

52. IV - 3/403



SPRAWOZDANIE Z ODDZIAŁU DLA CHORÓB KRTANI

PROF. PIENIĄŻKA
W SZPITALU ŚW. ŁAZARZA W KRAKOWIE
ZA ROK 1895.

NAPISAŁ

DR. ALEKSANDER BAUROWICZ
ASYSTENT UNIW. JAGIELL.



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

1896

SPRAWOZDANIE
Z ODDZIAŁU DLA CHORÓB KRTANI

PROF. PIENIĄŻKA
W SZPITALU ŚW. ŁAZARZA W KRAKOWIE
ZA ROK 1895.

NAPISAŁ

DR. ALEKSANDER BAUROWICZ
ASYSTENT UNIW. JAGIELL.



W KRAKOWIE,
DRUKARNIA UNIwersytetu Jagiellońskiego
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1896.

Osobne odbicie z „Przeglądu lekarskiego“ 1896. Nr. 17, 19, 20, 22.

Z-139762

Akc. zł. 2024. nr. 109

Sprawozdanie z oddziału dla chorób krtani prof. Pieniążka w szpitalu św. Łazarza w Krakowie za rok 1895.

Napisał

Dr. Aleksander Baurowicz,
asystent Uniw. Jagiell.

Drugie z rzędu sprawozdanie z naszego oddziału obejmuje rok cały od 1. Stycznia r. 1895. po koniec Grudnia. W czasie tym pozostawało w naszym oddziale 98 chorych, co jeżeli się uwzględni, iż przeważna liczba przypadków wymagała, celem odpowiedniego leczenia, pobytu w szpitalu przez dłuższy czas, ruch chorych był bardzo znaczny. Kilka razy liczba chorych pozostających równocześnie w oddziale musiała nawet przewyższyć liczbę prawidłową chorych dziecięciu, nie przekroczyła jednak nigdy liczby piętnastu i tylko w ten ostatni sposób można było wyżej wspomnianej liczbie chorych, szukających pomocy w naszym oddziale, dać odpowiednie pomieszczenie. Z podzielenia liczby 3255, wyrażającej ogólną liczbę dni leczenia chorych w naszym oddziale, przez liczbę 98 wypada, iż jeden chory średnio pozostawał w leczeniu 33 dni, dzieląc zaś liczbę 3255 przez 10 (ilość łóżek) widzimy, iż w ciągu całego roku łóżka zajęte były 325 dni, czyli, iż wolne były wszystkiego tylko dni 11.

Na tem miejscu należy się nam wyrazić podziękowanie WP. dyrektorowi prof. Drowi Stanisławowi Ponikle, który nie szczędził życzliwości naszemu oddziałowi, jak niemniej WP. prof. Drowi Alfredowi Obalińskiemu, który zawsze z całą gotowością oddawał nam do dyspozycji salę operacyjną, umożliwiając nam pracę w oddziale, w wielu razach głównie na

zabiegach operacyjnych polegająca. Dla historii naszego oddziału wspomnieć wreszcie muszę o pomocy rządowej w udzieleniu odpowiedniej dotacyi, która choć w części zdołała pokryć niezbędne potrzeby oddziału.

W liczbie 98 chorych leczonych w roku 1895., znajduje się 5 mężczyzn i 5 kobiet, razem chorych 10, pozostałych z roku 1894. tak, że właściwie przypadków nowych było 88, z czego 47 przypada na mężczyzn a 41 na kobiety; z liczby tej wreszcie 88 chorych, względnie powiedzmy 98, pozostało na rok 1896. mężczyzn 3, kobiet 2, razem 5 chorych.

Zestawienie wszystkich przypadków na tablicy najlepiej uwidoczni nam ruch chorych:

Nazwa choroby	mężczyzn	kobiet	Razem
<i>Scleroma</i>	18	15	33
<i>Stenosis laryngis post perichondritidem</i> . . .	6	—	6
<i>Stenosis laryngis e perichondritide</i>	1	—	1
<i>Stenosis laryngis post laryngitidem crouposam</i> .	2	3	5
<i>Stenosis laryngis post luem</i>	—	1	1
<i>Fractura cartilaginis cricoideae</i>	1	—	1
<i>Tuberculosis laryngis</i>	7	4	11
<i>Tuberculoma septi</i>	—	3	3
<i>Lues secundaria pharyngis</i>	—	2	2
<i>Lues secundaria laryngis</i>	—	1	1
<i>Lues tertiaria nasi</i>	—	1	1
<i>Lues tertiaria pharyngis</i>	1	—	1
<i>Lues tertiaria nasi, pharyngis et laryngis</i> . .	—	1	1
<i>Lues tertiaria laryngis</i>	—	1	1
<i>Vulnus scissum laryngis</i>	1	—	1
<i>Corpus alienum in broncho dextro</i>	1	—	1
<i>Epiglottitis</i>	—	1	1
<i>Laryngitis acuta subglottica</i>	—	1	1
<i>Laryngitis chronica</i>	—	3	3
<i>Aphonia hysterica</i>	—	1	1
<i>Carcinoma laryngis</i>	2	—	2
<i>Carcinoma tracheae</i>	1	—	1
<i>Carcinoma mediastini postici</i>	1	—	1

Nazwa choroby	mężczyzn	kobiet	Razem
<i>Sarcoma laryngis</i>	1	—	1
<i>Sarcoma palati mollis</i>	1	—	1
<i>Fibro-sarcoma cavi naso-pharyngis</i>	1	—	1
<i>Polypus fibrosus cavi naso-pharyngis</i>	1	—	1
<i>Polypi narium</i>	4	4	8
<i>Hypertrophia concharum</i>	1	—	1
<i>Empyema antri Highmori</i>	—	1	1
<i>Tonsillitis lacunaris</i>	—	1	1
<i>Abscessus retropharyngealis</i>	1	—	1
<i>Stenosis tracheae e struma</i>	—	2	2
	52	46	98

