

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY



Ś. P. DR. MED. LUDWIK GURANOWSKI.

Wspomnienie pośmiertne.

Napisał D-r Leopold Lubliner.

W dniu 5-tym sierpnia 1926 zmarł nagle najstarszy otjatra polski, nasz członek honorowy, dr. Ludwik Guranowski, przeżywszy lat 73.

Urodził się w Kaliszu w r. 1853 i po skończeniu gimnazjum tamże wstąpił na fakultet medycyny w Dorpacie, który ukończył w r. 1876. Zaraz po ukończeniu uniwersytetu i otrzymaniu dyplomu powołany został do służby wojskowej podczas wojny rosyjsko-tureckiej i odbył kampanję roku 1876—1878. Do roku 1880 był lekarzem ziemskim w gubernji Czernihowskiej. W r. 1880 udał się dla studjów specjalnych do Wiednia, gdzie pod kierunkiem prof. Politzera i Urbantschitscha wydoskonalili się jako otjatra.

Po powrocie z Wiednia od r. 1882 do końca r. 1889 pracował w charakterze asystenta na oddziale chirurgicznym, ś. p. dr. Władysława Orłowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus. W r. 1894 wspólnie

ze ś. p. dr. Karolem Bennim utworzył pierwszy prywatny zakład leczniczy dla chorych na uszy, który prowadził do r. 1905.

Był członkiem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego a od r. 1906 członkiem korespondentem Paryskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego. Od r. 1893 był wydawcą „Medycyny“, a od r. 1898 „Medycyny i Kroniki Lekarskiej“.

Od r. 1907 do r. 1913 był członkiem Zarządu Warsz. T-wa Lekarskiego i gospodarzem domu i lokalu tego towarzystwa. Był członkiem Zarządu Kasy Pożyczkowo-Oszczędnościowej Lekarzy. Był prezesem sekcji oto-laryngologicznej przy Tow. Lekarskim, i prezesem Warszawskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego. Był redaktorem naczelnym Przeglądu Oto-laryngologicznego i członkiem Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej.

W lipcu 1925 r. został wybrany członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Oto-Ryno-Laryngologicznego.

Niewysłowiony żal ściska serce, gdy uprzytomnimy sobie nieodżałowanego d-ra Ludwika Guranowskiego przy pracy.

Cichy, skromny, taktowny, obdarzony nadzwyczajnym spokojem w postępowaniu z kolegami, wzór cnót obywatelskich—nosił wysoko sztandar etyki lekarskiej. Wnosił on jakiś dziwny czar i pogodę na każdym stanowisku, które zajmował. Wszędzie zaskarbiał sobie w krótkim czasie najwyższe poważanie i cieszył się zawsze zaufaniem kolegów. Wyrazem tego była ta różnorodność zajmowanych stanowisk.

Jako wydawca „Medycyny“ i w dalszym ciągu po fuzji z „Kroniką“ był on duszą i główną osią i sprężyną wydawnictwa. Ale sama administracja i sprawy wydawnictwa nie zapełniały Jego pracy. Niezliczona mnogość referatów ze wszystkich działów medycyny znajduje się w każdym roczniku w opracowaniu ś. p. Ludwika Guranowskiego, oprócz prac oryginalnych. Pracą zawodową i zarobkową był nasz kolega ukochany całkowicie pochłonięty. I praca społeczna dla dobra sprawy lekarskiej i kolegów zabierała mu cały wolny czas. A wszystko co robił, do czego się zobowiązał, wykonywał skrupulatnie z benedyktyńską iście cierpliwością. Że wspomnę tu o długoletniej pracy Jego nad ułożeniem biografii wszystkich lekarzy polskich. Toć to [setki foljałów, które opracował ś. p. Ludwik Guranowski, choć niestety nie danem Mu było ze względów materialnych oddać do druku tę wielką pracę; spoczywa ona w innych obecnie rękach. Należy fakt ten specjalnie podkreślić i w odpowiedniej chwili upomnieć się o wyróżnienie tej potężnej pracy dr. Ludwika Guranowskiego.

Jako lekarz specjalista—wszyscy to dobrze wiedzą i oceniają—jak olbrzymią erudycję miał nasz ukochany prezes. Jego subtelne badanie chorego i ocenianie faktów klinicznych należy specjalnie podkreślić i jeżeli nie miał wielkiego rozgłosu, a co za tem idzie, wielkiej praktyki, to rzec możemy, iż wynikało to stąd, iż ten wyjątkowy lekarz usuwał się zawsze w cień, jakgdyby w tym celu, by Mu w pracy nie przeszkadzano. Wielkim On bowiem był w skromności.

Ś. p. Ludwik Guranowski ogłosił drukiem szereg prac, a mianowicie:

1) Przypadek krupowego zapalenia zewnętrznego przewodu słuchowego i błony bębenkowej. *Gazeta Lekarska* Nr. 33 1888 r. To samo po niemiecku w *Monatsschrift für Ohrenheilkunde* 1888.

2) Photoxylinlösung zum Verschluss persistenter Trommelfell-perforationen. *Monatsschr. f. Ohrenheilk.* 1887.

3) Przyczynek do kazuistyki szczepienia błony z jaja kurzego na przedziurawioną błonę bębenkową. *Medycyna* 1887.

4) Przypadek szankra miękkiego w uchu średniem.

5) Ocena 2-go wydania podręcznika otjatrji prof. Grubera. *Monatschr, für Ohrenheilkunde* Nr. 11 i 12.

6) O ciałach obcych w uchu. *Medycyna* 1892 r.

7) O ostrem zapaleniu ucha środkowego w przebiegu influency.

8) Przypadek gruźliczego zapalenia ucha środkowego i kilka uwag o gruźlicy ucha środk. wogóle. *Medycyna* 1893 r.

9) Przypadek nekrozy błędniaka 1897. Toż samo w *Mon. f. Ohr.* 1896.

10) Przypadek podwójnego przewodu słuchowego. *Przegląd Chirurg.* 1898.

11) Obecny stan wiedzy o t. zw. Otosklerozie. *Medycyna* 1906.

12) Ubezpieczenie na życie, a choroby narządu słuchowego. *Medycyna i Kronika Lekarska* 1916 r.

13) Kilka uwag w sprawie t. zw. objawu Wannera. *Medycyna Kronika lekarska* 1918.

14) O wskazaniach do operacji doszczętnej w przewlekłym zapaleniu ucha środkowego. *Medycyna i Kronika lekarska.*

15) O organizacji pracy umysłowej. *Medycyna i Kronika Lekarska* 1921.

16) Badanie uszu, nosa i gardła w szkołach powszechnych. *Polski Przegląd Oto-laryngologiczny* T. II zeszyt 3 i 4.

Cechą charakterystyczną każdej z prac ś. p. L. Guranowskiego jest nadzwyczajna treściwość, bardzo subtelna obróbka materiału klinicznego, i głębokie ujęcie każdej poszczególnej sprawy. Św. p. Ludwik Guranowski jakby unikał zbytecznego słowa, streszczał się zawsze i unikał długich opisów i nudnych, a często tak zbytecznych historyj chorób.

Można rzec, że liczył się z każdym słowem nie tylko w mowie, ale i w druku. *Le style, c'est l'homme*, mówią francuzi. Kto czytał choćby jedną z prac ś. p. Ludwiga Guranowskiego, dojdzie prędko do wniosku, że do pracy tej nic dodać i nic ująć nie można. Każda więc praca ś. p. L. Guranowskiego jest prawdziwą perełką w literaturze naszej. Nie bacząc na to, że wyszedł ze szkoły niemieckiej, język ojczysty pielęgnował do pozazdrosczenia, znał go bowiem wyśmienicie i dbał zawsze o jego czystość, co też jako redaktor i wydawca „Medycyny“ i „Medycyny i Kroniki Lekarskiej“, przestrzegał z całą surowością. Korrygował stale błędy w rękopisach licznych autorów, nadsyłających prace swe do redakcji i niejednokrotnie widywałem te prace, wygładzane piórem ś. p. Ludwika Guranowskiego. Sam autor by ich nie poznał, ale ś. p. Ludwik Guranowski czynił to zawsze dyskretnie, życzliwie i arcydokładnie. Czasami tylko uskarżał się na zaniedbanie języka przez danego autora i to unikając urażenia ostatniego.

Ci z kolegów, którzy mieli sposobność i szczęście częstego obcowania i spotykania się na niwie pracy naukowej z kolegą Guranowskim, jednym głosem potwierdzą moje słowa, że z kol. Guranowskim zeszedł ze świata piękny typ lekarza polskiego, który poza prawdą poza skrajną uczciwością i poza bezgranicznym oddaniem się ukochanej specjalności i dobru cierpiącej ludzkości — żadnych innych celów przed sobą nie widział.

Cześć pamięci nieskazitelnego obywatela — lekarza!

*) Wypowiedziane na posiedzeniu naukowem, poświęconem pamięci ś. p. D-ra L. Guranowskiego dnia 28 października r. b. Polskiego Tow. Oto-lar.

Organizacja Kliniki Otolaryngologicznej na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego.

podał

Prof. JAN SZMURŁO, Kierownik Kliniki.

Powstanie nowej placówki pracy naukowej stanowi u nas zjawisko wcale nie codzienne. W szczególności liczbą takich placówek nie może się poszczycić polska otolaryngologia. Dla tego zjawienie się każdego nowego warsztatu pracy w tej dziedzinie powinno być skrzętnie notowane, dowodzi bowiem, że rząd i społeczeństwo potrzebę twórczej pracy naukowej rozumie, że zdaje sobie sprawę z istniejących u nas braków i braki te stara się jak najprędzej wyrównać; że nie chcemy iść w ogonie powszechnej pracy naukowej, z wyników pracy innych korzystać, ale, że mamy szczerą ambicję sami do pracy się zabrać i wytwarzać wartości naukowe w większym, niż to się dotychczas działo stopniu.

Motywy powyższe skłoniły mnie do zaznajomienia polskich otolaryngologów z historją powstania, organizacją i obecnym stanem kliniki otolaryngologicznej na wydziale lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Uważam przytem, że jako kierownik instytucji naukowej państwowo-społecznej, jaką jest Klinika Uniwersytecka, obowiązany jestem do składania przed społeczeństwem od czasu do czasu sprawozdania z pracy swej i jej wyników, poddając je ocenie kompetentnego ogółu lekarskiego.

W roku 1923-m, z chwilą otwarcia piątego roku studjów na wydziale lekarskim wskrzeszonego po stu latach na nowo do życia Uniwersytetu Wileńskiego, w myśl przepisów istniejących należało utworzyć katedrę Otolaryngologii oraz klinikę otolaryngologiczną. Prawa bowiem i przepisy obowiązujące ustalały obowiązkowe wykłady z Rynologii z Laryngologją i z Otjatrji na 70 godzin rocznie: 40 godzin na Laryngologję z Rynologją i 30 godzin na Otjatrję. Wybór Wydziału Lekarskiego zatwierdzony przez decyzję Senatu zatrzymał się na mnie. W końcu Lipca 1923 roku dekretem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej zostałem powołany na połączoną katedrę Otolaryngologii w charakterze profesora zwyczajnego i kierownika kliniki.

