

22. III - 3176



SPRAWOZDANIE Z WYKŁADU D^{ra} HERYNGA
O CHIRURGICZNEM LECZENIU
GRUŻLICZYCH OWRZODZEŃ KRTANI

mianego w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem

dnia 15 Marca 1887 roku,

ORAZ

STRESZCZENIE ROZPRAW NAD TYM PRZEDMIOTEM.

14 620 55900

WVB S767 1887

Z-138730

Also 2024 98

Już w przeszlorocznem swem przemówieniu w Tow. Lek. tutejszem ¹⁾, oraz w pracach ogłoszonych w *Medycynie* ²⁾ i *Gazecie Lekarskiej* ³⁾ poruszył autor wiele kwestyj dotyczących: wyleczalności suchot wogóle, a wyleczalności owrzodzeń gruczolanych krtani w szczególe, obecnie zaś, poddał wyczerpującej krytyce mniemania wielu lekarzy pod tym względem, i wykazał z kąd bierze początek źródło sceptycyzmu tyle szkodliwego dla rozwoju terapii gruczolanych. Nadto, przedstawił preparaty drobnowidzowe gruczeków i tkanek gruczolanych zwyrodnionych za życia wyjętych tym chorym, których na posiedzeniu d. 2 Marca 1886 r. przedstawiał, a to dla potwierdzenia rozpoznania gruczolanych. Przedstawione preparaty zawierają gruczki i komórki olbrzymie; w niektórych laseczniki. Dalszy szereg okazanych kollegom preparatów potwierdził pogląd wówczas już wypowiedziany, że przy suchotach krtani, nawet najmniejsze owrzodzenia i nadżarcia, pochodzą z rozpadu gruczeków. Roje laseczników zabarwionych widocznych na dnie i brzegach tych owrzodzeń, nie pozwalały o tem wątpić. Wreszcie kolega H. przedstawił rysunek krtani kobiety 70-letniej, z blizną po zagojenem rozległem owrzodzeniu ściany tylnej krtani, jako dowód samostanowienia się tej sprawy. Preparaty mikroskopowe z tej części krtani sporządzone, i przedstawione zarówno na rysunkach jak i w naturze, uznane zostały jako przekonujące przez prof. BRODOWSKIEGO. Nie będziemy na nowo kwestyj już dawniej poruszonych omawiać, lecz przejdziemy wprost do przedmiotu będącego celem wykładu t. j. do chirurgicznego leczenia gruczolanych owrzodzeń krtani. Istota chirurgicznego leczenia owrzodzeń gruczolanych gdziekolwiek one są tylko dosięgalne, a zatem nietylko w krtani, lecz na przelyku, jamach nosowych i języku, polega na doszczętnem o ile można zniszczeniu i usunięciu gruczeków umiejscowionych bądź w błonie śluzowej, bądź w podśluzowej, a nadto, na usuwaniu produktów sprawy gruczolanej t. j. przerostów, zgrubień, ziarniny, tkanek zwyrodnionych, lub nawet tworów głębiej położonych np. chrząstek, jeśli te sprawą gruczolaną są dotknięte. Postępowanie to ma na celu 1) niedopuszczyć, aby nasięki gruczolane uległy rozpadowi t. j. owrzodzeniu. 2) Już istniejący rozpad ograniczyć i powierzchnię wrzodzącą oczyścić. 3) Przekrwienia, zapalne obrzęki, zapalne stany ochrzęstnej usuwać. 4) W razie gdy powierzchnie wrzodzące są czyste i okazują dążność do zabliznienia się, usuwać z brzegów ziarninę nieczynną (atoniczną) a z nią i złogi gruczeków głęboko położone, lub też tkanki śladkowe, aby tym sposobem utrzymać powierzchnię owrzodzoną w czystości i pobudzić ją do wytwarzania świeżej ziarniny. Dla tych samych powodów należy usuwać i chrząstki zwyrodnione, gdy owrzodzenia na nich są ograniczone, głębokie, i goić się nie chcą. Leczenie to jednak tylko na tle ogólnego polepszenia daje pewne szanse i wymaga bezwarunkowo poprawy ogólnego odżywiania, wzmocnienia sił chorego, oraz usunięcia gorączki. Warunkom miejscowego leczenia czyni w okresie pierwszym t. j. w okresie nacieczenia gruczolanego kwas mleczny 10%—20%

¹⁾ *Medycyna* Nr. 11 r. 1886.

