

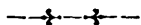
GAZETA LEKARSKA.

I. KILKA UWAG Z POWODU T. ZW. GORĄCZKI GRUCZOŁOWEJ.

Podał

D-r Med. Józef Czajkowski,

lekarz szpitala Towarzystwa Sosnowickiego w Sosnowicach.



Od czasu gdy E. PFEIFFER wygłosił w Wiesbaden swój odczyt o nieznaney dotąd lub zapoznawanej tylko chorobie, którą, mając na uwadze najwybitniejsze jej objawy, autor ten nazwał gorączką gruczołową, zjawilo się sporo prac, omawiających tę samą chorobę ¹⁾. Prace te, pomimo dosyć obszernej kazuistyki, nie wyjaśniły nam ani jej patogenezy, ani etyologii, a nawet nie zdołały ustalić zbioru objawów tego cierpienia, na podstawie których możnaby stawiać rozpoznanie choroby z całą pewnością w każdym poszczególnym przypadku i odróżnić je od innych cierpień analogicznych, a występujących zwykle jako choroby wtórne, wklajające tę lub ową sprawę zakaźną ostrą. Mam tu mianowicie na myśli odrę i szkarlatynę, w przebiegu których obrzmienie gruczołów limfatycznych i ślinianek, niejednokrotnie przechodzących w ropienie, często stosunkowo spostrzegać się daje.

Mała wyrazistość, że tak się wyrażę, objawów, charakteryzujących t. zw. gorączkę gruczołową, z jednej strony, a brak zupełny danych odnośnie do etyologii omawianego tutaj cierpienia — z drugiej, spowodowały, że gorączka gruczołowa, jako choroba samoistna, choroba *sui generis*, jak tego chcą niektórzy autorzy, nie mogła dotąd wywalczyć sobie prawa obywatelstwa w patologii.

A i pomiędzy samymi autorami, opisującymi swe spostrzeżenia, panuje wielka różnica zdań pod względem zapatrywań na istotę gorączki gruczołowej i jej stanowiska w klasyfikacyi chorób.

Podczas gdy jedni, jak np. E. PFEIFFER i O. HEUBNER, skłaniają się bardziej ku zdaniu, że gorączkę gruczołową uważać należy za chorobę

¹⁾ E. PFEIFFER. Jahrb. f. Kinderh. XXIX. 1889.

O. HEUBNER. Ibid. XXIX. 1889.

V. STARK. Ibid. XXXI. 1890.

C. RAUCHFUSS. Ibid. XXXI. 1890.

N. PROTASSOW. Ibid. XXXII. 1891.

S. BRONOWSKI. Gaz. Lek. 1893.

ogólną, zakaźną i samoistną; inni znowu na zasadzie niektórych objawów, a także na tej zasadzie, że t. zw. gorączkę gruczolową spostrzegali podczas epidemii innych chorób zakaźnych ostrych, uważają ją nie jako chorobę samoistną, lecz jako jedną z postaci tych mianowicie chorób (*angina catarrhalis acuta*, *scarlatina*).

Nie wszczynając sporu, czy i o ile zdania te są uzasadnionemi, zauważę jednak muszę, że opisane dotąd przez autorów spostrzeżenia nie dostarczają nam żadnych prawie danych do rozstrzygnięcia kwestyi istoty sprawy, ochrzczonej mianem gorączki gruczolowej; nie znajdujemy bowiem w nich żadnych wskazówek odnośnie do etyologii i danego cierpienia, gdyż ani podobieństwo niektórych objawów cierpienia do takichże objawów przy innych sprawach chorobowych [Stark], ani współczesność występowania gorączki gruczolowej z innemi sprawami zakaźnymi ostremi [Bronowski] nie mogą być uznane za miarodajne przy ocenie istoty i charakteru tego cierpienia.

Wobec takiego stanu rzeczy, chociaż t. zw. gorączka gruczolowa, z powodu łagodnego w większości przypadków przebiegu i stosunkowej swej rzadkości, sama przez się nie zdołała obudzić należytego zainteresowania wśród lekarzy praktyków, nie będzie zapewne zbyt cennym opisanie kilku ze spostrzeganych przezeń przypadków t. zw. gorączki gruczolowej, tembardziej, że trzy z nich miałem sposobność spostrzegać w warunkach dla obserwacji najkorzystniejszych, bo w szpitalu, a w pięciu przeprowadziłem badania bakteriologiczne w celu odszukania przyczyny, gorączkę gruczolową wywołującą.

Spostrzeżenie I. Band... Kat., 20 lat, robotnica. 12. IX. 1893 r. zachorowała na silną gorączkę, połączoną z bólem głowy i krzyża i ogólnem rozłamaniem. Na drugi dzień chora zauważyła pewną nieruchomość szyi, bolesność przy obrotach głowy i obrzmienie na prawej stronie szyi, w prawej okolicy podszczękowej, a w części i na twarzy. Chora cały ten dzień gorączkuje.

D. 19. IX chora, czując się mocno osłabioną, zapisała się do szpitala.

Przy badaniu chorej znaleziono: ciepłota [około południa] 39,0°; tętno przyspieszone, mocne, 114 na minutę. Chora senna, apatyczna; skarżyła się na silny ból głowy i ogólne rozłamanie. Okolica przyuszna i podszczękowa prawa i okolice boczne szyi obrzmiałe, przy ucisku bolesne. Skóra w tych miejscach nienapięta, nie zaczerwieniona. Ślinianki: przyuszna i podszczękowa prawa znacznie obrzmiałe; gruczoły limfatyczne szyjowe, karkowe, nadobojczykowe i pachowe silnie powiększone, bolesne przy ucisku; inne gruczoły limfatyczne nie tak silnie powiększone, nieco bolesne, na skórze wysypki żadnej nie znaleziono. Błona śluzowa gardzieli nieco zaczerwieniona. Zęby i dziąsła nie nieprawidłowego nie przedstawiają. W narządach wewnętrznych, prócz nieznacznego obrzmienia śledziony, nie nieprawidłowego. Wieczorem tegoż dnia ciepłota 39,3°.

Dnia 20. IX. Ciepłota rano 38,4°; wieczorem 39,5°. Gruczoł podszczękowy prawy znacznie się powiększył. Mocz u ilości prawidłowej; mocz ani białka, ani innych składników nieprawidłowych nie zawiera.

Dnia 21. IX. Ciepłota rano 38,2°, wieczorem 38,2°, stan bez zmiany.

Dnia 22. IX. Ciepłota rano 37,8°, wieczorem 38,4° C.. Obrzęk twarzy jeszcze się powiększył, chora nie może otworzyć prawego oka. Łaknienie małe, stolce zaparte, brzuch nie wzdęty, nie bolesny.

Dnia 23. IX. Ciepłota rano 37,5°, wieczorem 37,2°. Chora nieco się w nocy pocila. W okolicy gruczołu podszczękowego prawego wyczuwa się w głębi chęłbotanie; skóra nieco w tem miejscu zaczerwieniona. Szerokiem cięciem otwarto ropień, przyczem wypuszczono około uncyi żółtej, ciągnącej się ropy z zapachem kleju.

Ropa, badana pod drobnowidzem, zawiera mnóstwo ciałek ropnych, nieco czerwonych ciałek krwi i drobne koki, układające się to po dwa w postaci diplokoków, to w gromady na kształt gron winnych. Koki te barwią się zwykłymi barwnikami anilinowymi, przyczem większość w ten sposób, że część środkowa postaje mało lub wcale niezabarwioną. Koki barwią się także metodą Gram'a. Innych drobnoustrojów w ropie nie znalazłem. Hodowli nie przeprowadziłem.

Od d. 24. IX ciepłota stale była prawidłową. Obrzęk twarzy powoli ustępował całkowicie, gruczoły jednak limfatyczne, pomimo poprawy stanu ogólnego, zmniejszały się powoli, tak, że jeszcze w dniu wypisania chorej, 21. X, wyczuwać się one dawały w postaci twardych, mało bolesnych guzów.

Spostrzeżenie II. Ba... W..., lat 22, robotnik fabryki bieli cynkowej, dnia 28. III. r. b. dostał dreszczów, bólu głowy i tylnej okolicy karku.

Dnia 29. III. chory zapisał się do szpitala, czuje się bowiem mocno osłabionym i skarży się na zawrót głowy. Przy badaniu znaleziono: gruczoły limfatyczne szyjowe, karkowe, nadobojczykowe i pachowe mocno powiększone [wielkości dużych orzechów tureckich], gruczoły limfatyczne pachwinowe i kreskowe mniej powiększone; wszystkie — twarde bolesne przy ucisku. Prawy zraz gruczołu tarczowego wielkości jabłka średniej wielkości bardzo bolesny przy ucisku. Chory cierpiał oddawna na wole, lecz, wedle słów rodziny chorego [chory—niemowa], guz był nie większy od orzecha włoskiego i dopiero teraz tak się powiększył. Błona śluzowa gardzieli nieco zaczerwieniona; ani płam, ani nalotów niema zupełnie. Śledziona trochę powiększona w wymiarze podłużnym, nie wyczuwalna. Inne narządy wewnętrzne prawidłowe. Łaknienie małe; stolce zaparte. Tętno przyspieszone, 100 uderzeń na minutę. Ciepłota wieczorem 38,0°.

Dnia 30. III. Chory mocno osłabiony; w ciągu dnia miał dreszcze. Ciepłota rano 37,6°; wieczorem 38,0°.

Dnia 31. III. Ciepłota rano 37,6°, wieczorem 38,3°.

Dnia 1. IV. Ciepłota rano 37,0°, wieczorem 38,3°. Obrzmienie gruczołu tarczowego znacznie mniejsze; gruczoły limfatyczne twarde, bolesne.

Dnia 2. IV. Ciepłota rano 37,0°, wieczorem 39,0°. Chory w nocy się poccił nieco. *Herpes labialis*

Dnia 3. IV. Ciepłota rano 37,0°, wieczorem 37,4. Stan ogólny znacznie lepszy. Gruczoł tarczy [zraz prawy] wielkości orzecha włoskiego, twardy, mało bolesny. Gruczoły limfatyczne bez zmiany.

Odtąd chory nie gorączkuje i powoli wraca do sił, tak, że 9. IV., czując się zupełnie dobrze, wypisuje się ze szpitala.

Stan taki trwał do 25. IV, kiedy chory znowu dostaje napadu dreszczów, bólu głowy, bólów w stawach i kościach.

Widziałem chorego 26. IV i znalazłem go mocno osłabionym, gorączkującym [ciepłota w południe 38,5° C.]. Wszystkie gruczoły limfatyczne mocno bolesne, powiększone, twarde. Stolec zaparty; łaknienia brak zupełnie; śledziona powiększona, wyczuwalna. Chory jednak pozostaje jeszcze w domu i przybywa do szpitala dopiero 1. V. z ciepłotą 37,4°.

Dnia 2. V. Ciepłota rano 36,5°, wieczorem 37,2°.

" 3. V. " " 36,6°, " 37,7°.

" 4. V. " " 36,7°, " 38,0°.

" 5. V. " " 37,0°, " 38,1°.

" 6 V. " " 36,4°: " 37,6°. Chory w nocy się pościł. Osłabienie znaczne. Gruczoły bez zmiany.

Dnia 7. V., Ciepłota rano 36,9°, wieczorem 38,0°. W nocy znowu poty, dosyć obfite. Gruczoły limfatyczne bolesne, powiększone. Śledziona nie powiększona.

Poczynając od 8. V. ciepłota opadła niżej prawidłowej [rano 36,3°, wieczorem 36,5°] i na tej wysokości utrzymuje się stale do dnia dzisiejszego [16. V.]. Chory bowiem pozostaje w szpitalu z powodu obrzmienia gruczołów limfatycznych, które jakoś nie ustępuje zupełnie, pomimo że ogólny stan chorego znakomicie się poprawił.

Podczas powtórnego pobytu chorego w szpitalu, w czasie kiedy tenże gorączkował [5. V.], kroplę krwi chorego, wziętą z płatka usznego z wszelkimi ostrożnościami aseptycznymi, przenieśliśmy na agar glicerynowy, a jednocześnie przygotowałem seryę preparatów z krwi zasuszonej na szkiełkach przykrywkowych.

