

Kielm. Sen
Prof. Dr. Przemysław Pięiążka.

SPRAWOZDANIE

Dr. III 3211.

Z ODDZIAŁU DLA CHOROÓB KRTANI, GARDŁA I NOSA

Prof. PIENIAŻKA

w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie

za rok 1896.

Napisał

DOC. DR. ALEKSANDER BAUROWICZ
asystent uniwersytecki oddziału.



W KRAKOWIE,
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1897.

SPRAWOZDANIE
Z ODDZIAŁU DLA CHORÓB KRTANI, GARDŁA I NOSA

Prof. PIENIĄŻKA

w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie

za rok 1896.

Napisał

DOC. DR. ALEKSANDER BAUROWICZ

asystent uniwersytecki oddziału.



W KRAKOWIE,

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem A. M. Kosterkiewicza

1897.

Osobne odbicie z „Przeglądu lekarskiego“ 1897. Nr. 12 i 13.

Z-1395 70

Akc. zI. 2024. nr. 67.....

Bez porównania większa liczba chorych tak stałych jak i przychodnych za rok ubiegły, będący rokiem trzecim istnienia naszego oddziału, jest najlepszym dowodem konieczności podobnego oddziału przy szpitalu powszechnym, by choroby z zakresu górnych dróg oddechowych, wymagające pomocy ściśle fachowej, poddać umiejętnemu traktowaniu. Uznanie to dziś jest już powszechne a wystarczyłoby mi przytoczyć różne miejscowości skąd nasi chorzy przybywali, by dać dowód, iż z najodleglejszych krańców Galicyi i Bukowiny a nawet z Królestwa Polskiego nie brakło chorych szukających w szpitalu krajowym krakowskim pomocy w swoich cierpieniach. Ze względu na szczupłą ilość łóżek, musieliśmy ograniczyć liczbę chorych szukających przyjęcia, do przypadków wymagających koniecznego pobytu w szpitalu, wymagających leczenia przeważnie chirurgicznego. Podobnie jak w latach ubiegłych, korzystaliśmy z gościowości Prof. Dr. A. Obalińskiego, prymaryusza oddziału chirurgicznego, załatwiając główną pracę naszego oddziału w sali operacyjnej; tak więc Wielm. Panu Prof. Dr. Obalińskiemu jak niemniej Wielm. Panu Dyrektorowi Prof. Dr. Stanisławowi Ponikle, który zawsze otaczał nas łaskawą opieką i przychylnością, składamy publiczne podziękowanie.

Opieka też Wysokiego Rządu zasługuje na szczególne uznanie; udzielenie dotacyi, dało możność wyposażenia oddziału w niezbędne instrumentaryum, które lubo zostaje własnością rządową, przecież oddane zostało do użytku oddziałowi szpitala krajowego.

W roku ubiegłym 1896, pozostawało w naszym oddziale, liczącym dziesięć łóżek, po pięć dla mężczyzn i kobiet, 106 chorych, z czego 61 przypada na mężczyzn a 45 na kobiety; wliczając do liczb ostatnich 3 mężczyzn a 2 kobiety pozostałe z r. 1895 widzimy, że ilość chorych leczonych w oddziale naszym w roku 1896 wynosiła chorych 111; z liczby tej pozostało na rok 1897 mężczyzn 5, kobiet 4, razem 9 chorych.

Zestawienie wszystkich przypadków na tablicy najlepiej uwidoczni nam ruch chorych:

| Nazwa choroby | mężczyzn | kobiet | Razem |
|----------------------------------------------------------------|----------|--------|-------|
| <i>Scleroma</i> | 10 | 10 | 20 |
| <i>Stenosis laryngis e perichondritide</i> | 1 | 1 | 2 |
| <i>Stenosis laryngis post perichondritidem</i> | 8 | — | 8 |
| <i>Stenosis laryngis post laryngitidem crouposam</i> | 2 | 8 | 10 |
| <i>Tuberculoma septi</i> | — | 3 | 3 |
| <i>Tuberculosis laryngis</i> | 13 | 3 | 16 |
| <i>Lupus narium et pharyngis</i> | 2 | — | 2 |
| <i>Lupus pharyngis et laryngis</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Lues secundaria pharyngis</i> | — | 1 | 1 |
| <i>Lues secundaria laryngis</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Lues tertiaria narium et pharyngis</i> | 1 | 1 | 2 |
| <i>Lues tertiaria pharyngis</i> | 1 | 1 | 2 |
| <i>Lues tertiaria laryngis</i> | — | 1 | 1 |
| <i>Epiglottitis</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Laryngitis acuta subchordalis</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Laryngitis chronica</i> | 2 | 2 | 4 |
| <i>Aphonia hysterica</i> | — | 1 | 1 |
| <i>Functio respiratoria perversa</i> | — | 1 | 1 |
| <i>Paralysis nervi recurrentis</i> | — | 2 | 2 |
| <i>Papillomata laryngis</i> | 3 | — | 3 |
| <i>Stenosis laryngis post fracturam communitivam</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Stenosis tracheae e struma</i> | — | 1 | 1 |

| Nazwa choroby | mężczyzn | kobiet | Razem |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------|-------|
| <i>Fistula trachealis, exstirpatio totius laryngis e carcinomate facta</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Fistula trachealis post tracheotomiam factam e laryngitide cronposa</i> | — | 2 | 2 |
| <i>Carcinoma radices linguae</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Carcinoma pharyngis</i> | 1 | 2 | 3 |
| <i>Carcinoma laryngis</i> | 3 | — | 3 |
| <i>Carcinoma tracheae</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Sarcoma cavi naso-pharyngis</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Pemphigus</i> | — | 1 | 1 |
| <i>Abscessus paratonsillaris</i> | — | 1 | 1 |
| <i>Abscessus ad radicem linguae</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Epistaxis</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Polypi narium</i> | 1 | 1 | 2 |
| <i>Rhinitis chronica hypertrophica</i> | 2 | 1 | 3 |
| <i>Ectasia cellularum ethmoidalium</i> | — | 1 | 1 |
| | 61 | 45 | 106 |

Jak i w latach poprzednich największą ilość przypadków, leczonych w naszym oddziale, zajmuje twardziel (*scleroma*), której mieliśmy dwadzieścia przypadków; ze względu jednak że dwóch chorych po raz drugi szukało pomocy w szpitalu, ilość chorych z twardzielą wynosiła 18. Z tych tylko w 3 przypadkach zmiany ograniczały się do początku górnych dróg oddechowych, zajmując nos, względnie jamę noso-gardłową, a nawet jamę gardła; w innych 15 przypadkach zmiany znajdowały się także i w krtani, stając się dwanaście razy przyczyną zwężenia; w pozostałych trzech przypadkach 2 razy otwór głośni był dostatecznie szeroki, w trzecim zaś było zwężenie krtani, lecz przyczyną jego było zapalenie chrząstki krtani, o czym wspomnę poniżej. Na 18 przypadków twardzieli, tylko 5 razy zewnętrzne zmiany kształtu nosa zdradzały przyrodę cierpienia; w innych przy-

padkach samem oglądaniem nosa nie można było rozpoznać choroby, lubo niekiedy przy obmacywaniu nosa od zewnątrz można było stwierdzić w głębi cechującą niepodatność i twardość.