²⁾ *Medycyna* z r. 1886. Kwas mleczny przy owrzodzeniach gruczolanych.

³⁾ *Gazeta Lekar.* r. 1886. O wyleczalności owrzodzeń gruczolanych.

w miąższ tkanek grzecznie zwyrodnionych zastrzykiwany. Metoda iniekcji miąższowych kwasu mlecznego i emulsji jodoformowej, której wyników autor jeszcze nie ogłosił, została przez D-ra MAYOR z Montreal już wypróbowaną i uznaną jako dającą wyborne rezultaty, o czym kol. H. z ustnego zakomunikowania, oraz z pracy tegoż autora w Październiku r. z. ogłoszonej się dowiedział. W okresie 2-im t. j. rozpadu i zapalnego odczynu, który się bardzo często łączy z pierwszym okresem, należy stosować szerokie nacięcia nagłośni i liczne nakłócia ściany tylnej oraz więzów nagłośnio-nalewkowych. Przy zmianach bardziej posuniętych wskazana jest łyżeczka ostra, nóż okienkowy lub ostre kleszcze. Przy wszystkich manipulacjach potrzeba uprzednio znieczulać krtani kokainą. Kokaina może jednak wyjątkowo odmówić swego działania, jeżeli ma miejsce owrzodzenie powierzchni ściany tylnej zwróconej do przelyku, lub gdy owrzodzenia rozszerzają się na powierzchnię zewnętrzną więzów nalewko-nagłośniowych po części ukrytych w zatoce gruszkowatej i trudnych do zabaczenia. Kokainowanie dla leczenia szpitalnego jest wogóle za drogie, dla tego autor podał swojej konstrukcyi szpryczkę za pomocą której robi zastrzyknięcia kokainy do tkanki podśluzowej, co znakomicie koszt zmniejsza. Zastrzyknięcie robi się w różne miejsca, a jeżeli chodzi o znieczulenie więzów nalewko-nagłośniowych, to nakłócie szpryczką należy robić w połowie ich długości gdyż w ten tylko sposób unikniemy bolesnego podrażnienia gałązek nerwu krtaniowego górnego. Nastrzykuje się 5—8 kropli roztworu 10⁰/₀ kokainy w 2⁰/₀ roztworze kwasu karbolowego. Znieczulenie trwa od 2—5 godzin i jest nieporównanie silniejszym, niż przy penzlowaniu. Metoda ta jest tania, ale wymaga wprawy. Po szczegółowem opisanu w jaki sposób wykonywa się znieczulanie, przeszedł autor do opisanu swych narzędzi za pomocą których robi t. z. wyłyżeczkowanie (*curettement*). Niegiętki i dość silny trzonek, służy współcześnie do osadzania wielu narzędzi, jako to: ostrej łyżeczki, noża trójkątnego, skaryfikatora zagłębiającego się nie więcej nad 2 milimetry, wreszcie różnych łyżeczek, których ostrze pod bardzo rozmaitemi kątami jest ustawionem a to stosownie do miejsca w krtani, które ma być operowanem. Właściwie łyżeczka taka przy odpowiednich ruchach nie skrobie lecz wyłabia czyli robi *evidentem*. Autor używa 4-ch form głównych, rzeczonych łyżeczek. Przy działaniu na ścianę tylną, potrzeba użyć pewnej siły. Ponieważ błona śluzowa w górnym odcinku ściany tylnej jest zwykle zdrowa, nie nasiąknięta, przeto po łyżeczkowaniu odstające nierówności potrzeba jeszcze za pomocą ostrych kleszczyków odjąć. *Curettement* stosował autor w całej krtani, lecz najłatwiej daje się ono wykonać na strunach fałszywych, najtrudniej zaś na nagłośni, gdyż jest ona ruchomą. Po czynnościach operacyjnych stosuje się: jodoform, jodol, kokaina, inhalacje, lub kwas mleczny. (Tu okazał autor liczne okazy części wyjętych z krtani za pomocą łyżeczkowania). Co do kwasu mlecznego, to trzeba go prawie zawsze silnie wcierać za pomocą penselki przez autora podanego, lub za pomocą szczypczyków KRAUSE'GO. Przy penzlowaniu trzeba zachować b. wielkie ostrożności gdy są objawy stenozy lub obrzęki, gdyż może nastąpić taki silny skurcz, iż tylko tracheotomia zdolną jest uratować od zaduszenia. Każde następne penzlowanie powinno się przedsięwziąć nie prędzej, aż dopiero strup po poprzedniem wtarcu nie odpadnie. W okresie silnych bólów trzeba kokainować 2 razy dziennie. Jeżeli w krtani jest dużo śluzu, to należy krtani oczyścić przed penzlowaniem za pomocą inhalacji aromatycznych lub dezynfekujących. W okresie strupów i dużego ropienia wskazane są wdmuchiwanie jodoformu, jodolu (co jest lepiej) lub penzlowanie z emulsji jodoformowej. Po wdmuchiowaniach, należy zabronić choremu pić czas pewien. W pewnych razach mogą być użyte ze skutkiem inhalacje 2⁰/₀ z kwasu mlecznego. Co do przeciwwskazań pod względem miejscowego leczenia krtani to one są podwójne, gdyż dotyczą lekarza i pacjenta. Pierwszy powinien znać dobrze przedmiot, mieć odwagę i wyrobioną technikę, a nadto wielką cierpliwość. Ciągła kontrola stanu ogólnego, staranie się o poprawę sił chorego, o hygie-