Ze względu na częstotliwość przypadków, to podobnie jak w roku zeszłym, na pierwszym miejscu należy mi wymienić twardziel (*scleroma*), której razem było przypadków 33 a z tego tylko w 6, względnie w 4 przypadkach, gdyż dwóch chorych zgłosiło się ponownie, zmiany ograniczały się wyłącznie do nosa i jamy noso-gardłowej, względnie jamy gardła; w innych 25 przypadkach zajęta była i krtani a nawet kilka razy i tchawica, w dwóch z pominięciem krtani zmiany przeniosły się na błonę śluzową tchawicy, w jednym wreszcie wspomnianym już w sprawozdaniu z roku 1894, zmiany rozciągały się wzdłuż całej tchawicy aż na błonę śluzową oskrzeli. Z tych 25 przypadków zmian w krtani, trzech chorych wróciło po pewnym czasie do naszego oddziału tak, iż właściwie przypadków twardzieli z zajęciem krtani było 22 a z tego 21 razy ze zwężeniem w krtani. W 8 przypadkach leczono metodą rozszerzania, dwa razy jednak wystąpienie znacznej reakcyi po założeniu rurki Schröttera, zmusiło nas do wykonania tracheotomii a mając raz fistulę tchawiczną, w jednym z tych przypadków stósowaliśmy rozszerzanie czopkami metodą Thosta, w drugim zaś zrobiliśmy laryngofisurę. W innych 6 przypadkach rurkami kauczukowemi Schröttera osiągnęliśmy bardzo dobre wyniki, pomagając sobie nadto w pięciu przypadkach odpowiedniami zabiegami endolaryngealnymi, którymi usuwaliśmy zgrubiałe części. W jednym

przypadku, w którym roku zeszłego zrobiliśmy laryngofisurę i usunęliśmy kaniulę, powstało ponownie zwężenie, mające swą przyczynę w nacieku guzowatym, zajmującym wewnętrzną powierzchnię nagłośni i przechodzącym na ściany boczne. W przypadku tym usunęliśmy endolaryngealnie nagłośnię wraz z naciekiem a następnie stósując przez pewien czas rozszerzanie rurkami Schröttera, usunęliśmy zwężenie. W innym podobnym przypadku, gdzie jednak oprócz guza siedzącego szeroko, prawie na całej wewnętrznej powierzchni nagłośni i przechodzącego na boki wejścia do krtani, zmian w innych częściach krtani nie było, zrobiliśmy napróżd tracheotomię a po pewnym czasie drogą *pharyngotomia subhyoidea*, połączonej z laryngofisurą, usunęliśmy całkowicie nagłośnię i uzyskaliśmy wyleczenie.

W pozostałych 11 przypadkach zwężenia w krtani wykonano tracheotomię, dwa razy leczono metodą rozszerzania obok wyskrobania łyżeczką nacieków podwiewadłowych, w innych 9 przypadkach zrobiono laryngofisurę, mogąc w 8 razach usunąć kaniulę, dziewiąty zaś przypadek po laryngofisurze, pozostał na rok 1896; w tym to przypadku, by móżdż usunąć kaniulę, postanowiliśmy zrobić ponowną laryngofisurę, założyć rurkę giętą i zaszyć po nad nią brzegi tak rany powstałej przy laryngofisurze jak i rany po okrwawieniu brzegów fistuły tchawiczej. O tym sposobie leczenia, pomysłu prof. Pieniażka, wspomniałem już w sprawozdaniu z roku zeszłego, gdzieśmy w przypadku zwężenia w krtani po przebyciu kiły późnej, uzyskali tą drogą usunięcie zwężenia, do czego innymi sposobami tylokrotnie stosowanymi nie mogliśmy dojść. Przypadek, o którym mowa, przedstawił się nam w niespełna rok później i mogliśmy się przekonać o trwałem usunięciu zwężenia.

W przypadkach tracheotomowanych dwa razy obok zwężenia w krtani znaleźliśmy zwężenie w tchawicy, za pomocą ostrej łyżeczki usunęliśmy części zwężające światło tchawicy i założyliśmy następnie w miejsce zwykłej kaniuli kawałek twardego drenu odpowiedniej długości i szerokości.

W dwóch przypadkach zmian tchawicy obok krtani zupełnie prawidłowej, w jednym ze względu, iż zmiany sadowiły się w górnej części tchawicy a zwężenie nie było zbyt znacznego stopnia, stósowaliśmy leczenie rurkami Schröttera, w innym zwężenie znacznego stopnia istniejące w głębi tchawicy, dawało wskazanie do tracheotomii i leczenia odpowiedniego przez fistulę tchawiczną, chora jednak na zabieg operacyjny

zgodzić się nie chciała, wypisaną została tedy ze szpitala; o dalszych losach tej chorej nie wiadomo nam.

W przypadku wspomnianym w sprawozdaniu z roku zeszłego, gdzie obok zwężenia znacznego stopnia w krtani i w tchawicy, mieliśmy także zwężenie w obu oskrzelach i gdzie, by usuwać niebezpieczeństwo uduszenia się chorej, musieliśmy od czasu do czasu za pomocą ostrej łyżeczki usuwać części zwężające światło oskrzeli, nie było wiele nadziei trwałego usunięcia zwężenia. Chora ta w końcu uległa w chwili wykonania podobnego zabiegu, poprostu z uduszenia się przez aspirację krwi do oskrzeli, której już nie wielka ilość wobec zwężenia oskrzeli i nagromadzenia wydzieliny w oskrzelach wystarczyła, by zamknąć drogi oddechowe.

Z sześciu przypadków zwężenia w krtani po przebyciu zapalenia ochrzęstnej krtani, jeden wrócił ponownie do naszego oddziału tak, iż właściwie przypadków tego rodzaju było pięć. W 4 razach po wykonaniu laryngofisury stósowaliśmy przez pewien czas sposób rozszerzania czopkami cynowymi Schröttera, względnie Thosta i w trzech razach usunęliśmy kaniulę, w czwartym zaś chory, przy zatkanie kaniuli oddycha bardzo dobrze i ma się zgłosić do dekaniacji. Piąty wreszcie przypadek leczony był już w roku zeszłym, kilkakrotnie jednak wykonanie laryngofisury obok stósowania sposobu rozszerzania Thosta, mimo, iż chory przy zatkanie kaniuli stale oddychał, nie dały nam możności usunięcia kaniuli i w przypadku tym znowu obecnie (1896) pozostającym w naszym oddziale, wykonaliśmy jeszcze raz laryngofisurę i założyliśmy rurkę giętą, na sposób jak powyżej była mowa. O wynikach tego leczenia w danym przypadku, wspomnę w odpowiednim czasie.

Przypadek zwężenia w krtani z powodu świeżego zapalenia ochrzęstnej odnosi się do chorego, który poprzednio pozostawał w naszym oddziale z objawami zwężenia w krtani z powodu złamania chrząstki obraczkowej w tylnej jej części i gdzieśmy zrobili tracheotomię. Przyczyną złamania się chrząstki obraczkowej był uraz, mianowicie uderzenie się w okolicę krtani. W przypadku tym przyszło do następowej *perichondritis crico-arytaenoides*. Przypadek ten przyjęty do nas po raz trzeci ze zwężeniem następowem po *perichondritis*, poddany został laryngofisurze, następnie sposobowi rozszerzania czopkami Thosta i w końcu uzyskaliśmy usunięcie zwężenia.

