

SPRAWOZDANIE

z oddziału Prof. Pieniążka

DLA CHOROǒ KRTANI, GARDŁA I NOSA

w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie

za rok 1897.

NAPISAŁ

Doc. Dr. ALEKSANDER BAUROWICZ,
asystent uniwersytecki oddziału.



W KRAKOWIE,

DRUKARNIA UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządkiem Józefa Filipowskiego.

1898.

SPRAWOZDANIE

z oddziału Prof. Pieniążka

DLA CHORÓB KRTANI, GARDŁA I NOSA

w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie

za rok 1897.

NAPISAŁ

Doc. Dr. ALEKSANDER BAUROWICZ,
asystent uniwersytecki oddziału.



W KRAKOWIE,
DRUKARNIA UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego.
1898.

139 154 15 40

WX2 GP6 S998sp 1898

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1898 Nr. 18, 19 i 20.

Z-139586

Akc. z l. 2024 nr. 68

SPRAWOZDANIE

Z ODDZIAŁU Prof. PIENIĄŻKA DLA CHORÓB KRTANI, GARDŁA I NOSA

w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie

za rok 1897.

Napisał

Doc. Dr. Aleksander Baurowicz,

asystent uniwersytecki oddziału.

Spoglądając na lat cztery ubiegłych od chwili powstania naszego oddziału, widzimy jego ciągły rozwój i w tym dowód, jak koniecznem było utworzenie dla chorób górnych dróg oddechowych oddziału osobnego, odpowiednio do postępu nauki w zakresie wyżej wspomnianych chorób. Odpowiednie operacye wykonywaliśmy i nadal w oddziale chirurgicznym; za łaskawą gościnność składamy należne podziękowanie Wielmożnym Panom Prof. Drowi Obalińskiemu i Prof. Drowi Trzebiekiemu, obecnemu prymaryuszowi oddziału.

Ruch chorych stałych nie o wiele powiększył się w porównaniu z rokiem ubiegłym, co zresztą w przeciwnym razie wobec małej ilości łóżek (5 dla mężczyzn, 5 dla kobiet) mogłoby być kłopotliwem, gdyż większej ilości chorych nie moglibyśmy pomieścić. W roku 1897 leczonych było 54 mężczyzn a 56 kobiet, razem chorych 110, a gdy do tej liczby dodamy 5 mężczyzn i 4 kobiet pozostałych z roku 1896 widzimy, iż ilość chorych, leczonych w roku 1897, wyno-

siła 119; z tego 1 mężczyzna i 3 kobiety pozostało na rok 1898, było więc razem w roku 1897 chorych 115. O ruchu chorych przychodnych, który powiększył się znacznie dosięgając liczby 1024, wspomnę poniżej.

Ruch chorych stałych przedstawia się jak następuje:

Nazwa choroby	Męż- czyzn	Kobiet	Razem
Scleroma	10	10	20
Stenosis laryngis e perichondritide	—	1	1
Stenosis laryngis post perichondritidem . .	1	—	1
Stenosis laryngis post laryngitidem croupo- sam	4	1	5
Stenosis bronchi dextri e compresione . .	—	1	1
Bronchostenosis sinistra	—	1	1
Tuberculosis nasi (septi)	—	3	3
Tuberculosis pharyngis et laryngis	—	1	1
Tuberculosis buccae et laryngis	1	—	1
Tuberculosis linguae et laryngis	1	—	1
Tuberculosis linguae	—	1	1
Tuberculosis laryngis	12	3	15
Lupus nasi	1	3	4
Lupus palati et pharyngis	—	1	1
Lues secundaria laryngis	1	1	2
Lues tertiaria narium, cavaso-pharyngis et palati duri	—	1	1
Lues tertiaria narium et pharyngis	—	1	1
Lues tertiaria pharyngis	1	1	2
Lues tertiaria pharyngis et laryngis	1	4	5
Lues tertiaria tracheae	—	2	2
Laryngitis acuta	—	2	2
Laryngitis chronica	—	1	1
Aphonia hysterica	—	2	2
Voxe fistulosa habitualis	1	—	1
Paralysis nervi recurrentis	1	2	3
Papillomata laryngis	1	1	2
Carcinoma laryngis	3	1	4
Carcinoma palati mollis	1	—	1
Sarcoma laryngis	1	—	1
Sarcoma nasi	1	1	2

Nazwa choroby	Męż- czyzn	Kobiet	Razem
Sarcoma cavi naso-pharyngis	1	—	1
Sarcoma cavi naso-pharyngis et pharyngis .	1	—	1
Abscessus ad radicem linguae	1	—	1
Abscessus sublingualis	1	—	1
Angina lacunaris	—	1	1
Epistaxis	1	—	1
Deviatio septi	1	—	1
Haematoma septi traumaticum	—	1	1
Polypus septi	1	—	1
Polypi narium	3	5	8
Rhinitis chronica hypertrophica polypoides .	2	3	5
	54	56	110

Wybitne miejsce podobnie jak i w latach ubiegłych zajmują przypadki twardzieli, których liczba od czasu otwarcia oddziału dosięgła przypadków razem 70; liczba 20 chorych w roku ubiegłym w porównaniu z ogólną liczbą chorych stałych 110, stanowi liczny odsetek, świadczący o niezwyklej częstości choroby tej w Galicyi. Naturalnie, iż w liczba ogólna obserwowanych przypadków przez aas będzie tylko małą częścią przypadków w ogóle w wielu razach nie leczących się wcale, względnie leczonych pod mylnem rozpoznaniem. Na ostatnich przypadków 20, w 11 razach było zwężenie w krtani, a w jednym obok zwężenia w krtani, było nadto zwężenie w tchawicy i w obu oskrzeglach głównych. W dwóch z pierwszych przypadków usunięto zwężenie drogą laryngofismy, w jednym po wykonaniu tracheotomii chora opuściła szpital, zresztą zaś leczono zwężenie powstałe w krtani metodą rozszerzenia wspomagając sobie w odpowiednich przypadkach galwanokauterem i łyżeczką; w ten ostatni sposób leczono też zmiany twardzielowie w krtani bez zwężenia. Na ogólną ilość przypadków 20, dwa razy tylko jama nosowa była wolna od zmian, okazywała jednak w obu razach objawy suchego nieżyty zanikowego; kształt zewnętrzny nosa zmieniony był tylko w dwóch

przypadkach, które odpowiadały pierwowzorowi według opisu Hebry, zresztą oglądanie nosa od zewnątrz nie zdradzało choroby. W trzech przypadkach choroba ograniczała się jedynie do samego początku górnych dróg oddechowych, w jednym z pominięciem krtani zajęła tchawicę, zresztą w pozostałych przypadkach szesnastu zmiany usadowione były też i w krtani.

