś przedziurawieniem błony tylko dwa.

²⁾ RIBES. *Memoires d'Anatomie et de Chirurgie.* Paris. 1847.

³⁾ TOYNBEE. *Mal. de l'Oreille.* [tłóm. franc.] 1874. str. 63.

⁴⁾ SCHWARTZE. *Die chir. Krankh. d. Ohres.* 1889, str. 84.

⁵⁾ TROELTSCH. *Handb. d. Ohrenhk.,* wyd. 7, str. 97, także VIRCHOW's *Archiv.* T. 17, str. 10

⁶⁾ KIRCHEER. *Handb. d. Ohrenhk.* 1885, str. 47.

⁷⁾ URBANTSCHITSCH. *Ohrenhk.* wyd. II. 1884, str. 82.

⁸⁾ POLITZER. *Ohrenhk.* 1882, str. 660.

jeśli czop woszczku usznego znajdzie się w pewnej odległości od błony. Obecność odcisku błony bębenkowej na czopie nie dowodzi bynajmniej, ażeby ten wywierał na nią dłuższy ucisk; odcisk mógł się wytworzyć w bardzo krótkim czasie, wtedy mianowicie, gdy czop nagle oparł się silniej o błonę bębenkową. Napotykanie niekiedy po usunięciu woszczku wciągnięcie błony bębenkowej jest zawsze prawie następstwem sprawy chorobowej w uchu średnim lub w trąbce EUSTACHIUSZ'a. Tylko w jednym razie możemy przedziurawienie błony bębenkowej postawić w pewnej zależności od woszczku, a mianowicie gdy przed błoną istnieje płyn rozmiękczejący się. Już STARD zauważył, że w podobnych razach przedziurawienie istnieje w dolnej części błony, t. j. tam gdzie płyny najłatwiej gromadzą się.

Przy powstawaniu przedziurawień błony bębenkowej ważną rolę ma odgrywać dziedziczność ¹⁾.

Przyczyny zewnętrzne czyli urazowe sprowadzają przedziurawienie błony bębenkowej: albo 1) przez bezpośrednie przebicie jej ciałem obcem najczęściej ostrem lub tępem; zaliczyć tu także należy działanie ciał żrących, albo 2) przez nagłe zgęszczenie słupa powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym lub w jamie bębenkowej, rzadziej przez rozrzedzenie powietrza w uchu zewnętrznym, albo 3) przedziurawienie jest dalszym ciągiem złamania kości czaszkowych lub co rzadziej silnego ich wstrząśnienia.

Bezpośrednio przedziurawioną zostaje błona bębenkowa przypadkowo, rzadziej umyślnie w celach występnych.

Przypadkowe przebicie błony bębenkowej przytrafia się najczęściej u osób, które doznają swędzenia w uchu; dla usunięcia tej dolegliwości przyzwyczajają się wprowadzać do ucha rozmaite przedmioty tępe lub ostre, t. j. wykłóvaczki do zębów, szpilki podwójne, ołówki, druty do robienia pończoch, żdźbła słomy, łyżeczki uszne i t. p.; drapanie przewodu słuchowego zewnętrznego temi przedmiotami prowadzą z nieprzewyciężoną namiętnością, a przy biernem poruszeniu ręką lub głową ciała te zostają gwałtownie wepchnięte w głąb ucha, przez co błona ulega przedziurawieniu. Wątpić należy, czy samo manipulowanie temi przedmiotami w przewodzie słuchowym zewnętrznym, a *resp.* i na błonie bębenkowej sprowadza przedziurawienie jej; wiadomo bowiem, że samo dotknięcie błony bębenkowej sprawia ból dotkliwy, kłujący, a to wystarcza do instynktownego szybkiego usunięcia ciała obcego z przewodu słuchowego zewnętrznego; zresztą ponieważ swędzenie nie sięga tak głęboko, przeto i przedmioty te nie zostają tak daleko wprowadzone. Nieostrożne przestrzykiwania przewodu słuchowego zewnętrznego strzykawkami o długich i cienkich nasadkach, usiłowania niewłaściwe i niezgrabne w celu wydobycia ciał obcych, przypadkowe przedostanie się na błonę bębenkową trzask drzewnych, kołców przy mijaniu gęstwiny, nieostrożne zastosowanie zgłębnika bez jednoczesnego oświetlenia ucha, niekiedy zaś ukąszenia owadów ²⁾ jak pcheł, pluskiew i t. d. mogą sprowadzić przedziurawienie błony. Przy chorobliwych zmianach w położeniu błony bębenkowej, zdarzyć się może, że

¹⁾ TRIQUET. l. c. str. 168.

²⁾ GELLE. Précis des Malad. de l'Or. Paris. 1885, str. 147.

wprowadzając świeczkę (*bougie*) do trąbki EUTSTACHIUSZA, końcem jej przebijemy błonę ¹⁾. Do przedziurawień przypadkowych bezpośrednich należy też zaliczyć przypadek podany przez WILDE'a, w którym chory wprowadziwszy mały palec do przewodu słuchowego zewnętrznego, w celu wydostania z niego wody, jaka się w nim zebrała podczas kąpieli, przerwał sobie przytem błonę bębennową, lubo przedziurawienie mogło też powstać w tym razie z przyczyny rozrzedzenia powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym. Do tego działu należą też przecięcia i wycięcia części błony, podejmowane w celu leczniczym.

Do przyczyn bezpośrednich można także zaliczyć wpływ na błonę bębennową kwasów, alkaliów lub innych ciał gryzących. Ciała te przypadkowo lub też umyślnie, w celach występnych, zapuszczone do przewodu słuchowego zewnętrznego, dostawszy się na błonę bębennową, przepalają ją bezpośrednio, albo też spowodują rozmiękczenie jej i przedziurawienie, albo nareszcie wywołują zapalenie prowadzące do przedziurawienia. Przypadkowo ciała te dostają się do ucha przez pomyłkę zamiast odpowiedniego lekarstwa ²⁾. W celach występnych udało mi się wykryć użycie kwasu s arczanego czystego, lub z gliceryną, kwasu karbolowego, czystego lub z gliceryną lub z olejkiem krotonowym, olejku krotonowego i potażu gryzącego.

Przedziurawienie błony bębennowej, powstałe skutkiem zgęszczenia słupa powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym, przytrafiają się najczęściej po uderzeniach ręką w twarz w okolicę ucha [dobrze wymierzony policzek], po upadnięciu na ucho, po wystrzałach armatnich lub z broni ręcznej w pobliżu ucha, po wybuchach [BONNAFONT, ORNE GREEN, TROELTSCH], po uderzeniu kopytem w dolną szczękę z jednoczesnem złamaniem ściany przedniej przewodu słuchowego zewnętrznego [SCHWARTZE], po uderzeniu bokiem głowy o powierzchnię wody przy wskakiwaniu do niej, po uderzeniach kulami śnieżnemi w okolicę ucha, pod wpływem silnego dźwięku [ТОУНБЕЕ] po uderzeniu piorunu i pod wpływem telefonu ³⁾. Jakkolwiek przyczyny powyższe mogą i spowodować przedziurawienie błony bębennowej, wszelako zdrowa błona na tej drodze rzadko ulega przedziurawieniu. Najczęściej pękają błony chorobliwie zmienione przez istniejące lub minione sprawy chorobowe, lub też gdy cierpi jama bębennowa; w ostatnim przy-

¹⁾ SCHWARTZE. l. c. str. 110.