Część preparatów na szkiełkach zabarwiłem w płynie Ciuęcińskiego ¹⁾, część zaś zabarwiłem fuksyną ZIEHL-NEELSEN'a z następczem przemyciem preparatów w wodzie zakwaszonej kwasem octowym.

Rozpatrując preparaty pod drobnovidzem, znalazłem rozrzucone pojedyncze, drobnutkie, krótkie pałeczki z zaokrąglonymi nieco końcami, barwiące się przeważnie na końcach. Nieliczne egzemplarze tych drobnoustrojów leżały pomiędzy czerwonymi krążkami krwi, często w sąsiedztwie, lecz nigdy w samych ciążkach krwi.

Zresztą zmian żadnych we krwi nie zauważyłem, ani co do stosunku ciałek czerwonych do białych, ani co do ich własności morfologicznych.

Próbówki z agarem, zaszczerpionym krwią, przenieśliśmy do termostatu, w którym utrzymywałem je przy ciepłocie 35,0° C.. Na drugi dzień po zaszczerpieniu na skośnej powierzchni agaru zauważyłem drobnutkie pojedyncze

¹⁾ 40 grm. stężonego wodnego roztworu błękitu metylenowego, 20 wody destylowanej i 40 grm. 1/2% roztworu eozyiny w 70° spirytusie.

kolonie, na podobieństwo kropelek rosy, które po kilku dniach jeszcze niewiele się rozrosły i pozostały wciąż odosobnionymi.

Rozpatrując cząstkę kolonii w kropli zawieszanej, znalazłem ją składającą się z dużej ilości drobniutkich, cienkich, nieruchomych laseczników, które po zabarwieniu w sposób, jaki zastosowałem przy barwieniu preparatów z krwi zasuszonej, okazały się identycznymi z lasecznikami w tejże krwi znalezionymi.

Za pomocą przeszczepiania na świeże odżywki otrzymywałem zawsze [3 generacje] kolonie tego samego rodzaju, jak i ze krwi wziętej bezpośrednio od chorego.

Szczepień dla braku odpowiednich do tego zwierząt nie dokonywałem.

Na zasadzie morfologicznych własności lasecznika, jego sposobu barwienia się, a także właściwości hodowli, rozpoznałem w nim lasecznika influenzy.

Spostrzeżenie III. Wąs. Stan..., 28 lat, robotnik kopalni węgla, zapadł dnia 1. IV. dreszcz, na ból głowy, ogółne rozłamanie i bólu gardzieli.

Od 2 do 4. IV chory nieco gorączkuje, czuje się mocno osłabionym, rozłamanym.

Dnia 5. IV. przybył do szpitala. Przy badaniu znaleziono: wszystkie gruczoły limfatyczne dostępne obmacywaniu znacznie powiększone, twarde, bolesne przy ucisku. Brzuch nieco wzdęty, bolesny w okolicy pępkowej; stolec zaparty. Śledziona powiększona, od VIII żebra, wyczuwalna. Inne narządy wewnętrzne zmian żadnych nie przedstawiają. Nieznaczne zaczerwienienie błony śluzowej gardzieli. Tętno pełne, miarowe, 80 uderzeń na minutę. Ciężota prawidłowa.

Od 5. IV. do chwili, gdy to piszę, chory przebywa wciąż w szpitalu, z powodu znacznego obrzmienia gruczołów limfatycznych, które, pomimo poprawy stanu ogólnego, ustępuje bardzo powoli.

Dnia 3. V. poddałem badaniu bakteryologicznemu krew chorego, postępując w ten sam sposób, jak w przypadku wyżej opisanym, a 9. V. badałem pod względem bakteryologicznym sok miąższowy, wydobyty za pomocą szpryki Koch'a, z gruczołu limfatycznego pachowego prawego.

Tak w jednym, jak i w drugim przypadku znalazłem na preparatach zasuszonych na szkiełkach przykrywkowych, a następnie wyhodowałem [z krwi, i z soku miąższowego gruczołu] laseczniki identyczne ze znalezionymi we krwi w przypadku podanym wyżej.

Te same laseczniki, które rozpoznałem jako laseczniki influenzy znalazłem we krwi, względnie wyhodowałem na agarze glicerynowym jeszcze w jednym przypadku, który obserwowałem w ambulatorium szpitalnym, a który podaję tu w krótkości:

Spostrzeżenie IV. Skalb... Piotr, lat 20, robotnik kopalni węgla zachorował 16. IV na silny ból głowy, dreszcze i ból gardzieli.

Dnia 17. IV. Ciężota 39,2° około południa. Tętno przyspieszone, 124 uderzeń na minutę; chory osłabiony, skarży się na ciągłe dreszcze. Błona ślu-

zowa gardzieli trochę zaczerwieniona, obrzmiała, ani plam, ani nalotów niema. Wszystkie gruczoły limfatyczne dostępne badaniu znacznie powiększone, twarde, bolesne. Śledziona nieco powiększona, niewyczuwalna. Inne narządy wewnętrzne prawidłowe.

Chory gorączkuje wciąż do 23. IV, kiedy w nocy na 24. IV. dostaje silnych potów i od razu następuje znaczne polepszenie stanu ogólnego; gruczoły limfatyczne jednak dzisiaj jeszcze wyczuć można swobodnie, jako twarde, bolesne guziki.

Podczas gorączkowego okresu choroby spostrzegałem u chorego na kończynach dolnych *erythema multiforme*, która ustąpiła na 2—3 dzień po ustąpieniu gorączki.

Dnia 23. IV. we krwi chorego, wziętej z miejsca, gdzie znajdowała się plama *erythema*, znalazłem, a następnie wyhodowałem na agarze glicerynowym laseczniki identyczne z lasecznikami wyhodowanymi z krwi i soku mięszowego gruczołu limfatycznego w przytoczonych wyżej spostrzeżeniach, które na tych samych zasadach, jak w powyższych przypadkach, uznałem za laseczniki influenzy. [D. n.]

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. KOŚIŃSKIEGO W WARSZAWIE.

II. O ROZSZCZEPIENIU KRTANI (LARYNGOFISSURA).

[Rzecz wygłoszona w dniu 29 maja b. r. na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego].

Podał

Franciszek Kijewski,

ordynator kliniki chirurgicznej.

— 3 —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 29].

Nowotwory złośliwe.

I. *Carcinoma laryngis*. Gustaw B., lat 60, obywatel z Płocka, przybył na klinikę z oddziału kol. SOKOŁOWSKIEGO z rozpoznaniem raka krtani, który głównie zajmował lewą strunę prawdziwą i fałszywą, oraz lewą chrząstką SANTORINI'EGO. Przy badaniu widać tylko niewielką część tylną lewej struny prawdziwej, reszta przykryta nacieczoną fałszywą. Głos mocno chrypliwy, oddech dosyć dobry. Rozpoznanie potwierdzone przez badanie drobnowidzowe.

Dnia 19. XI. 1892 prof. Kosiński wykonał rozszczepienie krtani, przyczem okazało się, że sprawa posunięta daleko głębiej, aniżeliśmy przypuszczali. Nowotwór cały wyskrobano, struny prawdziwe i fałszywe z lewej strony wyjęto, jak również lewą chrząstkę nalewkową; po usunięciu wszystkich miękkich części, nawet nieznacznie zmienionych, prof. Kosiński wyciął jeszcze część lewej chrząstki tarczowej. Do tchawicy założono rurkę tracheotomijną, a jamę całą wytamponowano gazą jodoformową, szwu na krtani zupełnie nie nakładano.

Przebieg pooperacyjny nie przedstawiał nic szczególnego. Podczas pierwszych dni po operacji wystąpiła trudność polykania, co wkrótce samo przeszło. Chory nie gorączkował, wydzielina jednak z rany była obfita, część jej musiała zaciekać do oskrzeli i spowodowywała mocny kaszel.

Dnia 22. XII. 1892 chory opuścił klinikę bez rurki tracheotomijnej, w dolnej części krtani pozostała mała szczelina, przez którą przedostaje się powietrze. Przy badaniu wziernikiem krtaniowym znajdujemy na miejscu nowotworu blizny. Pomimo wycięcia lewej struny głosowej chory nieźle mówił, gdyż blizna wytworzyła rodzaj fałdy, zastępującej samą strunę.

Po upływie roku chorego widzieliśmy: czuł się zupełnie dobrze, badanie wziernikiem nie wykazało nawrotu cierpienia; na środkowej linii krtani znajdujemy małeńki otvorek, przez który wprowadzić można do wnętrza krtani cienki zgłębnik. Chory nie może mówić zbyt donośnie, głos ma chrypliwy¹⁾.

II. *Sarcoma laryngis*. Maksymiljan T., lat 50, rolnik, od 11 lat miał chrypkę, jednak bólu w krtani nie uczuwał i na duszność się nie skarżył. Trudność oddechania powstała dopiero od kilku miesięcy, skutkiem czego chory przybył na oddział SOKOŁOWSKIEGO do szpitala Św. Ducha 14 stycznia 1894 r. Przy badaniu znaleziono zgrubienie i nacieczenie fałszywych strun głosowych, nacieczenie i owrzodzenie prawdziwych strun. Pomiędzy strunami z głębi krtani wychyla się guz, wielkości bobu, który niemal zupełnie wypełnia szczelinę głosową, powodując znaczną duszność. Kawałki guza były wyjęte drogą wewnątrz-krtaniową i poddane badaniu drobnowidzowemu, które wykazało, że guz ten jest nowotworem, najbardziej zbliżonym z budowy swojej do mięsaków.

Trudność dostępu powietrza tak się powiększyła, że w celu ratowania życia choremu należało w nocy 25-go stycznia wykonać tracheotomię.

W celu dalszego leczenia chory był przeniesiony na klinikę chirurgiczną. Dnia 19. II. 1894 r. prof. Kosiński wykonał mu rozszczepienie krtani według powyżej podanego przezemnie sposobu. Badanie wziernikiem krtaniowym wykryło tylko część guza, całe zaś wnętrze krtani było wypełnione guzikami brodawkowatymi. Nowotwór był wyskrobany, wszystkie części podejrzane wycięte, a wnętrze krtani zatamponowane gazą jodoformową. Do tchawicy założona rurka tracheotomijna, krtani nie zeszyta.

Przebieg pooperacyjny pomyślny, d. 20. III. 1894 r. chory opuścił klinikę z raną zagojoną, oddechem wyborным i głosem względnie dobrym, choć chrypliwym.

Jeżeli przy nowotworach charakteru łagodnego można było wahać się z wyborem metody operowania wewnątrz-krtaniowego lub przez rozszczepienie, to

¹⁾ Szczegóły, dotyczące tego przypadku, pomieścił SOKOŁOWSKI w pracy swojej: „Przyczynek do przechodzenia nowotworów krtani łagodnych w złośliwe“. Gazeta Lekarska, Nr. 1 i 3. 1893 r..

stanowczo ten ostatni zabieg jest wskazanym przy nowotworach złośliwych. Nawet w tych przypadkach, zdaniem mojem, należy wykonać laryngofisurę, gdzie mamy wątpliwości co do natury guza.

W zupełności zgodzić się muszę z poglądem JAWDYŃSKIEGO, aby wykonywać rozszczepienie krtani w każdym przypadku nowotworu złośliwego przed przystąpieniem do wyluszczenia krtani i, jeżeli można, wykonać wyluszczenie częściowe.

Zwykle przy nowotworach złośliwych krtani badanie wziernikiem nie odkrywa całkowicie guza; po rozszczepieniu krtani znajdujemy zwykle znacznie więcej rozwinięty nowotwór, aniżeliśmy przypuszczali na zasadzie badania przed operacją.

Wyniki laryngofisury w tych razach mieliśmy zupełnie pomyślne. Jeden chory po upływie roku nie miał recydywy, oddech w obydwóch przypadkach swobodny i głos znośny. Nie zabezpiecza to chorych tych w przyszłości od ponownej operacji, a w razie znacznego rozwinięcia się cierpienia nawet od wyluszczenia krtani.

Złamanie krtani.