Na szczególną uwagę zasługuje przypadek twardzieli, gdzie obok zwężenia w krtani, było również zwężenie w tchawicy i oskrzelach głównych. Przypadek ten spostrzegany był od roku 1895 w różnych odstępach czasu; w r. 1896, zauważono zaraz po wykonaniu tracheotomii brak poprawy w oddechaniu, a lejkiem tchawicznym zobaczono zwężenie w dolnej części tchawicy od strony prawej; usunięto wówczas łyżeczką ostrą części zwężające światło tchawicy, a po uzyskaniu poprawy w zwężeniu krtani, wypisano chorego z kaniulą, po blisko dwumiesięcznem leczeniu. W roku 1897 przyszedł chory znowu z objawami utrudnionego oddechania, mimo kaniuli. Lejkiem tchawicznym stwierdzono zwężenie okrężne w dolnej części tchawicy, głównie od strony prawej i tylnej, z otworem kształtu nieregularnego, wielkości małego grochu; przez otwór ten nie można było dojrzeć podziału tchawicy. Pod kontrolą wzroku, przy użyciu lejka, wyskrobano dokola naciek, zajmujący okrężnie ściany tchawicy i założono kaniulę elastyczną Pieniążka Nr. 18, potem Nr. 20 skali angielskiej i tę chory nosił przez przeszło trzy tygodnie; a gdy światło tchawicy zdawało się być dostatecznie szerokie, dano kaniulę zwykłą. Mimo jednak tych zabiegów chory nie oddychał swobodnie, a badanie przysłuchem, podjęte zaraz z początku, wskazywało na zwężenie oskrzela lewego. Za pomocą lejka stwierdzono, iż klin podziałowy tchawicy jest znacznie zgrubiały; wejście do prawego oskrzela nieźle widoczne, było nieco zwężone przez wspomniane zgrubienie klina, a nadto przysłonięte od zewnątrz przez naciek, zajmujący dolną część tchawicy powyżej miejsca odejścia oskrzela; wejścia do lewego oskrzela dojrzeć nie można było.

By uzyskać rozszerzenie oskrzela prawego, wyskrobano pod kontrolą wzroku naciek ze strony wewnętrznej oskrzela i klinu podziałowego, zostawiając znowu choremu kaniulę elastyczną. Po kilku dniach wyskrobano ze wszystkich stron oskrzele lewe, a następnie zaczęto systematyczne rozszerzanie oskrzeli zapomocą kateterów angielskich. Kateter Nr. 15 z mandryną, przy założonym lejku i odpowiednem nachyleniu się chorego, wchodził bardzo łatwo do oskrzela prawego, trudniej już do lewego; w końcu jednak, gdy już przez dłuższy czas wchodził do prawego oskrzela kateter Nr. 16, ten sam numer dał się wprowadzić i do oskrzela lewego, zawsze jednak w tem ostatniem napotykał na opór, mający przyczynę częściowo w zgrubieniu ściany bocznej tchawicy, powyżej wejścia do oskrzela, częściowo zaś w zgrubieniu klina. Wyskrobano tedy naciek ze ściany bocznej tchawicy i prowadzono dalej rozszerzanie oskrzeli. Po dwumiesięcznem rozszerzaniu zyskano tak wyraźną poprawę, iż w celu zapobieżenia ciągłemu zasychaniu wydzieliny w tchawicy, przystąpiono do leczenia zwężenia w krtani, względnie w jej przedsionku; przypalono galwanokauterem w przedsionku boczną ścianę po stronie lewej, wynik był bardzo dobry, gdyż chory już w kilka dni później, mógł przebywać, nawet w nocy, z kaniulą, przytkaną koreczkiem. Gdy strupy, powstałe z zastosowania galwanokauteru, odpadły, zaczęto rozszerzanie krtani rurkami kauczukowymi Schröttera z większem zakrzywieniem. Chory znajduje się jeszcze obecnie w leczeniu; szmery oddechowe w okolicy wnęki płuc są prawidłowe. Jednak nawet po zupełnem poprawieniu zwężenia krtani usunięcie kaniuli nie byłoby praktycznem, ze względu na zmiany w tchawicy i oskrzelach, póki po dłuższej kontroli nie nabranoby przekonania, o trwałem usunięciu zmian w wyżej wspomnianych częściach. Wynik leczenia w tym przypadku był na razie bardzo zadowalniający, czy jednak na długo zyskałszy poprawę, trudno poręczać ze względu na przyrodę sprawy chorobowej. Przecież zawsze w przypadkach tego rodzaju nie pozostaje nic innego, jak

energiczne zastosowanie zabiegu chirurgicznego, by, chroniąc chorych od niechybnego uduszenia się, zyskać miejsce do rozpoczęcia systematycznego rozszerzania.

Przypadek zwężenia krtani z powodu zapalenia ochrzęstnej krtani samoistnego, przedstawił się jako perichondritis crico-arytaenoidea; w przypadku tym wykonano tracheotomię a ze względu na ślad ruchomości jaki się w czasie późniejszej obserwacji chorej pokazał, daje przypadek ten nadzieję usunięcia powstałego zwężenia drogą laryngofisury, przyczem wyciąć będziemy musieli zgrubienie z okolicy podwładłowej, ewentualnie z poświęceniem jednej ze strun głosowych, by zyskać dostateczne światło.

Przypadków zwężeń krtani po przebytych dławcu, mieliśmy wraz z przypadkami pozostałymi z roku 1896, siedm. Z tego w dwóch przypadkach nie wykonano tracheotomii, a przyczyną zwężenia były zgrubienia podwładłowe, które raz już w krótkim czasie usunięto po zakładaniu tubusów Pieniążka (w górze na przekroju trójkątnych); inny przypadek, który już w chwili przyjęcia okazywał objawy gorączki, zakończył się po kilku dniach śmiertelnie, z powodu obustronnego zapalenia płuc. W innych pięciu mieliśmy tracheotomię zrobioną; raz przyczyną niemożności usunięcia kaniuli była ziarnina, usadowiona odpowiednio do okienka kaniuli pod kątem przednim, obok obrzmień okolicy podwładłowej. Po usunięciu ziarniny ostrą łyżeczką przez otwór tracheotomijny, założono następnie na kilka dni tamponik z gazy jodoformowej i zyskano o tyle na rozszerzeniu światła okolicy podwładłowej, iż chory z kaniulą przytkaną korkiem, oddychał swobodnie. Ponieważ jednak obrzmienie podwładłowe wracało, usunięto kaniulę i założono tubus trójkątny, początkowo mniejszy, potem większy, który chory nosił przez dni 11, a wyleczony w końcu ze zwężenia, opuścił szpital.

W dwóch przypadkach, gdzie obok zgrubień podwładłowych, było, wskutek blizny na tylnej ścianie, ściąganie chrząstek nalewkowych, do ustawienia się fonacyjnego,

gdy sposobem rozszerzania tamponikami nie można było uzyskać dostatecznego światła, by módz kaniulę usunąć, podjęto laryngofisurę, wycięto zgrubienia podwieszadłowe, a bliznę na tylnej ścianie przecięto. Przecież następowało potrzeba było jeszcze przez dłuższy czas stósować rozszerzanie, obok przypalenia galwanokauterem wyniosłości na ścianach bocznych, tworzących się na granicy okienka kaniuli. Mozolne i wymagające wiele cierpliwości ze strony lekarza leczenie zostało uwieńczone skutkiem pomyślnym; w jednym z tych przypadków, po usunięciu kaniuli, założono jeszcze na kilka dni tubus trójkątny, a gdy przetoka tchawiczna zarosła, chory wyszedł wyleczony. W drugim przypadku, lubo chora, obserwowana po dekaniulacji przez dłuższy czas, oddychała zupełnie swobodnie, przecież ze względu, iż pod kątem przednim i częściowo od boków z przodu pozostały wyniosłości, nie zeszywano przetoki tchawicznej, chorą zaś wypisano, by po dłuższej przerwie módz się przekonać, czy ewentualnie nie wytwarza się na nowo zwężenie. Według zasiągniętych wiadomości, co do tego przypadku, chora już od blisko pół roku oddycha bardzo dobrze, niewątpliwie więc rodzice jej zgłoszą się kiedyś, by dziecku zaszyć przetokę tchawiczną.