Po przybyciu do Wilna dowiedziałem się, że wszystkie kliniki, z wyjątkiem 1-ej wewnętrznej i kliniki chorób [nerwowych, w myśl umowy zawartej pomiędzy Ministerstwem Spraw Wojskowych i Ministerstwem Oświecenia, mają powstać na terenie Wojskowego Szpi-

tala Okręgowego i w łączności z nim. W myśl umowy międzyministerjalnej każda klinika przeznaczona dla chorych cywilnych, ma swój równoważnik w odpowiednim oddziale wojskowym, którego kierownik, zwykle starszy ordynator, jest asystentem kliniki, profesor zaś, kierujący kliniką uniwersytecką, jest konsultantem oddziału wojskowego ma prawo korzystać z materiału wojskowego dla potrzeb nauczania, jednocześnie jest odpowiedzialny za prowadzenie oddziału pod względem naukowym, bez prawa mieszania się do spraw gospodarczych. Taki układ był wygodny dla obu stron, dostarczał bowiem klinikom materiału do wykładów, a wojsku dawał pewność, że sprawa rozpoznawania i leczenia na oddziałach wojskowych będzie stała na należytych poziomie.

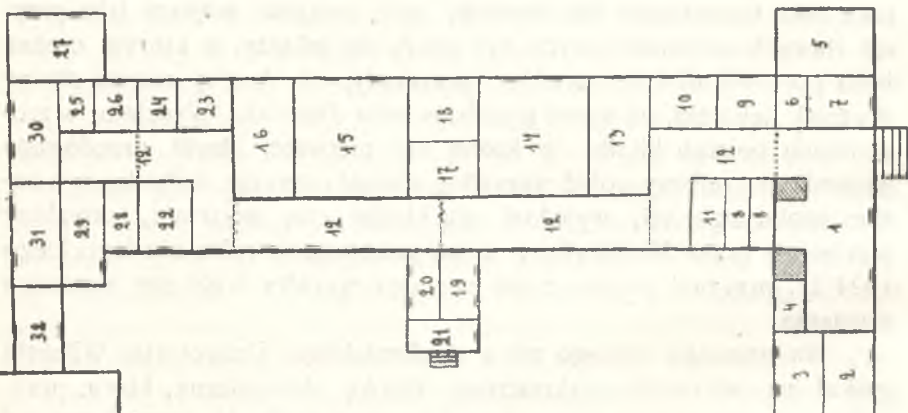
Równolegle więc z innymi miała powstać w szpitalu wojskowym Okręgowym na Antokolu i klinika otolaryngologiczna. Według przepisów ministerjalnych powinna ona rozporządzać 40 łózkami. Tymczasem wszakże nie było jeszcze nic. Pawilon, wojskowy, przeznaczony na klinikę, był zajęty przez chorych nerwowo żołnierzy i nie było nadziei na jego rychłe opróżnienie. W ten sposób początek roku akademickiego 1923/24 zastał mnie bez kliniki i tylko z wojskowym oddziałem usznogardłanym na 40 łózek, mieszczącym się w starym zniszczonym pawilonie, z rozwalonymi piecami, z izbą przyjęć, której podłoga miała nie więcej 24-ch metrów kwadratowych. I w takiej izbie trzeba było przyjmować chorych zarówno cywilnych, jak i wojskowych i prowadzić zajęcia praktyczne ze studentami, których liczba wynosiła 94 osoby. Pomimo tak trudnych warunków postanowiłem rozpocząć wykłady. W listopadzie wygłosiłem wykład wstępny p. t. „Rola i znaczenie otolaryngologii“, a następnie rozpocząłem wykłady z zakresu chorób nosa, gardła i uszu, korzystając dla demonstracji z materiału oddziału wojskowego. W początkach Grudnia rozpocząłem zajęcia praktyczne przy pomocy ordynatora oddziału wojskowego, a zarazem asystenta kliniki d-ra F. Swieżyńskiego. Dla wykładów korzystałem z sali wykładowej Prof. Higieny D-ra K. Karaffy-Korbutta, urządzonej narazie w pomieszczeniu Zakładu Anatomji Patologicznej. Obok zajęć związanych z wykładami trzeba było odrazu myśleć o organizowaniu kliniki. Trzeba więc było opracować plan gruntownych przeródek pawilonu wojskowego, przeznaczonego na przyszłą klinikę, oraz ze skromnych środków przeznaczonych na urządzenie kliniki, trzeba było kupować łóżka, materace, stoliki, kołdry, szyc bieliznę, tworzyć bibliotekę, nabywać instrumenty, modele, fantomy, przyrządy naukowe, ażeby

można było odrazu postawić pracę na należytych poziomach, móc odrazu wyzyskiwać materiały kliniczne pod względem naukowym i gromadzić zapasy na przyszłość, tak ażeby z chwilą otwarcia kliniki wszystko było puszczane odrazu w ruch, i klinika mogła odrazu sprawnie pracować.

Z całym uznaniem i wdzięcznością na tem miejscu przyznać muszę, że zarówno ze strony władz uniwersyteckich, jak i wojskowych znalazłem należyte zrozumienie potrzeb kliniki i odpowiednią pomoc. Tak więc komendant szpitala wojskowego, pułkownik Ordyłowski, widząc, w jak ciężkich warunkach znajdują się chorzy wojskowi i jak trudną jest praca leczenia i nauczania, postarał się o jak najszybsze opróżnienie pawilonu, przeznaczonego dla żołnierzy z przewlekłymi cierpieniami chirurgicznymi, przeniesienia ich do świeżo odnowionego pawilonu chirurgicznego, i opróżniony pawilon oddał do użytku chorych usznogardlanych, a wraz z tem do użytku kliniki. Była tu już jaka taka poczekalnia dla chorych, była znacznie większa izba przyjęć chorych ambulatoryjnych, był pokój dla lekarzy, w którym można było postawić niektóre meble i przyrządy. Z drugiej znowu strony Wydział Lekarski, na mocy przedstawienia Dziekana Wydziału, w zrozumieniu potrzeb kliniki, w której od pierwszej chwili urzędowego istnienia poczęliśmy robić wszystkie niemal operacje, wchodzące w zakres otolaryngologii, wyjednał dla kliniki etat asystenta, skreślony pierwotnie przez Ministerjum, a po rozpoczęciu roku akademickiego 1924/25, przyznał jeszcze z tak zwanego ryczałtu drugi etat starszego asystenta.

Na początku nowego roku akademickiego Uniwersytet Wileński zyskał już całkowicie, wykończoną klinikę chirurgiczną, która, urządzając się, przerabiała różne sale i pomieszczenia do potrzeb przyjęć ambulatoryjnych, prześwietlań i t. p. Korzystając z uprzejmości Kierownika Kliniki Profesora Michejdy, we Wrześniu 1924-go roku urządziłem w sali przeznaczonej na przyszły gabinet Röntgena ambulatorjum dla chorych przychodzących. Jednocześnie Prof. Michejda zgodził się na umieszczanie i operowanie w jego klinice chorych obłożnych. Niedługo wszakże potrzebowałem korzystać z jego uprzejmości. W Październiku komenda szpitala oddała do mojego rozporządzenia, pomieszczenie składające się z pięciu pokoiów, w których, po odnowieniu ich, urządziłem klozetu, przeprowadzeniu z pobliskiego pawilonu wody, można było urządzić, poczekalnię dla chorych, salę do przyjęć ambulatoryjnych i zajęć praktycznych, salę wykładową, salę operacyjną i gabinet lekarski. Nie było tylko pomieszcze-

nia dla chorych stałych, ale tu znowu przyszedł mi z prawdziwie koleżeńską pomocą Prof. Michejda, ofiarując do mojego rozporządzenia wolne miejsca w swej klinice. W ten sposób sprawa kliniki otolaryngologicznej została czasowo względnie pomyślnie rozwiązana; mogłem bowiem już we własnym dość wygodnym pomieszczeniu przyjmować chorych ambulatoryjnych, mogłem wykładać we własnej skromnej sali wykładowej, we własnej sali operacyjnej operować, trzeba było tylko chorych z sali operacyjnej przenosić do w pobliżu znajdującej się, ale bądź co bądź oddzielonej od mojej kliniki kilkunastu metrów podwórza kliniki chirurgicznej. Pozostawało teraz ostatecznie dążyć do jak najszybszego urzeczywistnienia gruntownego remontu pawilonu przeznaczanego na przyszłą klinikę. I znowu życzliwość władz wojskowych, a zwłaszcza Komendanta Szpitala, Pułkownika Ordyłowskiego oraz energia Dziekana Wydziału Prof. Z. Orłowskiego posunęły sprawę naprzód i to dość znacznie. Plan



PLAN KLINIKI.

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1) Poczekalnia dla chorych. | 21) Kotłownia. |
| 2) Kuchnia. | 22, 23, 24) Separatki dla chorych. |
| 3) Składowiec. | 25) Korytarzyk. |
| 4) Pokój siostry dyżurnej. | 26) Pokoik przedoperacyjny. |
| 5) Sala przyjęć ambulatoryjnych. | 27) Sala operacyjna. |
| 6) Korytarzyk. | 28) Klozet. |
| 7) Ciemnia. | 29) Gabinet profesora. |
| 8) Klozety. | 30) Pracownia. |
| 9) Pokój dla naświetlań. | 31) Biblioteka. |
| 10) Pokój asystentów. | 32) Sala zajęć praktycznych. |
| 11) Pokój siostry miejscowej. | 33) Sala wykładowa. |
| 12) Korytarze. | 34) Muzeum. |
| 13, 14, 15 i 16) Sale chorych. | 35, 36) Pokoje dla słuchaczy. |
| 17, 18) Pokój opatrunkowy i pokój dla drobnych zabiegów. | 37, 38) Klozety dla słuchaczy. |
| 19, 20) Klozety i wanny dla mężczyzn i kobiet. | 39) Szatnia dla słuchaczy. |

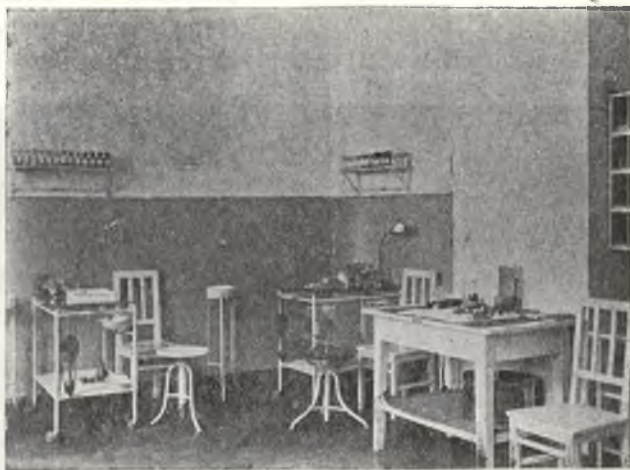
Wejście dla słuchaczy.