²⁾ Przed laty 5 zdarzył się w szpitalu przypadek, iż felerzer choremu na zapalenie ucha zewnętrznego zamiast gliceryny wlał czysty kwas karbolowy. Wywiązało się gwałtowne zapalenie ucha średniego z całkowitem zniszczeniem błony bębennowej. W następstwie, skutkiem długotrwałego i nie dającego usunąć się ropienia, rozwinęły się, u osobnika przedtem zupełnie zdrowego, śmiertelne suchoty płucne.

³⁾ Przerwanie obu błon bębennowych z całkowitą głuchotą nerwową, która na lewem uchu stopniowo ustępowała, spostrzegalem przed laty 4-ma u żołnierza. Leczę obecnie młodego człowieka, u którego istnieje przedziurawienie linearne lewej błony bębennowej w ćwiartce przedniej i dolnej, bez wszelkich oznak odczynu na błonie, powstałe dwa dni temu, po przyłożeniu ucha do telefonu; w chwili gdy do niego przemówiono, chory uczuł nagle ból klujący w uchu. Słuch jest w tym przypadku nieznaeznie upośledzony, otworek goi się bez wszelkiej interwencji lekarskiej. Przyczyną przedziurawienia w tym razie był albo wpływ strumienia elektrycznego, lub też niespodziany dźwięk; to ostatnie wydaje się być prawdopodobniejszem.

padku zmienione zostają warunki ciśnienia powietrza atmosferycznego i śródusznego na błonę bębenkową, co sprzyja pęknięciu jej przy odpowiednich warunkach ¹⁾).

Zgęszczenie powietrza w uchu średnim, bądź to przez zastosowanie metody POLITZER'a, bądź też podczas wpędzania powietrza zapomocą cewnika, także stać się może przyczyną przedziurawienia błony bębenkowej, ale tylko w razie obecności stanów chorobowych błony, zmniejszających jej siłę odporną, jak np. zanik, blizny, zwyrodnienie tłuszczowe i t. d.. Szczególnie łatwo pękają błony zrosłe częściowo ze ścianą błędnika. Do tej kategorii przyczyn zaliczyć należy przedziurawienia powstające przy kichaniu, wymiotach, przy wycieraniu nosa, a także przy krztusćcu, gdzie napady kaszlu sprowadzają nadto przekrwienie zastoinowe z wybroczynami krwawymi w błonę bębenkową i błonę słuzową jamy bębenkowej. TULPIUS twierdzi, że błona bębenkowa może także pęknąć przy napadach astmatycznych, nikt jednak z nowszych badaczy nie potwierdził tego.

WILDE spostrzegał dwa przypadki przedziurawienia błony bębenkowej u powieszonych; powstały one skutkiem zgęszczenia powietrza w jamie bębenkowej, a to w sposób następujący: przy powieszeniu, podniebienie miękkie zostaje tak dalece odsunięte ku górze, iż zapelnia przestrzeń noso-gardzielową i zatyka nozdrza tylne, zaś kanał trąbki EUSTACHIJUSZA zostaje otwarty przez ściśnięte powietrze, które do niego wnika. Za poglądem takim przemawia okoliczność, że w tych razach płat błony bębenkowej brzegiem swoim odwinięty jest na zewnątrz, jak to można widzieć na wyrobie będącym w posiadaniu SCHWARTZ'ego. Podobny przypadek spostrzegał też OGSTON ²⁾. Błona bębenkowa nie zostaje wszelako przerwana u wszystkich powieszonych, TROELTSCH ³⁾ np. widział jeden przypadek, w którym błona była nienaruszoną, zaś w jamie bębenkowej było cokolwiek śluzu. Podobnie i ZAUFAL ⁴⁾ nie widział przedziurawień błony u wielu powieszonych.

Niekiedy błona bębenkowa pęka skutkiem rozrzedzenia powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym, co spostrzegamy u jadących balonami, po wzniesieniu się na góry wysokie, skutkiem pocałunku w ucho [ZAUFAL]. po nagłym wyjęciu palca mocno wciśniętego do przewodu słuchowego zewnętrznego; nareszcie przy nieostrożnem rozrzedzeniu powietrza przedsiębranem w celach leczniczych.

Że przy złamaniach kości czaszkowych niekiedy błona bębenkowa ulega rozdarciu, jestto fakt powszechnie wiadomy. Czasem do pęknięcia błony wystarcza silne wstrząśnienie kości czaszkowych bez ich złamania, lub też złamania części kostnych sąsiadujących z błoną bębenkową.

¹⁾ Obszerniejsze opisanie warunków powstawania tego rodzaju przedziurawień, znajdzie czytelnik w pracy mojej „Przypadek urazowego potrójnego pęknięcia błony bębenkowej z zejściem śmiertelnem”. Gazeta Lekarska Nr. 10 i 11. 1885. Opis ten dla uniknięcia powtarzań, w tem miejscu pomijam.

²⁾ A. f. O. VI. 268.

³⁾ TROELTSCH. Ohrenk. wyd. 7. str. 157.

⁴⁾ A. f. O. VII i VIII, tamże XII str. 30 przypadki zestawione przez SCHALLE'go.

GAZ. LEK. NR. 46.

O k r e ś l e n i e p r z e d z i u r a w i e n i a . Nim przystąpię do opisanja objawów przedziurawienia, objaśnić winienem, co rozumiemy pod tą nazwą. Jestto całkowite przerwanie wszystkich warstw błony, powstałe nagle lub powoli i połączone z utratą substancji lub bez niej. Albo też jestto otwór sztuczny lub chorobowy, wywołaną sztuką, przypadkowo, lub rozmaitemi chorobami. Gdy powstaje skutkiem choroby, stanowi ono jeden z objawów jej i wytwarza się dopiero następnie; gdy zaś wywołanem zostało przez przyczynę mechaniczną, sztuczną lub przypadkową, wtedy stanowi oddzielną chorobę, czyli właściwie ranę przenikającą błony bębenkowej.

O b j a w y . Przedziurawienia błony bębenkowej charakteryzują się szeregiem objawów, zależących nietylko od stanu błony ale także od warunków w jakich znajduje się jama bębenkowa, od czasu jaki upłynął od wytworzenia się otworu i od przyczyny, która przedziurawienie spowodowała. Objawy te są podmiotowe i przedmiotowe; pierwsze jako wspólne wielu chorobom ucha średniego, wewnętrznego a nawet zewnętrznego, tylko w połączeniu z objawami przedmiotowymi przedstawiają dokładny obraz przedziurawienia; same przez się mają znaczenie drugorzędne.

Do objawów p o d m i o t o w y c h zaliczamy: 1) większe lub mniejsze upośledzenie słuchu. Stopień jego nie znajduje się w żadnym stosunku do stopnia zniszczenia błony bębenkowej; często przy małych otworkach słuch bywa znacznie osłabionym, gdy znowu znaczne braki w błonach, lub nawet całkowite ich zniszczenie, przy pewnych warunkach pomyślnych w jamie bębenkowej, na ostrość słuchu bardzo nieznacznie wpływają i to tak dalece, że jeśli do istniejącego braku nie przyłączy się przypadkowo wyciek ropny lub inny objaw dolegliwy dla chorego, zmuszający go do szukania pomocy lekarskiej, nie dowiedzielibyśmy się o bardzo wielu przypadkach przedziurawień błony bębenkowej. Między publicznością, a po części między lekarzami, istnieje dotąd jeszcze pogląd bardzo rozpowszechniony, że przerwanie całości błony bębenkowej pociąga za sobą nieodwołalnie głuchotę i to nieuleczalną. Każdy lekarz chorób usznych ma sposobność spotykać się często z chorem szukającym u niego porady, krórczy z nieopisaną trwogą zapytują, czy przypadkiem, przy istniejącem upośledzeniu słuchu, nie ma przedziurawienia błony, co uważać zwykli za objaw najniepomyślniejszy dla słuchu; pojęcie, jak wspominałem, niestety przez wielu jeszcze lekarzy u nas uważane za pewnik. Przedziurawienie w bardzo wielu przypadkach nietylko że słuchu nie upośledza, ale nawet niekiedy przyczynia się do jego poprawy, a mianowicie gdy błona bębenkowa jest mało ruchomą przy zgrubieniu jej, silnem napięciu i t. d..