Raz jeden wykonaliśmy rozszczepienie krtani przy złamaniu jej u 20-letniej dziewczyny wiejskiej. Laryngofisura była wykonana we dwa miesiące po tracheotomii, nie dała nam jednak rezultatu dodatniego, gdyż brakowało tylnej części chrząstki obrączkowej, przez co do krtani wpukła się przednia ściana gardzieli i to uniemożliwiało oddech. Chora musiała pozostać z rurką tracheotomijną, oddechała jednak dobrze przy zatkanej rurce i mówiła wcale znośnie. Laryngofisura zatem tylko wyjaśniła sprawę.

Zwężenie syfilityczne.

Zwężenie syfilityczne za pomocą laryngofisury leczylśmy w 2-ch przypadkach.

I. Franciszka L., lat 20, żona służącego, skutkiem duszności, spowodowanej przez zwężenie bliznowate krtani, powstałe na tle syfilisu, miała wykonaną tracheotomię na 4 miesiące przed przybyciem do szpitala. Kol. Bukowski d. 14. VII. 1887 r. wykonał jej rozszczepienie krtani, blizny wszystkie powycinał, jednak to nie przyniosło pożądanego rezultatu, gdyż chora bez rurki oddechać nie mogła i opuściła klinikę d. 12. XII. 1887 r. bynajmniej nie w lepszym stanie, niż przybyła.

II. Drugi przypadek dotyczy Onisima K., wieśniaka, lat 28, który również skutkiem *laryngostenosis luetica* miał wykonaną tracheotomię. Pomimo to chory niezbyt świetnie oddechał. Dnia 18. IV. 1891 r. prof. Kosiński rozszczepił mu krtani i tchawicę na znacznej przestrzeni — zmiany okazały się znaczne, cała krtani przedstawiała jedną wielką bliznę, również zwężenia bliznowate opuszczały się głęboko do tchawicy. Blizny powycinane, jama wytamponowana. Zabieg nasz jednak pozostał bez rezultatu, chory powrócił do domu z długą

rurką tracheotomijną, umyślnie w tym celu sporządzoną, gdyż inaczej oddechać nie mógł.

Na zasadzie tych dwóch spostrzeżeń trudno mówić o wynikach laryngofisury w ogóle przy zwężeniach syfilitycznych krtani, ale zaznaczyć muszę, że w tych przypadkach, w których zwężenie powodują obszerne blizny, rozszczepienie krtani nie daje wyników pomyślnych. Stosuje się to nie tylko do rozległych blizn syfilitycznych, ale w ogóle do blizn, powstałych po każdym rozleglejszym zniszczeniu w krtani. Wycinanie blizn takich daje olbrzymie defekty [w porównaniu z tak niewielkim narządem, jakim jest krtani], wypełnienie których następuje drogą nowego zabliźnienia, co powoduje ponowne zwężenie. W tych przypadkach należy po laryngofisurze stosować odpowiednie rurki, któreby nie pozwalały na zbytne zaciśnięcie światła krtani przy tworzeniu się nowej blizny, przeprowadzić następnie nader starannie cały szereg rozszerzeń, a nawet przy znacznych utratkach tkanek zastosować plastykę, o ile to się okaże możliwym.

Czy tego rodzaju postępowanie uwieńczonem zostanie wynikiem pomyślnym, nie umiem na to odpowiedzieć, za mało mam pod tym względem doświadczenia, w każdym razie jednak u chorego osiągnąć możemy poprawę.

Przy małych bliznach rozszczepienie krtani bez wątpienia daje wyniki pomyślniejsze i pewniejsze, aniżeli wszelkie próby endolaryngealne. Usunąć tu możemy przeszkody, powodujące utrudniony dostęp powietrza bez obawy, aby przez zbytne wycinanie nie narazić chorego na nowe zwężenie. Ale i w tych razach należy po operacji uciekać się do rurek i rozszerzeń następczych, gdyż wtedy możemy się spodziewać, że wyleczenie będzie trwalsze.

Gruźlica krtani.

Przy gruźlicy krtani raz jeden wykonałem laryngofisurę. Ponieważ przypadki takie nie należą do zbyt częstych, cokolwiek obszerniej zatrzymam się nad tem spostrzeżeniem.

Daniel H., wieśniak, lat 50, przybył na oddział chorób wewnętrznych 5 października 1892 r. skutkiem niemożności połykania i znacznej duszności. Od kilku lat chory uskarża się na kaszel, przed 5-cin miesiącami wystąpiło u niego obfite krwioplucie, niemal jednocześnie ból w okolicy krtani przy połykaniu i trudność oddechania, co stopniowo się powiększało. Chory wychudzony, kaszle, odpluwa niewiele. Przy badaniu płuc znaleziono od tyłu stłumienie górnych części, z oddechem niemal oskrzelowym, a pomiędzy prawą łopatką i kręgosłupem rzężeńiami; od przodu pod lewym obojczykiem stłumienie, z oddechem nieokreślonym. S e r c e i inne narządy nie przedstawiają widocznych zmian.

W krtani owrzodzenia strun prawdziwych, a na wolnych brzegach strun — rozrosty brodawkowate, zmniejszające znacznie szczelinę głosową; nacieczenie na ścianie tylnej krtani. W płwocinie badanie drobnowidzowe wykrywa niezmiernie mało laseczników gruźliczych. Rozpoznano *bronchopneumonia tuberculosa et ulcera tuberculosa laryngis* wraz z rozrostami gruźliczymi. Duszność tak się powiększała, że w celu ratowania życia choremu zmuszeni by-

liśmy wykonać tracheotomię w końcu listopada. Po upływie tygodnia d. 3. XII. 1892 roku rozszczepiłem choremu krtani, wyrosłe na strunach powycinałem, owrzodzenia na strunach i na tylnej ścianie krtani doszczętnie wyskrobałem łyżeczką. Krtani zatamponowałem, a do tchawicy włożyłem rurkę. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Stan bezgorączkowy; po kilku dniach tampon usunąłem, a rurkę tracheotomijną dopiero dnia 12. XII. Wynik operacji świetny, chory oddecha wybornie, połyka bez bólu, mówi znośnie, stan ogólny się znacznie poprawił.

Niemąło kłopotu jednak sprawiło mi zagojenie samej rany krtani i tchawicy. Krtani była zeszyta i częściowo się zrosła, otwór zaś w tchawicy nie chciał się zagoić pomimo wszelkich usiłowań z mojej strony, wykonałem nawet dwa razy plastykę, jednak zawsze bezskutecznie. Po długim dopiero czasie cała rana się zabiłiła, pozostał jednak w tchawicy małeńki otworek, przez który przedostawało się powietrze i wydzielina z płuc; ze szczelinki tej nawet do pewnego stopnia byłem zadowolony, gdyż stanowiła ona klapę bezpieczeństwa na wypadek nawrotu cierpienia, o czym nie wątpiłem ani na chwilę. Chory pozostawał jeszcze kilka miesięcy w szpitalu, znacznie się poprawił i był niezmiernie zadowolony ze swego stanu, gdyż mówił, oddechał wybornie i łykał bez bólu. Opuścił szpital d. 19. III. 1893 r. Losy tego chorego obchodziły nas, zbieraliśmy też wiadomości o nim; w końcu grudnia 1893-go roku zmarł na wsi skutkiem suchot płucnych, śmierć zatem nastąpiła zaledwie w rok po operacji.

Rezultat naszych zabiegów w tym razie uważam za nader pomyślny i nigdy w podobnych przypadkach nie zaniechałbym rozszczepienia krtani.

GRUENWALD ¹⁾ zebrał z literatury 18 przypadków laryngofisury przy gruźlicy krtani ²⁾, z których 7 wkrótce po operacji zakończyło się śmiercią. Z tej liczby jeden tylko zmarł skutkiem zapalenia płuc połykowego, jako następstwa operacji, inni zaś w mniej lub więcej krótkim czasie z przyczyny ogólnego gruźliczego cierpienia. Przypadki te, zdaniem GRUENWALD'a, nie przedstawiały żadnych wskazań do operacji. Przy gruźlicy krtani, jeżeli wypada robić laryngofisurę, GRUENWALD za niezbędny warunek stawia dobry stan płuc — cierpienie krtani powinno wysuwać się na pierwszy plan.

Ramy takie uważam za zbyt ciasne. Naturalnie, że dobry stan płuc stanowi warunek niezmiernie ważny, aby operacja mogła przynieść wynik pomyślny, ale, jak widzimy z naszego przypadku, nie jest to warunek niezbędny. Główny nacisk przy wykonaniu rozszczepienia krtani u suchotników kładłbym na stan ogólny chorego: jeżeli siły dobre, a przytem sprawa w płucach nie ma charakteru rozpadowego, to można przedsiębrać tę operację.

PIENIAŻEK dwa razy rozszczepił krtani gruźliczą przy zmianach w płucach; w jednym przypadku chora zmarła 4 dnia po operacji skutkiem krwotoku płucnego, a w drugim — przy mniejszych zmianach w płucach po operacji szybko na-

¹⁾ GRÜN WALD. Beiträge zur Chirurgie der oberen Luftwege und Adnexa. Münchener medic. Wochenschr. 1891. Nr. 40 i 41.

²⁾ HOPPMAN—6 przypadków, SCHÖNBORN—5, a KOCH, SALZER, SCHNITZLER, DEMIO, HEN. NIG, GERSTER i GRÜN WALD po jednym.

stąpiła recydywa i rurki tracheotomijnej usunąć nie można było. Obydwa zatem przypadki PIENIĄŻKA uważać należy za niefortunne.

Jeżeli się odważamy na rozszczepienie krtani przy gruźlicy, to nie należy zbyt powierzchownie usuwać chorobowo zmienione tkanki, wszystko wycinać aż do zdrowych tkanek, a nawet w razie potrzeby usuwać część chrząstek, gdyż inaczej będziemy narażeni na szybkie nawroty cierpienia. Przy rozleglejszem wycinaniu bynajmniej nie narażamy więcej chorego.

Laryngofisura przy pierwotnej gruźlicy krtani wobec zdrowych płuc bez wątpienia daje nam możność doszczętnego wygojenia ognisk i, co za tem idzie, radykalnego wyleczenia chorego. Jeżeli skutkiem rozrostu wybujałości gruźliczych w krtani chory się dusi, to, nie bacząc na stan płuc, zmuszeni jesteśmy w celu ratowania życia do wykonania tracheotomii, w przyszłości zaś powinniśmy się starać wszelkimi sposobami, aby chory taki mógł oddechać bez pomocy rurki, ztąd też, jeżeli stan ogólny chorego pozwala na to, usprawiedliwioną będzie laryngofisura; nie biorę tu już pod uwagę tej okoliczności, że przy posuniętej sprawie w płucach mało posiadamy szans na uzdrowienie chorego.

Nie wszystkie jednak przypadki gruźlicy krtani nawet przy dobrym stanie płuc nadają się do laryngofisury. Małe owrzodzenia, wybujałości niezbyt rozwinięte, łatwo dostępne, niezbyt głęboko posuwające się, laryngolodzy z pożytkiem operują za pomocą metod wewnątrzkrtańowych — *curetement*, przypalania i t. p. Ale przy znaczniejszych nacieczeniach, rozrostach twardych, nie tak łatwo ustępujących przy skrobaniu, nawet przy dobrych warunkach oddechania uciekałbym się do rozszczepienia krtani, gdyż łatwiej możemy się oryentować w sprawie samej i skuteczniej działać.

Laryngitis subglottica hypertrophica chronica.

I. K., robotnica fabryczna z Łodzi, przybyła do szpitala 22 lutego 1888 r. Przed 1½ rokiem przebyła tyfus, podczas którego wystąpiła duszność, w 4 tygodnie tyfusu wykonano tracheotomię; od tego czasu chora chodzi ciągle z rurką. Poniżej strun widać jakby przeponę lejkowato zstępującą. Pomimo nacinania i rozszerzania SCHROETTER'a nie można było osiągnąć rezultatu dodatniego, przeto niemal po upływie roku [22 stycznia 1889 r.] kol. BUKOWSKI wykonał rozszczepienie krtani; wtedy znaleziono pod strunami zgrubienie błony śluzowej, która tworzyła rodzaj fałd, powodujących zwężenie; zgubienie te wycięto, przypalono powierzchnię żegadłem PAQUELIN'a i założono rurkę KOCHL'a. Po 4-ch tygodniach chora jeszcze bez rurki oddechać nie mogła.