Wejście do ambulatorium klinicznego.

już był opracowany we wszystkich szczegółach, władze wojskowe oddały do użytku kliniki długi korytarz, łączący pawilon wojskowy dla chorych usznogardlanych z przyszłą kliniką uszno gardlaną, co pozwoliło na urządzenie w klinice szeregu pomieszczeń dodatkowych klinicznych bez uszczuplenia liczby łóżek w klinice. Wreszcie po opróżnieniu na początku 1925 roku przyszłej kliniki z przebywających tam chorych nerwowych i przeniesieniu ich do świeżo pobudowanych pawilonów dla chorych umysłowych i nerwowych można było przystąpić do jego gruntownej przeróbki. Jednocześnie władze wojskowe rozpoczęły również gruntowny remont usznogardlanego pawilonu wojskowego z takim wyliczeniem, ażeby oddział ten został wykończony jednocześnie z kliniką. Roboty trwały przeszło półtora roku, wreszcie w Maju roku obecnego klinika oddana została władzom uniwersyteckim, a w początku Czerwca nastąpiło faktyczne jej otwarcie.

Jak widać z załączonego planu i fotografii, klinika przedstawia budynek jednopiętrowy w postaci dwóch skrzydeł, tworzących kąt prosty. Jedno skrzydło biegnie z północy na południe, drugie ze wschodu na zachód.

Pierwsze skrzydło dzieli się na trzy części: zewnętrzną, w której mieści się poczekalnia (1), kuchnia (2), składzik (3), pokój siostry



Sala przyjęć ambulatoryjnych.

dyżurnej (4), przychodnia z ciemnią dla chorych przychodzących (5-6-7); ustęp i składzik dla przechowywania różnych sprzętów gospodar-

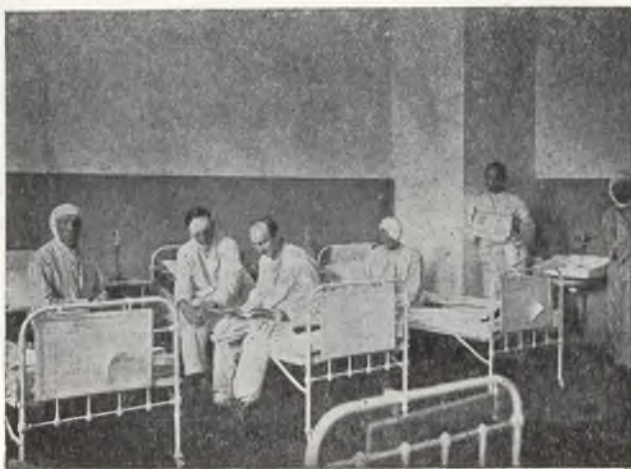
czych⁽⁸⁾, wreszcie pokój do naświetlań lampą kwarcową, ultrastrońcem, do stosowania diatermokoagulacji⁽⁹⁾.



Korytarz.

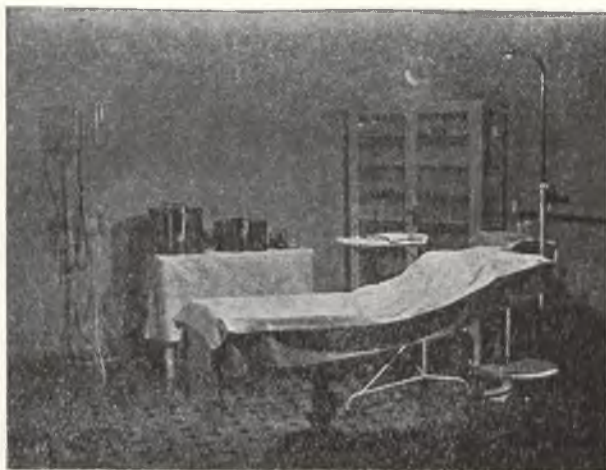
rych⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Do łazienek z zewnątrz przylega kotłownia⁽²¹⁾ dostarcza

Na początku części środkowej znajduje się pokój dla asystentów⁽¹⁰⁾, dla siostry miejscowej⁽¹¹⁾. Wszystkie te pokoje położone są po obu stronach dwumetrowej szerokości korytarza⁽¹²⁾, który za ostatnimi dwoma pokojami zagina się biegnąc wzdłuż wschodniej ściany, przy zachodniej mamy sale chorych^(13,14,15,16). Szerokie szklane drzwi dzielą tę część na dwie połowy męską i żeńską. Po między obu połowami znajdujemy po stronie zachodniej pokój dla mniejszych operacji, a za nim pokój opatrunkowy⁽¹⁸⁾. Z drugiej strony w przybudówce mieszczą się ustępy i łazienki dla stałych chorych



Sala chorych № 3.

jąca wody gorącej dla całego pawilonu. Wejście do niej znajduje się zewnątrz. Sal dla chorych mamy cztery: większe dwie po 8 łóżek, mniejsze po 6. Za salami korytarz znowu zagina się pod kątem



Sala operacyjna.

prostym i biegnie pomiędzy pojedynczymi pokojami w liczbie 3-ch dla ciężko chorych ^(22, 23, 24), a następnie dalej po stronie zachod-



Pracownia i biblioteka za nią.

niej korytarza mamy wejście do wąskiego korytarzyka ⁽²⁵⁾ prowadzącego do pokoju przedoperacyjnego ⁽²⁶⁾ a zarazem i do sali operacyj-

nej⁽²⁷⁾. Po drugiej jego stronie znajduje się ustęp dla personelu lekarskiego i pokojków⁽²⁸⁾, a w końcu korytarza gabinet profesora⁽²⁹⁾. Tu kończy się skrzydło północno-południowe. Z korytarza wchodzimy teraz



Sala zajęć praktycznych.

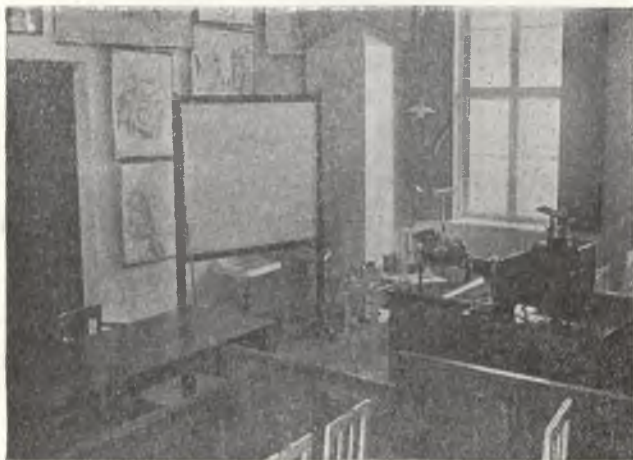
do szeregu sal klinicznych przejściowych, wytworzonych z korytarza międzypawilonowego. A więc naprzód pracownia⁽³⁰⁾, za pracownią



Sala wykładowa

sala biblioteczna⁽³¹⁾, dalej duża sala dla zajęć praktycznych⁽³²⁾, w której udało się, ustawić 15 stolików, dla 30 studentów. Z sali zajęć

przechodzi się do sali wykładowej⁽³³⁾, przerobionej z istniejącej w tym miejscu rotundy, którą znacznie rozszerzono i nadano jej postać kwadratową. W sali tej pomieścić się może z łatwością 120 — 130 słuchaczy. Za salą wykładową mamy muzeum⁽³⁴⁾, a dalej pokój dla studentów⁽³⁵⁾, szatnie⁽³⁶⁾, klozety dla pań i panów⁽³⁷⁻³⁸⁾, pokój dla woźnego⁽³⁹⁾ i wejście do pawilonu dla studentów.



Sala wykładowa.

Cały budynek jest skanalizowany, posiada urządzenia wodociągowe, przyczem wodę otrzymujemy ze znajdującej się na terenie szpitala studni artezyjskiej, pozatem mamy instalację elektryczną. Gazu niestety nie mamy, nie posiada go bowiem i szpital, a przeprowadzenie z odległej od szpitala o 3 przynajmniej kilometry gazowni do klinik uniwersyteckich w obecnych warunkach jest wprost niemożliwe. Zamiast gazu do potrzeb szpitalnych i klinicznych korzystamy ze spirytnu skażonego, nafty i benzyny.

Miejsz w klinice posiadamy 31, których liczbę w razie potrzeby zwiększyć możemy do 35 bez obrażania zasad higieny. W razie wielkiej potrzeby moglibyśmy nawet dociągnąć do etatowych miejsz 40-u. Dla potrzeb wykładu klinika, jak wspominałem, korzysta oprócz tego z wojskowego oddziału otolaryngologicznego również, 40 miejsz liczącego.

Klinika posiada 40 łózek systemu amerykańskiego wyrobu Goztyńskiego, sprężynowych z materacami z trawy morskiej, tyleż klinów materacowych pod głowy, tyleż koców i około 60 poduszek.

Naturalnie przy każdym łóżku znajduje się szafka i taburecik. Mamy po 4 zmiany bielizny, oraz komplet pidżam i płaszczy. Sala przedoperacyjna i operacyjna, opatrunkowa i sala dla drobnych operacyj



M u z e u m.

wyłożone są płytkami i całe malowane olejno, również płytkami wyłożone są wszystkie pokoje ustępowe i kąpielowe.

Dla celów diagnostycznych klinika jest zaopatrzona we wszystkie narzędzia niezbędne, pozatem mamy niezbędne urządzenia do badań moczu, krwi, oraz badań podręcznych bakterjologicznych, histologicznych. Do leczenia chorych mamy przede wszystkim wystarczający zapas narzędzi operacyjnych, mamy dwa panstotaty, jeden aparat typu Parvus, przyrząd do diathermokoagulacji, lampę do naświetlań typu Ultrasłońce i lampę kwarcową, szereg przyrządów inhalacyjnych różnych typów, między innymi posiadamy komplet kamertonów, monochord Struykena, przyrząd wieszadełkowy Killiana, autoskop Seyferta, direktoskop Haslingera, komplet narzędzi do broncho i oesophagoskopji.