niczne warunki i t. d. są niezbędne. Gdzie tego wszystkiego niema, tam lepiej nie rozpoczynać leczenia o którym mowa. Co do pacjentów, to powinni oni mieć zaufanie do lekarza, cierpliwość i spełniać bezwzględnie wszelkie zalecenia. Chorych niemających środków, nie leczyć miejscowo jeżeli ci nie mogą się usunąć od zajęć zarobkowych wyczerpujących siły lub szkodzących przebiegowi leczenia. Wreszcie nie rozpoczynać chirurgicznego leczenia u chorych niecierpliwych, nieposłusznych i występujących z pretensyjami do lekarzy, gdyż leczenie za pomocą powyższej metody, która w każdym razie jest czy to mniej czy więcej bolesną, może ich tylko przy braku wytrwałości z ich strony, zniechęcić. Chorzy podobni przerzucają się od lekarza do lekarza, dyskredytują samą metodę, nie doznając polepszenia. Co do innych zaleceń, to należy zabronić palenia, mowy, oraz użycia wszelkich środków krtani podrażnić mogących, i zwrócić przedewszystkiem uwagę na jaknajenergiczniejsze żywienie chorych. Wyleczenie może być trwałem, zupełnem lub częściowem, a recydywy zależą od materialnego stanu pacjenta, jego charakteru, oraz zmian w płucach. Poprawa ogólnego odżywiania winna być na pierwszym planie, leczenie zaś miejscowe dopiero po niej pod względem ważności następuje, gdyż bez pierwszej nie podobna otrzymać dobrych wyników z drugiego. O badaniu płwociny i o jej dezynfekcyi koniecznie pamiętać należy, zakazując surowo chorym płucia w chustkę, które niewątpliwie przyczyną infekcyi stać się może.

