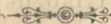


Z kazuistyki laryngo-rynologicznej.

PODAŁ

Dr. Jan Sędziak,

b. asystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych w szpitalu
Ś-go Ducha w Warszawie.



W ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegać w praktyce prywatnej 4 przypadki, które z różnych względów zasługują, zdaniem mojem, na podanie do szerszej wiadomości.

I.

Rak krtani. Zwężenie przełyku (strictura oesophagi carcinomatosa),

W. lat 51 maszynista kolei nadwiślańskiej, zasięgał mojej porady w dniu 10 lutego roku bieżącego, skarżąc się na ból przy łykaniu — zwłaszcza twardych pokarmów, chrypkę, kaszel, oraz ogólne osłabienie resp. wychudnięcie.

Chory opowiada, że objawy te powoli zaczęły występować od 3 miesięcy — że przedtem był bardzo zdrow, nigdy żadnych chorób nie przechodził, nadużywał tylko napojów wysokowych. Z anamnezy zasługuje jeszcze na uwagę diateza (ojciec zmarł na gruźlicę płuc).

Chorego w początkowych okresach choroby widzieli dwaj wybitni specjaliści — laryngolodzy, nie będąc, o ile się zdaje, zgodnymi co do właściwego rozpoznania, które, prawdopodobnie, już wtedy przedewszystkiem wahało się między gruźlicą, a rakiem krtani. Próbowano przytem bezskutecznie jodku potasu do wewnątrz.

1399591360

WV 54492 1898/s

Akc. zI. 2024...nr. 131...

2-139857

Przy badaniu chorego znalazłem co następuje: budowa prawidłowa, odżywianie nędzne; na pierwszy rzut oka uderza niezwykle zabarwienie skóry twarzy — zabarwienie, przypominające do pewnego stopnia to, jakie widzimy przy chorobie Addisona (zajęcie nadnerczy—glandulae suprarenales). Zdaje się jednak, że owo kremowo-bronzowe zabarwienie jest w związku z zajęciem chorego, które go zmusza do ciągłego przebywania na powietrzu wśród warunków jak najniepomyślniejszych (gorąco od maszyny — mróz, śnieg, wichry w zimie, skwar w lecie). Wreszcie może i nadmierne używanie napojów wysokokowych grało tu pewną rolę.

Przy badaniu krtani lusterkiem znalazłem zajęcie lewej połowy krtani, która jest prawie zupełnie nieruchomą, co zależy od rozległego — nierównego nacieczenia w okolicy chrząstki nalewkowej — nacieczenia, rozszerzającego się zarówno wgłąb na staw obrączkonalewkowy, jako też po powierzchni, zajmując $\frac{2}{3}$ więzu nagłośnio-nalewkowego, oraz przełykową powierzchnię tylnej ściany krtani po stronie lewej.

Inne części krtani zmian żadnych nie przedstawiają— toż samo się tyczy innych części górnego odcinka dróg oddechowych (nos, etc.). Narządy wewnętrzne zdrowe, tylko u prawego szczytu płucnego (od tyłu) zdawało mi się, że wydech jest nieco wydłużony. Chory bardzo mało kaszle, prawie wcale nie pluje. Skąpa plwocina pod drobnowidzem nie zawiera żadnych cech, któreby przypuszczać kazały jakieś poważniejsze cierpienie miąższu płucnego, a więc ani laseczników gruzliczych, ani włókien elastycznych, ani nawet złuszczeń nabłonka z pęcherzyków płucnych. Choremu początkowo zaleciłem do wewnątrz arsenik, miejscowo zaś stosowałem pędzlowania fenolem sulforycynowym (20%), oraz zasypywania dermatolem.

Przy takim leczeniu, po paru już tygodniach stan chorego zarówno subiektywny, jako też i obiektywny zaczął się poprawiać: dysphagia, chrypka o wiele mniejsza, nacieczenie w krtani stało się powierzchowniejszem, oraz więcej ograniczonem głównie do okolicy chrząstki nalewkowej lewej — przytem ruchy lewej połowy krtani resp. lewej struny głosowej wyraźnie swobodniejsze. Stan ogólny jednak pomimo to się nie poprawiał — powiedziałbym nawet stale się pogarszał — zaczęły się dołączać jakieś objawy żołądkowe: nudności, odbijania, wymioty; brak zupełny apetytu, wychudnięcie, coraz bardziej uderzające dla otoczenia. Wobec tego jeden z lekarzy wewnętrznych, do którego się chory udał po poradę, zalecił mu kurację wodami karlsbadzkimi, co jednak bynajmniej stanu nie poprawiło.

W końcu występować zaczął nowy objaw, który odtąd stał się

dominującym u naszego chorego, mianowicie *zatrzymywanie się stałych pokarmów* w okolicy wyrostka mieczykowatego przyczem bywały i zwracania pokarmów: Bólu przytem chory zupełnie w tej okolicy nie doznawał.

Stan ten trwa dotąd, potęgując się do tego stopnia, że ostatecznie chory z wyjątkiem mleka, buljonu, w ogóle płynów, nie jest w stanie więcej połykać. Nie dziwnego, wobec tego, że odżywianie chorego, już i tak marne, zaczęło w zatrważający sposób podupadać.