W innym przypadku przyczyną zwężenia była określona blizna po nad okienkiem kaniuli, obok zupełnie dobrej ruchomości strun głosowych. U tej chorej, obok rozszerzania, stósowano również leczenie galwanokauterem; chora, leczona następnie ambulatoryjnie, oddycha z przytkaną kaniulą, pozostaje jednak nadal w leczeniu, z powodu wytworzenia się blizny sierpowatej od bocznej ściany, po stronie lewej i od tyłu, co przeszkadza dekaniulacji; wreszcie u tej chorej mamy również klinową wyniosłość, odpowiednią tylnej płycie chrząstki obrączkowej, co także stać będzie na przeszkodzie usunięcia kaniuli.

Wreszcie ostatni przypadek zwężenia po dławcu, leczony jest, od przeszło pięciu lat, naprzemian, to w szpitalu to ambulatoryjnie. Gdy już nastąpiła poprawa, chory usunął

się na dłuższy czas z pod obserwacji, a przy zgłoszeniu się ponownem, stwierdzono zupełne zarośnięcie krtani; w tyle od dołu widać było ślepo kończący się dołeczek. Wykonano tedy u chorego laryngofisurę, wycięto bliznowatą tkankę możliwie najdoszczętniej, by uzyskać komunikację między tchawicą a wejściem do krtani. Utrzymywanie jednak sztucznie wytworzonej szpary głosowej, napotyka znaczne trudności, głównie ze strony chorego, który zaniedbuje leczenia ambulatoryjnego, a trzymać go ciągle w szpitalu znowu niepodobna. Przecież nie tracimy nadziei, iż trud nasz wynagrodzi wyleczenie jego z kalectwa, to jest uwolni od noszenia kaniuli, chociaż głos chorego będzie wiele pozostawiał do życzenia.

Oprócz zwężenia oskrzeli, z powodu twardzieli, obserwowaliśmy nadto jeszcze dwa inne przypadki zwężenia oskrzeli, w których przyczyną zwężenia był ucisk.

W jednym z tych przypadków, który dotyczył młodej dziewczyny, dowiedzieliśmy się z wywiadów, iż przed kilku miesiącami przebywała zapalenie opłucnej, po czem zaczęła uczuwać duszność, która w ostatnich czasach wzmogła się, występując silnie, nawet już przy wykonywaniu najlżejszej pracy. Mogliśmy tylko zwierciadełkiem stanowczo wykluczyć ażeby zwężenie krtani, względnie tchawicy, które okazały się bez zmian, było przyczyną duszności; w głębi zaś oskrzeli nie wiele można było dojrzeć. Oglądanie klatki piersiowej wykazało zupełną nieruchomość prawej jej połowy, z wypukiem zupełnie czczym, ze słyszalnymi, lubo osłabionymi, szmerami oddechowymi, wydechem przedłużonym, a w okolicy wnęki z wyraźnymi objawami przysłuchowymi zwężenia oskrzela. Ucisk polegał tu prawdopodobnie na powiększeniu gruczołów śródpiersia, przypuszczalnie na tle gruźliczem; tak również możnaby tłómaczyć przebyte zapalenie opłucnej; chora po kilku dniach usunęła się z pod obserwacji, jedno-razowe badanie bardzo skąpych płwocin nie wykazało prątków gruźliczych.

Przypadek drugi był obserwowany klinicznie zaledwo kilkanaście godzin, gdyż już w sam dzień przyjęcia, a względnie przeniesienia go z oddziału wewnętrznego, pod wieczór, zakończył się śmiertelnie. Chora, licząca lat 38, zastaliśmy w stanie zapadu z objawami zwiężenia oskrzela i to, jak badanie okolicy wnęki płuc wykazało, lewego. Wypukiem nie można było stwierdzić nie nieprawidłowego; w zwierciadle krtaniowem widzieliśmy jedynie przyleganie do ścian tchawicy zaschłej krwawej wydzieliny, obok licznych wynaczynionek w samej błonie śluzowej. Ciepłota chorej była poniżej prawidłowej. Z wywiadów, zanotowanych w oddziale wewnętrznym, dowiedzieliśmy się, iż chora skarżyła się już od pięciu miesięcy na ciągle zwiększającą się duszność. Rozpoznanie kliniczne było zupełnie niejasne. Nekroskopia, wykonana dnia następnego osobiście przez prof. Browicza, wykazała pierwotną gruźlicę gruczołów chłonnych na szyi, po stronie lewej, w śródpiersiu tylnem i poza otrzewną, oraz zropienie gruczołów około wnęki i uciśnięcie oskrzela lewego. Błona śluzowa tchawicy i oskrzeli była pokryta nalotami wypociny włóknikowej, obok licznych wynaczynień, zresztą obraz rozlanego ropnego zapalenia oskrzeli. Z narządów wewnętrznych, nerki okazywały zmiany zwyrodnienia tłuszczowego i to wysokiego stopnia. Niewątpliwie przyłączenie się sprawy zapalnej w błonie śluzowej oskrzeli, przyspieszyło śmierć chorej, już i tak schorzałej długotrwałem cierpieniem.

Przypadków gruźlicy nosa (przegrody nosowej) było trzy, z tych dwa przedstawiały się w postaci guza zajmującego obie strony przegrody chrzęstnej, inny jako owrzodzenie z przebicciem przegrody; we wszystkich przypadkach usunięto zmiany wyskrobaniem w narkozie chloroformowej, a następnie stósowano po znieczuleniu kokainą zgęszczony kwas mlekowy — wyleczenie.

Przypadki wilka żrącego (*lupus nasi*) zajmującego obok skóry nosa także przedsionek nosa względnie przegrodę nosową, leczono podobnie — w jednym przypadku obok zmian na skórze uda, znaleźliśmy stare i świeże ty-

powe zmiany na błonie śluzowej podniebienia miękkiego i w dolnej części gardła.

Na 18 przypadków gruźlicy krtani, sześć razy było zwężenie w krtani, z których to ostatnich, dwa razy potrzeba było wykonać rozcięcia tchawicy; jeden z tych chorych zmarł w naszym oddziale, inny opuścił szpital z kaniulą.

Kiła trzeciorzędna w drogach oddechowych była przyczyną zwężenia raz w krtani, dwa razy w tchawicy. W pierwszym przypadku u chorej wynędzniałej, liczącej lat 40, znaleziono rozległe zmiany pokłowe na podniebieniu miękkim i w gardle; w krtani, obok wygojonego ubytku nagłośni, stwierdzono znaczne zgrubienie więzadeł fałszywych i pod strunami prawdziwymi, zwłaszcza pod lewą, — wreszcie nienależyte rozchodzenie się strun. Ciężki oddech chorej wymagał wykonania tracheotomii, a ze względu, że chora źle znosiła wcierania, musieliśmy się ograniczyć do podawania jodku potasowego. Pod wpływem tego leczenia zgrubienia podwiewadłowe zmniejszyły się, oddech się poprawił; chcąc jednak usunąć kaniulę, potrzeba było wykonać laryngofisurę. Podczas wykonania tej operacji wycięto zgrubienia podwiewadłowe i bliznę, zajmującą ścianę tylną; założono jak zwykle tampon, który po ośmiu dniach wyjęto. Stan ogólny chorej przedstawiał się jednak bardzo niepomysłnie, o przełykaniu mowy być nie mogło, gdyż wszystko wpadało chorej do krtani; rozpoczęto też zaraz żywienie sondą; mimo tego nie można było skrzepić chorej na siłach, osłabienie postępowało coraz szybciej, ciepłota w ostatnich dniach, aż do zgonu chorej, pozostała poniżej prawidłowej. Na stole sekeyjnym stwierdzono zanik brunatny mięśnia sercowego i wątroby, obok objawów ogólnego uwiadu.