Upośledzenie słuchu, powstające przy przedziurawieniach błony bębenkowej, **TOYNBEE** ¹⁾ objaśnia tem, że powietrze w jamie bębenkowej, wprowadzone w drganie, przez otwór w błonie, przechodzi po części do przewodu słuchowego zewnętrznego; przeszkadza to skoncentrowaniu się go na błonie okienka okrągłego, co jest niezbędnem dla komunikowania się z błędnikiem.

¹⁾ **TOYNBEE.** l. c. str. 168.

Znaczniejsze upośledzenie słuchu przy przedziurawieniach małych aniżeli przy wielkich pochodzi ztąd, jak objaśnia RAU, że otwory małe stanowią większą przeszkodę dla percepcji fal głosowych aniżeli wielkie, przy których podstawa strzemięcia może być bezpośrednio wprawioną w drganie przez fale głosowe. Drganie to może nastąpić wtedy nawet, gdy młotek i kowadełko zostały zniszczone, lub gdy pierwszy stracił ruchomość z powodu zwapnienia resztek błony, jeżeli tylko podstawa strzemięcia w okienku owalnym pozostała ruchomą. Skoro przy otworach wielkich istnieje upośledzenie słuchu, należy przyjąć istnienie przeszkody w przeprowadzaniu fal głosowych przez strzemię lub błonę okienka okrągłego. Taką przeszkodę stanowią wytwory tkanki łącznej nader mocne, przytwierdzające strzemię do niszy okienka owalnego, dalej strzemię wciśnięte przez długie ramię kowadełka, gdy młotek i kowadełko zostały pociągnięte ku wewnątrz skutkiem zrostów; albo nareszcie rozluźnienie kostek usznych po ustąpieniu spraw ropy w uchu średnim, przez co także warunki ciśnienia na błędnik ulegają zmianie.

Przedziurawienie błony bębenkowej zmniejsza zdolność drgania jej w stosunku prostym do wielkości otworu; całkowita jednak zdolność drgania nie zostaje zniesioną ¹⁾. Zapomocą blaszek dźwięczących KOENIG'a, wykazał BLAKE ²⁾, że przy przedziurawieniach błony bębenkowej wzrasta się percepcja dla tonów wysokich, a liczba drgań dochodzi niekiedy do 100,000. Czasem tony wysokie bywają odczuwane boleśnie ³⁾. Według WOLF'a, trudność w pojęciu spółgłosek znajduje się w stosunku prostym do wielkości istniejącego przedziurawienia; samogłoski zaś daleko lepiej bywają zrozumiane. Im ton zasadniczy spółgłoski leży wyżej w skali, tem łatwiej zostaje ona pojętą.

2. Szum zależy już to od zmian warunków drgania w samej błonie, już to od zmiany ciśnienia w uchu średnim, wywierającej wpływ na błędnik. Odnosi się to do przedziurawień niewielkich, przy przedziurawieniach znacznych szumu albo wcale nie ma, gdy zaś istnieje, to powstaje następnie skutkiem ściągnięcia się [retrakcy] mięśnia napięzacza błony bębenkowej (*m. tensor tympani*); w takich też razach istnieje jednocześnie stępienie słuchu. Gdy przedziurawienie powstaje nagle, a przeważnie skutkiem działania zgęszczonego słupa powietrza na błonę zdrową lub chorobliwie zmienioną, chorzy słyszą w pierwszej chwili w uchu gwałtowny trzask ⁴⁾ podobny do wystrzału z pistoletu, a wkrótce potem powstaje szum trwający przez czas krótszy lub dłuższy. Szum

¹⁾ WOLF. Sprache u. Ohr. 1871. Także A. f. O. VI. str. 126.

²⁾ BLAKE. Americ. Journ. of Otol. 1879. vol. I. Nr. 4.

³⁾ BONNAFONT. Mal. de l'Or. 1873. str. 275.

⁴⁾ Zdawałoby się, że uczucie trzasku w uchu z następnym szumem, wywołane zgęszczeniem nagle słupa powietrza w przewodzie słuchowym zewnętrznym, powinno stanowić pewny znak przedziurawienia; tak jednak nie jest, za dowód czego służyć może fakt następujący: przed kilku miesiącami zgłosił się do mnie do lecznicy, chory skarżący się na gwałtowny szum w uchu lewym, powstały przed czterema dniami po pocałunku w uchu; w chwili pocałunku uczył chory w uchu silny trzask i ból kłujący, poczem zaraz wystąpił szum dolegliwy. Badanie najstaranniejsze błony bębenkowej znanymi dotąd sposobami nie wykryło w niej żadnego naruszenia całości. Istniejący szum wywołany został przez wstrząśnienie błędnika. Zresztą nie można być pewnym, czy z początku nie było przedziurawienia, które wkrótce zasklepiło się.

istniejący przy przedziurawieniach określany bywa przez chorych najczęściej jako syczenie lub gwizdanie różnego natężenia.

3. Zawrót głowy nie należy do częstych objawów przedziurawienia; napotykaną bywa w przypadkach urazowych pośrednich, najczęściej w chwili podziałania przyczyny; bywa on niekiedy tak silny, iż chorzy skutkiem tego formalnie zataczają się. Zawrót powstaje przez ucisk nerwów błędnika, wywołany wepchnięciem kostek słuchowych, *resp.* strzemiesienia w okienko owalne, z kąd wpływ ten rozprzestrzenia się dalej na błędnik. W innych rodzajach przedziurawień, zawrót głowy powstaje prawdopodobnie skutkiem działania zimniejszego powietrza na jamę bębenkową; coś podobnego napotyka się przy wstrzyknięciu do ucha wody zimnej. W tym ostatnim razie, oprócz działania zimna, wywiera wpływ ciśnienie słupa wody, gdyż zawroty napotykamy wstrzykując wodę zimną, a nawet ciepłą na nienaruszoną błonę bębenkową.

4. Ból towarzyszy przedziurawieniom, powstałym z przyczyny mechanicznej jakiegokolwiek bądź pochodzenia; powstaje on w chwili działania przyczyny i trwa później jeszcze przez krótki czas. Ból ten jest kłujący. Ból, trwający przez czas dłuższy, towarzyszy sprawom zapalnym błony i jamy bębenkowej i zwykle łagodnieje lub całkiem ustępuje z chwilą pęknięcia błony bębenkowej. Ból taki jest rwący i rozprzestrzenia się nie tylko na błonę, lecz obejmuje część lub całą okolicę skroniową, niekiedy nawet przechodzi na całą głowę. Ból powstający przy otworach starych i stałych zależy od rozbudzenia się sprawy zapalnej lub znaczniejszego podrażnienia jamy bębenkowej.

5. Wzmoczona percepcja. Przy przedziurawieniach błony bębenkowej dość często zauważyć można, że chory widelki słuchowe, postawione w stanie dzwięczącym na środku głowy, słyszy daleko mocniej po stronie chorej. Zależy to, podług POLITZER'a, od zmniejszonej ruchomości kostek słuchowych i wzmocnionej rezonancyi powietrza wypełniającego wspólnie ucho średnie i zewnętrzne.