Badanie ponowne chorego, wykryło zwężenie przełyku, prawdopodobnie w okolicy wpustu (cardia). Mówię, prawdopodobnie, gdyż jakkolwiek próba Hamburger'a z połykaniem wody, oraz jednocześnie wysłuchiwanie w różnych punktach, rzeczywiście wykazuje to zwężenie w okolicy 8-go kręgu grzbietowego, a więc na wysokości cardiae, to jednak sondowanie dawało sprzeczne wyniki: i tak giętkie, angielskie zgłębniki, nawet bardzo cienkie, napotykają opór w dolnej części przełyku, natomiast gałkowe (największy kaliber) dopiero na odległości około 43 ctm. od siekaczy spotykają przeszkodę, o którą się zatrzymują. Jak wiadomo, jeżeli zgłębnik na odległość 40 ctm. od siekaczy (dentes rucisios) przechodzi swobodnie, dowodzi to, że koniec jego już się znajduje w żołądku. Tymi sprzecznymi wynikami tłómaczą się też sprzeczne zdania 2 wybitnych lekarzy specjalistów (żołądkowych) co do umiejscowienia zwężenia: gdy bowiem jeden z nich utrzymywał na pewno, że znajduje się ono w okolicy cardiae, przedstawiając formę lejkowatą, inny był skłonny przyjąć sprawę chorobową (rak) w samym żołądku.

Dodać winienem, że zgłębnik, zwłaszcza przy wyjmowaniu spotyka też pewną przeszkodę w górnej $\frac{1}{3}$ części przełyku, t. j. w miejscu nacieczenia krtaniowego.

Obecnie pozostaje nam do rozstrzygnięcia: 1) z jakim cierpieniem mieliśmy do czynienia w krtani; 2) gdzie jest siedlisko wtórnego cierpienia: w przełyku, czy też w żołądku i jakiej natury jest owo zwężenie — wreszcie 3) jaki zachodzi związek między obiema temi sprawami?

Co się tyczy pierwszego pytania, to z góry zaznaczam, że rozstrzygnięcie jego nie jest tak łatwem, jakby się to na pierwszy rzut oka zdawało. Obraz krtaniowy, jak to zresztą często bardzo bywa, i w tym razie nie był tak charakterystyczny, ażeby li-tylko na je-

go zasadzie można było rozstrzygnąć o istocie danej sprawy chorobowej. Zmiany, jakie się przy badaniu lusterkiem przedstawiały, t. j. nacieczenie w okolicy lewej chrząstki nalewkowej, zarówno dobrze mogły być natury gruczliczej, jak przymiotowej, oraz nowotworowej (carcinoma).

Za dość prawdopodobnym gruczliczym charakterem cierpienia krtaniowego przemawiało: dlateza, oraz nieznaczne jakoby zajęcie prawego szczytu. Badanie jednak płwociny, jak to już wspomniałem, nie wykryło żadnych śladów tego cierpienia. Zresztą i dalszy przebieg przemawiałby raczej przeciwko temu przypuszczeniu: kaszel ustąpił, chory nie pluje, ponowne zbadanie płuc (w obecności drugiego jeszcze lekarza internisty, dokonane) nie wykrywa wyraźniejszych różnic w obu szczytach.

Za syfilitycznym charakterem przemawiałyby tylko wielce podejrzanе blizny, jakie wspólnie ze specjalistą syfilidologiem — znaleźliśmy u naszego chorego — mianowicie pod lewym obojczykiem, zwłaszcza zaś na lewej łopatee. Chory jednak stanowczo utrzymuje, że nigdy przymiotu nie przechodził, blizny zaś, o jakich mowa, powstały w dzieciństwie jakoby po oparzeniach. Pomimo to jednak, jakoteż pomimo już uprzednio bezskutecznie stosowanego jodku potasn, zaleciliśmy tytułem próby frykcyę (w ilości 24 półdrachmowe), po których jednak jakiegoś wybitniejszego działania, ani na stan krtaniowy (do tego czasu już w stanie poprawy będącego), ani na zaburzenia w przełyku resp. żołądka nie zauważyliśmy.

Wobec tego najprawdopodobniejszym po gruczliczem było przypuszczenie w danym przypadku nowotworu złośliwego — resp. raka w krtani, za czem przemawiało i zajęcie głębokie sprawą chorobową (nieruchomość lewej struny prawdziwej) i co ważniejsza, niewątpliwie rakowate zajęcie przełyku. Z drugiej jednak strony przebieg przemawia do pewnego stopnia przeciwko temu przypuszczeniu. Dziwnem co najmniej jest, że sprawa rakowata w krtani, mająca jak wiadomo ¹⁾ zawsze tendencję do dalszego rozwoju, nie tylko zatrzymała się, lecz nawet zaczęła ustępować, jak to mianowicie miało miejsce w naszym przypadku, choć z drugiej strony, niemniej dziwnem byłoby wyleczenie sprawy gruczliczej w krtani i płucach u osobnika wyniszczonego sprawą rakowatą w przełyku.

Mógłby spotkać mnie łatwo zarzut, że m nie zastosował w danym przypadku metody, któraby najprędzej doprowadziła do właści-

¹⁾ *Sędziak*. Nowotwory złośliwe krtani — ich rozpoznawanie, oraz leczenie. Przegląd chirurgiczny 1896 i 1897.

wego rozpoznania, mianowicie próbnego wyjęcia kawałka nowotworu, dla poddania go drobnowidzowemu badaniu. Otóż wyznaję, że w początku, gdym myślał o radykalnem leczeniu t. j. częściowej rezekcyi krtani, miałem zamiar dokonać takiego wycięcia, wobec jednak szybko idącej poprawy — zaniechałem tego zamiaru, gdyż rękoczyn ten stał się co najmniej zbytecznym, a nawet mógłby do pewnego stopnia być dla chorego szkodliwym, gdyż, jakkolwiek bardzo rzadko, bywał on powodem szybszego rozwoju sprawy rakowatej (przypadek Newmann'a).

Tym sposobem zasada „*primum non nocere*“ powstrzymała mnie od tej, bądź co bądź, cennej metody rozpoznawczej.