Dla celów wykładowych klinika posiada aparat projekcyjny, którego używać można nie tylko do przezroczy, ale i również do wszelkiego rodzaju rysunków i obrazów. Mamy również przyrząd projekcyjny do odrzucania na ekran powiększonych obrazów z preparatów szkiełkowych mikroskopowych. Z obu tych przyrządów podczas wykładów szeroko się korzysta. Rozumiejąc wielką doniosłość metody poglądowej w nauczaniu, uważałem za niezbędne zaopatrzyć

klinikę w dostateczną liczbę tablic, ilustrujących wykład. Tablic tych klinika w chwili obecnej posiada 250 przyczem wciąż robi się nowe. Oprócz tablic klinika posiada jeszcze szereg modeli, ułatwiających słuchaczom studjowania naszej specjalności oraz kilka fantomów dla wprawy studentów w laryngoskopji i ryoskopji tylnej.

Dla pracy naukowej poza szeregiem takich przyrządów, jak mikroskopy, mikrotom, oscillometr, Pachona viscosimetr, kimografjon i t. p. przyrządy, stanowiące w chwili obecnej niezbędną część składową każdej pracowni klinicznej, jako tako urządzonej, konieczną jest przedewszystkiem biblioteka, dająca możność przestudjować każdą kwestję, która nas w danej chwili zajmuje. Stworzyć w klinice bibliotekę, ułatwiającą pracę naukową, było mojem marzeniem i troską. Pod tym względem głęboką wdzięczność czuję za pomoc, jaką mi okazał przedwczesnie dla polskiej otolaryngologii zgasły ś. p. Ludwik Guranowski, ofiarowując dla kliniki prawie całkowite i w każdym razie łatwo dające się uzupełnić komplety czasopism specjalnych, jak *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, *Archiv für Ohrenheilkunde*, *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, *Comptes Rendus de la Société Française d'Otolaryngologie*. Czasopisma te uzupełnione za czas wojny i dalej prenumerowane stworzyły podstawę dla biblioteki klinicznej. Bogaty zbiór broszur i odbitek, oraz podręczników starszych i nowszych, ofiarowanych przez zmarłego, posiadanie takich dzieł, podstawowych, jak *Heymanns Handbuch der Laryngologie*, *Handbuch der Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege Katza i Blumenfelda*, *die Neurologie des Ohres Alexandera*, *Handbuch der Krankheiten des Mundes, Rachens, Kehlkopfes und Ohres Denkera i Kahlera*, wielkich zbiorowych wydawnictw francuskich, wreszcie jedenaście perjodycznych wydawnictw specjalnych w językach niemieckim, francuskim i angielskim pozwalają już obecnie podejmować prace naukowe bez uciekania się o pomoc do większych bibliotek w kraju i zagranicą. Toteż od pierwszej niemal chwili otwarcia kliniki w Wilnie rozpoczęła się w niej praca naukowa. Prac tych od roku 1923 z kliniki otolaryngologicznej pióra profesora i asystentów wyszło 20. Drukowane były w *Polskiej Gazecie Lekarskiej*, w *Nowinach Lekarskich*, w *Pamiętniku Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego* i w *Polskim Przeglądzie Oto-laryngologicznym*.

Za okres czasu od 1 Stycznia 1924 roku do 1 Lipca 1926 przyjęto chorych ambulatoryjnych 8,430, z tych po raz pierwszy 3,306, powtórnych 5,124, a mianowicie:

Podział chorych według chorób.

Choroby nosa.

Eczema, furunculosis nasi	48
Naevus pigmentosus nasi	1
Verruca nasi	1
Deviatio septi narium	237
Synechiae intranasales	3
Atresia choanarum	1
Arhinia acquisita	1
Rhinitis acuta	29
„ chronica simplex	415
„ chronica hypertrophica	158
„ „ atrophica	74
„ „ „ foetida (ozoena simplex).	34
Abscessus septi narium	4
Sinuitis maxillaris	54
„ frontalis	7
„ ethmoidalis	59
„ sphenoidalis	5
Pansinuitis	2
Lupus nasi	16
Tuberculosis nasi	9
Lues III nasi	8
Rhinoscleroma	5
Polipi nasi	24
„ choanales	3
Sarcoma nasi et cavi nasopharyngei	5
Carcinoma nasi	5
Corpus alienum nasi	5
Epistaxis	42
Trauma nasi	9
Anosmia	7
Neuralgia trigemini	11
Cysta dentalis	1
Dacriocystitis	1
Vegetationes adenoidales	332

Choroby jamy ustnej.

Stomatitis acuta	25
Glossitis exfoliativa	7
Abscessus linguae	7
„ sublingualis	7
Periodontitis	3
Tuberculosis linguae	2
Palatoschisis	2
Parotitis	2
Epulis	2
Carcinoma linguae	2
Neoplasma malignum buccae	4

Choroby gardła.

Angina catarrhalis	30
„ lacunaris	13
„ Vincenti	6
„ diphtherica	1
Abscessus tonsillaris	7
„ peritonsillaris	23
„ retropharyngeus	4
Tonsillitis chronica	181
Paralysis palati mollis	1
Corpus alienum pharyngis	1
Pharyngitis acuta	39
„ chronica simplex	234
„ chronica sicca	32
„ chronica granulosa	32
Tuberculosis pharyngis	7
Lues II pharyngis	13
Pemphigus pharyngis	2

 691

Choroby przełyku.

Stricture oesofagi	3
Cancer oesophagi	2

Choroby krtani.

Laryngitis acuta	70
„ chronica	186

Tuberculosis laryngis	62
Lues laryngis	2
Scleroma laryngis	1
Pemphigus laryngis	1
Oedema laryngis	1
Abscessus laryngis	1
Stricture laryngis	5
Trauma laryngis	2
Paralysis n. recurrens	19
„ musc. vocalis	2
„ glosiolabiolaryngea	1
Dysarthria syllabaris	6
„ litteralis	1
	<hr/>
	383

Choroby ucha.

Otitis externa acuta	102
Cerumen	147
Corpus alienum	5
Exostosis	2
Atresia meatus aud. ext.	4
Catarrhus tubae Eustachii chron.	89
Otitis media catarrhalis acuta	41
„ media catarrhalis chronica	228
„ media purulenta acuta	161
„ media purulenta chronica	405
„ „ „ chronica cum polypis	3
Mastoiditis acuta	37
Abscessus retroauricularis	6
Otosclerosis	83
Labyrinthitis chronica	16
„ luetica	3
Neurosis n. acustici	39
Surditas	27
Cancer auriculae	1
	<hr/>
	1400

Choroby szyi.

Struma	13
Lymphadenitis colli	1

Z różnemi chorobami skierowano do innych klinik .	17
Stałych chorych w tym okresie było:	
Z chorobami nosa	71
„ gardła	45
„ krtani	44
„ uszu	40
<hr/>	
Razem .	200

Dokonano zabiegów operacyjnych 643, z tego 159 większych a mianowicie:

Operacji doszczętej ucha środkowego	29
Trepanacji wyrostka sutkowego	72
Otwarcia częściowego błędnika	1
Plastyki przewodu zewnętrznego i jamy po operacji doszczętej	2
Operacji Caldwell Luca	18
„ Denkera	1
„ Claoué - Réthi	2
„ Killiana na zatoce czołowej	3
„ Riedela	1
Operacji Moure'a w przypadkach nowotworów złośliwych nosa i jamy nosowogardłowej	7
Operacji wyluszczenia torbieli przynosowej	1
„ „ „ zębowej	2
Usunięcia atrezji choan	1
Wycięcia krtani	1
Rozszczepienia krtani	7
Rozcięcia tchawicy	6
Laryngostomji	2
Zeszycia podniebienia twardego i miękkiego	2
Wydobycia ciała obcego z oskrzeli	2
„ „ „ z przełyku	2

Mniejszych zabiegów dokonano 480, a mianowicie:

Konchotomij	85
Rezekcji podśluzowej przegrody	46
Wycięcia polipów nosowych	22
„ „ choanalnych	4
Otwarcia ropni przegrody	4
Operacji Vesta	1
Zastrzykiwania Parafiny	2

Przypalania żegadłem galwanicznym	14
Zabiegów diathermokoagulacyjnych w nosie	6
Adenotomij	163
Tonsillotomij	24
Tonsillektomij	58
Otwarcia ropnia tylnogardłowego	2
„ „ „okołomigdałkowego	5
Przypalania żegadłem galwanicznym	7
Wycięcia polipa krtani	10
Amputacji nagłośni	2
Wycięcia nacieczeń w krtani	2
Zabiegów diathermokoagulacyjnych w gardle i w uchu	4
Usunięcia ciała obcego z przełyku	2
„ „ „ z oskrzeli	2
„ polipów z ucha	10
Przecięcia błony bębenkowej	11

Zejsć śmiertelnych było 7. Z powodu gruźlicy krtani 1, złośliwych nowotworów nosa (mięsak i rak) 3, ropnego zapalenia opon mózgowych i ropnia mózgu 3.

Z Zakładu Histologii i Embrjologii Uniwersytetu Poznańskiego
Dyrektor Prof. Dr. T. Kurkiewicz.

Badania nad zachowaniem się tkanki łącznej i naczyń w przewlekłym zapaleniu migdałka podniebiennego i gardłowego oraz w zwykłym ich rozroście.

Skreślił: DR. ALFRED LASKIEWICZ.

Według badań *Heiberga* i *Schumachera* w utkaniu prawidłowego migdałka podniebiennego występują na plan pierwszy grudki chłonne, leżące bądź oddzielnie, wśród łączno-tkankowego podścieliska, bądź też niekiedy zlewające się ze sobą w większe lub mniejsze skupienia tkanki adenooidalnej, która zwłaszcza w części, zwróconej do światła mieszka, sięga tuż prawie pod warstwę nabłonkową. Natomiast w kierunku wolnej powierzchni grudki te są oddzielone mniej lub więcej szeroką warstewką tkanki łącznej; która w dalszym ciągu łączy się bezpośrednio z przegródkami między-mieszkowemi, a te znów przechodzą w szeroką otoczkę łączno-tkankową zewnętrzną