O b j a w y p r z e d m i o t o w e. W każdym przedziurawieniu błony bębenkowej zwrócić należy uwagę na jego umiejscowienie, formę, wielkość, oraz czy istnieje tylko jeden otwór, czy też jest ich więcej.

Przedziurawienie umiejscowić się może we wszystkich częściach błony, zwykle jednak zdarza się w pewnej odległości od obwodu, albowiem w tych miejscach błona jest grubsza i posiada większą siłę odporną. Przedziurawienia widzimy najczęściej w odcinku dolnym, t. j. cokolwiek niżej od końca dolnego trzonka młotka; ten niekiedy zakończeniem dolnem sterczy swobodnie w otworze, czasem nawet wystaje większa jego połowa; spostrzegamy to mianowicie w otworach wielkich i częściej pochodzenia dawnego. W największej liczbie przypadków koniec trzonka oddzielony jest od otworu wązkim paskiem błony bębenkowej. Dość często napotykamy przedziurawienia w ćwiartce tylnogórnej, jakiegokolwiek takowe by były pochodzenia, przeważnie jednak z przyczyny przewlekłych spraw ropnych w jamie bębenkowej; czasem przedziurawienie znajduje się na samym brzegu obwodowym błony i zdaje się jak gdyby błona była w pewnym miejscu oderwaną od przewodu słuchowego zewnętrznego, a ponieważ przy tem najczęściej nie ma utraty substancji, przeto na pierwszy rzut oka prze-

dziurawienie łatwo może być niedostrzeżone. Takie umiejscowienie przedziurawienia spostrzegałem dotąd zaledwie w kilku przypadkach. Trzeciem miejscu co do częstości umiejscowienia się przedziurawień jest część najniższa ćwiartki przednio-dolnej; niekiedy leży ono tak nisko, iż badaniem wzornikowym nie dałoby się wykryć, gdyby inne oznaki nie przemawiały za przedziurawieniem; całego otworu prawie nigdy w tych razach nie widać, tylko jego brzeg górny. Przedziurawienia takie widuję najczęściej w uszkodzeniach błony, umyślnie wywołanych za pomocą różnych narzędzi lub płynów żrących. Dlaczego ulega przedziurawieniu ta część błony, nie trudno wyjaśnić sobie: ręka niewprawna, wprowadzając do ucha np. drut, szydło, idzie w kierunku przewodu słuchowego zewnętrznego, t. j. ku dołowi i na wewnątrz, a w takim razie zawsze uderzy w dolną część błony; płyny zaś ciężarem swoim opuszczają się do miejsca położonego najniżej. ZAUFAL i POLITZER spostrzegali także przedziurawienia umyślnie wywołane, umiejscowione w opisanej przezemnie części błony. Pierwszy z nich robił pod tym względem doświadczenia na trupie; na 7 razy, w 6-ciu, uległa przedziurawieniu przednia część błony. ZAUFAL objaśnia przedziurawienie w tem miejscu w ten sposób: przyrząd wprowadzony do ucha ześlizguje się po tylnej części błony ustawionej skośnie, która z tego powodu rzadziej ulega uszkodzeniu, aniżeli połowa przednia ustawiona pionowo. Objaśnienie takie, wystarczające dla doświadczeń na trupach, nie zdaje mi się odpowiednim dla osób żywych, wykonywujących własną lub cudzą niewprawną ręką uszkodzenie. Osobnikom tym idzie przedewszystkiem o przedziurawienie błony, wprowadziwszy przeto do ucha przyrząd, starają się pokonać nim pierwszy napotykaną opór, gdyby przeto dotknęli tylnej połowy błony, jako bliżej położonej, z pewnością przebiliby takową. Rzadszemi są przedziurawienia w ćwiartce przednio-górnej, najrzadszemi zaś w błonie SHRAPNELL'a (*m. flaccida Shrapnelli*).

[C. d. n.]

II. TYFUS WYSYPKOWY U DZIECI.

Napisał

D-r med. L. Wolberg.

b. lekarz warszawskiego szpitala dla dzieci.

Niniejsza praca, podobnie jak poprzednio drukowana w tejże Gazecie o gorączce powrotnej, opartą jest na materyjale, spostrzeganym w warszawskim szpitalu dla dzieci wyznania mojżeszowego, przy ulicy Śliskiej w latach 1878—1885 włącznie. W ciągu czterech i pół lat [1881—1884] byłem lekarzem miejscowym szpitala i sam obserwowałem te przypadki, z których obecnie korzystam; inne zaś, z roku 1878—1879 i z drugiej połowy 1885 roku [jeden przypadek], znane mi są tylko z kart szpitalnych. Chorzy pozostawali po części pod opieką kolegów szpitalnych, po części pod moją; ponieważ jednak ordynatorzy nie mają wyłącznych sal, przeto chorzy, leżąc na wspólnych salach, przez wszystkich lekarzy jednocześnie są spostrzegani.

Z owych ośmiu lat pozostało 50 kart szpitalnych, tyczących się tyfusu wysypkowego i z tych tylko korzystać będę. Ilość jednak przypadków tej choroby była większą w szpitalu, lecz kilka kart zaginęło, a pewna ilość przypadków była w początkach epidemii mylnie rozpoznana i figurowała w rubryce tyfusu brzuszego.

Wedle lat ilość przypadków dzieli się, jak następuje:

Rok	Tyfus wysypkowy	Gorączka powrotna.
1878	4	—
1879	3	—
1880	0	28
1881	12	6
1882	8	12
1883	17	1
1884	5	—
1885	1	—

Porównyując cyfry gorączki powrotnej z cyframi tyfusu wysypkowego, przekonywamy się, że w roku 1880, w którym epidemia gorączki powrotnej zaczęła panować, wcale nie mieliśmy przypadków tyfusu wysypkowego w szpitalu natomiast w miarę zmniejszania się przypadków jednej choroby, wzrastała ilość drugiej i odwrotnie.

Następująca tabliczka wykazuje rozkład przypadków tyfusu wysypkowego, podług miesięcy, w których chorzy zachorowali:

Rok.	Sty- czeń.	Luty.	Ma- rzec.	Kwie- cień.	Maj.	Czer- wiec.	Lipiec.	Sier- pień.	Wrze- sień.	Pa- źdier- nik.	Listo- pad.	Gru- dzień
1878	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	1
1879	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1880	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1881	2	—	—	2	1	4	—	1	1	1	—	—
1882	—	1	—	1	2	2	—	1	—	—	1	—
1883	—	1	3	4	4	—	1	—	1	—	1	2
1884	2	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
1885	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

W miesiącach wiosennych: Kwietniu, Maju i Czerwcu, stosunkowo najwięcej się chorych zdarzało [po 7 chorych], prócz tego w Styczniu [6 przypadków], podczas gdy chorych na gorączkę powrotną w Styczniu i w innych zimowych miesiącach wcale nie było, a natomiast we wszystkich miesiącach letnich [od Kwietnia do Września włącznie] takowe dosyć często się zdarzały. Z ogólnej liczby 50 przypadków, przypada 22 na płeć męską, 23 na żeńską, a za-

tem płeć żeńska trochę częściej podlega zachorowaniu [w naszej epidemii, i u dzieci], aniżeli męska.

W rodzinach, w których panował tyfus wysypkowy, jednocześnie zapadały zarówno chłopcy, jak i dziewczęta. Przykłady takowe zdarzało się spostrzegać w szpitalu na dzieciach niejakiego Merenholca:

I. Merenholec Cyrla, dziewczynka 10-letnia, zachorowała na tyfus wysypkowy 22. III. 1883 roku; wstąpiła do szpitala 30. III. gorączkowała do 6 Kwietnia. a od tego czasu do 19. IV. w szpitalu jako rekonwalescentka.