Odnosnie do drugiego punktu t. j. gdzie znajdowało się siedlisko sprawy chorobowej wtórnej t. j. w przełyku, mianowicie jego dolnym odcinku (*cardia*), czy też w żołądku, to zdaje się pierwsze przypuszczenie ma więcej prawdopodobieństwa, należy jednak przypuścić zwężenie lejkowate, obejmujące najniższy odcinek przełyku, może anormalnie długiego. Co się dotyczy charakteru zwężenia — to zdaje się nie ulegać wątpliwości, że mamy tu do czynienia ze sprawą rakowatą.

Pozostaje nam rozpatrzyć 3-ci punkt, t. j. w jakim stosunku znajdują się względem siebie obie sprawy chorobowe. Innemi słowy, czy cierpienie krtani jest innem (gruźlica) — niezależnem zupełnie od cierpienia przełyku, czy też, co mi się wydaje prawdopodobniejszem, zarówno w krtani jak i w przełyku mamy do czynienia z jedną i tą samą sprawą chorobową — mianowicie rakiem, przyczem w krtani był on pierwotnym, w przełyku zaś wtórnym (przerzutowym).

Takie powikłanie raka krtani, o ile wiem, nie należy do zbyt częstych (przyp. Landgrafa), co i skłoniło mnie do ogłoszenia tego przypadku, ciekawego zresztą i ze względu na trudności dyagnostyczne. Na zakończenie słów parę, *quo ad* terapiam w tym przypadku. Chirurgowie, którzy mieli sposobność widzieć tego chorego radzą — jako ultimum refugium gastrostomiam. Ze względu jednak na niewątpliwą poprawę, jaką chory czuje po każdym sondowaniu, sądzę, że lepiej jeszcze wstrzymać się od tego rękoczynu i w dalszym ciągu stosować sondowanie. Mam również zamiar zastosować w tym przypadku metodę Renvers'a, polegającą na zostawianiu *a demeure* specjalnie *ad hoc* przez niego skonstruowanych kauczukowych tubusów ²⁾.

²⁾ Chorego, jako też instrumenta Renvers'a demonstrowałem w Towarzystwie Lekarskiem na posiedzeniu z dnia 17 maja r. b.

Niestety, jak to często bywa, chory wkrótce usunął się z pod dalszej obserwacji i dopiero w jakiś miesiąc zjawiał się ponownie, lecz w stanie godnym pożałowania. W ciągu tego czasu stracił na wadze 11 funt. Osłabienie kolosalne (chorego przywieziono do mnie). Wygląd chłapczy — wysoce charakterystyczny dla rakowatego cierpienia (cachexia carcinomatosa). Kaszle, pluje. Ponowne badanie płuc z wyjątkiem nieco rzeżeń wilgotnych w dolnych odcinkach klatki piersiowej) innych zmian — zwłaszcza szczytowych, nie wykazało. Plwocina znowu nie zawiera laseczników gruźliczych. Mocz białka nie zawiera. W krtani stan bez zmiany. Badanie zgłębnikami (miękkimi i gąłkowymi) wykazuje tym razem zgodnie zwężenie w dolnej części przełyku (odległość od siekaczy około 38 ctm.). Połykanie nawet płynów bardzo utrudnione. Wobec tego rakowate cierpienie przełyku nie ulega wątpliwości, natomiast zajęcie krtani (gruźlica, czy rak) pozostaje nierozstrzygniętem, choć prawdopodobniejszem dla mnie zawsze pozostaje to ostatnie przypuszczenie.

II.

Mięsak (fibro-Sarcoma) nosa o niezwykłym przebiegu.

H. lat 14 uczeń gimnazjum, — zasięgał mojej porady w dniu 16-tym marca r. b., skarżąc się na obfite krwotoki nosowe (z lewej strony), jakoteż na niemożność oddychania lewą połową nosa, zasychanie w gardle, wreszcie upośledzenie słuchu po stronie lewej. Choroba trwa lat 5 — wszyscy lekarze, zarówno laryngolodzy, jakoteż chirurhowie, zarówno tu, jak i zagranicą, doradzali zewnętrzną operację t. j. otwarcie nosa z następczem usunięciem guza, a, prawdopodobnie, i rezekeję górnej szczęki, gdyż sądząc z opowiadania matki chorego, przypuszczano i zajęcie zatoki Highmora, co było możliwem ze względu na objawy, jakie wówczas były u naszego chorego (ropienie lewostronne z nosa — bóle i opuchnięcie w okolicy lewego policzka).

Na tego rodzaju leczenie matka chorego absolutnie zgodzić się nie chciała, pozostawiając chorobę losowi. Tak upłynęło lat parę: stan ogólny chorego mocno w tym okresie podupadł, krwotoki nosowe stawały się coraz częstszymi, rozdęcie (zniekształcenie) lewej połowy nosa coraz znaczniejsze — zupełna niedrożność lewej połowy nosa — bóle nadoczdolowe, oraz w okolicy policzka lewego, natomiast ropienie nosowe zupełnie ustąpiło. Chory, oraz otoczenie zauważyli, że guz zaczyna wyrastać w kierunku przedniego otworu nosa,

— tak, że końcem palca można go było z łatwością wyczuć w lewej nozdrzy.

W tym okresie miałem sposobność chorego widzieć: budowa wątła, odżywianie nędzne, uderzająca bladłość skóry, oraz błon śluzowych. Lewa połowa nosa rozdęta, wskutek tego cały nos znieskształcony — niedrożność zupełna nosa po stronie lewej. Już gołem okiem widać w lewym nozdrzu guz wypełniający światło jamy nosowej.