Kol. SOKOŁOWSKI przeto rozszerzał dylatorami SCHROETTER'a i dopiero po upływie 3-ch tygodni usunięto rurkę. W ciągu 4-ch miesięcy stosowano rozszerzania i chora w maju 1889 r. opuściła szpital z oddechem prawidłowym.

II. Rojza K., lat 22, przybyła z objawami zwężenia krtani. Przy badaniu wykryto w krtani poniżej strun jakby rodzaj przepony. 17. II. 1890 r. kol. BUKOWSKI wykonał laryngofisurę, wyciął przerosłą część błony śluzowej, przypalił aparatem PAQUELIN'a i założył do krtani rurkę KOCHL'a,

Po kilku tygodniach rurkę usunięto, rana się zagoiła, 18. III. 1890 r. chora przeszła na oddział wewnętrzny, gdzie jej stosowano rozszerzania następcze. Po 4-ch tygodniach wyzdrowiała zupełnie.

III. Andrzej O., wieśniak, lat 20, przybył na oddział wewnętrzny w sierpniu 1892 r. skutkiem duszności, ściskania w gardle, chrypki i kaszlu. Dolegliwości te po raz pierwszy wystąpiły pod koniec 1891 r.. Badanie krtani wykazało: *chorditis vocalis inferior hypertrophica*. Stosowano metodyczne rozszerzenia SCHROETTER'a prawie bez skutku.

21. XII. 1892 r. wykonałem tracheotomię, a w 6 dni później rozszczepienie krtani, zgrubiałe fałdy błony śluzowej wyciąłem, oszczędzając struny prawdziwe, krtani zatamponowałem, do tchawicy założyłem rurkę, na krtani szew. Po dwóch dniach tampon wraz z rurką usunąłem, chory oddechał dobrze. Rana wkrótce się zagoiła i 10. I. 1893 r. chory przeszedł na oddział Sokołowski, gdzie pozostawał jeszcze w ciągu 2 miesięcy. Głos chrypliwy; duszność ustąpiła, pozostał tylko kaszel męczący.

IV. Piotr Brz., strażak, lat 27, przybył w październiku 1892 r., uskarżając się na kaszel, chrypkę i duszność, występujące napadami. Przy badaniu krtani pod strunami prawdziwymi kol. Sokołowski wykrył rodzaj błonki, która występowała po za granice strun prawdziwych i zwężała światło krtani. 10. I. 1893 r. wykonałem tracheotomię i bezpośrednio rozszczepiłem krtani; fałdę błony śluzowej pod strunami wyciąłem, krtani zatamponowałem, szew na krtani, rurkę do tchawicy. Następnego dnia gazę jodoformową z krtani usunąłem, a rurkę wyjąłem nazajutrz, t. j. we 2 dni po operacji. Chory uskarża się na kaszel dosyć mocny, chociaż odpluwa niewiele; mówi cicho, połyka wybornie, oddech swobodny. Dnia 15. I. 1893 szwy usunąłem, krtani zarosła *per primam*.

Po upływie 2 tygodni należało przypalić jeszcze niewielki wyrostek pod kątem przednim, pozostałość wyciętej przeponki. Chory wkrótce opuścił szpital z głosem ochrypłym, lecz w mniejszym stopniu, aniżeli przed operacją i z oddechem wyborynym. Kol. Sokołowski chorego tego ma możność obserwowania i dotąd nawrotu cierpienia niema.

V. Adam L., robotnik, lat 42, przybył 30. XII. 1892 r. objawami zwężenia krtani. Badanie, dokonane przez kol. Sokołowskiego, wykazało: *chorditis vocalis inferior hypertrophica*. 10 stycznia 1893 r. wykonałem choremu tracheotomię i zaraz laryngofisurę, wyciąłem przerosłe fałdy błony śluzowej, do krtani założyłem tampon, na krtani szew, a do tchawicy rurkę. Po kilku dniach rurkę usunąłem, a 22. I. 1893 r. rana się zagoiła, chory oddechał wybornie i wkrótce klinikę opuścił.

VI. Franciszka Oz., wieśniaczka, lat 20 licząca, wstąpiła na oddział kol. Pawińskiego w październiku 1893 r. skutkiem duszności, chrypki, napadów gwałtownych kaszlu i zatkania zupełnego lewego kanału nosowego. Choroba rozpoczęła się przed 3 laty: po przeziębieniu chora dostała kaszlu i chrypki, która się stopniowo wzmaciała.

Badanie nosa wykazało, że światło lewego przewodu zamknięte przez nowowytworzoną tkankę, dosyć twardą i nie krwawiącą. W środkowej części

nagłośni dwa blado-żółtawe guziczki. Błona śluzowa strun fałszywych zgrubiała, struna lewa fałszywa mocno nacieczona w postaci zgrubień węzłkowatych. Pod strunami nie można było rozpoznać miejsca zwężonego, przypuszczaliśmy zatem, że zwężenie jest znacznie niżej w tchawicy. Rozpoznano: twardziel—*rhino- et laryngoscleroma*.

W nosie kol. SOKOŁOWSKI zniszczył guz parachlorfenolem i galwanokauterem, skutkiem czego przywrócił zupełną drożność; krtąń zaś starał się rozszerzać za pomocą dilatatorów SCHROETTER'a. Pomimo znacznego rozszerzenia duszność i napady kaszlu nie ustały, postanowiliśmy zatem przystąpić do otworzenia krtani. 9. XI. 1893 r. wykonałem tracheotomię i bezpośrednio potem rozszepienie krtani, część lewej struny fałszywej mocno zgrubiałej wraz z guzikiem na niej wielkości grochu połnego wyciąłem; w krtani pod strunami prawdziwymi niema zwężenia, dopiero na tylnej ścianie tchawicy na wysokości 6—7 pierścienia widać zgrubienie błony śluzowej w postaci fałdy, która daje się unosić ku górze, fałda ta zajmuje znaczną część światła tchawicy i składa się z dwóch nierównych co do wielkości części. Obie te części wyrwałem za pomocą pincety. Krtąń zaszyłem, do tchawicy założyłem rurkę. Przebieg pooperacyjny nie przedstawiał żadnych powikłań. Tampon usunąłem następnego dnia, a rurkę po tygodniu, rana wkrótce się zagoiła. Chora czuje się zupełnie dobrze, duszności nie ma, oddech swobodny głos jeszcze cokolwiek chrypliwy.

Opuściła szpital dnia 6 grudnia 1893 r., t. j. we 26 dni po operacji. O chorej tej od czasu do czasu miewamy wiadomości: jest ona niezmiernie zadowolona ze swego stanu, gdyż duszność ponownie już nie występuje i sama pracować może.

VII. Tymoteusz D., wieśniak, wieku lat 30, przybył do szpitala w październiku 1893 r. skutkiem duszności i chrypki. Duszność występuje napadami. Choroba rozpoczęła się po tyfusie. Rozpoznano zwężenie krtani skutkiem rozrostu błony śluzowej podgłośniowej i strun fałszywych. Wzmagająca się duszność wywołała potrzebę tracheotomii, którą wykonałem 2 listopada 1893 r., a po upływie kilku tygodni 27. XI. rozszepiłem krtąń. Rozrost zajmował struny prawdziwe i fałszywe, oraz część podgłośniową. Wyciąłem wtedy grube wały błony śluzowej, równoległe do strun prawdziwych i część strun fałszywych, usunąłem 4 kawałki, z których dwa długości 1,5 ctm., a szerokości niemal 0,5 ctm.; strun prawdziwych nie ruszałem, gdyż te były najmniej zmienione. Powierzchnię rany przypaliłem żegadłem PAQUELIN'a, jamę wytamponowałem, szew na krtąń, a do tchawicy rurkę.

Przebieg pooperacyjny zadowalniający, stan bezgorączkowy; w ciągu pierwszych dni chory uskarżał się na ból przy połykaniu. Po dwóch dniach usunąłem tampon z krtani, a po 5 dniach rurkę z tchawicy; chory oddechał swobodnie i czuł się zupełnie dobrze; rana w tchawicy wkrótce się zagoiła, a w miesiąc po operacji chory opuścił szpital z oddechem swobodnym i głosem chrypliwym.

VIII. Marya B., żona ślusarza z Warszawy, lat 28, przybyła na oddział kol. PAWIŃSKIEGO w październiku 1893 r. skarżąc się na silną duszność,

która szczególnie dokuczała jej podczas nocy. Choroba jakoby się zaczęła przed 2 miesiącami po mocnem przeziębieniu. Przy badaniu w krtani znaleziono pod silnie przekrwionemi strunami prawdziwemi dwa grube, czerwone wały, powodujące zwężenie. Skutkiem znacznej duszności była wykonana tracheotomia 9. XI. 1893 r., a po upływie tygodnia krtani rozszczepiłem, rozrośnięte fałdy błony śluzowej z lewej strony wyciąłem, z prawej zaś część wyciąłem, a pozostałą resztę przypaliłem żegadłem PAQUELIN'a. Do krtani tampon, do tchawicy rurkę, a na krtani szew. Trzeciego dnia po operacji chora zaczęła gorączkować, powstałe stwardnienie w dolnej części rany, szew zaraz usunąłem, brzegi rany skórnej rozwarłem i goiłem przez ziarninowanie. Rurkę tracheotomijną usunąłem zaledwie po tygodniu, gdyż wcześniej na to nie pozwolił znaczny obrzęk. Rana szybko się zagoiła i chora 8. XII. 1893 opuściła szpital z głosem nieco ochryłym, oddechem zupełnie swobodnym. Chora ta jeszcze od czasu do czasu przychodzi do ambulatorium szpitalnego kol. SOKOŁOWSKIEGO i dotąd nawrotu nie spostrzeżono.

IX. Muszę tu jeszcze wspomnieć o jednym przypadku laryngofisury, którą wykonał kol. BUKOWSKI w 1887 r. przy *laryngitis hypoglotica chronica* u 18-letniej dziewczyny wiejskiej. Była to u nas jedna z pierwszych laryngofisur, nie przyniosła ona pożądanego rezultatu, ale rozświetliła istotę cierpienia. Chora przybyła do szpitala skutkiem duszności mocnej i chrypki, cierpienie trwało już od roku. Badanie krtani było niezmiernie mozolne, zmian na nagłośni i w strunach nie znaleziono, wnętrza krtani nie można było obejrzeć, przypuszczano, że objawy zwężenia zależeć mogą od obecności licznych polipów wewnątrz samej krtani. Skutkiem znacznej duszności kol. BUKOWSKI był zmuszony do przecięcia tchawicy, a po upływie kilku tygodni rozszczepił krtani. Okazało się, że cała okolica podgłośniowa zwężona skutkiem rozrostu równomiernego błony śluzowej, struny zaś prawdziwe i fałszywe nie zmienione.

Po zagojeniu się rany kol. SOKOŁOWSKI rozszerzał krtani za pomocą dylatorów SCHROETER'a w ciągu kilku miesięcy, lecz zabieg ten pozostał niemal bez rezultatu ¹⁾.

Na 8 przypadków spraw rozrostowych części podgłośniowej, leczonych za pomocą rozszczepienia krtani, we wszystkich mieliśmy zejście pomyślne. Wszyscy chorzy opuścili szpital z oddechem swobodnym i głosem dobrym, chociaż chrypliwym. W żadnym przypadku nie mieliśmy pogorszenia głosu po operacji, przeciwnie chorzy mówili znacznie głośniej. W pierwszych przypadkach, po rozszczepieniu krtani i wycięciu przerosniętych części, następnie stosowano rurkę KOEHL'a i metodyczne rozszerzania SCHROETER'a. W przypadkach tych postępowano bardzo ostrożnie, z obawy następczego bliznowatego zwężenia wycinano małe kawałki tkanek przerosniętych i dlatego w dalszym przebiegu posiłkowano się rozszerzeniami. Czas trwania leczenia przy tego rodzaju postępowaniu obejmował około 2 miesięcy.

¹⁾ SOKOŁOWSKI. Przyczynek do patologii i terapii rozrostowego zapalenia części podgłośniowej krtani. Gazeta Lekarska. 1889 r. Nr. 29.