Przypadków zwężenia w krtani po przebyciu dławca, względnie po tracheotomii z powodu dławca, było sześć, lubo jeden przypadek 4 razy przez pewien czas pozostawał w leczeniu w naszym oddziale tak, iż właściwie przypadków zwężenia tego rodzaju było trzy. W jednym z tych przypadków, nadzwyczaj uporeczywym, w którym tracheotomię wykonano jeszcze przed blisko czterema laty i w którym przyszło do zupełnego zarośnięcia krtani, gdy leczenie różnymi sposobami, nie dało dodatniego wyniku i kaniuli usunąć nie było można, czekano odpowiedniego wieku dziecka i wtedy zrobiono laryngofisurę, wycięto bliznowate zwężenie poniżej głośni a następnie sposobem rozszerzania od dołu przez otwór tracheotomijny tamponikami z gazy starano się utrzymać odpowiednie światło krtani. Zgrubienie jednak listwowe na ścianie tylnej, nie pozwalało na usunięcie rurki, wyskrobano tedy to zgrubienie i założono tubus. Chora chodziła z tubusem przez dni 27, w czasie tym przegryzła nitkę a gdy w końcu oddech chorej zaczął się pogarszać, z powodu przykrycia częściowego od boków otworu tubusu przez więzadła fałszywe, postanowiono wyjąć tubus. Ekstubacja jednak się nie udawała i musiano rozciąć od fistuły tchawicznej ku górze, by móżdż szczypcykami wysunąć tubus. Przekonano się przy tym zabiegu, iż tubus obrócony na bok i dla tego wydobyć jego ekstubatorem nie mogło się udać. Po usunięciu tubusu, oddech chorej za dnia był nie zły, pogarszał się jednak w nocy a gdy nadto chora dostała zapalenia oskrzeli, musiano w 10 dni po ekstubacji założyć powrotnie kaniulę. Chora ta po raz piąty została przyjęta do nas już w r. 1896; części listwowe na ścianach bocznych i na ścianie tylnej, przypalono galwanokauterem, stosowano rozszerzanie od dołu za pomocą kateterów angielskich a w końcu znowu założono tubus, z którym chora opuściła szpital. Dalszy przebieg tego przypadku opiszę w sprawozdaniu za rok 1896.

W innych dwóch przypadkach zwężenia w krtani po tracheotomii z powodu dławca, gdzie przyczyną zwężenia były granulacye na ścianach bocznych i pod przednim kątem, odpowiednio do okienka kaniuli, usunięto wspomniane granulacye ostrą łyżeczką, mogąc już w niedługim czasie w obu przypadkach usunąć kaniulę. Przypadki opisane dotyczyły dzieci w wieku lat 5, 4 i 2¹/₂.

Przypadek zwężenia w krtani w następstwie przebycia kiły późnej, pozostały z roku 1894, dał nam wprawdzie

możność usunięcia kaniuli, nie mogliśmy jednak wykonać zeszywania fistuły tchawicznej, gdyż przy przybliżeniu do siebie brzegów fistuły, oddech chorej był niedostateczny, zostawiono tedy przetokę nie zaszytą.

Przypadków gruźlicy krtani było 11 a z tego 4 razy zwężenie w krtani; w jednym z ostatnich przypadków zrobiono tracheotomię. Zresztą zmiany gruźlicze w krtani leczono stósowaniem wdychiwań ciepłych z kwasu mlekowego, za dmuchiwaniami jodolu a w 2 przypadkach stósowano zabiegi endolaryngealne, uzyskawszy w jednym pewną poprawę. Zresztą wyż wspomniane leczenie dało nam w pewnych razach zadawalające wyniki.

W przypadkach pierwotnej gruźlicy nosa (*tuberculoma septi*) wycięto naciek w postaci guza wraz z chrząstką przegrody nosowej, resztki zaś nacieku tak na *septum* jak i w jednym przypadku przechodzącego na dno początku jamy nosowej i na skrzydła nosowe, wyskrobano a wreszcie stósując przez pewien czas kwas mlekowy, względnie przypalając galwanokauterem uzyskano wyleczenie; na jak długo jednak, nie możemy z góry powiedzieć, w przypadkach bowiem tego rodzaju dość często przychodzi do powrotu choroby.

Z przypadków kiły dróg oddechowych leczonych w naszym oddziale, raz w zmianach kiły późnej w krtani z powodu zwężenia zrobiliśmy tracheotomię a gdy zmiany kiłowe pod wpływem zażywania jodku potasu ustąpiły, usunięto kaniulę (w 21 dni po zrobieniu tracheotomii). W przypadku tym zmiany ustąpiły tak korzystnie, iż z badania krtani obecnie podjętego, nie możnaby powiedzieć, że chora ta przebywała kiedyś kiłą późną krtani.

Przypadek zranienia krtani brzytwą, w którym cięcie trafiło *ligamentum hyo-thyreoideum*, został wypisany z przetoką okazującą jednak dążność do zarośnięcia się samoistnego.

Przypadek ciała obcego w drogach oddechowych dotyczył chorego, u którego przed 18 laty zrobiono z powodu zapalenia ochrzęstnej krtani tracheotomię. Choremu temu już przed 8 laty kaniula zewnętrzna (kauczukowa), którą chory nosił ciągle zatkaną korkiem, odśrubowawszy się od szyldzika wpadła do oskrzela prawego, z kąd ją prof. Pieniążek wyjął (*Przegląd lekarski* z r. 1888). Chory ten jednak, mimo tego, iż polecono mu zgłosić się celem usunięcia kaniuli, której noszenie było zupełnie zbyteczne, ze względu, iż oddech chorego był bardzo dobry, nie pokazał się więcej. W ostatnich czasach, gdy kaniula choremu popsuta się, ku-

pił sobie inną, co do kalibru jednak odpowiadającą Nr. 2., nie stosowną więc do wieku chorego. Przypadek chciał, iż już po kilku dniach noszenia tej rurki, kaniula zewnętrzna odśrubowała się i wypadła, jak to najczęściej bywa, do oskrzela prawego. Lubo chory oddychał bardzo dobrze, stwierdzono przy auskultacji osłabienie szmerów oddechowych w płacie dolnym po stronie prawej, polecono tedy choremu nie zwlekać i poddać się zabiegowi wydobywania kaniuli, której obecność w oskrzelu nie mogła być obojętna. W narkozie przy wieszaniu głowy, założono lejek tchawiczny, przez który jednak (rzuciwszy światło z reflektora czołowego, od lampy umieszczonej po stronie lewej głowy chorego) ciała obcego dojrzeć nie można było. Wprowadzono tedy odpowiedniej długości szczypczyki, przystosowane do trzonka Schröttera, które jednak okazały się za krótkie. Rozszerzono tedy, by móżdź głębiej wejść, przetokę tchawiczną ku dołowi, mimo jednak kilkukrotnego powtórzenia zabiegu a nawet jednym razem uczucia jakby chwycenia za brzeg kaniuli, wydobyć jej się nie udało i musiano na razie odstąpić od zabiegu, by się postarać o narzędzie dłuższe i tem dopiero wydobyć rurkę. Choremu dano kaniulę; jakie jednak było nasze zdziwienie, gdyśmy kaniulę, którejśmy szukali, znaleźli w ręce chorego, który ją wypluł. Nie można sobie było tego inaczej wytłómaczyć, jak tylko w ten sposób, iż kaniula ta naruszona może szczypczykami przy usiłowaniu wydobywania jej, wysunęła się do tchawicy a stąd dalej, ze względu na korzystne ułożenie chorego głową na dół, dostała się przez krtani do gardła, względnie jamy nosogardłowej, zkąd przy zmianie pozycji chorego na siedzącą, obsunęła się do gardła i przy wykrztuszeniu wyrzuconą została na zewnątrz. Wędrówka kaniuli przez krtani odbyła się, zdaje się, w chwili jednego z napadów gwałtownego kaszlu, podczas którego zajęci wycieraniem wydzieliny okazującej się w przetoce tchawicznej, nie mogliśmy zauważyć kaniuli a rzeczą zrozumiałą jest, iż kaniula wędrówkę tę odbyć mogła tylko w czasie, kiedy nie było w tchawicy lejka, początkowo wprawdzie operowano w oskrzelu przy założeniu lejka, następnie jednak usunięto go, by móżdź wejść głębiej.