Przy badaniu wziernikiem guz ten mniej więcej wielkości orzecha włoskiego — przedstawia się mocno unaczynionym, miękim — przy najlżejszem dotknięciu zgłębnikiem mocno krwawiącym, w niektórych miejscach ma wygląd jakby sadłowaty.

Przyczepu guza ze względu na krwawienie nie dało się określić. Prawa jama nosowa z wyjątkiem rozlanego nieżytku, innych zmian nie przedstawia. Badanie nosa od tyłu nie daje się uskutecznić. Widać tylko masy śluzu. Badania palcem zaniechałem ze względu na alarmujący krwotok, jaki wywołało tego rodzaju badanie, dokonane przez jednego z chirurgów.

Po zatem w innych narządach (krtani, płuca, serca etc.) zmian wybitniejszych nie dało się zauważyć. W uchu lewym — znaczne wciągnięcie błony bębenkowej (nieżyt przewlekły trąbki Eustachiusza). Prześwietlanie lewej zatoki Highmora wykazało pewne, acz niezbyt znaczne w porównaniu z prawą, różnice (lekkie zaciemnienie zwłaszcza w okolicy dolnej powieki).

Już samo badanie kliniczne (anamneza, wygląd guza) nie pozwalało się ludzi, że mamy tu do czynienia nie ze zwykłym, łagodnym nowotworem nosa, lecz prawdopodobnie z mięsakiem (sarcoma).

Wobec faktu, że guz ten tak blisko się znajdował wejścia do nosa, zdawało mi się, że bez wielkich trudności uda mi się na niego nałożyć pętlę i w całości wyciągnąć. Obawiałem się tylko jednej rzeczy — mianowicie krwotoku, czego małe próbki miałem już przy badaniu (sondowaniu). Postanowiłem więc użyć pętli gorącej, — galwanokaustycznej — przytem operować w asystencyi chirurga i to nie pod chloroformem, jak tego sobie życzyła matka — obawiając się zaduszenia spływającą do płuc krwią.

Tak też i uczyniłem. Przy pierwszym jednak już założeniu pętli przekonałem się, że rzecz nie jest tak łatwa, jak to przypuszczałem: guz musiał mieć szeroki przyczep, gdyż pętla parokrotnie się zsunęła, nie zdążwszy odciąć większego kawałka, jednocześnie wy-

stąpił silny krwotok, który uniemożliwił dalszą operacyą. Dopiero w dniu następnym udało mi się, zakładając pętlę od góry, nie jak poprzednio od wewnątrz, wyciąć dość znaczną część guza (mniej więcej wielkości orzecha laskowego), którą też niezwłocznie odesłałem do zbadania prof. Przewóskiemu. Rozpoznanie drobnowidzowe brzmiało: fibrosarcoma.

Po podgojeniu się rany, przyczem muszę tu dodać, że krwawie nie podczas drugiej operacyi również było silnem — osłabienie ogólne znaczne, efekt zaś prawie żaden, gdyż chory jak przedtem nie oddychał nosem, mniej więcej w tydzień przystąpiłem do następnej operacyi. Korzystając z tego, że po poprzednich rękoczynach górny odcinek nosa stał się swobodniejszym — wprowadziłem tamtędy pętlę i uczuwszy silny opór przy zaciskaniu, postanowiłem tym razem nie puszczać strumienia, t. j. nie odcinać części guza, lecz takowy w całości za pomocą trakeyi na zimno wyciągnąć. Zamiar ten jednak okazał się bardzo niefortunnym w skutkach!

Podobnie jak poprzednio, nie udało mi się guza w całości wydobyć, tak silnym był jego przyczep, lecz tylko znowu część, wprowadzie dość znaczną, natomiast rękoczyn ten wywołał tak alurmujący krwotok, że z trudnością zdołałem go utamować.

Odtąd postanowiłem nigdy już nie używać w danym przypadku pętli zimnej — lecz guz częściowo na gorąco usuwać.

Po ostatnim rękoczynie — ze względu na większe osłabienie chorego — wstrzymałem się kilka tygodni od dalszego leczenia operacyjnego, zaleciwszy choremu miejscowo maść mentolowo-dermatologową, a do wewnątrz arsenik.

W tym trakcie chory zauważył raz jeden — a było to po silnym niezycie nosa, połączonym z bólami lewej połowy twarzy, — że guz obsunął się tak nisko, że nieledwie palcami można go było uchwycić. Fakt ten stwierdzili otaczający go krewni, powiadamiając mnie zaraz o nim. Niestety, dziwny ten objaw trwał bardzo krótko (kilka minut) i więcej się już nie powtórzył.

Po kilku tygodniach, gdy już stan ogólny chorego się nieco poprawił, a rana po ostatniej operacyi zupełnie zagoiła się, przystąpiłem do ponownego wycięcia guza. Nauczony poprzednimi próbami, że największą trudność stanowi nałożenie pętli wskutek usuwania się guza ku tyłowi, postanowiłem użyć haczyka, za pomocą którego wyciągnąłem nieco guz ku zewnątrz, poczem już łatwiej udało mi się nałożyć pętlę — wyjmując dość znaczny kawał — tym razem zupełnie bez krwawienia.

Co mnie przytem uderzyło, to ta okoliczność, że podczas odcinania guza *wylała się dość spora ilość* nie krwi, jak to poprzednio zawsze miało miejsce, lecz *płynu surowiczego*. Nie potrzebuję dodawać, że tak tej, jak i wszystkich poprzednich operacji, dokonywałem pod kokainą, którą chory zadziwiająco dobrze (20⁰/₀ rozczyn w dużych ilościach) znosił, pomimo to jednak za każdym razem rękoczynny te były bardzo bolesne dla chorego.