Z dwunastu przypadków twardzieli ze zwężeniem krtani, w sześciu wykonano tracheotomię, w dwóch chorzy przybyli już po wykonanej tracheotomii; z tych ośmiu chorych tracheotomowanych, w trzech przypadkach wykonano laryngofisurę i we wszystkich trzech przypadkach po pewnym czasie mogliśmy kaniulę usunąć. W innych, pięciu przypadkach tracheotomowanych dwa razy uzyskano, po części drogą rozszerzania, po części zaś zabiegów śródkrtaniowych (*endolaryngealnych*), powiększenie się otworu głośni; nie mogliśmy jednak na razie kaniuli usunąć; innych wreszcie trzech chorych, po zrobieniu tracheotomii, zażądało wypisania ich ze szpitala. W czterech przypadkach, ze względu, że stopień zwężenia nie nadawał się do tracheotomii, stósowano rozszerzanie krtani za pomocą rurek kauczukowych Schröttera, obok (w jednym przypadku) zabiegów operacyjnych śródkrtaniowych, zyskawszy we wszystkich przypadkach usunięcie zwężenia; chorzy z lekkim oddechem opuścili szpital.

Co do innych przypadków twardzieli, zasługuje na uwagę jeden, który leczony był w roku zeszłym z powodu guzowatego nacieku twardzielowego na wewnętrznej powierzchni nagłośni, będącego przyczyną zwężenia krtani w tem miejscu; wykonano pharyngotomię podgnykową (*subhyoidea*) w połączeniu z laryngofisurą, usuwając całkowicie nagłośnię. W przypadku tym mogliśmy się po 8 miesiącach przekonać o doskonałym wyniku tego zabiegu operacyjnego, gdyż nie znaleźliśmy zmian miejscowych, któreby przemawiały za dalszem szerzeniem się sprawy chorobowej, czego z góry spodziewać się należało, na podstawie wyniku badania drobnovidowego wyciętego guza, przedstawiającego w przeważnej już części utkanie zbite, włókniste.

W innym przypadku, w którym zajęte były w całości górne drogi oddechowe, mieliśmy zwężenie jamy gardłowej,

powstałe wskutek przyciągnięcia zniekształconego podniebienia miękkiego do tylnej ściany gardła, również okazującej podobne zmiany. Otwór pozostały, stanowiący połączenie między jamą gardła, a noso-gardłową, przedstawiał się zaledwo w kształcie małego lejkowatego zagłębienia, przez co oddychanie przez nos stało się niemożliwem a i mowa była niewyraźną. W przypadku tym, po usunięciu nacieków, zajmujących jamy nosowe, rozszerzono na boki wspomniany otwór galwanokauterem; teraz spostrzeżono, że w jamie noso-gardłowej, istnieje drugie zwięzenie, mianowicie między tylną powierzchnią podniebienia miękkiego, a ścianą tylną jamy noso-gardłowej, które również musiano usunąć, po części galwanokauterem, a po części zakrzywionemi nożyczkami.

Dalej zasługuje na uwagę przypadek twardzieli, w którym lubo zmiany krtaniowe były charakterystyczne, podobnie jak i w jamie noso-gardłowej, znaleziono w obszernych jamach nosowych, obok objawów przewlekłego nieżytu zanikowego, na muszli dolnej lewej, płaskie wzniesienie, sinawo-czerwonego zabarwienia, bardzo łatwo krwawiące za dotknięciem zgłębnika. Część tę usunięto pętłą celem badania drobnowidowego, które wykazało świeże zmiany twardzielowe; u chorej tej wykonano laryngofisurę, a w kawałkach, uzyskanych na tej drodze, znalazłem również charakterystyczny obraz twardzieli.

Dalej mieliśmy przypadek również rzadki, w którym, obok zmian twardzielowych w nosie i jamie noso-gardłowej, znajdowało się ognisko odosobnione w tylnej części twardego podniebienia. Naciek ten, wielkości korony, przedstawiał powierzchnię lekko nierówną z przeświecającemi brodawczkami błony śluzowej; miejscami znów widać było pokłady zgrubiałego przybłonka, obok miejsc pokrytych żółtawą wypociną; te ostatnie miejsca krwawiły za dotknięciem zgłębnika. Mając charakterystyczne zmiany na innych miejscach, łatwo można było postawić rozpoznanie co do przyrody nacieku na podniebieniu; lecz gdyby tych cechujących zmian nie było, rozpoznanie po wykluczeniu innych przyczyn, wahałoby się

musiało między naciekiem płaskiego przybłonka, a właśnie zmianą twardzielową.

Wreszcie, jak już wyżej wspomniałem w jednym przypadku twardzieli jam nosowych i jamy noso-gardłowej, mieliśmy zwężenie krtani na tle świeżego zapalenia ochrzęstnej. Chora ta przybyła do nas z wykonaną już tracheotomią przed czterema tygodniami; gdy objawy zapalne i ropienie przeminęło, wykonaliśmy laryngofisurę, by usunąć zwężenie podgłośniowe, a następnie stósowaliśmy przez długi czas rozszerzanie czopkami Thosta. Po uciążliwym leczeniu, ciągnącym się całe miesiące, połączonym z powtórnią laryngofisurą, doszliśmy w końcu do tego stanu, że kaniulę można było usunąć; przetoka tchawiczna zarosła i chora przez dłuższy czas oddychała swobodnie, ruchomość strony lewej krtani była bardzo dobra. Otwór głośni pozostawiał przecież jeszcze nieco do życzenia; zamierzono więc rozszerzyć go rurkami Schröttera; raz jednak po założeniu rurki wystąpiło obrzmienie tak, że jeszcze tego samego dnia popołudniu trzeba było wykonać tracheotomię. Lubo w pewien czas później obrzmienie ustąpiło i chora znowu z kaniulą, zatkaną korkiem oddychać mogła, przecież usunięcie rurki na razie nie było możebne; poleciliśmy więc chorej zgłosić się po upływie kilku miesięcy.