Co do wyników leczenia, to autor w r. 1886 miał w dłuższej obserwacyi 35 chorych leczonych kwasem mlecznym oraz chirurgicznie. Materiał spostrzegawczy rozmieścił autor w tablicach obejmujących 28 przypadków oraz zawierających wszelkie najważniejsze dane każdego przypadku dotyczące mianowicie: nazwisko, zajęcie, wiek, płeć, czas trwania choroby, stan ogólny, stan płuc, wynik badania płwociny, stan krtani, rodzaj stosowanego leczenia, wyniki i przebieg choroby, nazwiska lekarzy którzy prócz autora badali chorego lub byli obecni operacyi i w ogóle mieli możność bliżej obeznać się z danym przypadkiem, data ostatniego badania, oraz czas trwania kuracyi i wreszcie czas trwania zabliznienia w krtani. Tablice wspomniane zawierają 3 kategorie chorych; 1^o chorych u których stwierdził autor zabliznienie rozległych owrzodzeń krtani połączonych z zajęciem płuc, trwające czas dłuższy bo od dwóch miesięcy do roku. Do kategorii tej należało 13 chorych; 9 bardzo ciężkich przypadków i 4 ze zmianami mniej rozległymi. Zabliznienie owrzodzeń trwa dotąd bez recydywy, a co do czasu wynosi ono: u trzech prawie po jedenaście miesięcy, u dwóch po ośm i u dwóch po pięć miesięcy, u jednego sześć miesięcy, u reszty chorych po dwa miesiące. Owrzodzenia miały miejsce na strunach prawdziwych, na fałszywych, na ścianie tylnej, na nagłośni, więzach nagłośniowo-nalewkowych, w zatokach Morgagniego słowem, na wszystkich prawie częściach krtani. W pięciu przypadkach owrzodzenia miały charakter bardzo złośliwy, żrący. Zniszczyły one część nagłośni lub potworzyły kraterowe utraty substancyi o brzegach nieźną przerosłych. U czterech z pacjentów tu należących, stosował autor energiczne usuwanie dających się oddzielić chorobnie przeistoczonych części za pomocą ostrej łyżeczki (*curettement*). Druga kategoria obejmuje przypadki dokonanych zabliznień, które uległy po pewnym czasie recydywie. Z dziewięciu osób tu należących cztery zmarły, z pięciorga pozostałych 3 są w leczeniu, o dwóch nie ma szczegółowych wiadomości. Z 3 osób będących w leczeniu, dwie mają pewniejsze szanse, trzecia nie wiele nadziei przedstawia. Zabliznienie jednak u chorych tych trwało po kilka miesięcy. U czterech było robione łyżeczkowanie, u dwóch trzeba było usunąć chrząstkę Santoriniego na drodze operacyjnej. Trzecia wreszcie kategoria mieści w sobie sześć spostrzeżeń: cztery dotyczą gruźlicy gardzieli, jeden gruźlicy nosa i jeden języka. U wszystkich chorych nastąpiło zabliznienie na czas dłuższy lub krótszy. Dwie osoby z tych zmarły, o dwóch nie ma bliższych wiadomości, a dwie są w leczeniu. U chorych tych, pomimo po-

gorszenia stanu płuc i krtani, oraz wzmagającego się upadku sił, owrzodzenia w gardzieli się zagoiły, dając blizny stałe, badaniem pośmiertnem (w obserwacji opatrzonej N-em 25) stwierdzone.

Inna tablica mieści w sobie osobno zebrane przypadki wyjęte z ogólnej liczby, w których przeważnie było stosowane leczenie chirurgiczne jako to: naciecia, wyłyżczkowanie, zastrzykiwania do tkanek zajętych naciekiem grucznym bądź to kwasu mlecznego, bądź emulsyi jodoformowej. Ścisłe biorąc, chirurgicznie leczonych było osób 14 z nadspodziewanie dobrym wynikiem. Iniekcye mięszszowe przedsięwziął autor celem zapobieżenia rozpadowi naciekniętych tkanek; o ile jednakże w tym względzie iniekcye te odpowiadać będą celowi, dalsze i liczniejsze spostrzeżenia rozstrzygną. Obecnie jednak już twierdzić można, że dają rezultaty bardzo zachęcające. Streszczając to co dotąd powiedzianem zostało widzimy, iż autor w 28 przypadkach owrzodzeń gruczolnych bądź to za pomocą wcierania kwasu mlecznego, bądź za pomocą leczenia chirurgicznego, otrzymał zupełne zabliznienie.

Przemówienie swoje zakończył autor wypowiedzeniem twierdzenia, że pomimo tak świetnych wyników dotąd uzyskanych nie trzeba się ludzi nadzieją, że wszystkich suchotników krtaniowych od razu się wyleczy. Nie czas jeszcze nam krzyknąć: precz z gruczlą. Pomimo kwasu mlecznego i ostrej łyżeczki będziemy większość chorych tracić; podleczeni lub nawet wyleczeni z owrzodzeń umrą na zwyczajne suchoty płuc. Rzeczą specjalistów od suchot płuc jest, podać nam nowe metody, szukać dróg, nie ograniczać się do baniek, Ipeki i tranu, nie poprzestawać na ciepłym kaftaniku. Ciągłe też widzimy w racjonalniejszym kierunku phthisio-terapii usiłowania, próby, starania. Czy dojdziemy do celu, przyszłość pokaże. Rozwiązanie zagadki polega nie tylko na wynalezieniu specyfików, które by zabijając bacyllę nie uśmierciły jednocześnie ich właściciela, ale na profilaktyce, na higijenie, na poprawie szpitali, na budowaniu specjalnych baraków dla suchotników w odpowiednich miejscowościach, na dozorze lekarzy sumiennych i dbających o zdrowie swych chorych i odpowiednio przygotowanych.