W parę dni chory wraz z rodziną zgłosił się do mnie, oznajmując z radością, że oddycha nosem tak, jak już od lat 5-ciu nie pamięta, że po ostatniej operacji jeszcze czas jakiś wydzielał się z lewej połowy nosa—w znacznej ilości płyn surowiczy gryzący, wskutek czego, wejście do nosa było mocno zaczerwienione i bolesne. I, rzeczywiście, przy badaniu stwierdziłem przedewszystkiem znaczną drożność lewej jamy nosowej, rozcięcie lewej połowy nosa znacznie mniejsze, eczema ad introitum nasi. Przy badaniu wziernikiem nosowym stwierdziłem też brak guza, zamiast którego widać było po prostu jakby błonę grubą, mięsistą, wypełniającą dolny przewód nosa, daje się ona unosić zgłębnikiem, nie krwawi, o ile się zdaje, przyczep ma szeroki w średnim przewodzie nosa. Wogóle dokładniejsze badanie resp. sondowanie ze względu na niezwykłą bolesność, oraz zdenerwowanie chorego, było bardzo trudne.

Miałem zamiar błonę tę resp. resztki guza usunąć pętlą gorącą, co prawdopodobnie nie natrafiłoby na znaczniejsze trudności, wobec jednak ogólnego stanu chorego (silne osłabienie, oraz zdenerwowanie), dalej niezwykle bolesnej przyczyny, uniemożliwiającej po prostu wprowadzenie pętlicy, zaniechałem na razie tego zamiaru, zostawiając na później dokończenie operacji; tem więcej, że matka oraz otoczenie chorego tak byli zadowoleni z rezultatu dotychczasowego leczenia, że sami prosili o odłożenie dalszej operacji.

Zalecałem przeto choremu w dalszym ciągu arszelik do wewnątrz, odżywianie, oraz wyjazd do Druskienik, miejscowo zaś maść z rezorcyny, oraz kąpiele nosowe, wreszcie zgłoszenie się do mnie po kilku miesiącach.

Przypadek powyższy jest z wielu względów interesujący.

Dowodzi on przedewszystkiem, że nie należy się zbyt śpieszyć z większą operacją, jaką jest niewątpliwie utworzenie jam nosowych od zewnątrz, lecz nawet przy złośliwych guzach nosa próbować metody wewnątrznosowej, jeżeli, naturalnie, są ku temu dane (więcej ograniczony charakter guza), jak to mianowicie miało miejsce w naszym przypadku.

Uderzający jest również przebieg cierpienia w tym przypadku: mięsak nosa, gdyż niewątpliwie takim był guz od początku w naszym przypadku, trwa lat 5, nie tylko nie rozszerzając się na sąsiednie tkanki (antrum Highmori, oczodół) — lecz nawet przyjmując więcej ograniczony charakter, przyczem prawdopodobny wtórny empyemat antri Highmori „spontaneo modo“ ustąpił.

Wreszcie najciekawszym jest fakt wytworzenia się — o ile się zdaje — pod wpływem drażnienia wielokrotnie dokonywanymi rękoczynami, torbieli resp. płynu surowiczego w tkance sarkomatycznej. Przy operacjach polipów nosowych zdarzało mi się niejednokrotnie zauważyć, że przy zaciskaniu pętlicy wydziela się z guza płyn surowiczy, przyczem wyjmuję zamiast guza pęcherz resp. błonę. Badając drobnowidzowo polipy nosa, niejednokrotnie widywałem w ich odmianach: adenofibromatach — duże torbiele, wypełnione płynem surowiczym.

Odnosnie jednak tkanek sarkomatycznej, oraz rakowatej, nigdy czegoś podobnego nie spostrzegałem. Sz. prof. Przewoński, którego w tej kwestyi zapytywałem, objaśnił mnie, że acz rzadko, może się zdarzyć i w nowotworach złośliwych nosa, wytwarzanie znaczniejszych torbieli.

III.

Błonica gardzieli resp. nosogardzieli, powikłaną wielolicznymi ropniami migdałków (podniebiennych, gardzielowego, oraz językowego), oraz ropniem obu zatok Highmora.

G. lat 18 panna, zasięgała mojej porady w dniu 7-ym kwietnia r. b. skarżąc się na zatkanie nosa, oraz katar, trwające od lat kilku. Przy badaniu znalazłem: budowa wątła, odżywianie mierne, u prawego szczytu objawy lekkiego nacieczenia starej daty (lekkie stłumienie odgłosu wypukowego, wydech wydłużony, głos nieco wzmożony). Od matki dowiedziałem się, że przed paru laty chora miała krwotok płucny jakoby po podźwignięciu (podniosła z figlów fortepian), oraz parokrotnie przechodziła zapalenie płuc. Odtąd stale wyjeżdża co rok do Zakopanego. Obecnie czuje się — z wyjątkiem kataru — zupełnie dobrze, nie kaszle, nie pluje. Bardzo nerwowa.

Przy badaniu nosa od przodu znalazłem dość znaczne przerosty, muszel dolnych, od tyłu zaś umiarkowany przerost migdałka Luschki.

Pierwsze usunęłem za pomocą galwanokauteru — przyczem wystąpiła po kokainie lekka intoksykacya (drżenie — osłabienie kończyn etc). Przebieg pooperacyjny bardzo lekki — w tydzień po odpadnięciu strupów — zagojenie zupełne.

W parę tygodni w podróży — jedząc rybę na stacyi — połknęła ość, która jej uwieźła w lewym migdałku. Ość tę szczęśliwie krewny chorej — nie lekarz wyjął — jednocześnie prawie chora dostała gorączki, bólu gardła z prawej jednak strony, oraz rozwolnienia. Jak matka zaznacza, córka jej wówczas bardzo silnie się zaziębiła, jadąc otwartym powozem wśród fatalnej pogody. Już wtedy zaniepokojona matka zauważyła u chorej — w gardle białe plamy na prawym migdale.