migdałka. Tkanka siateczkowata tworzy w miejscach rozmieszczenia grudek chłonnych siateczkę o drobnych oczkach, w których ułożone są równomiernie ciałka białe krwi, okazujące miejscami żywy proces karjokinetyczny. W pełnym stadium rozwoju mieszka migdałkowego poszczególne grudki chłonna wykazuje znaczny rozrost ośrodkowej jaśniejszej części kosztem ciemniejszego obwodowego pasemka, jak to podaje *Heiberg, Labré i Levi-Sirugue*. Jądra c. b., zalegających w środku grudki migdałka, wykazują punkcikowato ułożoną chromatynę. Z drugiej znów strony spotyka się c. b. o nieregularnych, źle się barwiących jądrach i niewyraźnych ziarnach chromatyny, ciałka niewykazujące figur karjokinetycznych. Te ostatnie postaci są zdaniem *Hellmana* wyrazem odczynu miejscowego przeciwko drobno-ustrojom chorobotwórczym, względnie ich toksynom. W środku grudki chłonnej, rozmieszczone są duże komórki, z których przez dzielenie się powstają nowe fagocyty, a które jak to wykazał *Drews* są zarazem ośrodkami rozmnażania się c. b. krwi. Według *Heiberga* równocześnie z procesem twórczym w grudce limfatycznej toczy się proces zaniku c. b. krwi przez ich rozpad. To ostatnie zjawisko występuje tak w grudkach limfatycznych młodocianych osobników, jako też w okresie inwolucji grudek chłonnych. Ilość i wielkość grudek chłonnych okazuje według *Schumachera* już w stanie fizjologicznym wybitne wahania, a mianowicie: u noworodkaj znajdujemy nieliczne grudki chłonne, rozmieszczone w zatoce migdałkowej, podczas gdy u osobników starszych rozrastają się one mniej lub więcej obficie, tak że ilość mieszków chłonnych dochodzi w tym okresie życia do 10-ciu względnie 20-tu. Natomiast w wieku starszym grudki te ulegają znacznemu zmniejszeniu i zanikowi (*Schumacher Lewinstein*). Co się tyczy wreszcie zachowania nabłonka na wolne, powierzchni migdałka, to nabłonek ten odcina się w tych miejscach zupełnie wyraźnie od łącznotkankowego podścieliska i tkanki adenoidalnej. Natomiast w obrębie mieszka migdałka granica ta zaciera się całkowicie wskutek obfitego przedostawania się c. b. krwi pomiędzy poszczególne komórki nabłonkowe do światła mieszka. W niektórych miejscach komórki nabłonkowe są od siebie pooddzielane i otoczone dookoła całą masą ciałek białych. Obraz ten, jak również obecność współśrodkowo ułożonych komórek nabłonkowych w okresie rozwoju migdałka podniebiennego, które to komórki *Hammar* utożsamiał z ciałkami *Hassala*, stały się dla *Retterera* punktem wyjścia teorii, według której komórki tkanki limfoidalnej (limfoblasty) miałyby pochodzić z komórek nabłonkowych. Teoria ta, jak wiadomo, została ostatecznie obalona przez *Stöhra, Gullanda i Lindta*.

Co się tyczy migdałka gardłowego, to według *Moucheta* i *Schumachera* składa się on z całego szeregu listewek łącznotkankowych, ułożonych prostopadle, bądź zgiętych lekko ku tyłowi w kierunku zachyłka pośrodkowego migdałka (recess. phar. med.). Pomiedzy temi listewkami przebiegają mniej lub więcej głębokie krypty, wysłane nabłonkiem walcowatym urzęsionym. W dnie tych krypt znajdujemy ujścia przewodów gruczołowych, dookoła których ułożone są pojedyncze lub zlewające się ze sobą grudki chłonne o budowie histologicznej, w zasadzie podobnej do grudek migdałka podniebiennego. Przechodzenie c. b. przez nabłonek zarówno na powierzchnię migdałka, jak również do wnętrza jego krypt zachowuje się podobnie, jak to wyżej opisałem dla migdałka podniebiennego. W niektórych tylko miejscach nacieczenie c. b. może być tak znaczne, iż nabłonek przewodów wyprowadzających gruczołów śluzowych zostaje przez te c. b. rozluźniony, względnie nawet zniszczony. W pełnym stadium rozwoju migdałek gardłowy wykazuje wielką ilość naczyń żylnych o cienkich ścianach, jak również naczyń chłonnych, które według badań *Moucheta* tworzą powierzchnią gęstą siateczkę, a ich gałązki odprowadzające zlewają się w dolnej części migdałka w 2—4 grubsze pnie. Nabłonek powierzchniowy migdałka gardłowego walcowaty, urzęsiony wykazuje miejscami obfite nagromadzenie komórek kubkowych, w innych znów miejscach rzuca się w oczy metaplazja tegoż nabłonka w nabłonek brukowy lub płaski, który to obraz spotyka się, zdaniem *Lindta*, częściej w okresie involucji migdałka gardłowego. Pojawienie się w większej ilości komórek kubkowych, produkujących śluz przyczynia się w znacznej mierze do utrzymania żywotności nabłonka walcowatego, natomiast nabłonek płaski na powierzchni migdałka stanowi ochronę przed drażniącym działaniem domieszek powietrza oddechowego (*Schumacher*).

Na tle tego rodzaju utkania migdałków podniebiennego i gardłowego rozwijają się liczne obrazy patologiczne, względnie odstępstwa od wyżej opisanego utkania prawidłowego, a z pośród nich najpowszejszemi są stany zwykłego rozrostu oraz ostrego i przewlekłego procesu zapalnego.

Ze względu na niżej podane powody zająłem się w niniejszej pracy szczegółowem zbadaniem obrazu histologicznego migdałka podniebiennego i gardłowego, wykazujących klinicznie już to stan zwykłego rozrostu, już to przewlekłego zapalenia. Główną przytem uwagę skierowałem na zachowanie się składników tkanki łącznej oraz naczyń krwionośnych w powyższych dwóch stanach chorobowych migdałków.

Jak wynika z prac *Lewinsteina*, *Briegera*, *Schlemmera*, *Dietricha* i *Lindta*, obrazy morfologiczne, cechujące stan zwykłego rozrostu migdałków, zgoła są inne od objawów dających się stwierdzić w przypadkach rozrostu, towarzyszącego stanom przewlekłego ich zapalenia. Jednakże poglądy autorów na te sprawy bynajmniej nie są zgodne i jak zobaczymy nie są dość różniczkowo sprecyzowane. A mianowicie: *Lewinstein* w swej pracy: „*Hyperplasie und Athrophie der Gaumenmandeln*” zastanawiając się nad obrazem zwykłego rozrostu migdałków podniebiennych, podaje następujące cechy tego procesu: zwiększenie się liczby grudek chłonnych, powiększenie się objętości tych grudek oraz powiększenie się ośrodków rozmnażania w samych grudkach chłonnych, w których wykazać można żywe procesy karjokinetyczne. Wskutek tego stosunek wielkości ośrodków rozmnażania do wielkości grudki limfatycznej w rozrosłym migdałku podniebiennym zmienia na korzyść tegoż ośrodka, który dochodzi nieraz do $\frac{3}{4}$ objętości danej grudki. Ośrodek ten okazuje w ogólności jaśniejsze zabarwienie, aniżeli obwód danej grudki limfatycznej. Co się tyczy zachowania tkanki łącznej w rozrosłym migdałku, to z wyjątkiem przegródek łączno-tkankowych, oddzielających poszczególne mieszki, tkanka ta okazuje naogół zanik przez zmniejszenie ilości elementów włóknistych na korzyść rozrastających się znacznie grudek chłonnych, co szczególnie wyraźnie się zaznacza w warstwie podnabłonkowej. Wskutek tego w tych wypadkach, według *Lewinsteina*, daje się zauważyć brak wyraźnie się odcinających grudek chłonnych, natomiast spostrzec można często wśród rozlanego nacieku białych ciałek wyraźne przejaśnienia, które odpowiadają ośrodkom rozmnażania powyżej opisanych grudek chłonnych, zlewających się w tym wypadku.

Brieger, zastanawiając się nad przyczyną rozrostu migdałka gardłowego, (*Beitr. zur Path. d. Rachenmandel A. f. L. 12*) zwraca uwagę na tę okoliczność, że zachowanie się grudek limfatycznych w migdałku gardłowym, mającym klinicznie cechy migdałka rozrosłego, nie różni się ani pod względem ich ilości, ani też wielkości i budowy histologicznej od poszczególnych grudek chłonnych migdałka prawidłowego. Zdaniem tegoż autora przepojenie warstwy nabłonkowej wędrującymi c. b., ich ilość w grudce limfatycznej oraz zmiany wodniczkowe w poszczególnych komórkach nabłonkowych, jak również częściowa przemiana pokrywającego nabłonka migawkowego w nabłonek płaski zdarzają się i w stanie prawidłowym. Stąd autor wyciąga wniosek, że dający się stwierdzić w migdałku kompleks powyższych zmian histologicznych nie dowodzi bynajmniej, jak dotąd

ogólnie przyjmowano, iż podłożem tych zmian jest przebyty proces zapalny. Na poparcie swego zapatrywania, że rozrosły migdałek gardłowy nie stoi w związku z przebyłym stanem zapalnym, *Brieger* przytacza ten szczegół, iż już sam wygląd makroskopowy rozrosłego migdałka gardłowego jest wielce zbliżony do wyglądu prawidłowego migdałka podniebiennego w przeciwstawieniu do rozpadłej i zatokowatej powierzchni tegoż migdałka w stanie przewlekłego zapalenia. Również zdaniem autora charakter c. b., występujących w rozrosłych migdałkach, a mianowicie przepojenie tak tkanki łącznej, błony śluzowej, jak i pokrywającego nabłonka przeważnie i niemal nawet wyłącznie limfocytami zbliża rozrosłe migdałki do typu migdałków prawidłowych. W skąpej zaś ilości występujące c. b. ziarniste obojętnochłonne tak w błonie śluzowej, jak i w nabłonku, lub obfitsze nagromadzenie leukocytów w ogóle na pewnej przestrzeni w nabłonku w przypadkach rozrostu migdałka gardłowego są właściwością niemal każdego migdałka gardłowego prawidłowego i nie mogą, według *Briegera*, stanowić wystarczającej cechy dla rozpoznania przebytego procesu zapalnego. Natomiast w ostatnim przypadku występują, zdaniem *Briegera*, głębokie zmiany ze strony naczyń krwionośnych pod postacią zwyrodnienia szklistego ich ściany oraz bujania śródbłonka do światła naczynia, które wskutek tego ulega niekiedy zupełnemu zarośnięciu. Co się tyczy zachowania tkanki łącznej w ogólności w rozrosłym migdałku gardłowym to nie odbiega ona, zdaniem autora, od charakteru tej tkanki w stanie prawidłowym. Z powyższego więc widzimy, że, według *Briegera*, migdałek gardłowy hyperplastyczny nie różni się zasadniczo co do swego utkania i budowy od takiegoż migdałka prawidłowego i że rozrostu tego migdałka nie da się wyprowadzić z uprzedniego jego stanu zapalnego. Natomiast innego rodzaju ogólne przyczyny jak wrodzona kiła, stan limfatyczno-wysiękowy lub przebyte choroby zakaźne, usposabiają do rozrostu aparatu chłonnego w ogólności.