W następnych 6 przypadkach poczynalem sobie znacznie śmieiej, wycinałem wszystkie części, które mi się wydawały podejrzanemi, rurką КОЕНІ'a zupełnie się nie posilkowałem, jak również nie stosowałem rozszerzeń metodycznych; czas trwania leczenia był znacznie krótszy: 3—4 tygodni. Niektórych z tych chorych kol. SOKOŁOWSKI ma możność obserwowania jeszcze obecnie, u jednego po upływie 1½ roku nawrotu cierpienia nie ma. Przy *laryngitis subglottica hypertrophica* nie obawiam się zbytnio następczego bliznowatego zwężenia w razie obszerniejszego wycinania części zmienionych. Sprawa to przerostowa, traktuję ją jak nowotwór, usuwać można znaczne kawałki tkanki, a blizna powstać może niewielka. Wyjątek naturalnie przedstawiać będą te przypadki, w których przerosty nie są ograniczone, a rozlane, zajmują znaczne przestrzenie i opuszczają się do tchawicy. Leczenie spraw podgłośniowych, przerostowych, powodujących zwężenie krtani, za pomocą laryngofisury nie może być pod żadnym względem porównywane z rozszerzeniami. Przy tych ostatnich leczenie trwa niezmiernie długo. co dla wielu chorych stanowi warunek nader uciążliwy, zmusza ich to częstokroć do pozostawania w szpitalach w ciągu całych miesięcy, a nawet lat, a oprócz tego leczenie takie daje przeważnie tylko poprawę.

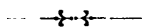
Biorąc pod uwagę tę okoliczność, że rozszczepienie krtani, wykonane według odnośnych prawideł, nie przedstawia zabiegu narażającego zdrowie a nawet głos operowanego na szwank, uważałbym laryngofisurę za wskazaną przy przerostach podgłośniowych nawet w tych razach, kiedy te ostatnie nie powodują jeszcze zbyt znacznego zwężenia, a co zatem idzie i duszności.

Jeżeli nawet po rozszczepieniu krtani i wycięciu przerostów nastąpi po pewnym przeciągu czasu recydywa, jak tego spodziewać się należy w jednym z naszych przypadków przy twardzieli krtani, to ponowne wykonanie tej operacji mniej jest uciążliwe dla chorego, aniżeli stopniowe rozszerzanie, a o wiele będzie skuteczniejsze.

III. O PATOLOGII I LECZENIU NIEŻYTU PRZEWLEKŁEGO UCHA ŚREDNIEGO

Podał

D-r S p i r a [z Krakowa].



[Dokończenie. — Patrz Nr. 29].

2) Wskazania chorobowe. Celem leczenia właściwej choroby ucha środkowego używano wstrzykiwań rozmaitych roztworów przez cewnik do jamy bębenkowej. Nie ulega wątpliwości — i liczne doświadczenia i spostrzeżenia to potwierdzają — że dostanie się płynów przez trąbkę do jamy bębenkowej przy natrysku jest możliwe, nawet przy naruszonej błonie bębenkowej. Atoli nie zawsze się to udaje i dość często lek, zamiast dostać się do jamy bębenkowej, pozostaje w trąbce. Jako znak, że płyn wniknął do jamy bęben-

kowej, można uważać nagłe, dźwięczące syczenie przy wstrzykiwaniu, które się słyszy za pomocą otoskopu. Chory uczuje w tej chwili niekiedy silny ból lub ucisk w uchu, a badanie wziernikowe, wykazuje silne zaczerwienienie błony bębenkowej. Wstrzykuje się w następujący sposób: wprowadza się cewnik do trąbki, ustala się go lewą ręką w tem położeniu i wpuszcza z małej strzykawki kilka kropel roztworu do cewnika; następnie wciska się balonem powietrze przez cewnik, wskutek czego i płyn do trąbki, względnie do jamy bębenkowej dostać się może. Nie będę nużył czytelników wyliczaniem środków, dawniej w tym celu używanych, które wszystkie zawodziły, a dziś do historii tylko należą. Teraz wstrzykiwania płynów do ucha rzadziej się używa i to przeważnie 2% roztworu pilokarpiny, która szczególnie u syfilityków bardzo skutecznie działa i bardzo słabego roztworu nalewki jodowej lub węglańu sodu, które się stosuje przeciw obrzmieniu błony śluzowej. Częściej używa się teraz wpuszczania par jodowych [*cum aether. coet.* lub *aether. sulfur. 5,0, tinct. jod. 1,0, kali jodat. 0,50*], lub par terpentynowych, które się wciąga do balonu i z tego razem z powietrzem wypycha do cewnika. Gorących par jodowych lub wodnych nie poleca się używać z powodu ich działania drażniącego, podczas gdy zimne i z powietrzem pomieszane pary jodowe korzystnie działać mogą. W każdym razie powinno się każde wstrzykiwanie poprzedzać mechanicznem rozszerzeniem trąbki EUSTACHIUSZA, żeby leki czy to płynne, czy też w postaci gazu tem pewniej do jamy bębenkowej się dostały i zetknęły z jej błoną śluzową. Bezpośrednio przed każdym wstrzykiwaniem należy wykonać kateteryzowanie celem przekonania się, czy cewnik dobrze leży.

Natrysk powietrza, aczkolwiek nie może wywierać bezpośredniego wpływu na sprawę nieżytową ucha środkowego, może wszakże przyczynić się do usunięcia nagromadzonej wydzieliny i do poprawienia zmian po tej sprawie pozostałych. Wprowadzenie zgęszczonego powietrza ma przez przywrócenie prawidłowego ciśnienia powietrza usunąć ważny czynnik do dalszego tworzenia się wypociny, skutkiem zmniejszonego ciśnienia powietrza (*exsudatio ex vacuo*) a polepszyć stosunki krążenia i chłonięcia. Wywierając ze wszech stron ucisk na ścianki jamy bębenkowej, powietrze ściśnione poprawia położenie błony bębenkowej, sprowadza drogą mechaniczną większą ruchomość błony i kostek słuchowych zbyt silnie z sobą połączonych i zbyt silnie na siebie wspartych, i przez wypuklenie błony bębenkowej na zewnątrz przeciwdziała zwiększonemu skurczowi mięśnia naprężacza błony bębenkowej. BING (56) poleca za pomocą balonu wykonywać naprzemian rozrzedzanie i zgęszczanie powietrza w jamie bębenkowej, aby tym sposobem wzmocnić działanie tego rękoczynu. Rozumie się samo przez się, że w daleko posuniętych sprawach, gdzie np. kostki zrosły się w stawach, mięśnie uległy zwyrodnieniu, okienka błędnikowe stężały i t. p. i te zabiegi pozostaną bez skutku. Skoro jednak zmiany te nie dają się *a priori* rozpoznać, to próby lecznicze dopiero wyjaśniają, czego możemy się od tego środka spodziewać. DELSTAUCHE (57) poleca w przypadkach unieruchomień w narządzie głos przewodzącym metodyczne wykonywanie rozrzedzenia powietrza w uchu środkowem za pomocą zbudowanego przezeń t. zw. rarefaktora.

Kateteryzowanie jest mieczem obosiecznym w ręku lekarza i jak już wyżej wspomniałem, można rękoczynem tym wielką zrządzić szkodę. Przy stosowaniu więc tego zabiegu, należy w każdym przypadku indywidualizować. Przypominam orzeczenie HEISTER'a: „*chirurgus mente prius et oculo agit, quam manu armata*“. W żaden sposób nie wolno zbyt długo leczenia przeciągać. Od czasu do czasu należy je przerywać i ciągle skutek i działanie tego zabiegu kontrolować. Najstosowniej wykonywa się natrysk w początku leczenia co dzień, później w miarę potrzeby coraz rzadziej. Jeżeli po kilku dniach można stwierdzić, że polepszenie słuchu od czasu ostatniego natrysku w ciągu 24 godzin nie zmniejszyło się, wystarczy odtąd zabieg ten co drugi, później co trzeci dzień i t. d. powtarzać. Leczenie przestankami okazało się daleko skuteczniejszym, aniżeli ciągle, nieprzerwane.

Na niebezpieczeństwo przy nieostrożnem stosowaniu natrysku, które może sprowadzać pogorszenie sprawy chorobowej w uchu środkowem i nawet przeniesienie jej na błędnik, zwracano niejednokrotnie uwagę. LOEWENBERG (58) proponował nawet pewne środki ochronne w tym względzie. Po największej części leczenie, czy to natryskami powietrza, czy to wstrzykiwaniami, należy często powtarzać, zwykle co kilka miesięcy, gdyż poprawa rzadko jest trwała i nawroty są częste. Niestety, wszystkie wymienione sposoby leczenia dość często zawodzą, bądźto dlatego, że przyczyny choroby utrzymujące nie dają się usunąć, jak np. usposobienie dziedziczne, konstytucjonalne i t. p., bądź też, że choroba zanadto zastarzała zostawiła już zmiany stałe i niepodatne. W takich przypadkach głównem zadaniem lekarza jest najprzyszejsze dolegliwości uśmierzać, a nie mogąc na chorobę samą wprost wpłynąć, przynajmniej dokuczliwe jej objawy podmiotowe, o ile możliwości, zmniejszać i znośnymi czynić.

3) Wskazanie objawowe. Punktem ciężkości leczenia objawowego pozostaje zawsze natrysk i stoczkowanie trąbki. W przypadkach, w których przez dłuższy czas przeprowadzony natrysk został bez skutku, stoczkowanie może często już po kilku posiedzeniach sprowadzić znaczne polepszenie wszystkich objawów podmiotowych. Nawet w takich przypadkach, w których natrysk powietrzny okazał się szkodliwym, stoczkowanie może jeszcze wielką przynieść korzyść; to ostatnie bowiem działa nie tylko ściśle miejscowo, ale też, jak to URBANTSCHITSCH (59) dowiódł, przez drażnienie gałęzi czuciowych nerwu trójdzielnego drogą odruchową na wszystkie wrażenia zmysłowe, a więc także na słuch. Tem można tłómaczyć takie przypadki poprawy słuchu i wrażeń podmiotowych słuchowych po stoczkowaniu, w których nawet nie nastąpiło rozszerzenie światła trąbki. Szczególnie leczenie to jest wskazane w przypadkach, w których światło przesmyku trąbki wynosi mniej niż $1\frac{1}{2}$ mm..

LUCAS proponował przed kilku laty w przypadkach przewlekłego niedosłyszenia zgłębnik uciskowy, sprężysty (*federnde Drucksonde*), wywierając nim ucisk na wyrostek krótki młotka. JACOBSON (60), STEIN (61) i inni osiągalni dobre wyniki.

Swoiste, że się tak wyrażę, działanie na szum wywiera często wewnętrzne mięśnienie trąbki, zalecane przez URBANTSCHITSCH'a. Rękoczyn ten wykonywa się w następujący sposób: stoczek guzikowaty z celluloidu posuwa się

tam i na powrót przez przesmyk trąbki bardzo prędko [150-250 razy na minutę], w początku przez $\frac{1}{2}$, później przez 1—3 minuty. Własne doświadczenia skłaniają mnie do polecenia tego zabiegu, który, jak również mięsienie wyrostka sutkowego, oddał mi nieraz bardzo dobre usługi w uporeczywych przypadkach szumu.

Faradyzacja często okazuje się skuteczną przeciw szumowi. W innych przypadkach można osiągnąć lepsze wyniki za pomocą galwanizacji [ALTHAUS. Przegl. Lek. 1889. № 3]. BENEDIKT (*l. c.*) chwali franklinizację przeciw głuchocie, szumom i zawrotom głowy, SCHULTZE zaś [Przegl. Lek. 1893. № 10] twierdzi, że nie należy się spodziewać stałego polepszenia szumów usznych po stosowaniu elektryczności.