Biorąc pod uwagę przyrodę zwężenia krtani, zrozumimy brak warunków do dodatniego wyniku leczenia, mimo tylu różnych zabiegów; w niżej przytoczonych przypadkach spotkamy się z podobnym zawodem wyników leczenia, co znajduje, jak powiadam, wytłumaczenie w naturze cierpienia.

Obok wspomnianego przypadku świeżego zapalenia ochrzęstnej krtani mieliśmy jeszcze dwa inne przypadki; jeden dotyczył kobiety 60 letniej, gdzie znaleźliśmy znaczne obrzmienie o zabarwieniu czerwonym chrząstki nalewkowej lewej, fałdu nalewko-nagłośniowego, obok objawów zwężenia krtani, nie dających jednak wskazania do tracheotomii. Chora ta od początku przyjęcia okazywała objawy zapadu, wkrótce też straciła zupełnie przytomność i już trzeciego

dnia zmarła. Sekcya stwierdziła naciek zapalny zajmujący błonę śluzową chrząstki nalewkowej, fałdu nalewko-nagłośniowego i boku nagłośni a nadto w miejscu przyczepu fałdu do nagłośni ognisko ropne; ochrzęstna sama nie okazywała zmian, był to więc raczej przypadek *phlegmone laryngis*.

W innym przypadku, był to mężczyzna liczący lat 26, u którego na kilkanaście dni przed zgłoszeniem się do nas zrobiono tracheotomię; ze względu na świeżą sprawę zapalną mianowicie obustronną *perichondritis circo-arytaenoidea* zwłaszcza strony lewej, wkrótce wypisano chorego ze szpitala z poleceniem zgłoszenia się po upływie dłuższego czasu, znajdziemy też przypadek ten drugi raz opisany poniżej.

Zwężenie krtani po przebytem zapaleniu ochrzęstnej mieliśmy właściwie sześć tylko przypadków, gdyż jeden chory po pewnym czasie po raz drugi na oddział powrócił; wreszcie trzech chorych, było leczonych już w roku zeszłym; wszystkie przypadki dotyczyły mężczyzn. W pięciu z nich zrobiliśmy laryngofisurę, u jednego chorego nawet dwa razy, wycinając przy tem części zwężające światło krtani, bez oszczędzenia strun głosowych, by uzyskać światło dostatecznie szerokie. Przy nieruchomości jednej połowy krtani, tam gdzie struna głosowa stała w linii środkowej, ponieważ przez wycięcie jej nie wiele zyskanoby na rozszerzeniu światła, zabierano wtedy strunę ruchomą, przezco szpara głośni uległa znaczniejszem rozszerzeniu a wytworzenie się listwy na ścianie bocznej, w miejscu struny wyciętej, wynagradzało jej brak. Przy obustronnej nieruchomości byliśmy zmuszeni wycinać obie struny prawdziwe, gdyż w tych razach i tak struny wrzekome biorą na siebie czynność wytwarzania głosu. Mimo tych krwawych zabiegów zawsze trzeba było następnie przystąpić do rozszerzania, bądź czopkami Thosta, bądź też Schröttera. W czterech przypadkach doszliśmy do tego, że chorzy z zatkaną kaniulą swobodnie mogli oddychać. Niektórzy z tych chorych żądali wypisania ze szpitala, a względnie czyniliśmy to sami, pozostawiając dekaniulację do stósownego czasu; w jednym tylko przypadku,

z powodu wystąpienia objawów świeżego zapalenia ochrzęstnej, musieliśmy zaprzestać odpowiedniego leczenia, skierowanego przeciw zwężeniu. W ostatnim wreszcie przypadku, leczonym w roku zeszłym, po zastosowaniu przez pewien czas rozszerzania, lubo można było kaniulę usunąć, przecież poleciliśmy choremu zgłosić się znowu po upływie pewnego czasu, pouczeni doświadczeniem, że w przypadkach zwężeń krtani po przebytem zapaleniu ochrzęstnej krtani, nie należy się spieszyć z dekaniulacją.

Trzecie z rzędu miejsce zajmują przypadki z wężeni krtani po przebytem dławcu, względnie po tracheotomii wykonanej z powodu dławca. Przypadki te można by podzielić na dwie gromady: jedną stanowiłyby przypadki, w których z powodu wytworzenia się ziarniny nad okienkiem kaniuli, co ma zwłaszcza miejsce od przodu, lub obrzmień pozostałych na ścianach bocznych, nie podobna przystąpić do dekaniulacji. Do drugiej gromady należą przypadki, w których więzadła, z powodu wytworzenia się blizn na tylnej ścianie krtani, zbliżone do linii środkowej, nie rozchodzą się należycie; naturalnie, że i w tych razach może nie brakować ziarniny, względnie obrzmienia podwieszadłowego, zwężających tem bardziej światło głośni, względnie okolicy podgłośniowej. Jak w przypadkach gromady pierwszej, czy to ostrą łyżeczką lub rozszerzaniem od dołu za pomocą tamponików z gazy jodoformowej (modo Pieniążek), lub czopków Thosta, względnie od góry czopków Schröttera, dalej leczeniem galwanokauterem, zyskamy prawie zawsze wynik dobry, zakładając ewentualnie w pewnych razach po dekaniulacji tubusy O' Dwyera, zmodyfikowane przez Pieniążka (w górze na przekroju trójkątne, odpowiednio kształtowi prawidłowej głośni), tak w przypadkach gromady drugiej rokowanie jest już gorsze, gdyż przypadki te, zwłaszcza gdy sprawa jest zastarzała, są nadzwyczaj uporczywe, wymagając w wielu razach jedynie wykonania laryngofisury, by ponacinać zbliżowaciałą błonę śluzową na tylnej ścianie krtani, przezco więzadła głosowe zyskają na

abdukcji, a stosując teraz rozszerzanie, możemy dojść do celu; lecz i tu po dekaniulacji często będziemy zmuszeni do zakładania tubusów Pieniążka.