Mówiąc o obcym ciele w drogach oddechowych, przytoczyć też muszę przypadek, który się zdarzył w naszym oddziale, gdzie kaniula zewnętrzna (metalowa) odłamawszy się, obsunęła się w tchawicę, niezbyt jednak głęboko tak, iż brzeg jej było widać o kilka cm. poniżej przetoki tcha-

wiecznej. Spróbowano szczypcami w pozycji siedzącej chorego chwycić za brzeg kaniuli, wydobyć jednak jej się nie udało, postanowiono tedy powtórzyć podobny zabieg w narkozie chloroformowej. Zaraz jednak z początku chloroformowania chory począł się dusić a uważając za przyczynę nagłego utrudnienia oddechu obrócić się rurki, której dolny koniec przytknął do ściany tchawicy, zepchano szczypcami kaniulę w dół, oddech też chorego natychmiast się poprawił, dolny koniec bowiem kaniuli wszedł w oskrzele prawe a tem samem droga oddechowa stała się znowu wolną. Obecnie przy zwieszeniu głowy chorego, kierując się czuciem, chwyciono za brzeg kaniuli, wyciągnięto ją ku górze, natrafiono jednak na trudność przeprowadzenia jej przez przetokę tchawiczną, którą musiano ku dołowi rozszerzyć i wtedy dopiero kaniulę wydobyto.

Przypadków raka było cztery a z tego dwa razy w krtani, raz w tchawicy a ostatni raz wreszcie w śródpierściu tylnem. W jednym z pierwszych dwóch przypadków zmiany nowotworowe zajęły okolice obu więzadeł prawdziwych, sprowadzając zwężenie krtani, chory jednak na wskazaną tracheotomią w danym przypadku, zgodzić się nie chciał i po krótkim pobycie w naszym oddziale, opuścił szpital.

W innym przypadku mieliśmy do czynienia z uszypułkowanym nowotworem rakowym, który wychodząc z wewnętrznej powierzchni nagłośni w dolnej jej części, zajmował całkowicie całe wejście do krtani. Szczególnie korzystne okoliczności zachęcały do wycięcia nagłośni wraz z guzem nowotworowym, czego chcieliśmy się podjąć za pomocą *pharyngotomia subhyoidea*. Jako wstęp do operacji mającej być wykonaną przy zwieszeniu głowy, zrobiono u chorego tracheotomią, w niedługim jednak czasie chory zaczął podupadać na siłach, gorączkować, dostał zimnych ropni, w końcu uporczywej biegunki tak, iż od zamierzonej operacji musieliśmy odstąpić. Wkrótce też chory umarł z powodu gruźlicy płuc a nekroskopia potwierdziła niezwykle korzystne miejscowe stosunki do doszczętnego usunięcia nowotworu wraz z całą nagłośnią.

Przypadek raka tchawicy nie był rakiem pierwotnym tchawicy, lecz raczej przeniesieniem się nowotworu z gardzieli. Choroba w tym przypadku zaczęła się od chrypki a dopiero później zauważył chory, iż nieraz z trudnością przełyka; w końcu zaś zaczął się skarżyć na utrudnienie oddechu. U tego chorego z powodu zwężenia tchawicy zrobiono

tracheotomię a ze względu, że przy założeniu kaniuli zwykłej oddech był niedostateczny, musiano szczypczykami usunąć części zwężające światło tchawicy a następnie założono twardy dren odpowiedniej długości, by w ten sposób przejść przez miejsce zwężone. W krtani znaleziono porażenie nerwu zwrotnego prawego, na tylnej zaś ścianie tchawicy, zaczawszy od trzeciej chrząstki tchawicznej, znaleziono owrzodzenie, pokryte wybujałościami, zwężającemi znacznie światło tchawicy; zgłębnik do żołądka wprowadzony przechodził prawie bez oporu. Rozpoznano tedy raka na przedniej ścianie gardziela przechodzącego na tylną ścianę tchawicy, obok przerzutów do gruczołów okołooskrzelowych po stronie prawej. W niedługim czasie chory zaczął odkaszkliwać krew, aż w końcu uległ gwałtownemu krwotokowi.

Przy sekcji znaleziono nowotwór rakowy na przedniej ścianie gardziela, przechodzący na tylną ścianę tchawicy z przebicciem do tchawicy, przyczem powstał krwotok, będący ostatnią przyczyną śmierci. Nadto gruczoły okołooskrzelowe po stronie prawej tworzyły guz wielkości dużego jaja kurzego, mocnymi zrostami przyczepiony do otoczenia.

W pozostałym przypadku raka pierwszym objawem chorobowym było znowu porażenie nerwu zwrotnego, w tym przypadku lewego, do czego dopiero w kilka tygodni później zaczęły się dołączać objawy utrudnienia przełykania; objawy te jednak były nie stałe i zgłębnik rozmaicie przechodził, rozpoznano więc guz złośliwy w śródpiersiu tylnym z ewentualnem częściowem zajęciem ściany gardziela, przypuszczając naturę rakową tegoż cierpienia.

Przypadek mięsaka krtani a raczej powrotu nowotworu w miejscu po wyluszczeniu krtani pozostał z roku zeszłego. Wybujałe masy nowotworowe zajęły całą przednią część szyi; w końcu chory zmarł w naszym oddziale z powodu wyniszczenia.

W przypadku mięsaka podniebienia miękkiego nie można było myśleć o pomocy chirurgicznej; ograniczano się tedy ze względu na utrudnienie oddychania do tracheotomii i wkrótce chory z kaniulą szpital opuścił.