Jeżeli szum polega na zaburzeniach naczynio-ruchowych, wdychanie azotonu amyłowego, zalecane przez URBANTSCHITSCH'a, może działać skutecznie. Autor ten podaje (62) przypadek zupełnego wyleczenia szumu, osiągniętego za pomocą tego środka. Pilokarpinę, którą POLITZER (63), pierwszorzędną powaga w otyatrii, pierwszy w r. 1880 wprowadził do leczenia chorób usznych, a zwłaszcza błędnika, polecił później OSKAR WOLF w chorobach ucha środkowego, a dopiero KOSEGARTEN (64) w suchych przewlekłych nieżytych jamy bębenkowej. Szczególnie działa ona znakomicie, jak o tem liczne świadczą spostrzeżenia, w chorobach usznych na tle syfilisu. Używa się jej wewnętrznie, albo w postaci wstrzykiwań podskórnych w ramię, lepiej w okolicę wyrostka sutkowego w ilości 2—6 przedziałek strzykawki PRAWAZ'a 2% roztworu, albo wstrzykuje się kilka kropel tego samego roztworu przez trąbkę do jamy bębenkowej w sposób wyżej podany. Pilokarpina działa tu podobnie jak w chorobach ocznych. SZUBERT (65) podaje na podstawie 13-letniego doświadczenia z tym środkiem następujące wskazówki: 1) Pilokarpina jest przeciwskazana u osób starych, wątłego zdrowia i u osób chorobą sercową dotkniętych. 2) Przy pełnym żołądku. 3) Nie należy jej używać w zbyt małych dawkach. S. zaczyna u zdrowych dorosłych od 0,01 i postępuje w razie dobrego znoszenia do 0,02 wewnętrznie. 4) Używanie podskórne zasługuje na pierwszeństwo z powodu szybszego i silniejszego działania, lepszego kontrolowania ze strony lekarza i dla oszczędzania żołądka. Widzi on zgodne z KRETSCHMANN'em wskazanie dla używania pilokarpiny wszędzie tam, gdzie wypocina jest w tkankach lub w jamie bębenkowej i tylko tam, gdzie istnieją pasma łącznotkankowe i zrosty błony ze ścianą jamy. Nie każdy jednak chory środek ten dobrze znosi; nieraz widziałem silne bóle głowy skutkiem wstrzyknięcia nawet bardzo małej ilości tego środka do ucha środkowego, tak, że należy obchodzić się z nim z wielką ostrożnością.

LUCAS donosi o dobrych skutkach, które otrzymywał za pomocą leczenia tonami (*Tonbehandlung*). Wychodzi on z założenia, że uczucia słuchowe podmiotowe mogą ustąpić przy działaniu tonów przeciwnego charakteru, tak więc powinny się leczyć wysokie szmery podmiotowe przez doprowadzanie niskich tonów i na odwrót. LUCAS używa do tego celu różnych kamertonów. Posiedzenie trwa w początku 1—2½ minuty i dochodzi później do 5, a w niektórych przypadkach nawet do 10 minut.

KIESELBACH (66) polecił przeciwko szumowi w uszach stosowanie 5—10 kropeł 4—10% roztworu kokainy, przez trąbkę, w odstępach 3—5 dni i przypuszcza, że ten środek musi również dobrze działać na zawrót głowy. BAUMGARTEN (67) uważał, że wacik, zmoczony w roztworze kokainy, używany jako sztuczny bębenek, sprawia znaczniejsze polepszenie słuchu, niż to, jakie osiągnąć się daje za pomocą innych płynów. On, jako też SCHWABACH (68), SZENES [p. Przegl. Lek. 1891. № 37] podnoszą jednak własności trujące tego leku, który przy nieostrożnem stosowaniu lub przy idiosynkrazyi wywołuje wymioty, ból, zawrót głowy i nudności; ostatni odmawia mu nawet wszelkiej wartości leczniczej.

Lepszem i pewniejszym jest działanie par etylu bromowego, wdmuchiwanych do jamy bębenkowej, za pomocą których udało się niekiedy LOEWENBERG'owi (69) złagodzić nieznosny szum w sklerozie ucha środkowego. Sam widziałem często dobre działanie na zawrót głowy i szum w uszach po przetworach bromowych wewnątrznie używanych, jak: bromek potasu i bromek sodu w dawce 1—2 grm, 2—3 razy dziennie podawany.

Inne przeciw szumowi zachwalane i niekiedy przemijający skutek sprowadzające środki są: kilka kropeł z *ol. Hyoscyam.*, chloroform i *tet. Opii* (*aa. part. s aequales*) na wacie do przewodu zewnętrznego usznego wkładane, wdmuchiwanie par chloroformu i eteru albo par z *aether. ac.* i *liqu. Hollandi* (*aa. pp. aequ.*) do jamy bębenkowej, wewnętrzne używanie arniki, chininy, atropiny [1—3 młgr. dziennie], *sol. Fowleri* [2—10 kropeł dziennie], *tet. Aconiti* [8—10 kropeł dziennie, i inne. Na wzmiankę zasługuje na tem miejscu doświadczenie THORNER'a (70), któremu się udało w jednym przypadku bardzo uporczywy i wszelkim usiłowaniom leczniczym opierający się szum w uszach usunąć przez przywrócenie drożności zatkanego wskutek zboczenia przegrody prawego nozdrza.

Niestety, dość często wszystkie te środki zawodzą. Objawy zaś podmiotowe, a zwłaszcza wrażenia słuchowe mogą być tak dręczące i trapiące, że często chorego nawet do rozpacz doprowadzają, a niekiedy aż o chorobę umysłową i samobójstwo przypisać mogą. To też lekarzowi nie wolno cofać się przed zabiegiem operacyjnym krwawym, w celu uwolnienia chorego od takich nieznosnych udręczeń. W tym celu wykonywa się przebicie błony bębenkowej lub przecięcie jej tylnej fałdy w razie zbytńskiego naprężenia, przecięcie zrostów i błon rzekomych w jamie bębenkowej, zupełne wycięcie błony bębenkowej z młoteczką [ob. Przegl. Lek. 1894. № 52] lub pojedynczych kostek słuchowych. W przypadkach suchego-przewlekłego nieżytu ucha środkowego, w których wszystkie inne metody leczenia okazały się bezskutecznymi, poleca MIOR (71), jako ostatni środek, wycięcie błony bębenkowej z kostkami usznymi lub bez takowych. Jeżeli tylko błona bębenkowa sama jest zmiemiona, a mianowicie zgrubiała i stężała, ruchomość zaś kostek słuchowych jest zachowana, wystarczy wyłuszczenie samej rzeczzonej błony razem z rękojeścią młotka. Skoro zaś istnieje unieruchomienie kostek słuchowych, albo jeżeli zachodzi obawa wytworzenia tkanki bliznowatej w miejsce wyciętej błony bębenkowej, wtedy wskazanem jest równoczesne wyłuszczenie młotka całego względnie i kowadełka. W celu zapobiegania późniejszemu pogorszeniu się słuchu wsku-

tek wysychania błony śluzowej jamy bębenkowej i w celu ułatwienia wchłaniania coraz to wytwarzającej się wydzieliny poleca M. wkraplanie do ucha mieszaniny następującej: *Jod. bis sublimat.* 0,01, *Vaselini liquidi* 8,00. W innych przypadkach może być wskazanem przecięcie ścięgna napinacza błony bębenkowej [CHOLEWA (72)] lub mięśnia strzemiączkowego [KESSEL (73)] lub uruchomienie strzemiączka [MIOT (74)] i t. p. zabiegi, za pomocą których, jak doświadczenia i liczne ogłaszane przypadki pouczają, udaje się niekiedy rzeczne objawy lub przynajmniej najprzykrejsze dolegliwości łagodzić, albo zupełnie usunąć.

W uzupełnieniu muszę poświęcić kilka uwag rozmaitym przyrządom sztucznym, mającym zastąpić (*Protheses*) wadliwy narząd słuchowy i wpłynąć na poprawę słuchu. Mają one podobne zadanie co soczewka dla oka, mianowicie: zbierać większą liczbę fal głosowych i tak wzmocnione doprowadzać przez błonę bębenkową albo przez kości czaszkowe do błędnika. Tu należą: rozmaite słuchawki, t. zw. *phonipheron*, *audipheron*, *dentipheron* i inne. Atoli, podobnie jak nie ma soczewki, któraby wyrównała wszystkie zaburzenia akkomodacyjne oka, tak samo jest rzeczą niemożliwą podać jedną słuchawkę odpowiednią dla wszystkich źle słyszających. Dobra jednak przez lekarza dobrana słuchawka w rzeczy samej niekiedy, tak samo jak stosowne okulary, doskonale może oddać usługi; nie można jednak tego samego powiedzieć o rozmaitych po szalatańsku i szalbierczo głośno zachwalanych i polecanych t. zw. olejkach usznych. Te ostatnie są prawie zawsze, niekiedy nawet w wysokim stopniu szkodliwe i mogą przez drażnienie spowodować rozmaite cierpienia ucha zewnętrznego i środkowego. Tak samo rzecz się ma z wielce zachwalanymi bębenkami sztucznymi, które w ręku niesumiennych oszustów i szalbierzy dużo szkody zrządziły i które zwłaszcza w omawianej chorobie, w obec nienaruszonej błony bębenkowej, żadnej racyi bytu nie mają.

Na brak środków, jak widać, w tem cierpieniu skarżyć się nie można. Każdy z pomienionych sposobów i środków ma niewątpliwie swoją rację bytu, swoje wskazania i swoje zalety. Zależy tylko od wprawy i doświadczenia lekarza, aby wiedzieć, którego z nich w którym przypadku używać.

L I T E R A T U R A.

- 1) Lehrbuch. 1881. — 2) Bericht über die Verhandlungen der Section für Ohrenheilkunde auf dem X internat. medic. Congress in Berlin. 1890. [4 9 sierpnia]. Archiv für Ohrenheilkunde. Bd. 31, H. 2 u. 3. — 3) Archiv f. Ohr. Bd. 31, H. 4. Erster Bericht über die Abtheilung für Ohrenkrankheiten der allgem. Poliklinik in Turin. [1889—1890] — 4) Berichte über die in den Jahren 1887—1890 behandelten Ohrenkranken. Archiv f. Ohr. Bd. 33, H. 2. — 5) Statistischer Bericht über die in den Jahren 1887—1889 incl. behandelten Ohrenkranken. Ibidem. — 6) Beiträge zur Statistik der Ohrenkrankheiten mit Rücksicht auf Lebensalter u. Geschlecht der Patienten. Inaug. Diss. 1890. Göttingen. — 7) Naturforscher-Vers. 1872. — 7a) Archiv. für Ohr. Bd. 17. — 8) Gazette des hôp. 1864. Nr. 137. — 9) Klinik d. Ohr. — 10) L. c. [2]. — 11) Das Ohr des Verbrehers. Archiv f. Ohr. Bd. 28, H. 3. — 12) L. c. [6]. — 13) L. c. [2]. — 14) Effets nuisible de l'audition par le telephon. Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du pharynx. 1889. Nr. 2. — 15) Ueber den Einfluss des Telephonegebrauches auf der Hörermögeu. Ztschr. f. Chir. Bd. XX, H. 1. — 16) Bericht über den internat. Congress f. Otologie u. Laryngologie in Paris. [16—21 września 1889]. Archiv f. Ohr.