Wezwany w jednym z miasteczek prowincjonalnych lekarz zalecił 2 pijawki na prawą okolicę podszczękową, płukanie, wreszcie radził pozostać ze względu na stan ciężki chorej. Pomimo to chora przyjechała do Warszawy i zaraz udała się do mnie po poradę.

Stwierdziłem stan gorączkowy, osłabienie — opuchnięcie prawej okolicy podszczękowej. Chora otwiera usta z pewną trudnością, skarżąc się wówczas na bóle w uchu prawem i stawie żuchwowym z prawej strony. W gardle — silne zaczerwienienie i obrzmienie całego isthmus faucium — zwłaszcza zaś okolicy prawego migdałka, na którym tu i owdzie widać jeszcze rozlane białoszarawe naloty. W nosie od przodu stan lekko zapalny błony śluzowej — od tyłu, o ile to było możliwem przy zajęciu tak znacznem gardzieli, widać mocne zaczerwienienie i obrzmienie migdałka gardzielowego, na którym również zdawało mi się, że spostrzegam parę plam białawych. Wreszcie i migdałek językowy jest zajęty, lecz bez nalotów. Natomiast krtani absolutnie zmian nie przedstawia; w płucach status quo ante. Zaleciłem: olej rącznikowy do wewnątrz, kompresy rozgrzewające na szyję, płukanie salolem, maść mentolowo-dermatolową do nosa, wreszcie do wewnątrz salicylan sodu. Sam zaś obficie zasypałem prawy migdałek, oraz jamy nosowe resp. nosogardzielowe dermatolem. Odrazu uprzedziłem matkę, że sprawa ze względu na anamnezę (zaziębienie, trauma), oraz rozległe zajęcie, przedstawia się poważnie i że, prawdopodobnie, będziemy mieli do czynienia z powikłaniami — mianowicie ropniem migdałka podniebiennego. Przypuszczenie to opierałem na tem, że jednocześnie miałem w leczeniu parę przypadków błonicy gardzieli, powikłanej ropniem migdałków.

I tak się też stało. Ciepłota, dochodząc w ciągu tego dnia prawie do 40° C., na drugi już dzień spadła do normy — jednocześnie „wrzód“ jak się chora wyraziła pękł w gardle, przyczem ropa wydzielać się zaczęła nietylko z gardła, lecz i z lewej połowy nosa. Ulga znaczna przy połykaniu — zaburzenia żołądkowo-kiszczkowe prawie ustąpiły po oleju. Przy badaniu znalazłem — znaczne zmniej-

szenie w objętości migdałka prawego podniebiennego, w którego górnej części (w okolicy fossa supratonsillaris) więcej od tyłu, widać było miejsce, w którym ropień samoistnie się otworzył. Nalotów ani śladu. Jednocześnie badając nos od tyłu lusterkiem, zauważyłem w lewej połowie gruczołka Luschki sączącą się z małego otworu zgęstniałą ropę.

Oczyściwszy to ostatnie miejsce mentolem — oraz obficie znowu zasypawszy jamy nosowe i nosogardzielową dermatolem — zaleciłem oprócz poprzednio przepisanego leczenia, jeszcze kąpiele nosowe z kwasu bornego.

Byłem przekonany, i przekonanie to wraz ze mną dzieliła matka, że się na tem skończy. Jakież jednak było moje zdumienie, gdy w parę dni daje mi nagle znać, że u panny G. wystąpił przed chwilą silny krwotok z gardła. Przybywszy na miejsce, rzeczywiście skonstatowałem znaczne krwawienie (około szklanki) z gardła. Chora mocno osłabiona — leży blada. Matka objaśniła mnie, że bóle przy połykaniu po chwilowej uldze znowu zaczęły się wzmacniać, wystąpiła gorączka (około 39,5) — wreszcie znowu pękł „wrzód“, tym razem jednak z początku wydzielala się materya ze krwią, a następnie już czysta krew. Rzecz prosta, że wobec już notowanych w anamniezie krwotoków, oraz zmian w płucach, byłem przekonany, że będę miał do czynienia i tym razem z takimże krwotokiem pochodzenia płucnego. Przy badaniu jednak lusterkiem krtaniowem, od razu spostrzegłem na nasadzie języka w okolicy migdałka językowego, mocno obrzmiałego, mniej więcej po środku (może nieco ku lewej stronie), sączącą się czystą krew z rozszerzonego naczynia. Natomiast struny głosowe zupełnie czyste — białe, co zaraz wykluczało pochodzenie płucne krwawienia. I, rzeczywiście, przy badaniu płuc, żadnych zmian nowych, żadnego świeżego nacieczenia nie mogłem zauważyć. Pomimo to jednak, dla uspokojenia chorej, poleciłem wezwać d-ra Chrostowskiego, który odtąd prowadził wspólnie ze mną kurację chorej ¹⁾, którą znał oddawna.

Po zastosowaniu odpowiednich środków (lody, przestrzykiwanie tanniną) krwotok ustąpił. I znowu zdawało się, że wszystko odtąd będzie dobrze. Niestety! W parę dni znowu wystąpiły bóle przy połykaniu, ciepłota się podnosiła do 40°, poczem przy odpowiednim leczeniu (kompresy rozgrzewające, płukanie salolem), znowu

¹⁾ Prócz tego chorą widzieli d-rzy Sadowski i Maliszewski.

jakoby pękł „wrzód“ z prawej strony gardła, oraz znowu wystąpiło, aczkolwiek tym razem nie tak obfite krwawienie z gardła.