Przypadki zwężeń tchawicy z powodu kiły trzeciorzędnej, lubo zwężenie tchawicy było dość znaczne, przecież nie wymagało tracheotomii, a świeży obraz zmian kazał spodziewać się rychłej poprawy przy energicznem leczeniu; oba przypadki nie były nigdy przedtem swoiście leczone. Jeden

z nich dotyczył kobiety młodej, lat 33 liczącej, która podała, iż od 6 tygodni cierpi na utrudniony oddech, a od przeszło pół roku ma wrzód na piersi, który się nie goi.

Obraz typowy rozpadłego kilaka skór nego, kazał się domyślać przyczyny zwężenia w tchawicy. I rzeczywiście znaleźliśmy w dolnym odcinku tchawicy naciek, na powierzchni rozpadły, zajmujący tylną i boczną ścianę prawą. Światło tchawicy zwężone, pozostawiało szparę skośną, przez którą podziału tchawicy zobaczyć nie było można. Po energicznym leczeniu (wcierania i jodek potasowy) trwającym ledwo dni 21, znikł naciek w tchawicy i zagoił się wrzód bez zostawienia następowych zmian, również wcześniej jeszcze zabił się pod plastrem rtęciowym owrzodzenie na skórze.

Przypadek drugi dotyczył kobiety, liczącej lat 49, która od dwóch miesięcy doznawała duszności, a przed kilku laty miała wrzody na skórze, dziś zagojone z pozostawieniem blizn. U tej chorej znaleźliśmy już na korzeniu języka, po stronie lewej, dwa wrzody, jeden wielkości grochu, drugi grosza, oba o dnie gładkiem, pokrytem wydzieliną żółtawą o brzegach ostro ciętych, podminowanych, z rąbkami czerwonymi. W tchawicy zaś, znowu w dolnej części, znaleźliśmy guz, zajmujący tylną ścianę lewą, o powierzchni gładkiej, żywo czerwono zabarwionej; pozostała szpara przy ścianie prawej tchawicy, rozmiarami dosięgała ledwo ziarnka grochu. Chorą tę obserwowaliśmy tylko krótki czas, gdyż po trzech dniach zażądała wystąpienia ze szpitala. Podczas gdy w pierwszym przypadku mieliśmy kilak już rozpadłego, w drugim, kilak tchawicy przedstawił nam się w okresie wcześniejszym.

Z czterech przypadków raka w krtani na szczególną uwagę zasługuje jeden, w którym obraz i przebieg kliniczny przedstawiały się jako zapalenie ochrzęstnej krtani, a dopiero nekroskopia odkryła rozpadły nowotwór rakowy. Przypadek ten dotyczył kobiety, liczącej lat 50, która podała, iż od 2-ech miesięcy uczuwa ból przy przełykaniu, po

stronie prawej i coraz trudniejsze oddechanie; dalej zauważała obrzęk gruczołów na szyi, które w ostatnich czasach otworzyły się i ropieją. Obecnie bólów przy przełykaniu chora nie doznaje, gorączkować w przebiegu tej choroby nie miała. Oddech ma bardzo ciężki.

Na szyi, po stronie prawej, w okolicy kąta szczęki, widać przetokę pokrytą strupami, prowadzącą do guza twardego, odpowiadającego powiększonemu gruczołowi chłonnemu. Okolica krtani po stronie prawej obrzmiała, obrzęk ten na granicy między górnym brzegiem płyty tarczy prawej a kością gnykową okazuje chełbotanie. Fałd nalewkowo-nagłośniowy prawy i chrząstka nalewkowa prawa znacznie nabrzmiała, utrudniały obejrzenie wnętrza krtani; tyle jednak dojrzeć można było, iż więzadło fałszywe prawe i więzadło prawdziwe były zaczerwienione i obrzmiały, wreszcie ruchomość prawej połowy krtani była prawie zniesiona.

Ze względu na powiększony gruczoł tarczycowy zrobiono u chorej tracheotomię dolną; po jakimś czasie potem, podczas gdy z przetoki w okolicy kąta szczęki dolnej wypływała obficie ropa, otworzono ropień w pobliżu płyty tarczycowej, postępując podobnie z ropniami, powstającymi w różnych miejscach po stronie prawej szyi. Jakkolwiek obrzęk w przedSIONKU krtani się zmniejszył, nigdy jednak nie można było zobaczyć więcej we wnętrzu krtani, jak i poprzednio, a i badanie od dołu zwierciadłem Czermaka nie wykazało nic więcej, jak obrzmienie obustronne okolicy podgłośniowej, pozostawiające wąską szczelinę, przez którą chora wdechu wykonać nie była w stanie. Chora podupadała powoli na siłach i z wycieńczenia zmarła z rozpoznaniem *Perichondritis laryngea dextra*, — *Phlegmone colli*; tymczasem sekcyja wykazała rozpadły nowotwór rakowy, który zajmował okężnie dolny odcinek krtani ze zniszczeniem chrząstki obrączkowej, a przeszedłszy stąd na szyję po stronie prawej, zajął nie tylko gruczoły, ale jednostajnie całą okolicę szyi; przetoki, spostrzegane za życia, prowadziły do wnętrza rozpadłych gruczołów, zwyrodniałych rakowato.

Drugi przypadek raka leczony był w roku zeszłym endolaryngealnie; wówczas przedstawił się w postaci guza, który był usadowiony płasko na brzegu i częściowo na górnej powierzchni prawdziwej struny lewej, przy zupełnym zachowaniu ruchomości tej struny. Badanie mikroskopowe wyjętego guza, wykazało utkanie rakowe (*carcinoma keratoides polyposum*). Chory, który usunął się wkrótce po zabiegu operacyjnym z pod naszej obserwacji, zjawił się ponownie po upływie przeszło 15 miesięcy z oddechem mierne utrudnionym. Obecnie znaleźliśmy pod lewem więzadłem prawdziwym naciek o powierzchni nierównej, guzkowatej, przechodzący na strunę prawdziwą prawą, a nadto w tylnej części zajmujący także więzadło fałszywe prawe. Powierzchnia nacieku była nierówna, nie przedstawiała się jednak owrzodziłą; zwężenie zajmowało okolicę podgłośniową krtani, ruchomość obu strun była utrzymana, choć lewa leniwiej się poruszała niż prawa. Wyjęty i zbadany kawałek z zajętej tylnej części więzadła fałszywego prawego, potwierdził ponownie rozpoznanie *carcinoma keratoides*. Ze względu, iż chory okazywał tylko mierne objawy zwężenia, nie było na razie wskazania do tracheotomii; podczas dalszej obserwacji, w tydzień po przyjęciu chorego, zaczął on uskarżać się na ból przy przełykaniu, a badanie stwierdziło obrzęk wodnisty fałdu nalewko-nagłośniowego i chrząstki nalewkowej prawej, który po użyciu inhalacyj cynkowych, po kilku dniach ustąpił zupełnie. Tymczasem wytworzył się guz chełboczący na przedniej części krtani, po przecięciu którego stwierdzono nienaruszoną ochrzęstną chrząstkę obrączkowej; przez kilka dni odpływała wydzielina ropna, a wreszcie ropień się wygoił. Chrząstka nalewkowa prawa obrzmiewała jednak co kilka dni, mianowicie jej tylna powierzchnia; ruchomość tej strony przecież była zawsze lepszą, aniżeli strony lewej. Nagle jednego dnia oddech chorego znacznie się pogorszył, stwierdzono znaczne zwężenie się okolicy podgłośniowej z powodu rozrostu masy nowotworowej i przystąpiono niezwłocznie do tracheotomii. Zaraz po nacięciu skóry na-