Bd. 29, H. 4. — 17) COZZOLINO. Hygiene des Ohres. Po niemiecku D-r FINK. Actiengesellschaft. Hamburg. — 18) Syphilis der Paukenhöhle. Archiv f. Ohr. Bd. 28, H. 3. — 19) Ueber Syphilis des Gehörorgans. Wiener med. Presse. 1870. Nr. 1—6. — 20) Sectionsergebnisse bei Schwerhörigen u. Taubstümmen. VIRCHOW's Archiv. Bd. 27. — 21) Beiträge zur Pathologie u. pathologischen Anatomie des Ohres. Archiv. f. Ohr. Bd. IV. — 22) Monatschrift f. Ohr. IX. — 23) Monatschrift f. Ohr. 1876. Nr. 6. — 24) Ueber subjective Gehörsempfindung. Wien. med. Wochenschr. 1865. [Sep.—Abd.]. — 24a) Berliner klin. Wochenschrift. 1866 Nr. 12—13. — 25) Lehr. der Ohrenheilkunde. — 26) Wiener Klinik. 1859, H. 7. — 27) Archiv f. Ohr. Bd. 1. — 28) Lehrb. der Ohrenk. — 29) Zeitschr. f. Ohrenk. Bd. XVII, H. 3 u. 4. — 30) Sitzungsprotokoll der Abtheilung f. Ohrenkr. auf der 64 Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte zu Halle a. S. [21—25 września. 1891]. Archiv f. Ohr. Bd. 33, H. 2. — 31) Bericht über die Thätigkeit der königl. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle a. S. von 1 April 1888 bis 31 März 1889. Archiv f. Ohr. Bd. 29, H. — 32) Notizen zu einigen Erkrankungsformen des kindlichen Trommelfelles u. Mittelohres, so wie zu deren Behandlung. Arch. f. Kinderh. Bd. X, H. 1. [Przegl. Lek. 1890. Nr. 2]. — 33) Ueber die Bougierung der Ohrentrompete bei chron. Erkrankungen der Mittelohres insbes. bei chron. Mittelohrkatarre. Wien. med. Presse. 1883. — 34) Ueber Veränderungen des Mittelohres bei Kindern im frühen Alter. Société de Biologie. Posiedzenia z dnia 20 kwietnia. Bulletin Medical. 1889. Nr. 33. — 35) Wiener med. Blätter. 1891. Nr. 41. — 36) Eine neue Untersuchungsmethode für die Differentialdiagnose von Labyrinth- u. Mittelohrerkrankungen. Deut. med. Wochenschrift. 1892. Nr. 10. — 37) Ztschr. f. Ohrenh. Bd. XIV, H. 1 u. 2. — 38) Wiener med. Presse. 1887. Nr. 10—12. — 39) Bericht über die X Versammlung süddeutscher u. schweizerischer Ohrenärzte zu Nürnberg. 1890. Archiv f. Ohr. Bd. 30, H. 4. — 40) Hörprüfungsworte u. ihr differential-diagnostischer Werth. Zeitschrift f. Chir. Bd. XX, H. 3 u. 4. — 41) Centralblatt f. d. med. Wissenschaften. 1888. Nr. 39—41, Archiv f. Ohr. XXVII, H. 1, 2, 3 i Bd. 28, XXVII, H. 8, 4. — 42) Wiener klin. Wochenschr. 1888. Nr. 31 i 32. — 43) Die elektrische Reizung u. Behandlung der Hörnerven. Internat. kl. Rundsch. 1888. Nr. 49—51. — 44) Ueber den Einfluss schwacher Schalleinwirkungen auf die acustische Empfindungswelle. Archiv f. Ohrenh. Bd. 33, H. 3 u. 4. — 45) The diseases of the Ear. 1885, Ref. w Archiv f. Ohr. Bd. XX. — 46) Berliner klin. Wochenschr. 1885. Nr. 27. — 47) Archiv f. Ohr. V. — 48) Gazeta Lekarska. 1888. Nr. 27. — 49) Kronika Lek. 1892. Nr. 5 i 6. — 50) Erster Jahresbericht über die ohrenärztliche u. rhino-laryngologische. Poliklinik in Basel. Ztschr. f. Ohr. Bd. XXI, H. 1 u. 2. — 51) Die Heilerfolge innerer Schleimhautmassage. 1892. — 52) Bericht über die Verhandlungen der otologischen Section auf der 62 Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Heidelberg. Archiv f. Ohrenh. Bd. 29, H. 102. — 53) Ein Tubaraarzneimittelträger u. seine Verwendbarkeit bei Mittelohrerkrankungen. Archiv f. Ohr. Bd. 28, H. 3. — 54) Des contre-indications du cathétérisme de la trompe d'EUSTACHE. Revue de Laryngologie, d'otologie etc. 1890. Nr. 15. — 55) L. c. [32]. — 56) Wiener med. Blätter. 1880. Nr. 15 i 16. — 57) A propos de la therapeutique de la sclérose. Communication faite au IV Congrès international d'otologie à Bruxelles. 1883. — 58) Beitrag zur Behandlung des sclerotischen Mittelohrleidens. Deutsche med. Wochenschr. 1890. Nr. 40. — 59) L. c. [p. 49]. — 60) L. c. [p. 2]. — 61) Ueber die Massage der Gehörknöchelchen u. die Stimmgabelkur der Gehörsempfindung. Deutsche med. Woch. 1886. Nr. 7. — 62) Wien. med. Presse. 1887. Nr. 8—11. — 63) Wiener med. Blt. 1882. Nr. 30 i 31. — 64) Archiv. f. Ohrenh. Bd. XXIV, H. 1. — 65) Archiv f. Ohrenh. Bd. XXXIII, H. 3 i 4; Bericht über die erste Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft [17, 18 kwietnia, 1892]. — 66) Ueber die Wirkung des Cocainum muriat. auf das Ohr. Monatschr. f. Ohrenh. 1889. Nr. 9. — 67) Vorteile u. Nachteile der Cocainbehandlung des Ohres. Monatschr. f. Ohr. 1890. Nr. 2. — 68) Intoxicationerscheinungen nach Einspitzung von sol. cocaini mur. in die Paukenhöhle. Therapeut. Monatshefte. 1890. Nr. 3. — 69) L. c. [p. 58.]. — 70) A case of persistent tinnitus aurium, relieved by the removal of a nasal obstruction. The Lancet Clinic. May, 1889. — 71) De la surdité déterminée par le tympanon les osselets dans l'otite moyenne sèche et des moyens d'y remédier. Revue de Laryngologie etc. 1891. Nr. 15, 16, 17. — 72) Ueber progressive Schwerhörigkeit u. ihre Behandlung durch die Tenotomie des Tensor tympani. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 19, H. 3. — 73) Archiv f. Ohrenk. Bd. XI i URBANTSCHUSCH. Wien med. Presse. — 74) L. c. [p. 13].

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

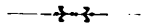
ETYOLOGIA I LECZENIE OBRZĘKU ŚLIZOWEGO

(*myxoedema*).

O leczeniu płynami tkankowymi w ogólności (*Gewebssafttherapie*).

Skreślił

A. P u l a w s k i.



I.

Obrzęk śluzowy (*myxoedema, cachexie pachydermique*). choroba wogóle nieczęsta, a u nas nader rzadka¹⁾, zasługuje na uwagę nie tylko ze względu na swą osobliwość, lecz także na interes naukowy, jaki obudziła w ostatnich mianowicie czasach. Choroba ta, jak wiadomo, spotyka się najczęściej u kobiet i polega na objawach ze strony skóry i układu nerwowego. Skóra, zwykle woskowoblada, staje się zgrubiałą, jakby obrzękłą, lubo ucisk palcem nie wywołuje charakterystycznych dla obrzęku zagłębień; prócz tego skóra taka jest suchą, chropowatą i nie poci się nigdy. Taki stan skóry, mianowicie na twarzy, nadaje tej ostatniej charakterystyczny wygląd: zacierają się zupełnie rysy, twarz staje się szeroką, nos gruby spłaszczony, dolna warga obwisa, obrzmiałe powieki nie domykają się, język także zgrubiały porusza się z trudnością. Ręce i nogi obrzmiałe, niezgrabne, stają się podobne do kończyn słonia. Chory ma postać zgruba wystruganego bałwana.

Obok tego spotykamy cały szereg objawów, świadczących o zajęciu ośrodkowego układu nerwowego. Najcharakterystyczniejszą jest powolność mowy, ociężałość, trudność myślenia, osłabienie pamięci, apatya i automatyzm. To wszystko nadaje fizyognomii cechy kretynizmu i oglupienia. Chorzy tacy całymi dniami leżą beczynnie i bezmyślnie na łóżku. Uskarżają się najczęściej na ziębienie, parestezye i bóle w kończynach; do żadnych objawów niedowładu [parezy] nie dochodzi. Ciepłota ciała najczęściej bywa niższą od normalnej.

Badanie narządów wewnętrznych zwykle żadnych szczególnie ważnych zmian nie wykazuje²⁾. Mocz jest normalny, nie zawiera białka, ani cukru; w większości przypadków notowano niski ciężar właściwy i zmniejszoną dobową ilość mocznika [HUN i PRUDDEN]. We krwi znajdowano najczęściej zmniejszenie ilości czerwonych ciałek [BUZDYGAN, LEICHTENSTERN i inni]; niektórzy autorowie znajdowali leukocytozę i zmniejszenie ilości hemoglobiny [LEICHTENSTERN, VERMEHREN, RIESS]. Przebieg choroby bywa zwykle powolny i długi — choroba

1) W literaturze naszej BUZDYGAN opisał dwa przypadki, spostrzegane w klinice prof. Koryczyńskiego: jeden u 34-letniej włościanki, drugi u 50-letniego żyda. [Przegl. Lek. 1891. N ra 4, 5, 6, 7]. Prócz tego Krówczczyński podał krótką obserwację dwóch przypadków obrzęku śluzowego u włościanek z Podola galicyjskiego. Medycyna. 1892. Nr. 9.

2) BUZDYGAN w jednym przypadku znalazł przy badaniu żołądka *hypersecretio acida continua*; w obu spostrzeganych przez siebie przypadkach znajdował nadmierne wydzielanie śluzu. Są to jedyne przypadki, w których badano zawartość żołądka (l. c.).

trwa lata całe, prowadząc niechybnie do śmierci wskutek charłactwa lub powikłań ze strony płuc lub serca. „*On pourrait d'une manière un peu paradoxale dire du myxoedème comme de l'asthme*, powiada MORVAN ¹⁾, *que c'est un brevet de longue vie*“.

Nie mam zamiaru na tem miejscu opisywać szczegółowo początkowych losów tego cierpienia w nauce. Interesującym się bliżej tą kwestyą mogę polecić bardzo dobry artykuł SCHWIMMER'a, w drugim wydaniu encyklopedyi EULENBURG'a [T. XIII, str. 641]. Tu przypomnę tylko, że pierwszym, który to cierpienie opisał był WILLIAM GULL [1873]. Jego uderzył przede wszystkim stan podobny do kretynizmu, który wystąpił u kobiety dorosłej (*On a cretinoid state supervening in adult life in woman* — nosi tytuł jego praca). ORD [1877] zrobił pierwsze badanie pośmiertne, które wykazało, że owe nacieczenie skóry nie zależało ani od nagromadzenia tłuszczu, ani od obrzękowego płynu, lecz od zebrania się galaretowatej, podobnej do śluzu, masy, która chemicznie i anatomicznie posiadała własności tkanki śluzowej. Ztąd też dał nazwę tej chorobie *myxoedema*, [η μύξα—śluz, $\tau\omicron$ οίδημα—obrzęk], które się dotychczas w nauce utrzymało. Prawie jednocześnie takie same przypadki obserwowali we Francyi CHARCOT i MORVAN. Pierwszego z nich uderzył ogólny zewnętrzny wygląd chorych, przypominający zwierzęta gruboskórne, dlatego też dał nazwę samej chorobie — charłactwa gruboskórnego (*cachexie pachydermique*).

Prawdziwy interes naukowy choroba nas zajmująca zaczęła budzić dopiero od czasu, kiedy REVERDIN [1882] i KOCHER [1883] zwrócili uwagę, iż objawy charakterystyczne dla obrzęku śluzowego występują u ludzi po całkowitem wycięciu wola, *resp.* usunięciu gruczołu tarczowego. Klasyczny mianowicie opis charłactwa po tej operacyi (*cachexia strumipriva*), podany przez KOCHER'a (*Archiv f. klin. Chir. Bd 29, p. 279*), tak był podobny do znanych już objawów obrzęku śluzowego, że można było bez wahania mówić o obrzęku śluzowym operacyjnym (*myxoedème opératoire*).

Nadzieja wyświeatlenia etyologii tego zagadkowego cierpienia zwróciła uwagę chirurgów i fizyologów na gruczoł tarczowy. Zapatrywania na znaczenie tego ostatniego dla ustroju przechodziły najrozmaitsze fazy ²⁾.