Dalej mieliśmy dwa razy nowotwory w jamie nosogardłowej. W jednym z nich mieliśmy do czynienia z mięsakiem włóknistym, w drugim zaś razie z włókniakiem, mającym jednak, jak badanie drobnovidowe wykazało, znacznie rozszerzone naczynia. Przypadek pierwszy dotyczył chłopca 17 letniego; z wywiadów dowiedzieliśmy się, iż od pół roku

chory nie może oddychać przez nos, dostał mowy nosowej a nadto w ostatnich czasach poczał się skarżyć na krwotoki z nosa i do gardła. Przy oglądaniu nosa od zewnątrz znaleziono znaczne rozszerzenie nosa w części kostnej po stronie prawej a w jamie nosa tej strony, zobaczono masy nowotworowe, wypełniające jamę nosową w tylnej jej części. Po stronie lewej oprócz znacznego skrzywienia całkowitego przegrody nosowej nie było nic nieprawidłowego. Przy badaniu jamy ust, względnie gardła, znaleziono wypuklenie ku przodowi podniebienia miękkiego i tylnej części podniebienia twardego, w dotknięciu miękkiej, przy *rhinoscopia posterior* zaś guz znacznych rozmiarów wypełniający całowicie jamę noso-gardłową, guz o powierzchni nierównej, owrzodziałej, za dotknięciem łatwo krwawiący. W narkozie przy zwieszeniu głowy usunięto odpowiednimi szczypczykami wielką część guza, znaczny jednak krwotok nie pozwolił na dalszy zabieg i musiano założyć tampon Belloqua. Badanie mikroskopowe potwierdzając naturę guza jako mięsaka dodało, iż nie był to mięsak czysty, ale włóknisty a tem samem i rokowanie co do doszczętnego usunięcia nowotworu stało w korzystniejszym świetle. Następnie kilkakrotnie usuwano resztki nowotworu, tak od przodu za pomocą pętli, jak od tyłu za pomocą szczypczyków, względnie nożyka pierścieniowego, zabieg jednak za każdym razem połączony był ze znacznym krwotokiem. Nie mogąc więc na tej drodze usunąć resztek usadowionych na *fornix* i na ścianie bocznej prawej po nad fałdem Eustachiusza, zrobiono u chorego przy zwieszeniu głowy rozcięcie podniebienia miękkiego (*fissura palati*) a ze względu na zanik tylnej części podniebienia twardego a tem samem przedłużenie niejako ku przodowi podniebienia miękkiego, dostęp do jamy noso-gardłowej był bardzo wygodny. Tu jeszcze dodam, że oprócz zaniku tylnej części podniebienia twardego, także i tylny koniec przegrody nosowej, skrzywionej na lewo, uległ zanikowi, przezco przegroda nosowa była znacznie krótszą, niż prawidłowo byćby powinna. Nożykiem Gottsteina usunięto masy nowotworowe, założono tampon a w końcu złączono brzegi fisury; szwy jednak puściły i brzegi fisury rozeszły się, tem jednak łatwiejszy był dostęp do jamy noso-gardłowej, z której tak w pozycji siedzącej chorego a w końcu przy zwieszeniu głowy usunięto resztki nowotworowe, mogąc po leczeniu blisko siedmioletniemu dojść do zupełnego usunięcia nowotworu. Wreszcie zrobiono typową stafilorafią, zrost jednak nastąpił tylko

w dolnej części; inne szwy puściły. Chorego wypisano ze szpitala z poleceniem zgłoszenia się po pewnym czasie.

W innym przypadku był to włókniak znacznych rozmiarów wypełniający całą jamę nosogardłową i wpuklający się przez choanę lewą do jamy nosowej, tak iż można go było widzieć zaraz w początku jamy nosowej lewej. U chorego tego mieliśmy do czynienia z powrotem nowotworu, już raz bowiem (przed rokiem) był leczony przy pomocy *fissura palati* w klinice chirurgicznej krakowskiej. U chorego tego, przy zwieszeniu głowy w narkozie usunięto szczypcami Schecha większą część guza, z powodu znacznego jednak krwotoku nie można było guz usunąć całkowicie. W dwa tygodnie później w podobny sposób usunięto resztę nowotworu, a w niedługim czasie wypisano chorego ze szpitala.

Mówiąc o zabiegach w jamie nosogardłowej, wspomnę tu o polipach nosowych, zwieszających się do jamy nosogardłowej; przypadków tego rodzaju mieliśmy sześć i we wszystkich po znieczuleniu jamy nosogardłowej 20% kokaïną, pętla zimną nosogardłową Stoercka, usunęliśmy polipy, wydobywszy kilka razy polipy niezwyklej rozmiarów. W jednym z tych przypadków chora cierpiała na napady duszniczy oskrzelowej, które po usunięciu polipów zupełnie ustąpiły; za związkiem przyczynowym między dusznicą a polipami przemawiać mogłaby ta okoliczność, że chora już raz przedtem leczyła się na polipy, po których usunięciu napady ustąpiły, a podobnie stało się i obecnie.

W innym przypadku polipom nosowym towarzyszyło ropienie ze wszystkich jam bocznych, ze szczególnem zajęciem zatoki czołowej prawej. Przypadek ten, nie dla samego ropienia z komórek bocznych, ale z innych względów bardzo ciekawy, przytoczę nieco obszerniej.

Dotyczył on chorej S. S. lat 32 liczącej; od lat czterech chora skarży się na niemożność oddychania przez nos i wpływ ropiasty z nosa. Przed dwoma laty zauważyła, że się jej na czole robi guz i od tego czasu cierpi na silne bóle głowy po stronie prawej.

Nos zewnętrzny w części swej dolnej znacznie rozszerzony, w dotknięciu miękkiej. Na czole na prawo od linii środkowej po nad brwią, znaleźliśmy guz wielkości orzecha włoskiego; brzegi zewnętrzne guza są twarde, niepodatne, szczyt zaś okazuje podatność elastyczną. Część ta podatna guza, wielkości grosza, ograniczona jest brzegiem twardym, nie-

równym, przechodzącym bezpośrednio w resztą część twardą guza. Guz za dotknięciem się był zupełnie niebolesny.