trafiono na masy ziarninowe, kruche, nie krwawiące, a obmacując okolice tchawicy dostano się palcem przez owe ziarniny do światła tchawicy tak, iż założono rurkę do tchawicy bez użycia noża. Chorego wypisano ze szpitala, jako nienadającego się do zabiegu doszczętnego.

Z pozostałych dwóch przypadków raka krtani, raz nowotwór wychodził z nagłośni, przechodząc dalej na korzeń języka w okolicy dołeczków, a stąd na boki gardła, z zupełnym zachowaniem reszty wejścia do krtani i samego wnętrza tejże. Obok tego po obu bokach krtani i okolic podszczękowych zajęte były gruczoły, już oglądaniem widoczne. W drugim przypadku mieliśmy raka wewnątrz krtaniowego, który zajmował fałd nalewko-nagłośniowy lewy, wewnętrzną powierzchnię chrząstki nalewkowej, dalej dolną część brzegu nagłośni i fałd nagłośniowo-gardłowy lewy. Dalej rozszerzał się w głąb krtani, zajął całą lewą połowę i przeszedł przez ścianę tylną na stronę prawą pod wyrostek głosowy. Połowa lewa krtani była zupełnie nieruchomą, zwięzienie mieliśmy w przedsionku, nie wymagało jednak tracheotomii. Również w tym przypadku były wyraźne powiększone gruczoły, oba zaś nienadawały się do zabiegów doszczętnych.

Przypadek raka podniebienia miękkiego, był nawrotem raka uszypułowanego, ogłoszonego w *Archiwie Fränkla*, Tom 6, strona 157, który wówczas przedstawiał się jako włókniako-gruczolak z następstwem miejscami zwyrodnieniem rakowem. Obecnie po sześciu miesiącach znaleźliśmy u chorego znowu guz uszypułowany, wielkości jaja kurzego, uczepiony, podobnie jak poprzednio, na krótkiej, wąskiej szypule, na brzegu podniebienia miękkiego, po stronie lewej języczka. Guz ten o powierzchni nierównej, miejscami pokryty masą nekrotyczną, przy nacisku na tylną część języka, ujawniał się w całości, kładąc się na języku, poczem chory ruchami połykowymi wciągał go napowrót do jamy gardła. Okolica podniebienia miękkiego, przy nasadzie szypuły, przedstawiała się nacieklą, czego nie było w pierwszym razie; guz ten przypadkowo, przy obma-

cywaniu szypuły urwał się, obsunął się do gardła i chory go połknął. Resztki szypuły, wraz z częścią nacieklą podniebienia miękkiego, wycięto nożycami zakrzywionemi Schoetzta, a badanie mikroskopowe szypuły wypadło o tyle ciekawie, że nie przedstawiało śladu z utkania gruczolokowatego, a jedynie typowe utkanie rakowe. Od owego czasu do chwili, kiedy to piszę, upłynęło znowu przeszło 10 miesięcy, chory nie pokazał się więcej.

Z innych nowotworów szczególnie wymieniam mięsaka krtani wychodzącego z nagłośni. Chory ten od blisko roku uczuwał bóle przy przełykaniu do czego później dołączyło się utrudnione oddechanie, tak, iż jeszcze przed przyjściem chorego do nas, musiano mu wykonać tracheotomię. Badanie wykazało nagłośnię przedstawiającą się w postaci guza o powierzchni pagórkowatej, zabarwienia sinawo-czerwonego miejscami żółtawego; guz ten wypełniał dalej oba dołeczki aż po korzeń języka, nie okazując owrzodzenia. Natomiast na wewnętrznej powierzchni nagłośni wreszcie i fałdach nalewko-nagłośniowych zajętych również naciekiem nowotworowym, widzimy owrzodzenie. Zajrzenie w głąb krtani, ze względu powiększenia cię całej nagłośni i nachylenia się jej ku tyłowi, napotyka na trudności, nie widać jednak zmian żadnych, ruchomość więzadeł bardzo dobra; przypadek ten nienadający się do zabiegu operacyjnego, już po dwóch dniach usunął się z pod naszej obserwacji, tak iż rozpoznania nie można było stwierdzić badaniem drobnowidowym.

Przypadek krwotoku nosowego (epistaxis) dlatego głównie przytaczam, iż dotyczył on chorego, dotkniętego plamicą Werlhofa (morbus maculosus Werlhofi). Wezwany na oddział, zastałem chłopca apatycznego, okazującego objawy znacznej niedokrewności; nozdrza chorego zatłane były Penguar Jambi, a okolica ich popaloną sześcioclorkiem żelaza. Od rodziców chorego dowiedziałem się, iż syn ich od 8 miesięcy dostaje czerwonych plamek na skórze, zaś w miejscu uciśnięcia, lub najmniejszego uderzenia, po-

wstają wynaczynienia podskórne, a wreszcie, iż w ustach tworzą mu się od czasu do czasu krwawe pęcherzyki. Przed kilku miesiącami był raz obfity krwotok nosowy, który obecnie powtórzył się.

Przekonawszy się, iż chory przestał krwawić, mianowicie iż krew nie spływała ku tyłowi do jamy nosowo-gardłowej, lubo tę ostatnią jak i jamę gardła, znalazłem wypełnioną świeżymi skrzepami, ułożyłem chorego w łóżku na wznak zupełnie poziomo, gdyż przy każdym podniesieniu omdlewał; tętno chorego było bardzo drobne, ledwo wymagalne. Na skórze znalazłem liczne plamki, barwy, od żywo czerwonej do sinej, obok większych wynaczynień podskórnych, okazujących różne zabarwienie; na błonach śluzowych ust, gardła i krtani, oprócz bladości, nic nieprawidłowego. Po dwóch dniach, gdy ogólny stan chorego się nieco poprawił, usunąłem mu zatyczki z Penguar Jambii, które jak się przekonałem, pozornie tylko działały, bo wprowadzone były za płytko, by mogły zatrzymać krwotok; a chociaż krew przestała wypływać z nozdrzy przednich, przecież spływała dalej ku tyłowi aż w końcu krwawienie samo ustało; ja zastałem chorego już w chwili ustania krwawienia. Po oczyszczeniu nosa, spostrzegłem znowu krwawienie, ale tylko z przegrody po stronie lewej; miejsce krwawiące okazywało powierzchnię o wejrzeniu, jakby gąbki; natomiast błona śluzowa prawej strony przegrody była zupełnie bez zmian. Prawdopodobnie krwawiło tu i poprzednio z jednej tylko strony, a krew wydobywająca się z drugiego otworu nosowego, dostawała się z jamy nosowo-gardłowej do przeciwnej jamy nosowej i następnie wypływała na zewnątrz.