Jednocześnie z nią przybył jej brat.

II. Merenholec Lewek, 4-letni, zachorował także 22. III., gorączkował tylko do 3 Kwietnia [a zatem o dwa dni krócej, aniżeli starsza siostra], potem pozostawał jako rekonwalescent w szpitalu do 21 Kwietnia.

Ten sam fakt powtarzał się i w wielu innych rodzinach, o czym przekonywamy się z historii chorych, należących do jednej rodziny, jakoteż z opowiadania pojedynczych chorych, których rodzeństwo w domu przechodziło tyfus wysypkowy.

Na przebieg i trwanie choroby płeć wywiera wpływ, gdyż dziewczęta częściej i dłużej chorują, niż chłopcy. Obliczywszy przeciętne trwanie choroby u 20 chłopców, otrzymaliśmy cyfrę 12,0 dnia, najkrótsze trwanie [licząc od chwili zachorowania aż do ostatniego dnia; w którym chory gorączkował] wynosiło 6 dni, najdłuższe zaś 17 dni [raz nawet 31, ale to było przy *noma*, wikłającej tyfus]. Tego przypadku nie zamieszciliśmy w obrachunku. U dziewcząt zaś [25 przypadków] przeciętne trwanie wynosi 14,5 dnia, czyli o 2,5 dnia dłużej, niżeli u chłopców. Najkrótszy przebieg wynosił u dziewcząt 9, najdłuższy 24 dni [raz nawet 31, ale tego przypadku, jako wyjątkowego, nie liczyliśmy]. Co się tyczy śmiertelności, to z trzech śmiertelnych przypadków zdarzyły się dwa u dziewcząt, skutkiem ogólnego osłabienia i zapaści, a jeden tylko u chłopca i to skutkiem raka wodnego (*noma*).

Pod względem wieku u dzieci, ogół naszych przypadków dzieli się jak następująca tabliczka wykazuje ¹⁾:

Dzieci	3	letnie	0	przypadków
"	4	"	2	"
"	5	"	1	"
"	6	"	7	"
"	7	"	3	"
"	8	"	4	"
"	9	"	3	"
"	10	"	17	"
"	11	"	3	"
"	12	"	9	"
"	13	"	1	"

Chcąc wykluczyć wpływ wieku na trwanie choroby, zestawiliśmy przypadki tożsamości wieku a różnej płci, obliczając trwanie tyfusu u dziewcząt i chłopców. Otrzymaliśmy tabliczkę następującą:

¹⁾ Szpital przyjmuje tylko dzieci od 3—12 lat liczące, tylko wyjątkowo 13-letnie.

Przeciętne trwanie tyfusu.				Ilość przypadków.
U dzieci	4 letnich	chłop. 13 dni	dziew. 9 dni	
	6	12	13	2
	7	9	19	6
	8	14	11	3
	9	11	15	4
	10	13	14	3
	11	12	15	17
	12	13	18	3
				10

Wykaz niniejszy przekonywa, że starsze dziewczynki [poczynając od 9go roku] dłużej chorują niż starsi chłopcy, podczas gdy w młodszym wieku stosunek jest odwrotnym.

Z góry zastrzegam się przeciw możebnej insynuacji, jakoby przytoczone cyfry uważał za stałe dla tyfusu plamistego; tyczą się one litylko mego materyjału, a same przez się mają tylko znaczenie jako cząstkowy materyjał dla przyszłych poszukiwań i badań nad tyfusem, nie roszcząc pretensji do „praw statystycznych“.

Widzimy zatem, że starsze dzieci stosunkowo częściej zapadają na tyfus wysypkowy, niżeli młodsze. Ten sam stosunek zachodził i przy gorączce powrotnej, a gdyby fakt ten znalazł potwierdzenie we wszystkich epidemijach, dowodziłby, że młody wiek posiada większą odporność przeciw chorobom zakaźnym aniżeli wiek starszy.

Oprócz badania nad wpływem wieku na ogólną ilość przypadków, wypada zapytać się, jak też wiek wpływa na przebieg tyfusu wysypkowego? Badanie takowe najracyjonalniej czynić w dzieciach, należących do jednego rodzeństwa, albowiem wszystkie one znajdowały się w jednakowych warunkach przed i podczas choroby, a zatem z łżejszego lub cięższego przebiegu i trwania choroby można, uwzględniwszy indywidualne cechy chorych dzieci, wnioskować o wpływie wieku na przebieg tyfusu wysypkowego.

Mamy aż pięć przypadków, w których dwoje, a nawet troje dzieci zachorowało w jednej rodzinie i przechodziły chorobę pod okiem naszym w szpitalu, i z badania tych przypadków widzimy, że dzieci młodsze przechodzą łżejszy tyfus wysypkowy, niż dzieci starsze, tak pod względem objawów, jakoteż i trwania choroby. U starszych dzieci ciepłota bywa wyższa, niż u młodszych, a także dłużej trzyma się w wysokich sferach, a trwanie choroby zwykle o 2—4 dni bywa dłuższem u nich. Naprzykład u cytowanych już Merenholców, dziewczynka 10-letnia gorączkowała przez 15 dni, a 4-letni jej brat tylko przez 13 dni, oprócz tego, pomimo że jednego dnia oboje przybyli do szpitala, i prawie jednocześnie zachorowali [na tydzień przed wstąpieniem do szpitala], ciepłota u starszej siostry przez pięć dni trzymała się na wysokości 40-stopniowej, podczas gdy u młodszego chłopca tylko

przez jeden dzień była tak wysoką, a zaraz nazajutrz opadła do 39° C.. Ilustracją tego samego faktu są następujące historyje choroby :

III. J a n k i e l M a n n e, 5-letni chłopiec zachorował IX. VI. 1881, wstąpił do szpitala ósmego dnia choroby t. j. d. 6. VI. Na ciele niezbyt obfita *roseola*; ból głowy i brzucha. Śledziona dosięga VII żebra; język obłożony, wilgotny. Zaparcie stolca od trzech dni.

Ciepłota 39,5°, 40,0° C., tętno 126. D. 8. VI. Ciepłota 38,8°, 39,8° C., tętno 120. Obfite stolce po kalomelu. *Roseola* powoli ginie. D. 9. VI. Ciepłota 37,8°, 38,5°, tętno 106. Stan ogólny lepszy 20. VI. ciepłota 37,0° C.. Wychodzi zdrów ze szpitala 26 Czerwca.

IV. A l t e r M a n n e, 9-letni, brat poprzedniego, zachorował d. 8. VI., wstąpił do szpitala d. 6. VI. Skarży się na ból głowy, bolesność brzucha i ogólne osłabienie. *Roseola* bardzo obfita na całym ciele. Oddech w płucach zaostrozony. Brzuch bolesny w okolicy pępkowej i kisztki ślepej; stolec zaparty. Śledziona wyczuwalna od dołu, dochodzi do VII żebra ku górze.

Ciepłota 39,0°, 40,6° C., tętno 124. D. 18. VI. Ciepłota 39,2°, 40,2° C., tętno 126. Obfite stolce po kalomelu. *Roseola* obfita. D. 19. VI. Ciepłota 39,0°, 39,5° C., tętno 120. Stan ogólny cokolwiek lepszy. 20. VI. Ciepłota 38,5°, 37,° C., d. 12. VI. i dnia 22. VI. obfite poty we dnie i w nocy. Wychodzi zdrów dnia 26. VI.

Starszy brat, pomimo, że o jeden dzień wcześniej zachorował, jednak dłużej i silniej gorączkował, niż młodszy.