Jamy nosowe obustronnie zapechane były polipami, o powierzchni jednak zrazowatej, sinawo zabarwionej; podobne polipy znaleziono w obu choanach, badając nos od tyłu. Rozpoznaliśmy tedy: *Polypi narium cum empyemate sinus frontalis dextri* i przystąpiliśmy do wydobywania polipów, jak zwykle wyłącznie pętlą; w miarę wydobywania coraz to głębszych polipów, zobaczyliśmy wypływ ropny z innych komórek bocznych, mimo jednak przywrócenia drożności jamy nosowej po stronie prawej, przecież guz na czole nie zmniejszał się. Tłómaczono sobie to tem, iż zapewne otwór naturalny zatoki czołowej zatkany jest przez mniejsze polipy, do których trudno było się dostać, a z drugiej strony myśleliśmy o polipie zatoki czołowej prawej, który powiększając się, spowodował wypuklenie się ściany zewnętrznej zatoki, a w końcu przez ucisk ubytek w kości, o czem przy opisie guza wspomniałem. Nie pozostało tedy nic innego, jak naciąć wspomniany guz na czole. W narkozie chloroformowej naciął guz prof. Obaliński, z którego wypłynęła znaczna ilość ropy, a następnie zapomocą szczypczyków, przeprowadził przez otwór naturalny zatoki pasek gazy jodoformowej do jamy nosowej, by drogą naturalną umożliwić odpływ ropy, reszta zaś gazy wytamponowano zatokę czołową i założono odpowiedni opatrunek. Przy drugiej zmianie opatrunku, w 5 dni po zabiegu operacyjnym spostrzeżono, iż z górnej części zatoki czołowej wypływa ropa, miejsce to badane zgłębnikiem, wykazało w ścianie zewnętrznej zatoki otwór wielkości grochu. Przez otwór ten dał się wsunąć zgłębnik w głąb i ku górze na odległość kilku cm., aż w końcu natrafiło się na opór elastyczny; obok zgłębnika wypływała obficie ropa. Mieliśmy tedy do czynienia z ropniem zatoki czołowej. Przystąpiono przeto (prof. Obaliński) do wykonania trepanacyi ściany wewnętrznej zatoki, w celu rozszerzenia otworu, stanowiącego komunikację z ropniem śródczaszkowym. Już ku końcowi operacyi spostrzeżono wpuklenie się w otwór po trepanacyi czaszki guza o powierzchni gładkiej, którego chwilowo brano za wypuklenie się masy mózgowej, spróbowano szczypczykami chwycić ten guz, by się o naturze jego mózgu bliżej przekonać i, ku niemałemu zdziwieniu, z łatwością wydobyto na zewnątrz guz wielkości jaja gołębiego; przedstawiający się jakby jakiś torbiel. Chora została przeniesiona na oddział chirurgiczny i była przez prof. Obaliń-

skiego przedstawiona na zjeździe chirurgów, o losach więc dalszych chorej wspomnę tylko pokrótce. Badanie wyjętego guza wykazało, iż jest to torbiel o ścianach grubych, wypełniony cieczą przezroczystą, ciągnącą się, a badając mikroskopowo, znaleziono w ścianie wewnętrznej torbiela kilka cyst mniejszych, a nadto przyblonek migawkowy wyścielający wewnętrzną ścianę torbiela. Mielśmy tedy do czynienia oprócz ropnia podoponowego, komunikującego z ropniem zatoki czołowej, z torbielem, którego pochodzenie wytlómaczyć sobie dość trudno i zdaje się początek jego odnieść trzeba do czasów zarodkowych.

Od tej ostatniej operacyi, ustąpiły zupełnie bóle głowy, a ubytek w kości zagoił się przez wytworzenie się grubej błony.

Przypadek ropienia z jamy Highmora z tego względu zasługuje na szczególną uwagę, iż w przypadku tym początkowo trudno było sprawę rozpoznać, a myślano raczej o ciele obcym w jamie nosowej, lub o sprawie połączonej z obumarciem kości nosowych. Przypadek ten dotyczył dziewczynki 10 letniej; z wywiadów dowiedzieliśmy się, że chora od 7 lat skarży się na obfitą wydzielinę z nosa prawego, obok zatkania tejże strony.

Nos zewnętrzny po stronie prawej w części swej kostnej, okazuje asymetryę w porównaniu ze stroną lewą. Obmacanie tych części jest niebolesne i nie przedstawia nic szczególnego. Jama nosowa prawa zatkana jest masami serowatemi bardzo cuchnącemi; podobnie badając nos od tyłu widać założenie zupełne choany przez owe masy serowate; jama nosowa lewa jest zwężona z powodu zupełnego skrzywienia przegrody na lewo. Próbowano oczyścić jamę nosową za pomocą przestrzykiwania, mas jednak tych w ten sposób wydaląć nie można było, przystąpiono więc do usunięcia ich za pomocą odpowiednich szczypczyków i dopiero po kilku dniach zdołano oczyścić jamę nosową zupełnie. Obecnie po dokładnem przestrzykaniu jamy nosowej znaleziono ją obszerną, przegrodę nosową w całości przegiętą na lewo, muszle pomniejszone, a w przewodzie nosowym średnim, w przedniej jego części, wydzielinę ropiastą, po każdorazowem oczyszczeniu znowu się w tem miejscu pokazującą. Badanie zgłębnikiem wykazało nam, że mamy do czynienia z ropieniem z jamy Highmora. Zatem zniekształcenie nosa zewnętrznego po stronie prawej, skrzywienie przegrody jak i rozszerzenie ogólne całej jamy nosowej, należało sobie tłómaczyć uciskiem

mechanicznym zaległej, przeobrażonej wydzieliny ropnej. Przypadek ten wreszcie ze stanowiska klinicznego, mógłby być zaliczony do rodzaju tak zwanej *Rhinitis caseosa*, nie będącej zresztą niczem innem, jak zaleganiem wydzieliny ropnej z komórek bocznych, która to wydzielina uległszy przeobrażeniu, wygląda jakby serowata, lubo Cozzolino, twórca tej nazwy, uważa *Rhinitis caseosa* za chorobę *sui generis*.

W końcu wspomnieć muszę o przypadku ropnia zapołykowego, w którym guz sięgając w głąb, przytykał bezpośrednio do wewnętrznej powierzchni nagłośni, zakrywał całe wejście do krtani tak, iż ani wnętrza krtani, ani dolnej granicy guza obejrzeć nie można było. Przy dotyku guz przedstawiał zbitość elastyczną, brak mu było jednak chęłbotania. Oddech chorego w położeniu siedzącym był niezbyt ciężki, chory jednak znużony (miał nie spać już kilka nocy z powodu utrudnionego oddechu przy położeniu się do łóżka), zasypiał co chwila i wtedy zauważyliśmy nagłe pogorszenie się oddechu. Spróbowano tedy naciąć guz, *a priori* jednak byliśmy przygotowani na to, że w nim ropy jeszcze nie ma, co stwierdziło się też przy nacięciu; zgłębnikiem wy badać można było obnażoną kość jednego z kręgów; choremu polecono gorące płukania. W nocy jednak, chory zasypiając, począł się dusić, musiano tedy wykonać tracheotomię, bez której byłoby się obeszło, gdyby w guzie znajdowała się ropa, gdyż po jej odpłynięciu, guz by się zmniejszył, a tem samem ustałoby utrudnienie oddychania. Na drugi dzień po nacięciu guza, zaczęło się obfite ropienie, które trwało przeszło trzy tygodnie. Chory ten, w odpowiednim czasie dekanikulowany, opuścił szpital, jako wyleczony.