Wyczerpujący ten wykład, z którego dla braku miejsca wiele rzeczy pominać musielismy, poparty był licznymi drobnowidzowemi okazami, rysunkami w znacznem powiększeniu, licznymi narzędziami oraz okazaniem chorobnie przeistoczonych tkanek, które autor na drodze operacyjnej u wielu chorych usunął. Po wykładzie powstała ożywiona dyskusya w której przyjmowali udział koledzy: DOBRZYCKI, DUNIN, PRZEWÓSKI, GOLDFLAM, PAWIŃSKI oraz MATLAKOWSKI.

Pierwszy zabrał głos kol. DOBRZYCKI w następny sposób: jeżeli do i tak już obszernego wykładu kol. H. chcę dorzucić słów kilka, to mnie do tego skłaniają dwa ważne powody: raz, że kwestya poruszona należy do takich, których kontrollowanie przez drugich kolegów tylko korzyść dla nauki przynieść może i daną kwestyję w sposób obiektywny wyświetli, a powtórę, że rezultaty jakie przy miejscowem leczeniu owrzodzeń gruczolnych krtani otrzymujemy, pozwalają mniemać, że i miejscowe leczenie płuc powinno dać dobre rezultaty. Co się tyczy pierwszego, to miałem sposobność obserwować z kol. H. prawie wszystkie leczone przez niego cięższe przypadki gruczolnego zajęcia krtani. Badając chorych już to razem z kol. H. już też oddzielnie a w wielkiej liczbie przypadków będąc obecnym przy operowaniu ich przez kol. H. mogłem własne wyrobić zdanie co do wpływu samego leczenia na przebieg choroby, a przez to jestem w możności potwierdzenia rezultatów podanych przez kol. HERYNGA. Nadto, miałem sposobność obserwowania rozwoju całej techniki chirurgicznej i ulepszania odnosnych narzędzi, które kolegom tu były okazywane i doszedłem do tego przekonania, że ten dział laryngo-chirurgii należy może do najtrudniejszych, i że ujemne rezultaty jakie ktoś otrzymać może, bardzo prawdopodobnie polegać będą na braku wprawy lub też użyciu narzędzi nieściśle wa-