Jak długo trwa okres wylęgania w tyfusie wysypkowym u dzieci? Tego nie mogę określić podług mego materiału, albowiem nie było ani jednego wyraźnego faktu w tym względzie. W jednej rodzinie, w której rodzice i czworo dzieci chorowali, jedno z nich zachorowało dopiero w 11 dni po wystąpieniu objawów tyfusu u reszty rodzeństwa, jednakowoż z tego nie można wnosić, którego dnia nastąpiło zarażenie się, w każdym razie nie później, jak po 11 dniach. W innych przypadkach panowania tyfusu u kilku osób jednej rodziny, członkowie takowej albo jednocześnie, albo prawie jednocześnie [patrz przytoczone przykłady spostrzeżenie 1, 2, 3, 4], podlegali chorobie, a zatem nie zarażali się jedno od drugiego, lecz nabywali zarazka jednocześnie z innego źródła. Uspodobienie do zarażania się jest dosyć silne między dziećmi, albowiem mieliśmy aż sześć przykładów, w których dwoje lub troje dzieci jednej rodziny chorowało, a niekiedy i rodzice w tymże samym czasie przechodzili tyfus wysypkowy.

Z drugiej strony zarażenie się jednego osobnika od drugiego nie jest częstym w naszych wypadkach, gdyż w szpitalu tylko raz jeden miało miejsce, pomimo, że chorzy tyfusowi leżeli pomieszani na salach z innemi chorem.

Chorzy wstępujący do szpitala zwykle dosyć ściśle oznaczali dzień, w którym zachorowali i od którego liczyliśmy początek choroby. Podczas wylęgania albo nie było żadnych objawów, albo bardzo słabe, jakoto ból głowy, brak apetytu i łamanie w krzyżu i kościach. Pierwsze objawy poczynającego się tyfusu wyrażały się przedewszystkiem silnym bólem głowy, gorączką i ogólnem osłabieniem.

Niekiedy skarżyły się dzieci na d r e s z c z e w początku choroby; być może, że w innych przypadkach rodzice i dzieci nie zwracali na to uwagi, lub też, że dreszczyki były nie silne. W przebiegu choroby dreszcze raz jeden tylko

spostrzegaliśmy u chorej, która nadmiernie długo cierpiała, bo aż 31 dni; dreszcze pokazały się u niej 27-go i 28-go dnia choroby przy ciepłocie 37,5° i 38,2° C..

Również rzadkim początkowym objawem są *wymioty*. Spostrzegałem je tylko dwa razy u jednego 6-letniego i jednego 12-letniego chłopca; przebieg tyfusu w obu tych przypadkach w niczem nie różnił się od zwykłego.

W gorączce powrotnej wymioty stanowiły objaw bardzo częsty i nieraz powtarzały się przy każdym nowym napadzie.

Ból głowy jest stałym i długo trwającym objawem tyfusu plamistego. Wszystkie dzieci skarżyły się nań, poczynając od dnia zachorowania aż do dnia, w którym ciepłota opadała do stanu prawidłowego. Nawet wtedy, gdy są nieprzytomne skutkiem silnej gorączki, to chwytaniem rączkami za głowę i przewracaniem takowej z jednej strony na drugą wskazują, że im ból głowy dokucza.

Bardzo często spostzegamy też *bredzenie*. Występuje ono zwykle w nocy i zaczyna się nie pierwszych dni choroby, lecz dopiero na 5—6—7 dzień; wtedy zależy ono od gorączki, najsilniejszym jest bowiem przy wysokiej ciepłocie. We dnie, podczas czuwania, chorzy nie bredzą, są przytomni, w pierwszym tygodniu choroby; zaczynają jednak bredzić, gdy tylko się zdrzemną. W późniejszym okresie choroby, gdy organizm, a zatem i mózg gorączką i dyjetą jest już osłabiony, bredzenie zjawia się nawet przy niskiej ciepłocie [38,5° C. wieczorem], trwa przez całą noc, a we dnie ustępuje, natomiast chorzy są wtedy apatyczni i senni. Bredzenie bywa niekiedy bardzo silnem, połączone jest z rzucaaniem się, niespokojnością, wyskakiwaniem z łóżka, a nawet z *przywideniami*. Takie objawy podrażnienia mózgu spostrzegaliśmy nie tylko przy wysokich ciepłotach, lecz i przy bardzo niskiej [36,8° C.], pod koniec choroby.

V. *Muszkata Sława*, dziewczyna 10-letnia, zachorowała 16 Marca 1884 roku, przybyła do szpitala 22. III. Silny ból głowy, obfita plamista wysypka na całym ciele. Ciepłota 39,8° C. wiecz., tętno 128. Śledziona sięga VII żebra. Przytomna z początku, ale bardzo apatyczna. Bredzenie zaczęło się w nocy, zaraz po przybyciu, a na trzeci dzień pobytu chora nawet we dnie była zupełnie nieprzytomną, przy ciepłocie 39,1°, 40,1°, C. Stan pogarszał się wciąż, chora wciąż krzyczała, rzucała się, w nocy nie sypiała, a objawy te wciąż trwały, pomimo spadku ciepłoty do 38,1°, 38,4° C.. 30. III. ciepłota 36,8° C.. *Przywidenie*, chora widzi brata. patrzy w jeden punkt i t. p..

Stan ten trwa tylko przez jeden dzień, potem chora szybko wraca do zdrowia i wypisuje się 11. IV.

U dzieci silniejszej budowy i dobrze odżywianych bredzenie towarzyszy tylko wysokiej ciepłocie [41,0°—40,0°—39,0° C.], a zupełnie ustępuje, gdy ciepłota niżej opada.

Charakterystycznym objawem tyfusu plamistego jest *wysypka*, od której miano swe choroba wywodzi. Spostzegamy ją we wszystkich przypadkach. Wysypka ta jest plamistą (*roseola*) i zwykle bardzo obfita, pokrywa ona twarz, tułów cały i kończyny, najobficiej występuje na piersiach i na brzuchu. Plamki są różowe, giną pod naciskiem palca, powracają po zniesieniu ucisku. Wysypka ta zjawia się zwykle 5-go dnia choroby, najpierw na piersiach, a na drugi dzień znajdujemy ją już na całym ciele; wysypanie zwykle nie trwa dłużej nad 24 godzin. Przez następne trzy do cztery dni wysypka pozostaje na ciele, w owym

czasie koloryt jej staje się mniej różowym, brzegi plamek mniej wyraźnie odgraniczają się od reszty skóry. Koło 9-go dnia choroby, t. j. po 5-dniowym trwaniu, wysypka prędko poczyną ginąć, a następnego dnia już jej nie znależć. Od podanego opisu zdarzają się nieznaczne zboczenia, a mianowicie: wysypka już czwartego a nawet trzeciego [patrz spostrzeżenie Nr. 9] dnia choroby zaczyna występować na ciele, lub przeciwnie pierwsze jej ślady dają się dostrzedz dopiero 8-go dnia choroby. Również i trwanie wysypki podlega pewnym wahaniom, gdyż takowa zamiast zwykłych pięciu dni, trwa tylko cztery, a niekiedy tylko 3 dni. Trwania dłuższego nad pięć dni nie spostrzegałem. Najczęściej, jak powiedzieliśmy, wysypka jest zwyczajnie plamistą, przy silnem jednak natężeniu spostrzegano grudkowato-plamistą wysypkę, *exanthema roseolo-papulosum*. W pierwszych dniach pokazywały się zwykłe plamki, a dopiero 12-go dnia choroby, czyli 5-go dnia trwania wysypki powstawały na plamkach drobne grudki, na piersiach i na brzuchu; przebieg tego przypadku wogóle był ciężki, stan ciepłoty bardzo wysoki, bo wieczorami dochodził do 41,0° C.