Niegdyś utrzymywano, a zdanie to podzielał i odkrywca, a przynajmniej ojciec chrzestny tego gruczołu, WHARTON [1859], że gruczoł ten służy tylko ku ozdobie szyi, mianowicie kobiecej („*colla aequaliora ac venustiora reddit*“), inni uważali go za rodzaj elastycznej poduszki, ochraniającej tchawicę i jej nerwy od ucisku mięśni szyjowych [LUSCHKA]; późniejsi—ta teoria utrzymała się najdłużej—widzieli w gruczole tarczowym narząd, regulujący dopływ krwi do mózgu [SCHREGER]. Jeden tylko SCHIFF jeszcze w r. 1855 — 1857, na podstawie własnych doświadczeń, kategorycznie się wyraził, iż *gland. thyreoidea* jest narządem bardzo ważnym, wydzielającym jakąś substancję nieod-

¹⁾ MORVAN. Contribution à l'étude du myxoedème. Du myxoedème en basse Bretagne. Gaz Hebdom. 1881. Nr. 34.

²⁾ ROSENBLAT. Przyczyna smerti żywotnych poslie udalenia szczytowidnych żelez stoezki zrojenia eksperymentalnoj patologii. Dyssert. Petersburg. 1894.

zowną dla odżywiania środkowego układu nerwowego. Zdanie to jednak przebrzmiało jakoś bez echa, aż do czasu REVERDIN'a i KOCHER'a. Wtedy to tenże sam SCHIFF, nawiązując swoje poprzednie doświadczenia do nowych, doszedł do wniosku, że psy nie mogą istnieć bez wspomnianego gruczołu: po wycięciu tegoż giną wśród objawów apatii, drgawek, niekiedy tęcza. Co więcej, SCHIFF już zwrócił uwagę, że wycięcie gruczołu nie wywołuje groźnych następstw, jeżeli przed operacją implantować do jamy brzusznej gruczoł innego zwierzęcia tego samego gatunku. A więc gruczoł tarczowy wydziela pewną potrzebną dla ustroju substancję, którą można dostarczyć temuż inną drogą, mianowicie przez zaszczepienie nowego gruczołu.

Późniejsi badacze z małymi wyjątkami doszli do tych samych wyników. Najznakomitszy z tych badaczy V. HORSLEY dzieli zwierzęta, którym wycinał gruczoł tarczowy, na cztery kategorie: 1) takie, u których nie rozwija się wcale charłactwo po takiej operacji — ptaki i gryzonie, 2) u których charłactwo rozwija się w słabym stopniu, przeżywające i jednokopytne, 3) silniejsze — u małp i ludzi, 4) najsilniejsze — u drapieżnych. Niezależnie od indywidualności i gatunku, porządek objawów, występujących po wycięciu gruczołu tarczowego, jest taki: 1) okres nerwowy — drgawki, tetania, 2) obrzękowy — zmiany na skórze i 3) charłaczy lub okres kretynizmu, objawy apatii, tępości, oglupienia. Śmierć może nastąpić w każdym z tych okresów.

Wyrazem tego zajęcia, jakie obudził obrzęk śluzowy w świecie lekarskim, mianowicie też w Anglii, gdzie chorobę tę spostrzegano najczęściej, było utworzenie specjalnej komisji przy sekcji klinicznej towarzystwa lekarskiego w Londynie w r. 1883, która miała się zająć zbadaniem obrzęku śluzowego. Do składu komisji należeli najznakomitsi znawcy przedmiotu: ORD, HADDEN, HALIBURTON, STEPHEN, MACKENZIE i HORSLEY. Po kilkoletnich studiach komisya ogłosiła drukiem swój raport, raczej monografię, opartą na szczegółowem zbadaniu 109 przypadków [wśród tego 13 sekcyjnych¹⁾]. Zestawienie tak znacznej liczby przypadków obrzęku śluzowego u ludzi i zwierząt doprowadziło wspomnianą komisję do następujących wniosków:

1-o Obrzęk śluzowy jest chorobą dobrze scharakteryzowaną, zdarzającą się częściej u kobiet niż u mężczyzn, przeważnie w wieku średnim.

2-o. Badania kliniczne i anatomo-patologiczne wykazują, że wspólnem dla wszystkich tych przypadków zjawiskiem są zmiany destrukcyjne w gruczole tarczowym, polegające na zastąpieniu właściwej tkanki gruczolowej przez delikatną tkankę włóknistą.

3-o. Często się zdarza przerost tkanki łącznej na skórze, nie tak często w narządach wewnętrznych.

4-o. O ile zmiany na skórze, wypadanie włosów i zębów, zwiększony ciężar ciała dają się objaśnić przez zmianę warunków anatomicznych, o tyle te ostatnie

¹⁾ Raport of a committee of the clinical society of London to investigate the subject of myxoedema. London, 1888, str. 215, gr. 8^o, 10 tablic. Dokładne streszczenie w Berl. klin. Woch. 1889. Nr. 42, krótkie streszczenie w Przegl. Lek..

nie tłumaczą zaburzeń w mowie, ruchu, czuciu, świadomości, inteligencji, które to zaburzenia zajmują wybitne miejsce w objawach obrzęku śluzowego.

5 o. Nie można stale konstatować w tkankach zwiększenia ilości mucyny. Być może, zawartość tej ostatniej ulega znacznym wahaniom w przebiegu choroby, a przed śmiercią dochodzi do *minimum*.

6-o. Wycięcie gruczołu tarczowego u zwierząt, zwłaszcza u małp, sprowadza obrzęk śluzowy. Sąsiednie nerwy i tchawica nie są przytem dotknięte. We krwi i różnych tkankach takich zwierząt znajdujemy zwiększoną ilość mucyny.

7-o. Charłactwo po wycięciu gruczołu tarczowego (*cachexia strumipriva*) zupełnie jest w innych objawach podobne do obrzęku śluzowego (*myxoedema*).

8-o. Gdzie wycięcie gruczołu tarczowego przechodzi bez wyżej opisanych objawów, tam prawdopodobnie istnieje gruczoł dodatkowy, albo gruczoł nie był całkowicie usunięty, albo też chorzy nie byli dostatecznie długo spostrzegani po operacyi.

9-o. Wszystkie przyczyny, przytaczane dla obrzęku śluzowego po wycięciu gruczołu tarczowego [uszkodzenia sąsiednich narządów, wpływy endemiczne], muszą być, na zasadzie analizy znanych przypadków, wykluczone. Jednym z dowodów tych jest fakt, że *cachexia strumipriva* zdarza się również często u mężczyzn, jak u kobiet, *myxoedema* zaś częściej u kobiet.

10-o. Obrzęk śluzowy u dorosłych przebiega wśród takich samych objawów, jak sporadyczny kretynizm u dzieci. Obrzęk śluzowy jest prawdopodobnie identycznym z *cachexia strumipriva* i znajduje się w blizkiem pokrewieństwie z endemicznym kretynizmem. Praca komisji londyńskiej dała pochop do nowych badań i wywołała nowy zastęp pracowników, nową seryę doświadczeń i spostrzeżeń.

Wszyscy badacze—z nielicznymi wyjątkami—przyjmują fakt, że gruczoł tarczowy jest niezbędnym dla życia zwierzęcego, że całkowite wycięcie tegoż sprowadza śmierć u zwierząt. Co się tyczy ludzi, to podług statystyki BILLROTH'a ¹⁾ w 12 przypadkach na 53 całkowitego wycięcia gruczołu tarczowego rozwinęły się objawy tetanii, czego nie było ani razu w 115 przypadkach cząstkowego wycięcia gruczołu. Jeszcze przed ogłoszeniem raportu komisji angielskiej P. BRUNS [1881] uważał, że całkowite wycięcie gruczołu tarczowego powinno być zupełnie wykreślone z rzędu fizjologicznie dozwolonych operacyi, lubo nie ulega wątpliwości, że takie operacye były wykonywane bez wywołania obrzęku śluzowego, ani bez nawrotu wola. Czy w przypadkach tych dadzą się wykluczyć wszystkie warunki, wymienione pod № 8 wyżej przytoczonych punktów komisji londyńskiej—odpowiedzieć trudno.

[C. d. n.]

¹⁾ v. EISELSBERG. Ueber Tetanie im Anschluss an Kropfoperation. VIRCHOW's Jahresber. 1890. T. II, str. 499.

Wiadomości bieżące.

— FAULHABER w Towarzystwie Lekarskiem Wiedeńskim demonstrował: 1-o znalezione na sekcji nowotwór podsurowiczy jelita biodrowego wielkości małej pięści, a usadowiony na 1 metr powyżej zastawki biodrowo-kątniczej. Za życia guz częstokroć wywoływał niedrożność i miejscowe zapalenie otrzewnej. Badanie drobnovidzowe wykazało, iż guzem owym był czysty mięśniak, poczynający się na błonie mięsnej ściany kiszkiowej; jest to pierwszy w literaturze przypadek mięśniaka jelita tak znacznej objętości. 2-o dwa preparaty jelita biodrowego rozerwanego wskutek uderzenia kopytem; śmierć w obu razach nastąpiła w 36—48 godzin wśród objawów zapalenia otrzewnej oraz upadku sił. Badanie pośmiertne wykazało wynaczynienia w mięśniach ściany brzusznej; rozsiane włóknikowe ropne zapalenie otrzewnej oraz skośnie pęknięcie ściany jelita długości 1—1½ ctm.. (*Wien. klin. Wochenschrift. 1894. Nr. 17*). W. Ł.

RIED w klinice prof. DRASCHE w Wiedniu dokonał szeregu badań klinicznych nad własnościami leczniczymi soli strontu, zwłaszcza mleczanu. Wyniki badań są następujące; 1-o *strontium lacticum* w wielu razach znacznie zmniejsza w moczu ilość białka, przy chorobie BRIGHT'a, 2-o sól owa podawana w roztworze 25,0 na 150,0 wody po 3—4 łyżek dziennie, działa jako pewny środek moczopędny, 3-o dzięki powyższej własności radzi R. podawać mleczan strontu przy wysiękach opłucnej jako środek zastępujący czasowo salicyl, który działa po dłuższym użyciu trująco, czego mleczan strontu podawany nawet tygodniami nie posiada zupełnie. (*Wien. klin. Woch. 1894. Nr. 17*) W. Ł.

— VIGNERON z Marsylii wstrzykuje roztwór antypiryny do pęcherza moczowego celem zniesienia bolesności oraz kurczenia się pęcherza, wywołanych leczeniem miejscowym za pomocą azotanu srebra. W tym celu V. do pęcherza o pojemności zwykłej, przed wprowadzeniem doń leku, wstrzykuje 10,0—20,0 4% roztworu antypiryny, który pozostawia na 10 minut. Jeżeli zaś pojemność pęcherza jest zwiększoną [np. przy powiększeniu gruczołu krokowego], wówczas po przemyciu pęcherza azotanem srebra wprowadza od 60,0—120,0 ½—1% roztworu antypiryny, który pozostawia w pęcherzu. (*La Semaine méd. 1894. Nr. 30*). W. Ł.

— Otrzymałszy list następujący:

Trudniąc się obecnie opracowaniem kwestyi chirurgicznej pomocy przy leczeniu *fibromyomatis uteri*, zwracam się do Szanownych Kolegów o łaskawe udzielenie, w możliwie krótkim czasie, wiadomości o tych przypadkach tego cierpienia, przy których miały miejsce jakie bądź chirurgiczne rękoczyny. Do tego się odnosi nie tylko wycinanie całej macicy i *myomotomia* ale i *abrasio uteri*, *castratio*, podwiązanie naczyń krwionośnych i t. d..

Proszę o nadesłanie wiadomości pod adresem: St. Petersburg, Raziezzaja ul. Nr. 1, kw. 8. Wraczu H. M. KAKUSZKINU.

St. Petersburg, 1894. VI. 28.

Z prawdziwym szacunkiem pozostaję
D-r Kakuszkin.

— Profesorem kliniki chirurgicznej w szpitalu *de la Pitié* po śmierci Le Fort'a mianowany został D-r PAUL BERGER.

— Rada miasta Paryża zdecydowała nadać kilku ulicom, w bliskości szpitala Salpêtrière leżącym, nazwy ulicy: CHARGOT, ULYSSE-TRELAT i TROUSSEAU.

Do dzisiejszego N-r Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych książek“ księgarni E. Wendego i S-ki za miesiąc czerwiec, 1894.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Ценаурою. Варшава 14 Юля 1894 г.

Друк К. Ковалевскаго, Крѣлевска Nr. 29.