runkom anatomicznym lub umiejscowieniu owrzodzeń odpowiadających. Chorych, których razem obserwowaliśmy można podzielić na następne grupy: do pierwszej należeli chorzy przezemnie od roku 84 i 85 leczeni na suchoty płucne, których następnie leczylimy wspólnie z kol. H. od chwili, w której owrzodzenia gruźlicze krtani lub nosa stwierdzić się dały. Tu należą 3 przypadki (Gumowska, Krzyżanowska, Ilchen) z dodatnim wynikiem. Drugą grupę stanowili pacjenci kol. H. w liczbie 4-ch na kuracyję do Sławuty mi nadesłani, których leczyłem miejscowo za pomocą wcierań kwasu mlecznego (Dąbrowski, Przewalski, Skotnicki, Steinberg F.) również z jaknajlepszym wynikiem. Trzecią grupę stanowiło 5-ciu chorych (Kreczetowicz, Kossowski, Polski, Rowiński, Grochowska), wyłącznie pacjentów kol. H., których wielokrotnie badałem i przy operowaniu których byłem obecny, mając tym sposobem możność stwierdzenia o ile stosowane leczenie na poprawę wpłynęło. Obecnie mam w leczeniu dwóch chorych których od czasu do czasu bada kol. H. (Pałkiewicz, Ulnik) i którzy stanowią grupę czwartą. Nareszcie ostatnią grupę stanowią chorzy w liczbie 5-ciu (Rzepecki, Friedman, Fumarkin, Szapira, Skrzypkowska) leczeni przezemnie miejscowo kwasem mlecznym w r. ubiegłym w Sławucie z dobrym rezultatem. Pierwszego z nich leczył w szpitalu tu w Warszawie r. b. kol. WRÓBLEWSKI. Razem więc chorych badanych, leczonych, bądź wspólnie z kol. H. bądź oddzielnie i wogóle obserwowanych dokładnie w ciągu dłuższego czasu miałem 19. Jeżeli z tej ogólnej cyfry wyłączymy 8 przypadków już pomieszczonych w statystyce kol. H. z czego otrzymamy przypadków jedenaście, i do tych dodamy 9 przypadków ogłoszonych przez kol. OŁTUSZEWSKIEGO i 3 przez kol. WRÓBLEWSKIEGO, to ogółem biorąc, otrzymamy blisko 60 spostrzeżeń, które przez czas dłuższy obserwowane i przez czterech wymienionych kolegów a nadto i kol. GURANOWSKIEGO widziane i kontrollowane, mogą być uważane za materyjał ściśle naukowy. Wychodząc z zasady, iż sprawy gruźlicze w mięszu płuc się toczące są analogiczne z takimiż sprawami w krtani, zachęcony przez kol. H. używałem u chorych na suchoty płuc oprócz inhalacyj antyseptycznych, inhalacyj z kwasu mlecznego dwa do czterech procentowego, o czym w swoim czasie bliższych szczegółów kolegom udzielię.

Kol. DUNIN dziwi się, że wogóle można tak gorąco zaprzeczać wyleczalności gruźlicy krtani. Jeżeli tylko jesteśmy w możności usunąć w całości miejsce będące siedliskiem sprawy gruźliczej, wtedy zabliźnieniu nic nie stoi na przeszkodzie. I to także niewątpliwe, że wyleczenie nastąpić może jedynie przy użyciu środków przez kol. HERYNGA wskazanych t. j. środków przyżegających i mechanicznego usunięcia zajętych części. Wyniki otrzymane przez kol. HERYNGA, kol. DUNIN w kilku przypadkach mógł stwierdzić; szczególniejszą była poprawa w łykaniu, co chorzy mocno akcentowali. Nie można jednak twierdzić, aby zabliźnienie owrzodzeń krtani już samo przez się mogło spowodować uleczenie chorego, t. j. stanu jego płuc, w tych też przypadkach gdzie chorzy powracali do zdrowia, prawdopodobnie wpływały prócz zabliźnienia owrzodzeń krtani i inne pomyślnie okoliczności. Jeżeli więc gruźlica krtani może być wyleczalna to w każdym razie zdaje się, że ilość podobnie pomyślnych przypadków będzie dość ograniczoną. Sama natura choroby na to wpływa. Owrzodzenia gruźlicze nie zawsze sadowią się na miejscach krtani dostępnych dla chirurgicznego leczenia. Często sadowią się one wyłącznie w dolnych częściach krtani, często jednocześnie z częścią nad strunami zajęta jest i część dolna. Że zaś tego badaniem nie zawsze można wykazać, nieraz więc będzie rzeczą wypadku, czy dany przypadek może być uleczone czy nie. Wreszcie kol. DUNIN ostrzega, aby pomyślny wynik leczenia krtani nie przenosić do terapii płuc. Dla zniszczenia ogniska w krtani używa kol. H. skrobania lub stężonego kwasu mlecznego; czyż może więc przypuścić, aby ten sam skutek wywarły wdychania 4—5⁰/₁₀ roztworu tegoż kwasu?