Ze względu na wystąpienie znowu dość obfitego krwawienia, założyłem gazę jodoformową, którą pozostawiłem dwa dni; po wyjęciu jej krwotok nie odnowił się; powierzchnię zaś części przegrody, pozbawionej przybłonka, pokryłem strupem wywołanym lapisem. W czasie obserwacji w szpitalu miałem sposobność spostrzegać u tego chorego wystąpienie na dziąsłach pęcherzyków, wypełnionych cieczą krwawą,

obok kilku małych wynaczynień w błonie śluzowej, na migdałkach i łukach.

Dalej obserwowaliśmy przypadek tak zwanego polipa krwawiącego przegrody nosowej, różniącego się do pewnego stopnia od podobnego przypadku, ogłoszonego pierwotnie w *Przeglądzie lekarskim* (1897 Nr. 8 i 9). Dotyczył on mianowicie mężczyzny, liczącego lat 32, od którego dowiedzieliśmy się, iż od przeszło 5 lat zatyka mu prawą stronę nosa, co, po krwotoku z tej strony nosa, zawsze bardzo obfitym, ustaje na pewien czas, wraca jednak napowrót.

Badanie wykazało w górnej przedniej części przegrody chrzęstnej, po stronie prawej, guz wielkości fasoli, o powierzchni nierównej, zabarwienia ciemno-czerwonego, w całości pokryty przybłonkiem. Guz ten, usadowiony był na wąskiej, krótkiej szypule, za dotykiem okazywał zbitość elastyczną, nie krwawił. Nadto, tak po stronie prawej, gdzie był usadowiony, jak i po lewej, znalazłem wybitny suchy nieżyt, ograniczony do przedniej części przegrody nosowej (Rhinitis sicca anterior Siebenmann). Guz ten odgniotłem pętlą zimną, przyczem obserwowałem, przy każdym wydechu, krwawienie sporym prądem; pośpiesznie więc założyłem tampon z gazy jodoformowej, który po dwóch dniach wyjąłem. Nie krwawiło więcej, do leczenia zaś nieżytu suchego przegrody, dano choremu masę Hebry.

Klinicznie różnił się przypadek ten od opisanego poprzednio (l. c.); najpierw dotyczył mężczyzny, okazującego typowy obraz suchego nieżytu przegrody nosowej, mającego usposabiać do powstawania guzów krwawiących w tem miejscu. W pierwszym przypadku powierzchnia guza była gładka, za dotykiem guz miękki krwawił bardzo łatwo, podczas gdy w tym przypadku guz okazywał powierzchnię nierówną, zbliżoną wejrzeniem do brodawczaka, był zbitości elastycznej i nie krwawił za dotykiem. Odpowiednio też i obraz drobnowidowy przedstawiał pewne różnice, okazując włókniaka nie tak miękkiego jak w pierwszym przypadku, ale

więcej zbitego. W każdym razie jednak, w obu naszych przypadkach, guz przedstawiał się jako nowotwór dobrotliwy, włókniak naczyński (fibroma teleangiectodes).

Przypadek urazowego krwaka przegrody, dotyczył dziewczynki $2\frac{1}{2}$ lat liczącej, która, na trzy tygodnie przed przedstawieniem się nam, siedząc przy stole na zwykłym krześle, pociągnęła za ceratę i uderzyła się grzbietem nosa o krawędź stołu; początkowo z nosa krwawiło przez 10 minut, poczem chorej zatkało zupełnie nos i stan ten trwał aż do dnia przybycia do nas.

Grzbiet nosa, na granicy między częścią kostną a chrzęstną nieco zapadły, okazuje w tem miejscu podatność. Po obu stronach części przedniej przegrody, zaraz z samego przodu, widać guz o powierzchni gładkiej, zabarwienia prawidłowej błony śluzowej. Guz ten przylega bezpośrednio do bocznych ścian nosowych tak, że tylnej granicy jego obejrzeć nie można. Za dotykiem guza zgłębnikiem uczuwa się wyraźne chęłbotanie, przechodzące na stronę przeciwną guza. Oddechanie przez nos było zupełnie zniesione; igłą wyciągnięto płyn ropiasty. Nacięto następnie guz od strony lewej, dolną część jego wycięto nożyczkami, poczem wytamponowano jamę guza gazą jodoformową. Tampon zmieniano codziennie, a gdy ropienie ustało, wstrzyknięto do jamy guza nieco nalewki jodowej, a następnie ściany guza, ugnieciono z obu stron tamponami, by przyspieszyć zlepienie się blaszek, które miały zastąpić brak przegrody chrzęstnej. Chora po kilku dniach, z wytworzoną przegrodą błoniastą i oddechem przez nos zupełnie wolnym, opuściła szpital.

Liczba chorych przychodnych, jak już na początku wspomniałem, wynosiła w roku 1897 przypadków 1024 w porównaniu więc z rokiem ubiegłym, przypadków 735, przyrost ogólny wynosił 289; z liczby tej 1024 chorych 344 przypadków odpada na choroby uszu, tak, iż właściwie przypadków z chorobami górnych dróg oddechowych było 680 (381 mężczyzn a 299 kobiet), co uwidocznia poniższa tablica:

Nazwa choroby	Męż- czyzn	Kobiet	Razem
Rhinitis chronica simplex	21	15	36
Rhinitis chronica atrophica	5	6	11
Rhinitis chronica hypertrophica	39	26	65
Rhinitis hypertrophica polypoides	3	7	10
Astma bronchiale	3	2	5
Polypi narium	19	15	34
Rhinitis sicca anterior	14	4	18
Epistaxis	5	3	8
Haematoma septi traumaticum	1	—	1
Haematoma septi idiopathicum	—	1	1
Abscessus alae nasi	1	—	1
Deviatio et crista septi	2	1	3
Empyema cellularum ethmoidalium	1	—	1
Empyema sinus frontalis	1	—	1
Corpus alienum in nare	—	1	1
Eczema narium	9	8	17
Catarrhus cavi naso-pharyngis	18	8	26
Rhinitis, Pharyngitis chronica	9	7	16
Pharyngitis, Laryngitis chronica	3	2	5
Rhinitis, Pharyngitis, Laryngitis chronica	5	2	7
Pharyngitis chronica granulosa	24	9	33
Pharyngitis chronica lateralis	4	4	8
Pharyngitis chronica sicca	15	9	24
Parästhesia pharyngis	—	8	8
Abscessus retropharyngealis	1	1	2
Angina catarrhalis	4	4	8
Angina lacunaris	7	8	15
Angina diphtheritica	3	4	7
Angina scarlatinosa	1	1	2
Hyperkeratosis lacunaris	2	—	2
Hypertrophia tonsillarum	9	18	27
Abscessus peritonsillaris	8	13	21
Vegetationes adenoidales	6	3	9
Diphtheritis ad tonsillam pharyngeam	—	1	1
Corpus alienum in pharyngem	1	—	1
Stomatitis aphtosa	1	—	1
Stomatitis ulcerosa	—	1	1
Herpes cavi oris et labiorum	1	—	1
Abscessus sublingualis	1	—	1