Jeżeli teraz rzucimy okiem na wykonane zabiegi chirurgiczne w ciągu całego roku, widzimy, iż tracheotomią zrobiono 23 razy, laryngofisurę 12 razy, 1 raz *pharyngotomia subhyoidea*, w 2 przypadkach operowano przy zwieszonej głowie w jamie nosogardłowej, nie licząc całego szeregu rękoczynów innych, tak w jamie nosowej, nosogardłowej, w gardle, krtani, tchawicy i oskrzelach, praca tedy w oddziale polegała głównie na pomocy chirurgicznej i przyniosła nam, jak z powyższego widać, zadowalniające wyniki.

Ruch chorych przychodnich był bez porównania większy, aniżeli w roku zeszłym, a nadto udzielano porady w chorobach usznych; cały ten ostatni materiał kliniczny zostawił mi prof. Pieniążek łaskawie do wyłącznej dyspozycji, za co mu składam moje serdeczne podziękowanie. Prowadzenie am-

bulatorium dla chorych, szukających w szpitalu porady z powodu cierpień usznych, oddawna okazało się koniecznem. Ogólna liczba chorych przychodnich wynosiła 546, z której jeżeli się potrąci chorych z cierpieniem narządu słuchowego, a tych było 99, to samych chorych cierpiących na choroby górnych dróg oddechowych było 447 (251 mężczyzn, a 196 kobiet); na zestawionej tablicy ruch chorych uwidoczni nam się najlepiej.

Nazwa choroby	mężczyzn	kobiet	Razem
<i>Rhinitis chronica simplex</i>	9	8	17
<i>Rhinitis chronica atrophica</i>	3	4	7
<i>Rhinitis chronica hypertrophica</i>	26	8	34
<i>Rhinitis hypertrophica polypoides</i>	8	2	10
<i>Polypi narium</i>	8	12	20
<i>Empyema antri Highmori</i>	—	2	2
<i>Empyema cellularum ethmoidalium</i>	1	1	2
<i>Deviatio et crista septi</i>	4	2	6
<i>Epistaxis</i>	4	—	4
<i>Eczema narium</i>	6	9	15
<i>Catarrhus cavi naso-pharyngis</i>	4	4	8
<i>Rhinitis, Pharyngitis chronica</i>	9	11	20
<i>Rhinitis, Pharyngitis, Laryngitis chronica</i>	21	2	23
<i>Pharyngitis chronica granulosa</i>	10	8	18
<i>Pharyngitis chronica lateralis</i>	1	1	2
<i>Pharyngitis chronica sicca</i>	9	9	18
<i>Parästhesia pharyngis</i>	2	3	5
<i>Glossitis parenchymatosa</i>	1	—	1
<i>Ranula</i>	—	1	1
<i>Hypertrophica uvulae</i>	1	—	1
<i>Papilloma palati molis ad arcadam anter.</i>	—	1	1
<i>Angina catarrhalis</i>	6	2	8
<i>Angina lacunaris</i>	6	7	13
<i>Hyperkeratosis lacunaris</i>	2	1	3
<i>Abscessus peritonsillaris</i>	5	9	14
<i>Hypertrophica tonsillarum</i>	8	8	16
<i>Vegetationes adenoidales</i>	6	3	9
<i>Abscessus retropharyngealis</i>	1	—	1

Nazwa choroby	mężczyzn	kobiet	Razem
<i>Diphtheritis faucium</i>	2	1	3
<i>Stomatitis ulcerosa</i>	1	1	2
<i>Stomatitis aphtosa</i>	—	1	1
<i>Epiglottitis</i>	1	1	2
<i>Laryngitis acuta</i>	4	7	11
<i>Laryngitis chronica</i>	11	6	17
<i>Laryngitis, Pharyngitis chronica</i>	4	3	7
<i>Aphonia hysterica</i>	—	6	6
<i>Pachydermia laryngis</i>	—	2	2
<i>Polypus laryngis</i>	3	3	6
<i>Fibroma laryngis</i>	1	—	1
<i>Papillomata laryngis</i>	1	—	1
<i>Tuberculosis nasi</i>	—	1	1
<i>Tuberculosis nasi, pharyngis et laryngis</i>	—	1	1
<i>Tuberculosis palati duri et buccae dextrae</i>	—	1	1
<i>Tuberculosis laryngis</i>	33	11	44
<i>Lues pharyngis secundaria</i>	5	3	8
<i>Lues pharyngis et laryngis secundaria</i>	5	—	5
<i>Lues laryngis secundaria</i>	2	7	9
<i>Lues tertiaria nasi</i>	—	1	1
<i>Lues tertiaria nasi et pharyngis</i>	2	5	7
<i>Lues tertiaria nasi, pharyngis et laryngis</i>	—	1	1
<i>Lues tertiaria laryngis</i>	—	2	2
<i>Perichondritis laryngea</i>	1	—	1
<i>Scleroma</i>	—	2	2
<i>Paralysis nervi recurrentis</i>	6	4	10
<i>Sarcoma nasi</i>	—	1	1
<i>Lympho-Sarcoma tonsillarum</i>	1	—	1
<i>Carcinoma ad radicem linguae</i>	1	—	1
<i>Carcinoma tracheae</i>	1	—	1
<i>Struma</i>	—	5	5
<i>Compressio tracheae e struma</i>	2	12	14
<i>Stenosis oesophogi e carcinomate</i>	2	—	2
<i>Phlegmone colli</i>	1	—	1
	251	196	447

Przypadki nieżyłtów przewlekłych nosa z przerostem leczono galwanokauterem, względnie przerosłe części usuwano pętlą; w jednym przypadku po amputacji przerosłego tylnego końca muszli dolnej krwotok był tak silny, że gdy ani przestrzykiwania nosa wodą zimną, ani zatamponowanie od przodu, krwotoku powstrzymać nie mogły, musiano założyć tampon Beloqua. Polipy nosowe operowano, jak zwykle, wyłącznie pętlą, podobnie w kilku przypadkach usunięto polipy zwieszające się do jamy noso-gardłowej. Ropienie z komórek bocznych leczono przestrzykiwaniami z 3% wody borowej, drogami naturalnymi. W przypadkach pachydermii, jeden raz szczypczykami usunięto zgrubiałe części, zajmujące ścianę tylną i przechodzące w okolicę pod wzrostki głosowe, a lubo badanie płuc wypadło ujemnie, poddano wyjęte części badaniu mikroskopowemu, które pouczyło nas, iż mieliśmy do czynienia ze zwykłą *Pachydermia diffusa*, nie okazującą żadnych cech natury gruzliczej.