Mayer i *Schlemmer* w pracy „*Histologische Befunde bei chron. Tonsillitis*” (Zeitsch. f. Hals. u. Nas. Qhr. Bd. 6), omawiają stosunek tkanki łącznej do poszczególnych elementów składowych migdałka w stanie przewlekłego, klinicznie stwierdzonego zapalenia. Przytem *Schlemmer* wykazał przy pomocy metody *Mallory'ego*, że tkanka łączna przewlekłe zapalnego migdałka podniebiennego rozwija się w tych migdałkach silniej nietylko w t. zw. przegródkach łącznotkankowych, pomiędzy poszczególnymi mieszkami, lecz, co więcej, zaznacza się ona wyraźniej w postaci cienkiego rąbka tuż pod nabłon-

kiem wolnej ku gardłu zwróconej powierzchni migdałka. W żadnym natomiast przypadku nie znalazł ten autor jakiegokolwiek śladu tkanki łącznej pod nabłonkiem, wchodzącym w obręb ścianki mieszka migdałka. Innymi słowy z pracy tej wynika, że grudki limfatyczne wraz z ich ośrodkami rozmnażania w przypadkach przewlekłego zapalenia migdałka podniebiennego sięgają w obrębie ściany krypt bezpośrednio pod warstwę nabłonkową, natomiast w obrębie wolnej powierzchni migdałka są oddzielone od nabłonka mniej lub więcej szerokim pasmem tkanki łącznej. O wiele dokładniejszy obraz histopatologiczny przewlekłego zapalnego migdałka podniebiennego podaje w swej monografii *Dietrich (Das path. anat. Bild. der chron. Tonsillitis, Z. F. H. N. O. Bd. IV/1)*. Przechodząc kolejno zmiany występujące w poszczególnych częściach składowych migdałka podniebiennego, autor ten ujmuje cechy przewlekłego zapalenia migdałka w sposób następujący: 1) W warstwie nabłonkowej stwierdzić się daje żywsze bujanie nabłonka, które autor uważa za proces odnowy. W świetle krypt migdałkowych spotyka autor pooddzielane pasemka komórek nabłonkowych, tworzących gdzieś brodawczkowate wyniosłości dokoła złogów rozpadającego się nabłonka (detritus), obfitej ilości c. b.: prątków i pleśni. Takież proces reparacyjny stwierdza autor w powiększonych ośrodkach rozmnażania nieregularnie się przedstawiających grudek limfatycznych. Co się zaś tyczy zmian w obrębie tkanki łącznej, to w miejscach rozpadłej tkanki migdałkowej (ropnia), występuje obficie bujająca ziarnina, która okazuje skłonność do zbliżowania, przyczem poszczególne pasemka tkanki łącznej jak również ściany przebiegających w niej naczyń krwionośnych ulegają zwyrodnieniu szklitemu, światło zaś tych naczyń często zupełnemu zarośnięciu. 2) Resorbcja i oddzielanie się schorzałej tkanki migdałka zaznaczają się obecnością fagocytów, komórek olbrzymich, oraz komórek plazmatycznych i ich jakoby pochodnych ciałek fuchsynofilnych *Russela*, ugrupowanych przeważnie pod nabłonkiem kryptowym, a zwłaszcza w miejscach zwiększonego siateczkowatego rozluźnienia tegoż nabłonka. O ile w danym razie prócz tego stwierdzić się daje obfitsze nagromadzenie c. b. obojętno-chłonnych dokoła naczyń krwionośnych, komórek nabłonkowych oraz w świetle krypt migdałka, to zjawisko należy pożytywać jużto jako odczyn obronny, jużto jako proces następującej odbudowy, jeżeli w ostatnim przypadku następuje zjawisko reparacyjne i ze strony innych składników schorzonego migdałka. 3) Długotrwałe podrażnienie zapalne objawia się w warstwie nabłonkowej obfitym łuszczeniem się nabłonka,

tworzącego w świetle krypt migdałkowych twory perlakowate, a prócz tego występuje miejscami rozluźnienie siateczkowate komórek nabłonkowych wskutek znacznieszego przepojenia nabłonka c. b. i komórkami plazmatycznymi. Oprócz tego rozluźnienia siateczkowatego nabłonka spotykamy w komórkach tej tkanki często, zdaniem *Dietricha*, zmiany wodniczkowe. W obrębie tkanki limfoidalnej objawy podrażnienia zapalnego występują pod postacią powiększenia grudek chłonnych i ich ośrodków rozmnażania, okazujących wzmoczoną czynność rozrodczą przez licznie występujące figury karjokinetyczne. Obraz ten nie jest jeszcze sam przez się dowodem stanu zapalnego tkanki adenoidalnej, natomiast obecność ciał tłuszczowych (lipoidów) w plazmie ciałek białych i komórkach tkanki siateczkowatej, rozpad ich jąder, a w większej jeszcze mierze obecność fagocytykujących granulocytów obojętno-chłonnych przemawiają, zdaniem *Dietricha*, stanowczo za długotrwałym działaniem czynników drażniących. W obrębie torebki migdałka, w tych wypadkach często znacznie zgrubiałej, znajdujemy mniej lub więcej wyraźne nacieki drobnokomórkowe dokoła naczyń, których obecność jest, zdaniem autora, tylko w łączności z innymi zmianami histopatologicznymi dowodem rozgrywającego się procesu zapalnego w danym miejscu. W końcu autor zaznacza, że w rozrosłych migdałkach podniebiennych znajdują się zawsze mniejsze lub większe ogniska, jako pozostałość po przebytych ostrych stanach zapalnych, i że na zasadzie cech morfologicznych nie da się przeprowadzić ścisłego rozgraniczenia pomiędzy zwykłym rozrostem, a rozrostem połączonym ze stanem przewlekłym zapalnym, która to różnica jest raczej tylko ilościowa, a nie jakościowa.

Lindt powziął myśl w pracy „*Beiträge zur Histologie und Pathogenese d. Rachenmandelhyperplasie*“ ustalenia pewnych typów rozrostu migdałka gardłowego na podstawie obrazu drobnowidowego, a w szczególności starał się stwierdzić, czy zachodzi jakikolwiek związek pomiędzy zmianami konstytucyjnymi w ustroju a zachowaniem się nabłonka powierzchni migdałka, składem procentowym c. b. krwi oraz obecnością małych torbielowatych tworów podnabłonkowych, będących według tegoż autora następstwem rozszerzonych przewodów gruczołowych. Wyniki tych badań wyżej wspomniany autor ujmuje w sposób następujący: 1) Obfita ilość c. b. ziarnistych obojętno-chłonnych, zarówno w naczyniach krwionośnych, jako też pomiędzy komórkami nabłonkowymi wolnej powierzchni migdałka występuje najczęściej w ostrym stanie zapalnym. Natomiast obecność c. b. eozynochłonnych w zwiększonej ilości spotyka się zarówno

w stanie przewlekłego zapalenia migdałka, jako też przy zmianach skazowych ustroju, a w szczególności w schorzeniach krwi. 2) Metaplazja nabłonka walcowatego urzęsionego w nabłonek płaski, jak również obfitsze nagromadzenie komórek kubkowych są wyrazem ochrony tegoż nabłonka przed szkodliwymi wpływami powietrza oddechowego. Pojawienie się małych torbielowatych utworów pod nabłonkiem wolnej powierzchni migdałka, jest, zdaniem autora, pozostałością po przebytych procesach zapalnych. Torbiele te mogą powstawać już to z rozszerzonych przewodów gruczołowych, już to z zamkniętych i oddzielonych mieszków migdałka i są wypełnione treścią śluzową, ciałkami białymi krwi oraz wielką ilością drobno-ustrojów i rozpadłych komórek nabłonkowych. Ich obecność wywiera pewien wpływ drażniący na okoliczną tkankę i może się niejednokrotnie przyczynić do powstrzymania, względnie do opóźnienia procesu inwolucji migdałka. Z tego autor wyciąga wniosek, że zmiany powyższe, spotykane w migdałku gardłowym, są objawami przypadkowymi i nie stanowią bynajmniej żadnej charakterystycznej cechy dla rozróżniania oddzielnych postaci rozrostu migdałka gardłowego na tle zaburzeń konstytucyjnych i skazowych.

Z przytoczonych danych literatury widzimy, jak niezupełną morfologiczną charakterystykę migdałków z jednej strony rozrośniętych a z drugiej strony przewlekle zapalnych podali w swych pracach *Brieger* i *Dietrich*. Z zestawienia bowiem badań tych autorów wynika, że podobnie jak niema wyraźnej morfologicznej różnicy pomiędzy migdałkiem normalnym, a rozrośniętym (*Brieger*), tak z drugiej strony między migdałkiem rozrośniętym a znajdującym się w stanie przewlekłego zapalenia. Różnice w obrazie morfologicznym są tylko ilościowe, a nie jakościowe (*Dietrich*). Autorowie ci bowiem nie zwrócili uwagi na zachowanie się poszczególnych elementów składowych tkanki łącznej oraz naczyń krwionośnych w badanych przez siebie migdałkach, pochodzących tak z przypadków przewlekłego ich zapalenia, jak i zwykłego rozrostu. Zwłaszcza nikt dotąd, o ile mi wiadomo nie zajął się zbadaniem zachowania się tkanki siateczkowatej w tych przypadkach, a przecież ta okoliczność może mieć znaczenie dla uzupełnienia obrazu histologicznego w tym czy innym stanie chorobowym migdałka. W celu przekonania się o słuszności poglądów *Briegera*, *Schlemmera* i *Dietricha* postanowiłem uzupełnić obraz histologiczny przewlekłego zapalenia migdałków podniebiennych i gardłowych oraz ich zwykłego rozrostu badaniami drobnowidowymi nad zachowaniem się tkanki łącznej i naczyń, który to temat był przez powyższych autorów sto-

sunkowo za mało wyczerpująco opracowany. Do badań tych używałem powiększonych migdałków podniebiennych i gardłowych, pochodzących z przypadków, w których już sam wygląd zewnętrzny ich zaczerwienionej i zatokowatej powierzchni oraz tworzenie się czopów w mieszkach, a przytem wyraźne sino-czerwone zabarwienie łuku podniebiennego oraz powiększenie odnośnych gruczołów chłonnych na szyi, wskazywały na toczący się w nich proces przewlekły zapalny. Prócz tego badałem migdałki podniebienne i gardłowe, wykazujące zwykły rozrost bez oznak klinicznych przebytego zapalenia oraz migdałki u dzieci, obarczonych skazą limfatyczno-wysiękową. Cały mój materiał mogłem podzielić na następujące kategorie: 1) Chorzy, u których ani w wywiadach, ani też przy badaniu przedmiotowym nie można było stwierdzić żadnych zaburzeń konstytucyjnych, a którzy wykazywali rozrost migdałków podniebiennych i gardłowego. 2) Chorzy, którzy już w wywiadach podawali skłonność do zaziębień, nieżytów nosa i gardła, a badanie przedmiotowe wykazywało u tych chorych bądź pojedynczy rozrost migdałków podniebiennych, bądź zmiany przewlekłe zapalne w ich utkanii. 3) Wreszcie chorzy o wątlej budowie, dziedzicznie obciążeni gruźlicą, którzy zapadali na nieżyty nosa, gardła, tchawicy i oskrzeli, połączone z częstymi podwyżkami ciepłoty. Wygląd ich był anemiczny, gruczoły na szyi powiększone, a badanie laryngologiczne wykazywało najczęściej już zmiany przewlekłe zapalne w migdałkach i adenoidach. Ogółem zbadałem drobnowidowo 25 migdałków podniebiennych o wybitnych cechach przewlekłego zapalenia, 10 migdałków, wykazujących zwykły rozrost bez cech przewlekłego zapalenia, 10 adenoidów o cechach rozrostu połączonego z przewlekłym stanem zapalnym, a wreszcie 10 rozrosłych adenoidów, pochodzących z przypadków skazy limfatycznowysiękowej bez oznak klinicznych i drobnowidowych przebytego zapalenia. Najważniejsze wyciągi z historii chorób wyżej wspomnianych przypadków przedstawiają się następująco:

1) Mężczyzna M. S. lat 23. Rozpoznanie kliniczne: *Tonsillitis chronica*. Podaje, iż często zapada na nieżyty gardła, połączone z bólami przy połykaniu zwłaszcza po stronie prawej, drapaniem oraz uczuciem zawadzania w gardle; przy dłuższem mówieniu chrypka. Nos i gardło górne bez zmian, podniebienie miękkie zaczerwienione, języczek nieznacznie wydłużony, zgrubiały i zaczerwieniony; łuki podniebiennie-językowe i gardłowe z odcieniem sinawym, zgrubiałe, tylna ściana gardła zaczerwieniona, usiana pojedynczemi grudkami chłonnymi. Zgrubienie więzów bocznych gard-

łowych. Migdałki podniebienne nieznacznie powiększone o powierzchni nierównej, zatokowatej, zachyłek migdałkowy górny silnie zaznaczony, głęboki, wypełniony biało-żółtawymi czopkami. Gruczoły szyjne i podszczękowe wielkości fasoli, twarde i niebolesne. Badanie drobnovidowe wykazuje: follikuły co do liczby powiększone, o wyraźnych ośrodkach rozmnażania, wybroczyny z naczyń włosowatych podnabłonkowych. Naczynia krwionośne wykazują liczne zakrzepy oraz zwyrodnienie szkliste ścian, pod warstwą nabłonka wolnej powierzchni migdałka cienkie pasemko włókien sprężystych, biegnących do siebie równolegle i falisto. W świetle krypt migdałkowych obfita ilość złuszczonego nabłonka, wędrownych c. b. krwi (limfocyty, granulocyty obojętno-chłonne), detritus komórkowy. Tkanka siateczkowata tworzy na powierzchni grudki chłonnej gęstą siateczkę o drobnych oczkach, oplatającą na kształt pierścienia cały obwód grudki chłonnej. W obrębie mieszka migdałka wyściółka nabłonkowa wykazuje rozluźnienie komórek, wskutek nacieczenia ciałkami białymi. Komórki nabłonka płaskiego tworzą gdzieśkolwiek układ jak przy perlakach. W świetle samego mieszka spotyka się złuszczone komórki nabłonkowe, które ulegają zwyrodnieniu tłuszczowemu i rozpadowi.

II) Mężczyzna W. M. lat 26. Rozpoznanie kliniczne: *Hyperplasia tonsillae palat. et tonsillitis chron.* W wywiadach częste zapalenia gardła, połączone z gorączką. Budowa wątła, odżywianie mierne, podniebienie miękkie sino-czerwone, języzek zaczerwieniony, obrzękły i wydłużony, łuki podniebienne-językowe i gardłowe również sino-czerwone, tylna ściana gardła pokryta śluzowo-ropną wydzieliną. Migdałki podniebienne wybujałe o powierzchni rozpadłej i zatokowatych kryptach. Zachyłek migdałkowy górny głęboki, wypełniony całą masą zserowaciałych czopków. Takież same czopki można wykazać w pozostałych kryptach migdałka. Badanie drobnovidowe wykazuje: grudki chłonne powiększone odcinają się wyraźnie od łącznotkankowego podścieliska; w świetle krypt migdałka zalega obficie detritus komórkowy, złuszczone nabłonki oraz c. b. krwi. Grudki chłonne oddziela cienka warstewka włókien klejodajnych od nabłonka kryptowego, którego komórki pooddzielane są od siebie naciekiem drobnokomórkowym. W kierunku wolnej powierzchni migdałka wykazać można tuż pod warstwą nabłonkową włókna sprężyste, oddzielające warstwę tę od niżej położonych grudek chłonnych. Naczynia krwionośne końcowe bańkowato rozszerzone, wypełnione są obficie krwinkami, c. b. krwi oraz komórkami plazmatycznymi.

Prócz tego spotyka się w warstwie podnabłonkowej rozszerzenie zatokowate tych naczyń z wyraźnymi przegródkami śródbłonkowymi. P. rys. VII-my.

III) Chłopiec F. R. lat 16. Rozpoznanie kliniczne: *Tonsillitis chron.* W wywiadach skargi na częste zapalenia gardła, połączone z uczuciem bólu i zawadzania. Budowa średnia, odżywianie dobre. Podniebienie miękkie zaczerwienione, języczek wydłużony sinoczerwony, łuki podniebiennyjęzykowe i gardłowe zgrubiałe, prawy z odcieniem sinawym, tylna ściana gardła rozpulchniona, pokryta śluzowo-ropną wydzieliną, okazuje miejscami porozszerzane naczynia żyłne. Więzy boczne gardła również zgrubiałe i zaczerwienione. Migdałki podniebienne, zwłaszcza prawy, powiększone o wyglądzie zatokowatym. W głębokich i nieregularnie przebiegających mieszkach liczne biało-żółtawe czopki. Gruczoły chłonne poza kątem żuchwy oraz poza ślinianką podszczękową wielkości grochu, twarde i niebolesne. Badanie drobnowidowe wyluszczonego migdałka wykazuje: follikuły znacznie powiększone, z wyraźnie się odcinającymi ośrodkami rozmnażania od ciemniejszego obwodowego pasemka. Powierzchnowe gałązki naczyń krwionośnych wykazują zwyrodnienie szkliste, a bańkowato rozszerzone ich końce wypełnione są obficie c. b. krwi przeważnie ziarnistymi obojętno-chłonnymi i komórkami plazmatycznymi. Włókna sprężyste pod nabłonkiem wolnej powierzchni migdałka przebiegają w postaci dość szerokiego pasemka, oddzielającego grudki chłonne od powierzchniowej warstwy nabłonkowej. W głębokich zatokowatych kryptach zalegają obficie złuszczone i częściowo rozpadłe komórki nabłonkowe, c. b. krwi oraz detritus. Komórki nabłonka kryptowego pooddzielane od siebie naciekiem drobno-komórkowym, odgraniczone są cienkim pasemkiem włókien klejodajnych od leżących pod nimi grudek chłonnych.

IV) Chłopiec J. M. lat 15. Rozpoznanie kliniczne: *Hyperplasia tonsillae pharyngeae.* Podaje, iż cierpi często na katarz nosa, połączone z obfitą śluzowo-ropną wydzieliną, bóle i drapanie w gardle. Budowa wątła, odżywianie mierne. Objawy skazy limfatyczno-wysiękowej. W obu jamach nosowych znaczny rozrost muszli dolnej; śluzowo-ropna wydzielina, zalegająca w nosie oraz spływająca do jamy nosogardłowej. Rozrosły migdałek gardłowy przysłania przeszło połowę długości tylnej przegrody nosowej. Tylna ściana gardła zaczerwieniona. Migdałki podniebienne nieznacznie powiększone, nie wykazują w swych mieszkach czopków. Gruczoły chłonne karkowe wielkości soczewicy, twarde, podszczękowe nieco większe

również stwardniałe, przy ucisku niebolesne. Badanie drobnowidowe wyciętego migdałka gardłowego wykazuje: grudki chłonne, rozmieszczone najobficiej dokoła przewodów gruczołowych oraz rozszerzonych naczyń krwionośnych, w których światło można wykazać obfitą ilość limfocytów, c. b. ziarnistych obojętno-chłonnych oraz komórek plazmatycznych. W tkance łącznej podścieliskowej spotyka się liczne drobne wynaczynienia krwi, z porozszerzanych naczyń krwionośnych. Same zaś komórki części wydzielniczej gruczołów śluzowych znacznie rozdęte, wykazują budowę pseudopiankową z zepchniętem ku podstawie hyperchromatycznym jądrem o nieprawidłowych kształtach. Nabłonek walcowaty urzęsiony na powierzchni migdałka wykazuje miejscami obfitsze nagromadzenie komórek kubkowych. Tkanka adenoidalna tworzy sieć o drobnych oczkach i cienkich włókieńkach przechodzących miejscami w przydanek naczyniową.

V) Chłopiec M. Z. lat 8. Rozpoznanie kliniczne: *Hyperplasia tonsillae pharyngeae et Adenoiditis chron.* W wywiadach częste katary i zatykanie w nosie, tępe bóle głowy. Budowa średnia, odżywianie dobre. Wyciek ropny z ucha lewego, uzębienie regularne. Podniebienie twarde wysokie, podniebienie miękkie zaczerwienione, tylna ściana gardła wykazuje nieliczne grudki chłonne wielkości soczewicy z porozszerzaniem naczyń krwionośnych na powierzchni. Migdałki podniebienne nieznacznie powiększone o powierzchni gładkiej. Nieżyty przewlekły nosa połączony z rozrostem muszeli nosowych. Gruczoły chłonne karkowe twarde, powiększone, niebolesne. Badanie drobnowidowe wyciętego migdałka gardłowego wykazuje: grudki chłonne nieznacznie powiększone, ułożone przeważnie dokoła rozszerzonych naczyń krwionośnych i przewodów gruczołów śluzowych. Naczynia krwionośne powierzchowne wykazują miejscami zmiany szkliste. Tkanka siateczkowata tworzy sieć złożoną z dwóch warstw: powierzchnią o grubszych oczkach i głębszą o cienkich włókieńkach retikuliny, przechodzących bezpośrednio w przydanek przebiegających tu naczyń krwionośnych. Nabłonek walcowaty urzęsiony, na całej przestrzeni dobrze utrzymany. Pod warstwą nabłonkową, jak również w gałązkach końcowych naczyń krwionośnych można wykazać obfitą ilość granulocytów obojętno-chłonnych oraz komórki plazmatyczne, których największą ilość znajdowałem dokoła gruczołów śluzowych oraz nazewnętrz naczyń krwionośnych. P. rys. VI-ty.