Nazwa choroby	Męż- czyzn	Kobiet	Razem
Phlegmone submentalis	2	1	3
Laryngitis acuta	12	13	25
Laryngitis subacuta	2	2	4
Laryngitis fibrinosa	1	—	1
Laryngitis chronica	21	13	34
Pharyngitis, Laryngitis crouposa	1	—	1
Laryngitis crouposa	1	—	1
Tracheitis acuta	1	1	2
Tracheitis chronica	1	1	2
Epiglottitis	2	1	3
Oedema periglotticum	1	—	1
Aphonia hysterica	—	1	1
Aphonia spastica	—	1	1
Tussis nervosa	—	1	1
Functio respiratoria perversa	—	2	2
Paralysis nervi recurrentis	3	3	6
Paresis palati mollis	1	—	1
Stenosis laryngis post perichondritidem	1	—	1
Polypus laryngis	6	3	9
Papillomata laryngis	1	1	2
Tuberculosis buccae et laryngis	1	—	1
Tuberculosis linguae et laryngis	1	—	1
Tuberculosis pharyngis et laryngis	—	2	2
Tuberculosis laryngis	30	12	42
Lupus nasi	—	2	2
Lupus pharyngis et laryngis	1	—	1
Lues secundaria pharyngis	4	9	13
Lues secundaria pharyngis et laryngis	2	1	3
Lues secundaria laryngis	9	3	12
Lues tertiaria nasi	1	1	2
Lues tertiaria pharyngis	2	3	5
Lues tertiaria cavi naso-pharyngis	2	1	3
Lues tertiaria cavi naso-phar. et laryngis	—	1	1
Lues tertiaria pharyngis et laryngis	1	2	3
Lues tertiaria bronchi dextri	1	—	1
Scleroma	—	2	2
Carcinoma linguae	1	—	1
Carcinoma in regione sublinguale	1	—	1
Sarcoma pharyngis	1	—	1

Nazwa choroby	Męż- czyzn	Kobiet	Razem
Fibro-Sarcoma pharyngis	—	1	1
Sarcoma cavi naso-pharyngis	2	1	3
Struma	5	9	14
Compressio tracheae e strumate	7	10	17
Stenosis oesophagi e carcinomate	2	—	2
Corpus alienum in oesophago	1	2	3
Parotitis	1	—	1
Veruca ad alam nasi	—	1	1
	381	299	680

Do ciekawszych przypadków zaliczam dalsze dwa przypadki krw i a k ó w p r z e g r o d y n o s o w e j, jeden urazowy, drugi samoistny, które klinicznie o tyle się różniły, iż w pierwszym, z powodu dłuższego upływu czasu od chwili urazu, przyszło już do przeistoczenia się wydzieliny krwawej w ciecz ropiastą i przedziurawienia przegrody; w drugim zaś świeżym przypadku przegroda została zachowaną. W obu razach leczono przez otwarcie krw i a k a i zakładanie następnie tamponów, uciskając z obu stron.

Ropni oko ł o m i g d a ł k o w y c h było razem 21 przypadków, które jednak nie tylko klinicznie, ale też i ze względu na rokowanie i leczenie należało rozdzielić na dwie gromady, na ropnie obok migdałka i ropnie poza nim, względnie w łuku tylnym. Tych ostatnich spostrzegaliśmy sześć przypadków, a w dwóch z nich sprawa zapalna rozciągała się w dół, aż na wejście do krtani; raz połowa powierzchni językowej nagłośni, odpowiadającej ropniowi i fałd nalewkowo-nagłośniowy tej strony, przedstawiała obraz obrzęku ostrego; w drugim przypadku zajęta była cała nagłośnia, fałd nalewkowo-głośniowy i chrząstka nalewkowa. Jak zwykle w przypadkach ropni pozamigdałkowych poleciliśmy okłady ciepłe, obok płókań ciepłych, unikając otwierania tych ropni, nie dającego się w wielu razach wprost uskutecznić, ze względu na różne usadowienie się

ropnia. Zresztą ropnie w tej okolicy, przy przytoczonem leczeniu, zwykle szybko otwierają się same, przyczem zauważyć można stale niezbyt obfitą ilość ropy; miejsce otwarcia się ropnia najczęściej jest od przodu łuku tylnego, na przejściu jego ku podniebieniu miękkiemu, mniej lub więcej bliżej migdałka. Przypadek pierwszy usunął się z pod obserwacyi, drugi zaś, który dotyczył jednej z Sióstr miłosierdzia, zamieszkałych w szpitalu, miałem sposobność spostrzegać przez cały czas trwania choroby, po dwa razy dziennie, i zebrać bardzo cenne spostrzeżenia. Otóż w przypadku tym, jak już wspomniałem, obok ropnia pozamigdałkowego, znalazłem obrzmienie nagłośni, fałdu nalewkowo-nagłośniowego i chrząstki nalewkowej, podobnie jak przy ropniu strony prawej. Obrzęk znaczny jednej połowy przedśionka utrudniał nieco oddech chorej; a wszystko razem miało trwać drugi dzień. Ruchomość zajętej połowy krtani była zachowaną; gruczoły chłonne po stronie prawej szyi znalazłem powiększone, bolesne. Polecilem natychmiast pozostanie w łóżku, ciepłe okłady z siemienia lnianego, ciepłe płókania z odwaru korzeni ślazowych, a wreszcie wdychanie rozcyny cynku z morfiną. Do wieczora obraz krtani nie uległ zmianie, natomiast sprawa zapalna pozamigdałkiem nasiliła się, co było zresztą pożądanym efektem stósowanego ciepła. Następnego dnia rano dołączyła się chrypka, silne zaczerwienienie i obrzmienie prawej struny prawdziwej, obrzmienie prawie na całej chrząstce nalewkowej przybrało wejrzenie czerwone, do czego przyłączyło się zupełne zniesienie ruchów prawej połowy krtani i ustawienie więzadła w ułożenie fonacyjne; oddech chorej był wyraźnie cięższy, niż dnia poprzedniego, podała ona, iż z powodu utrudnionego oddechania zasnąć ani na chwilę nie mogła. Energiczne leczenie, jak wyżej podałem; pod wieczór objawy zapalne poza migdałkiem bardzo silne, znaczny obrzęk języzka, nigdzie jednak zgłębnikiem nie można wyczuć w nacieku tym miejsca podatniejszego, a właśnie w tym przypadku, przy zachowaniu ostrożności, można było wykonać nakłócie. Na-

stępnego dnia rano, a więc piątego dnia choroby, zastałem stan ogólny chorej znacznie lepszy i dowiedziałem się, iż nad ranem pękł „wrzód“ w gardle; objawy utrudnionego oddechu i bóle przy przełykaniu utrzymywały się jak pierwotnie, miejscowo też obraz w krtani nie uległ zmianie. Wieczorem zauważyłem ustępowanie obrzęku z nagłośni, a na drugi dzień rano obraz w krtani zmienił się już do niepoznania, obrzęk w przedsionku zmalał a i ruchomość tej połowy krtani zaczęła wracać; do następnego dnia (7-my dzień choroby) obrzęk ustąpił zupełnie, ruchomość wróciła także, wreszcie i zaczerwienienie więzadła niebawem ustąpiło, jedynie tylko powiększenie gruczołów na szyi utrzymywało się jeszcze przez dłuższy czas.