Przypadek gruzlicy podniebienia twardego i błony śluzowej policzka, przyjęty został na oddział chirurgiczny, gdzie zajęte części wyskrobano i przypalono termokauterem; w płucach zmian żadnych znaleźć nie można było, badanie jednak usuniętych części potwierdziło rozpoznanie gruzlicy. Zresztą w przypadkach gruzlicy krtani stósowano zadmuchiwanie z jodolu, obok polecenia wdychiwań ciepłych z $\frac{1}{2}$ do 1% kwasu mlekowego lub 1% rezorcyny.

W kile drugorzędnej górnych dróg oddechowych stósowano obok leczenia rtęcią, miejscowo 1% roztwór sublimatu w spirytusie, względnie w odpowiednich przypadkach kamień piekielny i to zatopiony na sondzie.

Na 10 przypadków porażenia nerwu zwrotnego, 3 razy przyczyną porażenia był rak gardzieli, 2 razy ucisk z powodu wola, 1 raz przy porażeniu nerwu zwrotnego lewego znaleziono rozległe stłumienie w szczycie i całej górnej części płuca, obok unieruchomienia górnej granicy płuca, w 1 wreszcie rozpoznano guz w śródpiersiu przednim; u chorego tego znaleziono wypuklenie na granicy trzonu i rękoięści mostka, przechodzące na klatkę piersiową, wyraźne zupełne stłumienie odgłosu w tem miejscu, obok braku objawów przysłuchowych; w przypadku tym obok porażenia lewego nerwu zwrotnego, był i niedowład prawego *posticus*. W pozostałych 3 przypadkach porażenia nerwu zwrotnego przyczyny znaleźć nie można było.

Przypadek mięsaka jamy nosowej nie nadawał się już do operowania, podobnie raka na korzeniu języka. Przypadek mięsaka, zajmującego oba migdałki i gruczoły chłonne na szyi, również nie kwalifikował się do zabiegu operacyjnego, wreszcie w przypadku raka tchawicy mieliśmy do czynienia z przesunięciem się nowotworu z gruczołu tarczowego na tchawicę. Chory ten zmarł po pewnym czasie w oddziale wewnętrznym, a nekroskopia potwierdziła w zupełności rozpoznanie kliniczne.

Przypadki ze zwężeniem tchawicy z powodu woła odсылano na oddział chirurgiczny, a tylko w miernych przypadkach zwężenia — próbowano na razie leczenia środkami zewnętrznymi.

W przypadkach zwężenia gardzieli z powodu raka stosowano rozszerzanie.

Przypadek zapalenia tkanki łącznej szyi, przysłany nam był do rozpoznania z oddziału wewnętrznego; dotyczył on mężczyzny młodego, u którego znaleźliśmy obrzmienie części szyi poniżej krtani aż do mostka, a przy obmacaniu stwierdzono trzeszczenie jakby powietrza; badanie krtani wykazało jedynie porażenie mięśnia poprzecznego. Chory skarżył się na znaczne bóle przy przełykaniu, z ust chorego wydobywała się wyraźna woń acetonu. Niebawem nekroskopia potwierdziła nasze rozpoznanie, a nie znajdując przyczyny dla zapalenia tkanki łącznej, przyjęła rozpoznanie *Phlegmone colli idiopathica*. Mięśnie poprzeczne krtani znaleziono zropiałe, podobnie i mięśnie głębsze szyi, a nadto ropienie posunęło się w dół, zajęło całe śródpiersie przodkowe, dalej przeszło na osierdzie i opłucną.

W końcu przejdę do sprawozdania z ruchu ambulatoryjnego chorób usznych. Jak z przytoczonej tablicy widzimy, ilość przypadków usznych wynosiła 99, a z tego 60 mężczyzn a 39 kobiet.

Nazwa choroby	mężczyzn	kobiet	Razem
<i>Eczema auriculæ et meatu auditorii externi</i> . . .	—	1	1
<i>Corpus alienum</i>	1	1	2
<i>Accumulatio ceruminis</i>	11	9	20

Nazwa choroby	meżczyzn	kobiet	Razem
<i>Otitis externa diffusa acuta</i>	1	—	1
<i>Otitis externa diffusa chronica</i>	—	1	1
<i>Caries ossium meati auditorii externi</i>	1	—	1
<i>Hyperämia membranae tympani</i>	1	—	1
<i>Catarrhus tubae</i>	2	4	6
<i>Catarrhus acutus</i>	5	—	5
<i>Otitis media acuta</i>	4	5	9
<i>Otitis media chronica</i>	5	6	11
<i>Catarrhus serosus</i>	5	2	7
<i>Catarrhus scleroticus</i>	2	2	4
<i>Catarrhus chronicus</i>	7	1	8
<i>Polypi meati auditorii interni</i>	3	1	4
<i>Polypi meati auditorii externi</i>	1	—	1
<i>Perforatio sicca membranae tympani</i>	5	2	7
<i>Cicatrices membranae tympani</i>	4	—	4
<i>Otalgia</i>	1	—	1
<i>Surdomiditas</i>	1	3	4
<i>Surditas senilis</i>	—	1	1
	60	39	99

W przypadkach ciał obcych w uchu raz znalazłem węg, w innym zaś przypadku ropienia z ucha środkowego u dziecka 2 lat liczącego, przy wystrzykaniu ucha prawego wydobyło 3, a ucha lewego 5 much, dość dobrze zachowanych.

Obumarłe części kości przewodu słuchowego zewnętrz nego usunięto szczypcami, a nadto stósowano odpowiednie leczenie ropienia z ucha środkowego.

W 2 przypadkach nieżytów trąbek Eustachiusza usunięto wyrosłe adenoidalne (szczypcami), w innych leczono nieżyt w jamie noso-gardłowej pędzlowaniem 10% lapisem, a nadto stósowano przedmuchiwanie Politzera.

W jednym przypadku ostrego nieżyty zrobiono paracentezę, podobnie w czterech przypadkach ostrego zapalenia ropnego i w dwóch przypadkach nieżyty przewlekłego ucha

środkowego ze znacznym wysiękiem do jamy bębenkowej. W jednym przypadku ropienia przewlekłego obustronnego znaleziono u dziewczynki 4 lat liczącej przetokę w okolicy wyrostka sutkowego lewego, a nadto polipy w uchu środkowym; podobnie znajdowały się polipy w uchu środkowym prawem. Te ostatnie usunięto nożykiem pierścieniowym Politzera, a na drugim uchu, poprowadzono na chirurgii (Dr. Rutkowski) cięcie przez przetokę, wydłutowano częściowo wyrostek sutkowy i tą drogą usunięto polipy, — a wreszcie sprowadzono zagojenie się przetoki.

W innych czterech przypadkach polipów ucha środkowego operowano również nożykiem Politzera, polip zaś ucha zewnętrznego znacznych rozmiarów, usunięto za pomocą pętli.

Przypadek otalgii miał swą przyczynę w spróchniałym zębie. W czterech przypadkach głucho-niemoty, dwa razy jako przyczynę uważać należało przebyte zapalenie opon mózgowych.