Przypadków zwężeń krtani po dławcowych mieliśmy pięć, a lubo na tablicy uwidocznioną jest cyfra dziesięć, tłumaczyć ją należy w ten sposób, iż jedna chora 3 razy wracała do naszego oddziału, inne dwie chore po dwa razy były przyjętymi.

Z przypadków pierwszej gromady mieliśmy tylko jeden, w którym przypalono galwanokauterem wzniesienia listwowe na ścianach bocznych, a następnie zakładano przez pewien czas tubusy, co doprowadziło do wyleczenia. W 4 przypadkach gromady drugiej, udało się raz jeden, ze względu, że przypadek był świeży, w krótkim stosunkowo czasie po usunięciu ziarniny, zyskać dostateczną szerokość głośni, zakładaniem tamponików z gazy; w innych dwóch razach musiano zrobić laryngofisurę, następnie zakładano tamponiki z gazy, wyskrobując, względnie przypalając, wzniesienia na ścianach bocznych; oba te przypadki obecnie znajdują się jeszcze w naszym oddziale na drodze do wyleczenia. W jednym z nich usunęliśmy już kaniulę, inny zaś leczony jest jeszcze rozszerzaniem za pomocą tamponików. Przypadek czwarty, bardzo uporezywy, odnosi się do chorej, wspomnianej już w sprawozdaniach z lat poprzednich, u której znowu wytworzyło się wzniesienie sierpowate na ścianie tylnej, sterzące tak znacznie ku przodowi, że oddziela prawie zupełnie krtani od tchawicy; chora ta pozostaje nadal w leczeniu.

Na szczególną uwagę zasługuje przypadek zwężenia tchawicy z powodu wola, u chorej lat 18 liczącej, której na kilka tygodni przed przyjęciem do szpitala, wykonano w klinice chirurgicznej krakowskiej wyłuszczenie wola, z powodu utrudnionego oddechania, spowodowanego uciskiem wola na tchawicę. Przy tej operacji stwierdzono spłaszczenie tchawicy, lecz ze względu, że często tchawica po usunięciu ugniatającej przyczyny, wraca do pierwotnego stanu, a oddech nie był znowu zbyt utrudniony, nie

robiono tracheotomii. Gdy jednak na drugi dzień oddechanie chorej nagle stało się trudniejszym, zaszła potrzeba i konieczność wykonania tracheotomii. W miejsce zwykłej kaniuli, która byłaby za krótką, by mózdz rozewrzeć zapadłe aż do dołu ściany tchawicy, założono kaniulę elastyczną Pieniążka (dostarcza Reiner w Wiedniu); po pewnym czasie, gdy po wyjęciu rurki chora oddychała swobodnie, zostawiono ją bez rurki, a otwór tchawiczny zagoił się *per secundam*.

W dwa tygodnie po wypisaniu chorej z kliniki zgłosiła się ona do naszego oddziału na wizytę ambulatoryjną; oddech miała ciężki, nie tak jednak, by trzeba było robić tracheotomię natychmiast. Przy badaniu stwierdziłem znaczne wgniecenie lewej ściany tchawicy, a nadto ziarninę na ścianie przedniej, odpowiednio miejscu tracheotomii; światło tchawicy przedstawiało się w postaci wąskiej szczeliny. Ze względu, że mego szefa w dniu przybycia chorej nie było w oddziale, postanowiłem z tracheotomią poczekać do dnia następnego. Noc była ciężką dla chorej, gdyż duszność silniej występowała przy zasypianiu. Następnego dnia bezwzględnie przystąpił kierownik oddziału do tracheotomii, przedstawiającej niezwykle trudności. Po znieczuleniu skóry kokaïną i po rozcięciu części miękkich, przekonano się, że tchawica znacznie z obu boków spłaszczona, nie znajduje się w linii środkowej, lecz przemieszczona jest i skrzywiona na prawo tak, że tylna jej ściana zwrócona ku stronie lewej. Próbowano pod kontrolą palca wykonać rozcięcie tchawicy, a lubo natrafiono cięciem na nią, za czem przemawiał syk wydobywającego się powietrza, na odszukanie jednak tego miejsca, by założyć rozworkę, ze względu na znaczną duszność, nie było czasu; pośpiesznie też wprowadzono przez usta do tchawicy angielski kateter grubszego kalibru, przez który chora oddychać mogła. Odnalezienie tchawicy obecnie było już łatwe, odszukano nawet miejsce poprzedniej tracheotomii, gdzie i teraz wykonano rozcięcie tchawicy. Na razie założono zwykłą kaniulę; ze względu

jednak, że oddech chorej zawsze nie był swobodny, musiano dać kaniulę elastyczną.

Przy zmianie kaniuli, każdodziennie można było obserwować, jak zaraz po wyjęciu rurki zapadały się ściany boczne tchawicy tak, że dopiero 18 dnia po tracheotomii, gdyśmy upewnili się, iż po usunięciu rurki długiej i zaciśnięciu fistuły tchawicznej, oddech chorej drogą naturalną był dostateczny, przeszliśmy do kaniuli zwykłej, którą chora nosiła przez dni siedm, poczem zostawiliśmy ją bez kaniuli. Przetoka tchawiczna zaciągała się szybko, oddech chorej pozostał bardzo dobry tak, że po pewnym czasie obserwacji, mogliśmy chorą bezpiecznie wypuścić z naszej opieki. Przy wypisaniu jej, zanotowaliśmy zawsze jeszcze miernego stopnia wgniecenie lewej ściany tchawicy, przeszkadzające dojrzaniu głębszych części tchawicy; jednak bardzo dobry oddech chorej upewniał nas, że poniżej tego miejsca, które mogliśmy dojrzeć, światło tchawicy musi być dostatecznie szerokie.

Z przypadków nowotworów złośliwych dwa przenieśliśmy na oddział chirurgiczny celem radykalnego leczenia; w jednym przypadku (J. S., lat 46), był to nowotwór rakowy, zajmujący prawą połowę krtani; sprawa chorobowa ograniczała się wyłącznie do wnętrza krtani, warunki więc do zabiegu doszczętnego były możliwie korzystne. Prof. Obaliński wykonał też, przy zwieszanej głowie, położniczne wycięcie krtani; w 6 tygodni po operacji o przebiegu zupełnie prawidłowym, usunięto kaniulę i myślano o zaszyciu niebawem przetoki tchawicznej; chory jednak, który już od dłuższego czasu sam dobrze przełykał, począł z kaszlem wyksztuszać płwocinę charakterystycznie cuchnącą i w kilku dniach nagle wśród napadu zakończył życie. Nekroskopia wykazała z jednej strony doszczętne usunięcie sprawy nowotworowej, z drugiej potwierdziła przypuszczalną przyczynę zgonu, t. j. zgorzel płuca prawego.