Badanie ponowne wykryło siedlisko nowego ropnia między prawym migdałem podniebiennym, oraz tylnym łukiem, mocno zaczerwienionym i obrzmiałym (abscessus pertonsillaris post.); w okolicy zaś migdałka językowego, na nasadzie języka, znowu mocno rozszerzone naczynia, z których sączy się w niewielkiej ilości krew. Ta ostatnia wkrótce przestała się wydzielać, bóle przy połykaniu ustąpiły — ciepłota spadła do normy, pozostało tylko bardzo silne osłabienie.

Jednem słowem, zaczęła się rekonwalescencya i chora już powoli przygotowywała się do wyjazdu do Zakopanego, gdy nagle, jak gdyby jakieś „fatum“ zawisło nad nieszczęśliwą tą chorą — wystąpiły znowu przy ciepłocie $40,2^{\circ}$ C. gwałtowne bóle w okolicy prawego policzka, rozchodzące się na zęby szczęki górnej (zwłaszcza bolesnym był 2-gi malaris — 1-go brak), oraz w kierunku ucha prawego. Jednocześnie okolica prawego policzka oraz dolna powieka dość znacznie obrzmiały.

Nie ulegało wątpliwości, że do całego szeregu ropni w tworach migdałkowych, dołączyło się ropne zapalenie prawej zatoki Highmora, co też i między innymi potwierdziło prześwietlanie, wykazujące zupełną ciemność po stronie prawej.

Zaleciliśmy salol do wewnątrz (po 0,5 — 3 razy dziennie), oraz miejscowo balsam peruwiański (pół na pół z gliceryną) na wacie do prawej jamy nosowej.

Już w dniu następnym ciepłota spadła do normy, opuchnięcie z twarzy ustąpiło — bóle znikły, natomiast z nosa zaczęła się wydzielać w olbrzymiej ilości ropa, poczęści przez otwór przedni, po części zaś przez tylne otwory nosa (choany) do jamy nosogardzielowej.

Tak upłynął tydzień przy stanie bezgorączkowym i ropienie coraz mniejsze. Ponowne prześwietlanie jamy Highmora wykazuje nieznaczne tylko jej zajęcie (lekkie zaciemnienie w okolicy dolnej powieki). Nagle znowu ciepłota podniosła się do $40,4^{\circ}$ C., wystąpiły bóle gwałtowne w okolicy policzka lewego, poczem obfite wydzielanie się ropy z lewej jamy nosa.

Prześwietlanie wykazuje zajęcie ropne (empyema), zatoki szczękowej górnej (Highmora) lewej (absolutna ciemność); prawdopodobnie pozostałe wskutek aspiracji ropy przy wycieraniu nosa. I tym razem ciepłota szybko spadła do normy, a nawet poniżej (do $36,0^{\circ}$ C.), stale odtąd utrzymując się na tej wysokości — bóle ustąpiły — ropienie,

początkowo bardzo obfite, zaczęło się stopniowo zmniejszać, tak że ostatecznie i tu, podobnie jak w prawej jamie Highmora, sprawa ropna ustąpiła *bez interwencji chirurgicznej* (perforacja zębodołu), stwierdzając słuszność poglądu Avellis'a, że przy ostrych repotokach zatok szczękowych górnych, nie należy się zbyt śpieszyć z operacją, gdyż sprawa w większości przypadków sama przez się przechodzi pod warunkiem, że będzie przywrócona naturalna komunikacja tychże zatok z jamami nosowymi.

I rzeczywiście. W tych dniach dokonane ostateczne badanie resp. prześwietlenie, wykazuje zupełne wyleczenie, tak że chora za dni parę — jako zupełnie zdrowa — tylko jeszcze osłabiona bardzo, wyjeżdża na czas dłuższy (rok cały) do Zakopanego.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na rzadki przebieg, mianowicie, wielokrotne powikłanie sprawą ropną błonicy gardzieli resp. nosogardzieli.

Powikłanie ropniem migdałka podniebiennego, resp. okołomigdałkowym sprawy follikularnej w gardzieli (tonsillitis follicularis s. lacunaris acuta) spotyka się stosunkowo nie tak rzadko ¹⁾. Już o wiele rzadziej sprawy te wikłają prawdziwą błonicę gardzieli. Przypadki takie w ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegać. Były to jednak zwykle jednostronne (po stronie zajętej, lub więcej zajętej sprawą dyfterytyczną), ropnie migdałków podniebiennych. W przypadku powyższym mieliśmy zaś do czynienia z dwustronnem zapaleniem prawego migdałka podniebiennego (raz był to ropień okołomigdałkowy tylny), oraz z ropniem migdałka gardzielowego (Luschki), wreszcie językowego — jako następstwo błonicowego zapalenia gardła resp. jamy nosogardzielowej.

Nie dość na tem, mieliśmy również w tym przypadku do czynienia z niezmiernie rzadkiem powikłaniem — mianowicie obfitem krwawieniem z rozszerzonych żył na podstawie języka, niewątpliwie, wywołanem sprawą zapalną ostrą (ropną) migdałka językowego.

Wreszcie ostry ropień obu zatok Highmora w następstwie błonicy gardzieli resp. nosogardzieli, należy też do wielkich rzadkości.

Zasługuje na uwagę fakt, że wszystkie te ropnie, nie wyłączając obustronnego empyematu antri Highmori — ustąpiły bez chirurgicznej interwencji.

¹⁾ Porównaj moje: o t. zw. „torebkowem zapaleniu migdałków“ (tonsillitis follicularis s. lacunaris acuta), oraz „Przyczynek do rozpoznawania oraz leczenia ropnego zapalenia migdałków podniebiennych, oraz językowego“. *Kronika Lekarska* 1894, 1898.