Przypadek zakończył się zupełnem wyzdrowieniem po 19-dniowym trwaniu.

W śmiertelnie kończących się przypadkach, których było trzy, oprócz plamistej wysypki, spostrzegano też *petechiae* i *ecchymoses*, a w jednym przypadku nawet pęcherzyki z krwistą zawartością na grzbiecie. Prawda, że w tym ostatnim przypadku krew sączyła się z dziąseł, z nosa i z kiszk stolcowej wraz z wypróżnieniami.

Jeszcze przed wystąpieniem wysypki na ciele, a równocześnie z bólem głowy i gorączką, pokazują się liczne objawy ze strony kanału pokarmowego. Jednym z pierwszych jest ból brzucha. Dzieci narzekają nań już w pierwszych dniach choroby; ból też koncentruje się w dwóch miejscach: koło pępka i w okolicy kiszk ślepej. Przy obmacywaniu tych okolic ból wzmacnia się. Bólowi towarzyszą dwa objawy, które poniekąd stanowią jego przyczynę, mianowicie zaparcie stolca i wzdęcie brzucha gazami. Zwykle po podaniu środków przeczyszczających zaparcie stolca przechodzi w lekkie rozwolnienie, a wtedy wzdęcie, a wraz z niem i bolesność brzucha zmniejszają się; jednakowoż ból nie ustępuje w zupełności, trwa on zwykle, acz mniejszy niż w pierwszych dniach, przez cały czas trwania tyfusu wysypkowego. W kilku przypadkach, oprócz opisanych objawów, spostrzegano także przelewanie w okolicy ślepej kiszk (*borborygmi*). Po początkowem zaparciu stolca, które trwa przez kilka dni, a ustępuje po podaniu środków przeczyszczających, stolce stają się rzadkie, 1 — 2 razy dziennie. Jednakowoż często w przebiegu zdarza się nowe zaparcie stolca, jeden lub dwa dni trwające, a wtedy powiększa się wzdęcie brzucha i bolesność. Krwiste wypróżnienia widziano tylko w jednym przypadku, w ostatnich dniach choroby, która śmiertelnie się zakończyła.

Język we wszystkich przypadkach bywa obłożonym grubym białym nałotem. W wielu przypadkach pozostaje on przez cały czas trwania tyfusu zupełnie wilgotnym, przy wysokich jednak ciepłotach zasycha, a nawet pokrywa się grubą skorupą, która potem schodzi częściowo, a wtedy język w jednych miejscach jest czerwonym, a w innych obłożonym, białym, lub też skorupa schodzi w zupełności, a cały język jest czerwonym, suchym. Są to jednak rzadsze

przypadki. Objawom tym towarzyszy naturalnie zupełny brak łaknienia, co istnieje od samego początku choroby i trwa aż do opadnięcia ciepłoty. Wtedy, wraz z szybko poprawiającym się podmiotowym stanem, i apetyt staje się normalnym. W jednym tylko przypadku dziecko, pomimo ciepłoty dochodzącej do 40,0°, nie straciło apetytu, domagało się jedzenia, a stan przedmiotowy dziecka też był bardzo dobrym. Trwało to przez cały czas choroby. Pragnienie stale towarzyszy gorączce, nawet w chwilach zupełnej apatii i nieprzytomności, chore dzieci od czasu do czasu żądają napoju i chciwie takowy połykają.

Już w pierwszych dniach choroby dzieci uskarżają się na ogólne osłabienie i bóle w całym ciele, przeważnie zaś w kończynach dolnych. Są to bóle mięśniowe, przeważnie umiejscawiające się w mięśniach ksoonych uda i w łydkowych, a także w mięśniach grzbietu, karku, rzadziej kończyn górnych. Bóle te trwają przez cały czas trwania gorączki, po spadku zaś ciepłoty i poprawieniu się ogólnego stanu, szybko ustępują. Poruszenia czynne i bierne członków, a także obmacywanie i nacisk cierpiących mięśni powiększa bolesność. Oprócz mięśniowych, widzieliśmy także bóle stawowe u dwojga dzieci, oba razy w prawym stawie barkowym; ból zjawiał się 7-go [i 10-go] dnia choroby, lecz trwał tylko przez dwa dni. Staw nie był przytem obrzękniętym.

Narządy oddechowe zawsze przyjmują udział w tyfusie plamistym. Udział ten wyraża się oddechem zaostrozonym, rżężeniami suchymi lub wilgotnemi i częstym kaszlem; słowem, objawami łżejszego lub cięższego nieżytu błony śluzowej oskrzeli, rozprzestrzeniającego się zwykle na oba płuca. Objawy te zjawiają się od samego początku choroby i trwają przez cały czas, lecz nigdy nie stają się bardziej groźnemi i nigdy nie powodują chorób następnych w tych narządach. Dlatego też z chwilą poczynającego się zdrowienia, nieżyt oskrzeli zupełnie ginie i w żadnym przypadku nie mieliśmy ani w przebiegu, ani w następstwie choroby nieżytego zapalenia płuc. Natomiast w jednym przypadku tyfus plamisty był powikłany przez krupowe zapalenie płuc.

[D. c. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

14. Przypadek moczówki prostej (*diabetes insipidus*) pochodzenia urazowego u ośmioletniego chłopca.

Kaufman Hechtkopf przybył do szpitala dla dzieci starozakonnych w d. 15 Sierpnia r. b. z objawami gorączki, silnym bólem głowy w okolicy potylicowej, oraz dość znacznym upadkiem sił. Z opowiadania rodziców okazało się, iż chory przed kilkoma dniami, spuszczając się po poręczy schodów, spadł na ziemię z wysokości jednego piętra, przyczem uderzył się w tylną część głowy, poczem tegoż samego dnia nastąpiły wymioty, w następnym zaś drgawki, które jednak, jak również i wymioty, nie powtórzyły się już więcej. Przytomność była zupełnie zachowaną, w nocy tylko chory był niespokojnym. Z porady wezwanego lekarza zastosowano lód na głowę, silne przyszczydło na kark, oraz dano środek przeczyszczający [olej rycynowy], gorączka jednak nie ustępowała i chory w takim stanie oddany był do szpitala.

Chłopiec ze zdrowej rodziny, dość dobrze odżywiany, z cerą blado-żółtawą i sinemi obwódkami pod oczyma, oprócz odry żadnych chorób nie przebywał. Płuca i serce zdrowe; język nieco obłożony, brzuch umiarkowanie wzdęty, niebolesny. Tępość wątroby nie przekracza łuku żebrowego, śledziona nieco powiększona, daje się dość łatwo wyczuwać. Zrenice umiarkowanie rozszerzone, sfera zmysłowa nie wykazuje nic nienormalnego. Ciężota tegoż dnia wieczorem 38,8° C. tętno 100.

16. VIII. Ciężota rano 39,4° C., wieczór 39,8° tętno 120. Silne pragnienie, ilość moczu znacznie powiększona do 6000 ctm. sześciennych (podczas pobytu chorego w domu na mocz nie zwracano uwagi), mocz nader bladej zaledwie widocznym odcieniem żółtawym i ciężarem gatunkowym 1,003, białka oraz cukru nie zawiera. Ból głowy w okolicy potylicowej, stolec dwa razy, przytomność zachowana. Przepisano *dec. cort. Chinae c. tinct. thebaica*, w celu zmniejszenia pragnienia. Dyjeta ścisła.

17. VIII. Ciężota rano 39,0° C., wieczór 39,6° C. tętno 92. Ilość moczu oraz ciężar gatunkowy ten sam, ból głowy nie zmniejszył się.