Drugi przypadek (J. V., lat 55), dotyczył raka dolnego odcinka gardła; nowotwór ten, widzialny dopiero przy bada-

niu wziernikiem krtaniowym, przedstawiał się w postaci guza wielkości orzecha włoskiego, zajmującego szeroką podstawę ścianę tylną i boczną lewą dolnego odcinka gardła, przykrywając wejście do krtani. W przypadku tym po zrobieniu wstępnej tracheotomii wyłuszczył Prof. Obaliński nowotwór drogą faryngotomii bocznej prawej. Początkowo karmiono chorą przez cewnik, pozostawiony na stałe; po pewnym jednak czasie cewnik usunięto, chora połykała sama bardzo dobrze, a ze względu, że i rana zewnętrzna była już na wygojeniu, myślano o najlepszym wyniku zabiegu, tymczasem badanie wykazało znowu guz nowotworowy wielkości orzecha laskowego, na szerokiej podstawie, zajmujący boczną lewą ścianę dolnego odcinka gardła.

Wykonane zabiegi i ich wynik w obu tych przypadkach, pozwoliłem sobie pokrótce przytoczyć, ze względu, że oba te przypadki, przed operacją jak i po operacji były obserwowane w naszym oddziale.

W trzecim przypadku raka krtani stwierdzono guz (L. H., lat 56) na przedniej części struny prawdziwej lewej w całości obrzniętej i zaczerwienionej, przy brzegu i na górnej powierzchni struny; guz ten był dość płaski o powierzchni nierównej, pozbawiony przybłonka, obok miejsc pokrytych białą wydzieliną. Ruchomość tej struny była zupełnie prawidłową; narośl tę usunięto środkrtaniowo, a badanie drobnowidowe, wykazało typowe utkanie rakowe. Niestety, nie mieliśmy sposobności widzenia więcej tego chorego.

Wreszcie zasługuje jeszcze na uwagę przypadek nowotworu złośliwego tchawicy, przy badaniu którego dowiedzieliśmy się z wywiadów, że chory od 4 miesięcy doznaje duszności przy wykonywaniu jakiejś większej pracy, a nadto, że od kilku tygodni odkrztusza bardzo cuchnącą wydzielinę. Prawą strunę głosową znaleźliśmy nieruchomą w położeniu pośrednim, a w dolnej części tchawicy po stronie prawej widać było wzniesienie nierówne, zwężające światło tchawicy w tem miejscu. Ze względu jednak, że oddech chorego był swobodny, nie mieliśmy na razie wskazania do tracheotomii;

tymczasem pod wieczór w dniu przyjęcia chorego, dostał on napadu gwałtownego kaszlu, podczas którego stracił przytomność, a lubo tracheotomię wykonano, chorego jednak docucić się nie było można. Nekroskopia potwierdziła rozpoznanie, wykazując rozpadłego raka prawej ściany tchawicy, obok zajęcia gruczołów śródpiersia przedniego i okolicy obojczyka prawego, oraz przerzutów w gruczołach wnęki płuc i wątrobie. Nagły zgon chorego tłumaczyć należy sobie rozmiękczeniem na znacznej przestrzeni ściany tchawicy,

Mówiąc o nowotworach złośliwych, wspomnę tu o przypadku raka krtani, w którym, przed 6 laty, po poprzedniej laryngofisurze i wyskrobaniu nowotworu przez Prof. Pieniążka, z powodu nawrotu choroby, wykonał Prof. Obaliński całkowite wyluszczenie krtani; dziś więc obserwując ten przypadek, możemy potwierdzić radykalne wyleczenie, mając za sobą nietylko trzy lata, wymagane dla przypadków wyleczonych (*definitiv geheilt*), ale nawet z górą lat sześć. Przypadek ten, wraz z dwoma innymi, ogłoszony był przez Prof. Pieniążka w *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* Tom 36 z roku 1893.

Przypadek zwężenia krtani z powodu wielokrotnego złamania chrząstek krtaniowych nie był świeżym, lecz już poprzednio był leczony operacją laryngofisury i rozszerzaniem; chory ten jednak zrzekł się wówczas długotrwałego leczenia pozostając nadal z rurką tchawiczną. Dziś, po latach, tem mniej mogła być mowa o usunięciu zwężenia krtani, a chory pozostawał u nas przez pewien czas jedynie z powodu opadnięcia tylnej ściany tchawicy, która, drażniona okienkiem kaniuli, była źródłem krwawienia przy kaszlu, na co się chory głównie skarżył. Po założeniu na pewien czas kaniuli elastycznej, tylna ściana przestała się wypuklać ku światłu tchawicy, założono więc choremu ponownie kaniulę zwykłą.

Z chorób leczonych w naszym oddziale zasługuje na uwagę przypadek pęcherzycy (*pemphigus*) błon śluzowych. Dotyczył on kobiety młodej, lat 30 liczącej, o ogólnym

nym stanie bardzo lichym, u której na błonie śluzowej warg, języka, podniebienia i nagłośni, stwierdzono powierzchowne, czerwone ubytki, częściowo pokryte płatami lub strzępami płatów przybłonka. Po zdjęciu tych płatów, powierzchnia wspomnianych ubytków przedstawiała się jakby aksamitna, łatwo za dotykiem brocząca. Chora wypytywana opowiadała, że zawsze, zanim wystąpi podobna zmiana, uczuwa ona przedtem, jakby szczypanie; następnie powstaje pęcherz, który wkrótce pęka. Choroba ta wlecze się już od kilku miesięcy. Badanie skóry wykazało na wewnętrznej powierzchni ud płaskie wyniosłości, zabarwione sinawo, nie sączące, obok jednego pęcherza małego, wypełnionego przezroczystą cieczą; po kilku dniach, gdy pęcherz ten pękł, powstała podobna wyniosłość płaska. Była to więc postać *pemphigus cutis vegetans*. W czasie obserwacji u nas, nie mogliśmy spostrzedz świeżych pęcherzy na błonie śluzowej jamy ustnej, względnie gardła, a więc będących w pierwszym okresie pęcherzycy, oglądaliśmy tu zawsze pęcherze już po pęknięciu; widzieliśmy natomiast tworzenie się pęcherzy na skórze powiek, a wreszcie na błonie śluzowej spojówki. Co do leczenia, to ograniczyliśmy się jedynie do uśmierzenia bólów których chora, z powodu sprawy chorobowej w jamie ust, doznawała; opuściła szpital w stanie jak najgorszym.