IV.

Porażenie krtań. Zwężenie przełyku. Przyczynę do dyagnostycznego znaczenia promieni Roentgen'a.

M. lat 55 dzierzawca, zasięgnął mojej porady w dniu 23-im marca r. b., skarżąc się na utrudnione połykanie zwłaszcza stałych pokarmów, trwające od 3-ch miesięcy. W ostatnich czasach wychudł znacznie. Przedtem zdrow zawsze — nadużywał w wysokim stopniu napoi wysokokowych. Przymiotu nie przechodził. Ojciec zmarł, jakoby na astmę.

Przy badniu znalazłem co następuje: budowa silna (homo robustus), odżywianie nędzne. Badanie narządów wewnętrznych nie wykrywa zmian wybitniejszych. Toż samo w górnym odcinku dróg oddechowych: nos, gardło oraz krtań bez wyraźniejszych zmian. Badanie zgłębnikiem wykazuje w górnej $\frac{1}{3}$ przełyku t. j. podziału tchawicy na oskrzela — lekkie zwężenie.

Przypuszczając rakową naturę zwężenia, stosowałem parokrotne sondowanie przełyku, przyczem chory za każdym razem czuł się lepiej. Pomimo to wkrótce znikł mi z oczu. Dopiero w 3 miesiące zjawił się do mnie ponownie, przyczem przy badaniu znalazłem znaczne pogorszenie, zarówno w stanie ogólnym jakoteż i miejscowym.

Chory opowiada, że, ulegając namowom, udał się do jednego z lekarzy wewnętrznych, który wpólnie z chirurgiem prowadził w ciągu kilku tygodni kurację — również głównie sondowanie. Już wówczas, wobec coraz gorszego stanu — proponowano choremu operację, na co jednak się nie zgodził i ponownie do mnie się zwrócił.

Jak już wspomniałem, przy drugim badaniu znalazłem duże pogorszenie, przedewszystkiem w stanie ogólnym: chory uderzająco wychudł, jakoteż w stanie miejscowym, mianowicie przy badaniu krtani lusterkiem, skonstatowałem objaw, którego przedtem nie było, t. j. *porażenie struny prawdziwej prawej*, która się znajduje w położeniu fonacyjnem (paralysis m. crico-arytaenideo poster. dex., czyli jak to w skróceniu nazywają paralysis poster.).

Oprócz tego, przy badaniu zgłębnikiem oprócz poprzedniego nieznaicznego ropienia w górnej $\frac{1}{3}$ przełyku, napotyamy znaczną przeszkodę w dolnej części (cardia).

Od czego zależyć mogło porażenie krtani? Wobec zajęcia przełyku sprawą rakową, co zdaje się nie ulegało wątpliwości, najpra-

wdopodobiejszem było przypuszczenie ucisku ze strony rakowato-zwyrodniałych gruczołów.

Wiadomo, że na szyi oba nerwy wsteczne (nn. recurrentes) przebiegają równolegle do konglomeratu gruczołów (ganglions peri-tracheo-laryngiens-Gougenheim i Leval-Piquechef). W klatce piersiowej, lewy zwłaszcza nerw wsteczny, spotyka grupa innych gruczołów (ganglions pré-trachéo-bronchiques-Baréty), wreszcie tu i owdzie znajdują się porozrzucane oddzielnie gruczoły w przebiegu nerwie wstecznych (Stacquat).

Jakkolwiek więc przypuszczałem ucisk na nerw zwrotny ze strony wyżej wymienionych gruczołów, (choć w ogóle zarówno w raku przelyku, jakoteż w obrzmiałych gruczołach — częściej bywa zajęty lewy recurrens), postanowiłem jednak spróbować w tym przypadku promieni Roentgen'a, co o ile mi się zdaje, przynajmniej u nas, nie było dotąd stosowane (kol. Edw. Zieliński oraz ja podawaliśmy wyniki stosowania tej metody w tętniakach aorty, kol. Puławski w guzach śródpiersia, wreszcie również kol. Edw. Zieliński w cierpieniach płucnych (gruźlica).

W tym celu Dr. Bruner w mojej obecności zastosował X. promienie i to z dodatnim wynikiem: serce, aorta, płuca etc., zmian nie przedstawiają — natomiast po stronie prawej w klatce piersiowej na wysokości aorty i to zarówno przy prześwietlaniu od przodu, jakoteż od tyłu, wyraźnie widać było pakiet gruczołów pod postacią nieregularnych plam ciemnych — lewa strona klatki piersiowej nie wykazuje żadnych zmian.

Jeżeli w pierwszym przypadku dyagnostyczne znaczenie metody Roentgen'a, w obec istniejącej sprawy rakowatej w przelyku, w której porażenia krtani nie należą do rzadkich, było nie dominujące — a więcej potwierdzające — o tyle znowu przy porażeniach krtani wskutek ucisku jedynie tylko chorobowo zmienionych gruczołów, których metodami fizykalnymi nie udaje nam się wykazać, może metoda ta mieć znaczenie pierwszorzędne.

Na pierwszym miejscu należy mi tu przytoczyć zajęcie gruczołów szyjowych resp. piersiowych w syfilisie, dalej w gruźlicy (przy braku, lub małych tylko zmianach w mięszu płucnym), wreszcie w leukemii: pseudoleukemii (tu się odnosi przypadek Lermoyer'a ¹⁾ w którym „positio cadaverica“ struny lewej było jedynym w ciągu kilku miesięcy objawem rzekomej białaczki).



¹⁾ Les causes des paralysies récurrentielles — Bull. et. mem. de la soc. franc. d'otol de lar. et de rhin. V. XIII. I. p. 283.