18. VIII. Ciężota rano 39,0°, wieczór 38,2° C., tętno 90. Ilość moczu prawie ta sama.

19. VIII. Ciężota rano 38,4°, wieczór 38,6° C., tętno 90. Dwa stolce w ciągu doby, pragnienie wciąż wielkie, chory bowiem wypija w ciągu doby 3—4 litrów. Stan ogólny poprawia się, łaknienie lepsze, język czysty, ból głowy ustąpił prawie zupełnie.

20. VIII. Ciężota rano 38,0°, wieczór 38,4 C., tętno 90. Ilość moczu zmniejszyła się do 5000 ctm. sześć. Mocz nieco ciemniejszy, ciężar gatunkowy 1006 pragnienie mniejsze.

21. VIII — 11. IX. Stan bezgorączkowy. Ilość moczu stopniowo się zmniejsza, zawsze jednak jest powiększoną, wynosi bowiem od 5000—3500 ctm. sześciennych. Jednocześnie powiększa się ciężar gatunkowy [1,005—1,010]. Przy długim stanie moczu tworzy się na dnie naczynia dość znacznej grubości osad. Białka oraz cukru mocz ani razu nie zawierał. Skóra przez cały czas była zupełnie suchą. Łaknienie stopniowo się powiększało, stan ogólny nie pozostawał nic do życzenia. Leczenie z początku zasadzało się na podawaniu chininy z makowcem, następnie zaś sporyszu w postaci odwaru, dyjeta zaś składała się przeważnie z pokarmów obfitujących w ciała azotowe.

11. IX. Chory na żądanie rodziców był wypisany ze szpitala z zaleceniem używania przez pewien czas wyciągu sporyszu (*extr. Sec. Corn.*) w niewielkich dawkach. Po upływie dwu tygodni, miałem sposobność dowiedzieć się od rodziny chorego, iż mocz oddawany przez tegoż niczem się nie różnił od prawidłowego ani ilością ani też zabarwieniem, czyli, że chory przyszedł zupełnie do zdrowia.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę z następujących względów. Przede wszystkim moment przyczynowy, który wywołał rzeczony proces, u dzieci należy stosunkowo do rzadkich. KUELZ w zbiorowej pedyjatrii GERHARDT'a, z 35 zebranych przez siebie przypadków moczówki prostej u dzieci, znalazł dwa tylko, w których uderzenie w głowę i następujące po niem wstrząśnienie mózgu [jak w naszym przypadku] pociągnęło za sobą moczówkę prostą. Pierwszy z nich opisany przez CUARCTOR'a dotyczy 13-letniego chłopca, uderzonego przez konia kopytem w czoło, drugi zaś spostrzegany przez KLAMAM'a miał miejsce u 4-letniego chłopca, który z pewnej wysokości spadł na ziemię. Znacznie częściej przyczyna urazowa wywołuje moczówkę cukrową u dzieci [u KUELZ'a na 111 przypadków 14 razy].

Zasługuje też na uwagę krótkotrwałość cierpienia zakończonego pomyślnie w ciągu mniej więcej 6 tygodni co również należy do rzadkich przypadków. KUELZ [1. c.] w liczbie 35 przypadków przytacza zaledwie jeden, w którym moczówka

po dyfteryście zakończyła się pomyślnie po upływie 2—3 miesięcy. Pozostałe przypadki przebiegały znacznie dłużej; tak np. powyżej przytoczony przypadek CHARCOT'a 6 lat, KLAMAM'a 14 lat. Czy na krótkotrwałość przebiegu miało jakikolwiek wpływ przyjmowanie przez chorego preparatów sporyszu, trudno orzec stanowczo, w każdym razie jednak w ostatnich czasach TILLARD, SIDNEY RINGER, LACY oraz LUNIER stosowali środek powyższy z wielką korzyścią. Ten ostatni opisał przypadek moczówki prostej u 11-letniej panienki (*Jahrb. für Kinderheilk.* 1884), w którym choroba trwająca lat 9 po użyciu ergotyny zakończyła się pomyślnie w ciągu 2 miesięcy.

A. Koral.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Zmarł tu w dniu 3 b. m. WACŁAW KORYBUT-DASZKIEWICZ, doktor medycyny Strasburskiego uniwersytetu, autor znanej pracy o regeneracji nerwów. Był on swego czasu współpracownikiem naszego pisma.

Buda-Peszt. Cholera, której pierwszy śmiertelny zakończony przypadek zdarzył się tu w d. 9 Września, zabrała do 26 Października 471 ofiar z liczby 1,123 osób, które zachorowały. Jednocześnie panuje tam oddawna dosyć silnie o s p a [do 130 przypadków w tygodniu].

W Wiedniu zmarł na cholere w d. 16 Października wyższy urzędnik kolejowy przybyły z Pesztu, lecz przypadki w stolicy Austrii nie powtórzyły się.

Cholera w ostatnim swem pojawieniu się w Europie, dostawszy się z Aleksandrii do Marsylii i wybrzeża południowej Francji, następnie do Neapolu i wybrzeża Toskańskiego, w roku bieżącym na wiosnę pojawiła się w Wenecji i występowała w miastach północnych Włoch. Ztąd w lecie dostała się do miasta portowego Rijeki i do Tryjestu [gdzie dotychczas trwa], dalej zaś zrobiła niespodziany skok do Pesztu, Arab, Szegedyn, Komorn, Lublany i innych miast węgierskich.

W Peszcie choroba nawiedza głównie dzielnice miasta źle skanalizowane, zaniedbane pod względem czystości, z przepełnionemi suterenowemi mieszkaniem, a zwłaszcza zaopatrzone w nieczystą, niefiltrowaną wodę z Dunaju lub złą wodę studzienną.

Ten związek nieczystej wody z postępowaniem cholery i jej szerzenie się za biegiem rzek, a zwłaszcza drobnych nieczystych strumieni i zaznaczają obecnie wszystkie statystyczne wykazy przebiegu epidemii w Hiszpanii, Francji i Włoszech.

Co się tyczy teoretycznych poglądów na zarazek cholery, to komisja amerykańska wysłana w roku bieżącym do Indji w celu zbadania istoty choroby, zebrała, wbrew opinijom poprzedniej angielskiej komisji, dane, potwierdzające niemal w zupełności zapatrywania KOCH'a.

Porządek dzienny posiedzenia klinicznego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego mającego się odbyć w dniu 16 Listopada 1886 r..

I. JAWDYŃSKI. Sprawozdanie z wydawnictwa Pamiątnika Towarzystwa.

II. LUBELSKI. Sprawozdanie ze zjazdu balneologicznego w Biarritz.

III. PACANOWSKI. Sprawozdanie z pracy kol. HEWELKEGO.

IV. D y s k u s y j a w kwestyi dokonanych przez kol. BIEGAŃSKIEGO cięć cesarskich.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Przegląd lekarski. Nr. 45. KADYL. O naczyniach krwionośnych rdzenia pacierzowego ludzkiego. — KOPFF. W sprawie chłoniczenia chlorku rtęciowego z roztworu wodnego przez skórę. — BLUMENSTOK. Sprawa Ritterów.

Wiadomości Lekarskie [Lwów]. Zeszyt czwarty. STACHEWICZ. O wartości leczniczej wzięwań „bacterium termo“ w gruźlicy płuc. — SZADEK. Kilka słów o leczeniu kły za pomocą podskórnych wstrzykiwań soli jodowych. — WIDMAN. O ośrodkach w korze mózgowej.

Do dzisiejszego N-u Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów prospekt na „Zdrowie“ oraz „Dziennik dla wszystkich“ na rok 1887.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою. Варшава 30 Октября 1886 г. Друк К. Ковалевського. Królewska. Nr. 29.