W przypadku *epiglottitis* musiano robić tracheotomię z powodu znacznego obrzmienia wejścia do krtani; u chorego tego jednak po kilku dniach przyłączyły się objawy *phlegmone colli*, a lubo sprawa zapalno-ropna na nagłośni niebawem ustąpiła, tak, że kaniulę usunąć było można, przecież, z powodu ropienia w tkance łącznej szyi, przyszło do objawów ropnicy i chory ten zmarł w naszym oddziale. Przy seceki znaleziono rozległe ognisko ropne w okolicy nadobojczykowej, dalej ropienie w śródpiersiu przodkowym, opłucnej prawej, obok ropni przerzutowych w narządach wewnętrznych i w mięśniach.

Dalej mieliśmy dwa przypadki porażenia nerwu zwrótnego prawego, z których w jednym przypuszczaliśmy guz

w śródpiersiu przodkowym po stronie prawej, w innym przypadku zaś obok porażenia nerwu zwrotnego, znaleźliśmy też porażenie połowiczne podniebienia miękkiego tej samej strony.

Przypadek ten ostatni dotyczył kobiety 25 letniej, a jako przyczynę porażenia domyślać się należało umiejscowienie jakiegoś procesu chorobowego w rdzeniu przedłużonym, wywierającego szkodliwy wpływ na jądra nerwu błędnego. Według nowszych poszukiwań (Réthi) unerwienie podniebienia miękkiego, zależy ma wyłącznie od *vagus* (*ramus pharyngeus n. vagi*), podczas gdy nerwowi *facialis* i *accessorius* odmawia Réthi zupełnie wpływu na unerwienie podniebienia miękkiego. Rozbierając przypadek nasz, można by się ze stanowiska klinicznego przychylić do zapatrywań Réthiego, znając z doświadczenia i inne przypadki, które przemawiają za tem nowszym poglądem, co do unerwienia podniebienia miękkiego. Chorej naszej lubo bezskutecznie podawano jodek potasu; objawów zakażenia kiłowego znaleźć nie mogliśmy.

Skreślając teraz pokrótce zabiegi chirurgiczne w ciągu całego roku, wyżej na odpowiednich miejscach wspomniane, widzimy iż tracheotomią wykonano 10 razy, laryngofisurę 13 razy, nie licząc całego szeregu innych zabiegów operacyjnych w różnych częściach dróg oddechowych; praca więc w oddziale polegała głównie na wykonywaniu zabiegów operacyjnych, a jakie rezultaty otrzymaliśmy czytelnik sam najlepiej ocenić potrafi.

Przystępując obecnie do zdania sprawy z ruchu chorych przychodnych, zaznaczyć z góry muszę, iż podobnie jak w roku ubiegłym prof. Pieniążek, pozwolił mi udzielać porady chorym, zgłaszającym się z cierpieniami narządu słuchowego, omówienie więc przypadków przychodnych, leczonych w naszym oddziale podzielić muszę na dwie części, by omówić osobno przypadki uszne. Ogólna liczba chorych przy-

chodnych wynosiła 735 w porównaniu więc z rokiem ubiegłym podniosła się o 189 chorych; w liczbie tej 735 chorych, 147 przypadków odpada na choroby uszu, tak iż przypadków z chorobami górnych dróg oddechowych było właściwie 588 (368 mężczyzn, a 220 kobiet); na zestawionej tablicy ruch chorych uwidocznia nam się najlepiej:

| Nazwa choroby | mężczyzn | kobiet | Razem |
|-------------------------------------------------------------|----------|--------|-------|
| <i>Rhinitis chronica simplex</i> | 20 | 12 | 32 |
| <i>Rhinitis chronica atrophica</i> | 4 | 6 | 10 |
| <i>Rhinitis chronica hypertrophica</i> | 29 | 16 | 45 |
| <i>Rhinitis hypertrophica polypoides</i> | 3 | 1 | 4 |
| <i>Polypi narium</i> | 16 | 12 | 28 |
| <i>Empyema cellularum ethmoidalium</i> | 1 | 2 | 3 |
| <i>Deviatio et crista septi</i> | 9 | 2 | 11 |
| <i>Fractura septi post traumatem</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Abscessus septi</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Haematoma septi idiopathicum</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Epistaxis</i> | 3 | 1 | 4 |
| <i>Corpus alienum in nare</i> | 2 | — | 2 |
| <i>Eczema narium</i> | 7 | 4 | 11 |
| <i>Catarrhus cavi naso-pharyngis</i> | 10 | 4 | 14 |
| <i>Rhinitis, Pharyngitis chronica</i> | 10 | 9 | 19 |
| <i>Rhinitis, Pharyngitis, Laryngitis chronica</i> | 7 | 8 | 15 |
| <i>Pharyngitis chronica granulosa</i> | 27 | 8 | 35 |
| <i>Pharyngitis chronica lateralis</i> | 3 | 1 | 4 |
| <i>Pharyngitis chronica sicca</i> | 9 | 7 | 16 |
| <i>Parästhesia pharyngis</i> | — | 5 | 5 |
| <i>Abscessus retropharyngealis</i> | — | 1 | 1 |
| <i>Angina catarrhalis</i> | 4 | 2 | 6 |
| <i>Angina lacunaris</i> | 4 | 3 | 7 |
| <i>Angina scarlatinosa</i> | 1 | 1 | 2 |
| <i>Angina diphtheritica</i> | 1 | 3 | 4 |
| <i>Abscessus peritonsillaris</i> | 11 | 6 | 17 |
| <i>Hypertirophia tonsillarum</i> | 22 | 10 | 32 |
| <i>Vegetationes adenoidales</i> | 1 | 4 | 5 |