Kol. PRZEWÓSKI utrzymuje: 1) że anatomia patologiczna nie znajduje się w przeciwieństwie, jak twierdzi kol. HERYNG, z jego rezultatami terapeutycznymi. Przeciwnie, anatomia patologiczna wykazuje, iż wrzody gruczlicze krtani i innych błon śluzowych, mogą się samoistnie goić lub podgajać. Nadto, kol. PRZEWÓSKI przytacza nowy przypadek samoistnego wygojenia się wrzodu gruczliczego krtani u człowieka zmarłego skutkiem pęknięcia tętniaka jednej z gałęzi tętnicy płucnej w ścianie starej kawerny przy *phthisis fibrosa tuberculosa*. 2) Kol. PRZEWÓSKI dowodzi, że twierdzenie kol. HERYNGA, jakoby krtan tuberkuliczna mogła być wyłącznie siedliskiem li tylko wrzodów tuberkulicznych, jest zanadto bezwzględne. W takiej krtani mogą tworzyć się niekiedy i innego rodzaju ekskoryjacje i owrzodzenia. 3) Kol. PRZEWÓSKI mniema, że sposób powstawania tak zwanych owrzodzeń kataralnych (utrat nabłonka) jest w przeważnej liczbie przypadków inny, niż go przedstawia kol. HERYNG, a mianowicie, że powstają one zwykle nie drogą odleżyn (*Decubitus-Geschwüre*), a że główne powody ich tworzenia się są dwa, to jest: spulchnienie nabłonka i rozmaite mechaniczne urazy, jakim ciągle poddana jest błona śluzowa krtani.

Kol. GOLDFLAM zapytuje, czy w przypadku dotyczącym wiekowej pacjentki, z krtani której kol. H. okazywał preparaty mające dowodzić samoistnego zagojenia się owrzodzenia gruczliczego, krtani i płuca też zawierały laseczniki gruczlicze, na co kol. H. odpowiada, że badanie tych narządów laseczników gruczliczych nie wykryło. Kol. GOLDFLAM nie wątpi o uleczalności gruczlicy krtani, chodzi mu tylko o zwrócenie uwagi na dany przypadek który, zdaniem jego, nie może być poczytany za dowód anatomo-patologiczny samoistnego zabliznienia się owrzodzeń gruczliczych, opis bowiem tego przypadku kliniczny i badanie zmian pośmiertnych podane przez kol. HERYNGA, raczej za cierpieniem przymiotowem przemawiają. Opiera zaś kol. GOLDFLAM swoje twierdzenie na tem, że przytoczone przez kol. HERYNGA wyniki badania mikroskopowego tylnej ściany krtani, gdzie *in rimula* znaleziono bliznę, są właśnie takie same, jakie w przymiotcie znajdujemy. Rozrost włóknisty jest sprawą przedewszystkiem właściwą przymiotowi we wszystkich okresach i przedstawia się jako mniej lub więcej twarda tkanka łączna na miejscu dawnych nacieczeń przymiotowych, uległych wessaniu. Zgrubienie naczyń z drobnokomórkowem nacieczeniem ścian i otaczającej tkanki, jest sprawą niemal specyficzną dla wszystkich cierpień przymiotowych, zwłaszcza późnych okresów (*end et periarteriitis syphilitica*). Twór okrągły, z żółtych, świecących blaszek złożony, jest prawdopodobniej mikroskopowym syfilomatem (*gumma submiliare*) w stanie wstecznego przeistoczenia, a nie gruzelkiem. Chociaż gruzelki i miękczak (*gumma*) są mikroskopowo bardzo do siebie podobne, ta wszakże między niemi zachodzi różnica (pominąwszy nawet kwestyję laseczników gruczliczych), że pierwszy ma skłonność do zropienia i rozpadu, drugi do zasychania, przeistoczeń wstecznych, rezorbeyi, i pozostawienia włóknistych, twardych blizn. Jeżeli jeszcze zwrócimy uwagę, że zmiany w płucu polegały na włóknistym zwyrodnieniu (*cirrhosis pulmonis*), bez rozpadu tkanki i bez laseczników gruczliczych, że w przebiegu klinicznym zanotowano jako wybitny objaw silne i uporczywe bóle głowy i dolnych kończyn, to dojdziemy do przekonania, że cierpienie podeszłego wieku pacjentki, było raczej natury przymiotowej, aniżeli gruczliczej.

Kol. PAWIŃSKI, na którego sali chora leżała, opowiada, że głównym objawem był silny i lekom nie ustępujący ból głowy, że znalazł stwardnienie jednego wierzchołka płuc (*pneumonia interstitialis*), że kaszlu, ani gorączki nie było.

Na każde z powyższych przemówień kol. H. udzielał szczegółowych wyjaśnień, starając się na podstawie własnych badań, poglądy swoje uzasadnić.