Był to więc przypadek zasługujący klinicznie dlatego na uwagę, iż mimo tego, iż sprawa zapalna w krtani sięgała głęboko i spowodowała nawet unieruchomienie strony zajętej, przecież naciek zapalny uległ zupełnie wessaniu, nie pozostawiając po sobie żadnych następstw, a powtórę dlatego, iż w nim, podobnie jak w pierwszym przypadku zapalenia, przypuszczać można, iż drogą migdałka przyszło do następowego zakażenia tkanki podśluzowej krtani.

Przypadków *epiglottitis* spostrzegaliśmy trzy, raz wreszcie przy braku objawów zapalnych we wnętrzu krtani, widzieliśmy zapalenie ostre fałdu nalewko-nagłośniowego i chrząstki nalewkowej jednej strony, postać obrzękowa (*oedema periglotticum*).

Nowotworów łagodnych w krtani obserwowano przypadków 11, operując wyłącznie tylko szczypczykami Pieniążka.

Przypadek kiły oskrzela prawego z wyraźnemi objawami zwężenia oskrzela, nie był przypadkiem świeżym, a zwężenie było spowodowane prawdopodobnie przez wytworzenie się blizny; przypadek ten dotyczył chorego przechodzącego zmiany kiłowe nawet trzeciorzędne, ergo z wszelkiem prawdopodobieństwem można było i dla zwężenia oskrzela przyjąć jako przyczynę kiłę. Zwężenie to nie obser-

wowaliśmy okiem, choć badanie tchawicy aż do klinu podziałowego udawało się, a jedynie stwierdzone było przysłuchem. Leczenie przeciwkółowe nie odniosło skutku, objawy zwężenia pozostały nadal.

Z przypadków porażen nerwu zwrotnego przytaczam szczególnie jeden, gdzie, przy operacyi (Prof. Obaliński), gruczołów gruczołowych na szyi, po stronie lewej, musiano wyciąć kawałek nerwu błędnego, co pociągnęło za sobą porażenie nerwu zwrotnego lewego i lewej połowy podniebienia miękkiego, dając cenny przyczynek dla nauki o unerwieniu podniebienia miękkiego.

W jednym z licznych przypadków wola (wszystkich przypadków 31, a z tego 17 przypadków z ugnieceniem tchawicy, raz *e strumate carcinomatosa*), bez ugniecenia tchawicy, obserwowano, obok przesunięcia krtani na stronę lewą, wypuklenie bocznej i tylnej ściany gardła od strony prawej i obrzęk szczytu chrząstki nalewkowej prawej.

Ciał obcych w drogach oddechowych, względnie pokarmowych, było razem przypadków 5, raz w nosie (groch), raz w dolnym odcinku gardła przy wejściu do przełyku (igła), wreszcie 3 razy w samym przełyku (raz kość z wołu, raz z kurczęcia, a raz kęs mięsny bez kości). Igła, o której wspominam, wbiła się skośnie między tylną płaszczyzną chrząstki nalewkowej lewej a ścianą gardła od strony prawej; widząc wyraźnie, iż koniec ostry igły tkwi w chrząstce nalewkowej, po znieczuleniu powierzchownem chorego, szczypczykami Schröttera chwyciłem igłę bliżej jej końca cieńszego, wsunąłem koniec jej ostry głębiej, a uwolniwszy uszko, z łatwością igłę na zewnątrz wydobyć mogłem. Przypadek ten nastąpił, nie jak to zwykle bywa, z powodu nieostrożnego trzymania igły w ustach, ale przydarzył się mężczyźnie podczas jedzenia kapusty.

Przechodzę wreszcie do krótkiego sprawozdania z ruchu chorób usznych; załatwianie przypadków tych stało zu-

pełnie do mojej dyspozycji, a przyrost przypadków w roku ubiegłym jest dostatecznym dowodem potrzeby podobnego ambulatorium przy szpitalu powszechnym dla chorych ubogich, szukających pomocy w swych cierpieniach. Ilość przypadków usznych wynosiła 344 ; w porównaniu z rokiem ubiegłym, przypadków 147 widzimy, iż przyrost doszedł sporej liczby, bo przypadków 197, a więc ogół przypadków był z górą dwa razy większy aniżeli w roku 1896; w liczbie tej 344 przypadków, było 207 mężczyzn a 137 kobiet, jak to uwidocznia tablica:

Nazwa choroby	Męż- czyzn	Kobiet	Razem
Eczema auriculi	2	1	3
Corpus alienum	6	4	10
Accumulatio ceruminis	32	24	56
Otitis externa acuta circumscripta	6	3	9
Otitis externa acuta diffusa	3	5	8
Catarrhus tubae	23	15	38
Catarrhus acutus	7	4	11
Catarrhus chronicus	23	16	39
Catarrhus serosus	3	2	5
Catarrhus scleroticus	1	4	5
Otitis media chronica	13	10	23
Otitis media acuta	42	23	66
Polypi meati auditorii interni	10	5	15
Polypi meati auditorii externi (et interni) .	5	3	8
Perforatio traumatica membranae tympani .	3	1	4
Perforatio sicca membranae tympani . . .	3	1	4
Cicatrices membranae tympani	9	10	19
Surdomiditas	9	5	14
Surditas	5	1	6
Simulatio surditatis	1	—	1
	207	137	344

Ciał obcych w uchu zewnętrznym było przypadków 10, a z tego po raz pierwszy wiśni, pestka z tak zwanego

chleba świętojańskiego, karakon, szypułka z kwiatu bławatu i czosnek, zresztą kulki waty.

Paracentezę wykonano sześć razy, 2 razy w przypadkach ostrego zapalenia ropnego ucha środkowego, raz w przypadku zapalenia nieżytowego z nasilonemi objawami zapalnymi, wreszcie trzy razy przy przewłocznym wysiękach do jamy bębenkowej, inne trzy przypadki catarrhus serosus leczono przedmuchiwaniami Politzera.

21 przypadków polipów ucha zewnętrznego względnie wewnętrznego operowano pętlą zimną lub nożykiem pierścieniowym Politzera.

Zajęcie wyrostka sutkowego względnie kości skalistej spostrzegłem na ogólną liczbę 64 przypadków ropienia przewlekłego z ucha, pięć razy; w jednym z nich przyszło do samoistnego wytworzenia się przetoki, w innym zaś dołączyły się objawy porażenia nerwu twarowego; wszystkie przypadki odesłano na chirurgię.

Przypadków pęknięcia błony bębenkowej było trzy, raz sztuczne przebicie szpilką podwójną, dwa razy zaś po uderzeniu, raz kopytem końskim, a raz ręką. W obu z ostatnich przypadków przyszło do znacznego wynaczynienia do jamy bębenkowej, a gdy w pierwszym przypadku przy zachowaniu odpowiednich ostrożności sprawa cała przeszła bez pozostawienia zmian po sobie, drugi przypadek przyszedł do nas po poprzednim wystrzykaniu ucha przez lekarza, a obawa moja co do dołączenia się ropienia, nie zawiodła mnie; wreszcie i ten przypadek został wyleczony.

Przypadków głuchoniemoty względnie głuchoty było 20, a z tego raz głuchoniemota miała być wrodzona, zresztą według wywiadów, 5 razy przyczyną miał być przebyty dur, w pozostałym zaś 14 przypadkach przebyte zapalenie opon mózgowych.

W styczniu 1898.