| Nazwa choroby | mężczyzn | kobiet | Razem |
|-------------------------------------------------------------|----------|--------|-------|
| <i>Corpus alienum in tonsilla</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Stomatitis ulcerosa</i> | — | 1 | 1 |
| <i>Glossitis parenchymatosa</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Varices ad radicem linguae</i> | — | 1 | 1 |
| <i>Phlegmone submentalis</i> | 2 | — | 2 |
| <i>Laryngitis acuta</i> | 17 | 14 | 31 |
| <i>Laryngitis acuta subchordalis</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Tracheitis acuta</i> | — | 2 | 2 |
| <i>Laryngitis chronica</i> | 22 | 4 | 26 |
| <i>Laryngitis, Pharyngitis chronica</i> | 4 | 1 | 5 |
| <i>Aphonia hysterica</i> | — | 5 | 5 |
| <i>Paralysis nervi recurrentis</i> | 7 | 5 | 12 |
| <i>Polyypus laryngis</i> | 5 | 2 | 7 |
| <i>Papillomata laryngis</i> | 5 | — | 5 |
| <i>Fistula in regione cartilaginis thyreoidae</i> | 2 | — | 2 |
| <i>Tuberculosis nasi</i> | 1 | 1 | 2 |
| <i>Lupus nasi</i> | — | 1 | 1 |
| <i>Lupus nasi et pharyngis</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Tuberculosis laryngis</i> | 44 | 13 | 57 |
| <i>Tuberculosis linguae</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Lues secundaria pharyngis</i> | 7 | 6 | 13 |
| <i>Lues secundaria pharyngis et laryngis</i> | 7 | — | 7 |
| <i>Lues secundaria laryngis</i> | 3 | 4 | 7 |
| <i>Lues tertiaria nasi</i> | 2 | 1 | 3 |
| <i>Lues tertiaria pharyngis</i> | 4 | 6 | 10 |
| <i>Lues tertiaria linguae</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Lues tertiaria laryngis</i> | 2 | — | 2 |
| <i>Scleroma</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Lymphosarcoma pharyngis</i> | — | 2 | 2 |
| <i>Carcinoma linguae</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Carcinoma palati duri et mollis</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Adeno carcinoma pendulum palati mollis</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Struma</i> | 4 | 7 | 11 |
| <i>Compressio tracheae e struma</i> | 8 | 13 | 21 |
| <i>Stenosis oesophagi e carcinomate</i> | 2 | — | 2 |
| <i>Corpus alienum in oesophago</i> | 1 | 1 | 2 |

| Nazwa choroby | mężczyzn | kobiet | Razem |
|------------------------------------|----------|--------|-------|
| <i>Lymphomata colli</i> | 1 | 1 | 2 |
| <i>Asthma bronchiale</i> | 1 | 1 | 2 |
| | 368 | 220 | 588 |

Z przytoczonych przypadków do rzadszych należy przypadek ropnia samoistnego przegrody nosowej; dotyczący choroby zgłosił się do nas zaraz w początkach choroby, tak iż po otwarciu ropnia i zakładaniu przez pewien czas pasków z gazy jodoformowej wkrótce zyskałmy wyleczenie.

W innym przypadku, znaleźliśmy u chorego liczącego lat 16, po obu stronach przegrody nosowej, guz o gładkiej powierzchni, sinawo zabarwiony, który przylegał bezpośrednio do ścian bocznych nosa. Guz okazywał wyraźne chębotanie, przenoszące się na drugą stronę guza, co było dowodem braku przegrody chrzęstnej. Guz po poprzedniej punkcji próbnej, nacięto od strony lewej, wypuszczono płyn mętny, brunatno zabarwiony, poczem, by nie dopuścić do zarośnięcia miejsca cięcia, wycięto kawałek ściany z dolnej części guza; jamę o ścianach dość gładkich wypełniono gazą jodoformową. Badanie treści guza pod drobnowidem wykazało obecność masy bezpostaciowej, brak zaś zupełny ciałek morfotycznych. Po kilku dniach, gdy wydzielina z jamy ustała, a ściany tejże zaczęły się pokrywać granulacjami, wstrzyknięto do jamy kilka kropli nalewki jodowej i wkrótce zyskano zrośnięcie się ze sobą blaszek jamy, tak iż wytworzył się rodzaj *septum membranaceum*; drożność jam nosowych wróciła zupełnie. Rozbierając ten przypadek krytycznie, rozpoznać należy krwika przegrody i to samoistnego, w którym przyszło wkońcu do przeistoczenia się wydzieliny krwawej i wytworzenia się poprostu torbiela przegrody nosowej. Za tem przemawiają w naszym przypadku

wywiady, brak bowiem było objawów zapalnych, a ze względu, iż niebyło w naszym przypadku urazu, będącego przyczyną krwiałków zwykłych, musimy mówić o *haematoma septi idiopathicum*.

Przypadków polipów nosowych było 32, z tego w jednym przypadku polip wychodził z przedniej części przegrody nosowej, będąc źródłem obfitych krwotoków; badanie drobnowidowe wykazało *fibroma molle teleangiectodes* (Ogłoszony w Przeglądzie lekarskim z roku 1897, Nr. 8 i 9). Wreszcie w pięciu przypadkach były to polipy zwieszające się do jamy noso-gardłowej, które podobnie jak i polipy jam nosowych operowano wyłącznie pętłą, i to pętłą odpowiedniej krzywizny, zastosowanej do operacji w jamie noso-gardłowej. W tych przypadkach używano też znieczulenia kokainą, podczas gdy operacji zwykłych polipów nosowych wykonywane były bez znieczulenia.

Przerosłe migdałki, których razem było 32 przypadków, usuwano tonsilotomem Mathiego, przyczem raz po wycięciu migdałków u mężczyzny liczącego lat 30, mieliśmy bardzo znaczne krwawienie mięszone, które gdy ani uciskałem Mikulicza, ani przeżeganiem termokauterem powstrzymać nie można było, ułożono chorego na stole, zwieszono głowę, stosując uciskanie palcami owiniętymi gazą, tak iż wkońcu po dwugodzinnem krwawieniu, przecież udało się krwotok powstrzymać, lubo chory nie omdlewał jeszcze, a więc nie był już w tym okresie, gdzie krwotok mięszoney ewentualnie sam ustaje.

Przerosły migdałek trzeci (przypadków 5) operowano kleszczykami Jurasza.

Nowotworów łagodnych krtani mieliśmy przypadków 12, operowanych szczypczykami Pieniązka.

Z nowotworów złośliwych górnych dróg oddechowych, zasługuje na uwagę przypadek uszypułowanego rako-gruczolaka wielkości jaja kurzego, wychodzącego z wolnego brzegu podniebienia miękkiego (Ogłoszony w Archiv für Laryngologie Tom VI, Z. 1. 1897.)

Z dwóch przypadków przetoki w okolicy chrząstki tarczycowej, raz byłato przetoka po usiłowanem samobójstwie przez poprowadzenie cięcia na szyi zapomocą brzytwy. Przetoka w tym przypadku znajdowała się w przestrzeni między kością gnykową a chrząstką tarczycową, komunikując z wnętrzem krtani, poniżej płaszczyzny więzadeł fałszywych. U chorego tego zrobiono plastykę z wycięciem częściowem kanału przetoki i zyskano wyleczenie.

W innym przypadku przetoka znajdująca się w podobnej okolicy, była ślepą, prowadząc do *bursą subhyoidea*; u chorego tego na chirurgii przez zabieg odpowiedni wprowadzono zagojenie się przetoki.

Ciał obcych w drogach oddechowych względnie pokarmowych, było razem 5 przypadków, z tego dwa razy w nosie (guziki), raz w migdałku podniebiennym (szczęć ze szczoteczki do zębów), wreszcie dwa razy w przełyku, (raz kość inną razą moneta-cent).

Przypadków porażeń jednostronnych nerwu zwrotnego było 12, sześć nerwu zwrotnego prawego a sześć lewego. W czterech przypadkach przyczyną porażenia, dwa razy prawego a inne dwa razy lewego nerwu zwrotnego, był rak przełyku; w dwóch innych przypadkach, raz prawy raz lewy, przyczyną był ucisk przez wola, w pozostałych zaś sześciu przypadkach znowu trzech prawego a trzech lewego nerwu zwrotnego, przyczyny porażenia znaleźć nie można było.

W końcu przechodzę do sprawozdania z ruchu przychodniego chorób usznych. Jak z załączonej tablicy widzimy, ilość przypadków usznych wynosiła 147 przypadków, a więc w porównaniu z liczbą roku zeszłego 99, o 48 przypadków więcej; w liczbie tej 147 przypadków było 98 mężczyzn a 49 kobiet.

| Nazwa choroby | mężczyzn | kobiet | Razem |
|-----------------------------------------------------|----------|--------|-------|
| <i>Eczema auricularum</i> | 1 | 1 | 2 |
| <i>Corpus alienum</i> | 2 | — | 2 |
| <i>Accumulatio ceruminis</i> | 16 | 14 | 30 |
| <i>Otitis externa circumscripta acuta</i> | 2 | 1 | 3 |
| <i>Otitis externa diffuso acuta</i> | 1 | 4 | 5 |
| <i>Catarrhus tubae</i> | 6 | 4 | 10 |
| <i>Catarrhus acutus</i> | 5 | 1 | 6 |
| <i>Catarrhus chronicus</i> | 11 | 6 | 17 |
| <i>Catarrhus serosus</i> | 5 | — | 5 |
| <i>Catarrhus scleroticus</i> | 1 | 1 | 2 |
| <i>Otitis media acuta</i> | 7 | 2 | 9 |
| <i>Otitis media chronica</i> | 21 | 6 | 27 |
| <i>Polypi meati auditorii interni</i> | 7 | 2 | 9 |
| <i>Polypi meati auditorii externi</i> | 1 | 1 | 2 |
| <i>Perforatio sicca membranae tympani</i> | 3 | 2 | 5 |
| <i>Cicatrices membranae tympani</i> | 4 | 3 | 7 |
| <i>Surdomiditas</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Surditas senilis</i> | 1 | 1 | 2 |
| <i>Otalgia</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Simulatio surditatis</i> | 1 | — | 1 |
| <i>Abscessus retroauricularis</i> | 1 | — | 1 |
| | 98 | 49 | 147 |

Z ciał obcych w uchu, raz była wata, inną razą pestka z tak zwanego chleba świętojańskiego, wreszcie w jednym przypadku przewlekłego ropienia środkowego, z powodu wystąpienia objawów ostrego zapalenia ropnego wyrostka sutkowego, odesłano chorego na oddział chirurgiczny. Tu podczas operacyi Dr. Rutkowskiego znalazł w wyrostku sutkowym pestkę znowu z tak zwanego chleba świętojańskiego, będącego dość częstem ciałem obcym w uchu. Chory wypytany względnie jego rodzice, przypomnieli sobie, iż przed 15 laty, obecnie chory liczył lat 21, wpadła mu do ucha tego rodzaju pestka i od tego czasu trwało też cieczenie

z ucha. Przypadek to więc bardzo rzadki, gdzie ciało obce z ucha zewnętrznego, po zniszczeniu błony bębenkowej na drodze zapalenia ropnego, dostało się do jamy bębenkowej a ztąd w podobny sposób do wyrostka sutkowego.

Zapalenie wyrostka sutkowego przy sprawie ropnej ostrej toczącej się w uchu środkowym spostrzegano dwa razy, jeden raz pod okładami z płynu Bourowa objawy zapalne zupełnie ustąpiły, inną razą potrzeba było wykonać trepanację wyrostka sutkowego.

Wskazanie do przekłucia błony bębenkowej miano tylko w pięciu przypadkach, raz w ostrem nieżyciu ucha, trzy razy w ostrym ropnym zapaleniu ucha środkowego, wreszcie raz w nieżyciu przewlekłym z wysiękiem mocnym do jamy bębenkowej.

Polipów usznych względnie granulacji, tych ostatnich wymagających leczenia operacyjnego, było przypadków 11; większe polipy usuwano odpowiednią pętłą, mniejsze operowano nożykiem pierścieniowym Politzera.

Przypadek głuchoniemoty miał swą przyczynę w przebytem zapaleniu opon mózgowych, a otalgii w spróchniałym zębie.

Przypadek udawania głuchoty na jednym uchu, dotyczył młodzieńca w wieku poborowym, żądającego wystawienia mu świadectwa dla sfer wojskowych. Odkrycie symulacji, do podejrzenia której były pewne dane, udało się w znane zresztą sposoby z łatwością, a wystąpienie energiczne wykazujące chęć oszukania, tak przeraziły symulanta, iż chyba już więcej u nikogo nie próbował uzyskania świadectwa dla swej rzekomej głuchoty jednostronnej.

Wreszcie w jednym przypadku przy braku jakichkolwiek zmian w uchu, mieliśmy ropień gruczołu limfatycznego po za małżowiną, w okolicy wyrostka sutkowego.