VI) Chłopiec St. L. lat 10. Rozpoznanie kliniczne: *Hyperplasia tonsillae pharyngeae et Adenoiditis chron.* Dziedzicznie obciążony gruźlicą. Budowa wątła, odżywianie mierne, anemja. Ropotok obu-

stronny ucha środkowego. Uziębienie nieregularne. Podniebienie twarde wysoko wysklepione, podniebienie miękkie bez zmian. Łuki podniebienne-językowe zgrubiałe, zwłaszcza w miejscu przyczepu plica semilun. tuż przy języku. Języczek nieznacznie wydłużony zaczerwieniony, tylna ściana gardła usiana obficie grudkami chłonnymi. Wybujałe adenoidy, okazujące na wolnej powierzchni miejscami białawe czopki. Nieżyt przewlekły nosa z obfitą śluzowo-ropną wydzieliną; gruczoły karkowe twarde, niebolesne, wielkości grochu. Badanie drobnovidowe wykazuje: rozrosłe grudki chłonne, o wyraźnie się odcinających ośrodkach rozmnażania, pozatem stosunki prawidłowe. P. rys. V-ty.

VII) Chłopiec Z. N. lat 15. Rozpoznanie kliniczne: *Hyperplasia tonsil. phar. et Adenoiditis chron.* Skarży się na częste zakatarzenia oraz zatykanie w nosie. Budowa wątła. Objawy skazy limfatyczno-wysiękowej. Zęby trzonowe i przedtrzonowe spróchniałe. Podniebienie twarde wysokie, podniebienie miękkie nieznacznie przekrwione. Migdałki bez zmian; wyrosła adenoidalne znacznie wybujałe, zasłaniające przeszło połowę tylnej części przegrody nosa. Nieżyt przewlekły jamy nosogardłowej i nosa, z opryszczką dokoła otworów nosowych. Gruczoły karkowe wielkości soczewicy, niebolesne. Badania drobnovidowe wyciętego migdałka gardłowego wykazuje: grudki chłonne rozłożone równomiernie dokoła naczyń krwionośnych i przewodów gruczołów śluzowych. Naczynia krwionośne, powierzchownie leżące, wykazują zmiany szkliste, a drobne ich gałązki zaczipowanie, względnie nawet zupełne zarośnięcie światła naczynia. Tkanka siateczkowata przedstawia w miejscach rozmieszczenia grudek chłonnych sieć złożoną z dwóch warstw: powierzchniowej o grubszych oczkach i głębszej o drobnych oczkach i cienkich włókienkach, w obrębie których zalegają obficie c b. krwi oraz komórki plazmatyczne. Włókna sprężyste można wykazać w niewielkiej ilości w przegródkach międzykryptowych oraz dokoła grubszych gałęzi naczyńiowych. Nabłonek walcowaty urzęsiony na całej powierzchni dobrze utrzymany.

VIII) Chłopiec J. K. lat 13. Rozpoznanie kliniczne: *Tonsillitis chronica.* W wywiadach skarży na zatykanie w nosie, zapalenie gardła, częste zapalenie migdałków, połączone z gorączką. Budowa średnia, odżywianie dobre. W nosie rozrost muszli dolnej, wydzielina śluzowa w niewielkiej ilości. Nieznacznie wybujałe adenoidy. Zęby trzonowe dolne spróchniałe. Podniebienie twarde wysokie, podniebienie miękkie lekko zaczerwienione, łuki podniebienne-gardło-

we i językowe również zaczerwienione z odcieniem sinawym. Języczek wydłużony zaczerwieniony. Migdałki podniebienne powiększone, o powierzchni zatokowatej, prawy w dolnej^{1/3} części zrosnięty z łukiem podniebленно-językowym. W zachyłku migdałkowym górnym, jak również w jego zatokowatych kryptach zalegają obficie biało-żółtawe czopki. Tylina ściana gardła zaczerwieniona, gruczoły podszczękowe i poza ślinianką podszczekową nieco powiększone, twarde, niebolesne. Badania drobnovidowe j. w. pod III.

IX) Mężczyzna L. R. lat 21. Rozpoznanie kliniczne: *Tonsillitis chronica*. W wywiadach bóle i drapanie w gardle, uczucie zawadzania przeważnie po stronie lewej. Nos i jama nosowogardłowa zmian nie przedstawia. Zęby zdrowe. Podniebienie miękkie wykazuje na swej powierzchni ustnej pojedyncze torbiełki, pochodzące z porozszerzanych przewodów gruczołowych, w których zalega wydzielina śluzowa. Łuki podniebленно-językowe i gardłowe, zwłaszcza prawy, sino-czerwone, zgrubiałe. Migdałki podniebienne półkuliste, lewy o powierzchni zatokowatej, okazuje w górnym biegunie małą torbiełkę z zawartością kaszakowatą, reszta krypt migdałkowych wolna, bez zaległości. Gruczoły chłonne szyjne, podszczękowe i okołosliniankowe wielkości fasoli, niebolesne. Badanie drobnovidowe wyłuszczonego migdałka wykazuje: grudki chłonne powiększone, oddzielone są od warstwy nabłonkowej wolnej powierzchni migdałka dość szerokim pasemkiem włókien sprężystych, natomiast w obrębie krypt odgranicza je tylko cienkie pasemko włókien klejodajnych od pooddzielanych od siebie naciekiem drobno-komórkowym komórek nabłonkowych. Naczynia krwionośne bańkowato rozszerzone wykazują w swem wnętrzu obfitą ilość krwinek, c. b. ziarnistych obojętno-chłonnych oraz komórek plazmatycznych. W niektórych miejscach spotyka się drobne wynaczynienia z porozszerzanych naczyń brodawkowych podnabłonkowych.

X) Mężczyzna Z. B. lat 30. Rozpoznanie kliniczne: *Tonsillitis chronica*. Skarży się na częste bóle i drapanie w gardle, nieżyty nosa, skłonność do zaziębień. Budowa i odżywianie dobre. Podniebienie miękkie bez zmian. Języczek lekko wydłużony, zaczerwieniony. Łuki podniebленно-językowe i gardłowe zgrubiałe, zwłaszcza w części dolnej miejsca przyczepu do języka. Tylina ściana gardła zaczerwieniona i rozpulchniona. Rozsiane pojedyncze grudki chłonne na tylnej ścianie gardła pokryte śluzoworopną wydzieliną. Migdałki podniebienne nieznacznie powiększone, o powierzchni roz-

padłej, ziarnistej z porozszerzanymi powierzchownymi gałązkami naczyń krwionośnych. Zachyłek migdałkowy górny, głęboki. W zatokowatych kryptach zalegają obficie żółtawe czopki. Gruczoły podszczękowe i poza ślinianką podszczękową, jak również szyjne powiększone, przy ucisku niebolesne. Badanie drobnowidowe wykazuje: grudki chłonne o wyraźnie się odcinających ośrodkach rozmnażania, w których zaznaczają się liczne figury karjokinetyczne. Tkanka siateczkowata tworzy w obrębie grudek chłonnych sieć o drobnych oczkach: sam zaś obwód grudki chłonnej oplatają jej włókienka w postaci dość szerokiego pierścienia. Włókna sprężyste tworzą równoległe faliste pasemka tuż pod warstwą nabłonkową oraz dokoła naczyń krwionośnych, w przegródkach między-kryptowych. Naczynia krwionośne bańkowato rozszerzone przechodzą miejscami w zatokowate rozszerzenia, których wewnątrz wypełniają obficie c. b. krwi oraz komórki plazmatyczne. W zatokowatych kryptach rzucają się w oczy złuszczone komórki nabłonkowe, ulegające stłuszczeniu i rozpadowi, wędrujące c. b. krwi oraz obfita ilość drobno-ustrojów.

Materiał do badań histopatologicznych z powyższych przypadków uzyskiwałem w sposób następujący: u dzieci od lat 4—16 dokonywałem wycięcia migdałków podniebiennych przyrządem *Mathieu-Fahnenstocka*, natomiast u osobników od lat 17-tu—30-tu wyluszczałem je doszczętnie. Przy adenotomji posługiwałem się zawsze nożykiem pierścieniowym *Beckmanna*. Uzyskany w ten sposób materiał utrwaliałem w 10% formalinie, wzgl. w płynie *Zenkera* z dodatkiem formolu w stosunku 9:1, poczem część materiału, przeznaczoną do barwienia metodą *Mallory'ego*, po przeprowadzeniu przez szereg alkoholi zatapiałem w celloidynie. Skrawki grubości 5 i 10 barwiłem oryginalnym sposobem *Mallory'ego*. Z pozostałej zaś części materiału, ustalonego w formalinie, sporządzałem skrawki mrożone, wzgl. parafinowe 5 i 10 μ , które następnie barwiłem metodą *Bielschowsky'ego*, zmodyfikowaną przez *Marescha*, i sposobem oryginalnym złocenia *Krausego*. Dla wykazania charakteru komórek tkanki łącznej posługiwałem się przy barwieniu metodą *Dominicego*. W celu stwierdzenia obecności lipidów w osoczu, c. b. i komórkach siateczki w badanych przeze mnie migdałkach, przedstawiających klinicznie obraz przewlekłego zapalenia, barwiłem materiał, ustalony w formolu z dodatkiem kali bichromic., oryginalnym sposobem *Ciaccio*, a jądra komórkowe podbarwiałem hematoxyliną *Weigerta*. Natomiast materiał, utrwalony w 10% formalinie, przeprowadzałem częściowo do kwasu osmowego,

częściowo zaś barwiłem sposobem *Dietrich - Smith - Kultschitzky'go* i *Fischlera* na lipoidy i kwasy tłuszczowe, a oprócz tego błękitem nilu. W otrzymanych w ten sposób preparatach z migdałków podniebiennych, wykazujących zwykły rozrost bez oznak klinicznych przebytego zapalenia, barwionych metodą *Bielschowskiego*, rzuca się w oczy tkanka siateczkowata, rozmieszczona tak w samej grudce limfatycznej, jakoteż i pomiędzy grudkami chłonnymi, gdzie tkanka ta tworzy sieć o drobnych oczkach, w których zalegają mniej lub więcej obficie c. b. krwi (limfocyty p. rys. I). Tkanka łączna włóknista tak na wolnej powierzchni ku gardzieli zwróconej, jak i w obrębie ścianki mieszka, zaznacza się w takim migdałku w postaci dość szerokiego pasemka, oddzielającego powiększone grudki chłonne od powierzchniowej warstwy nabłonkowej. W pasmie tej tkanki można wykazać przy pomocy barwienia barwnikiem R. niewielką ilość włókienek elastycznych, biegnących pojedynczo między pęczkami włókien klejodalnych, jak to ilustruje rys. V-ty. W miejscach, gdzie powiększone grudki chłonne sięgały tuż pod warstwę nabłonkową, mogłem zauważyć, jak pojedyncze włókna sprężyste, oddzielające się od wąskiego, w tym razie podnabłonkowego łącznotkankowego pasemka, rozprzestrzeniały niekiedy na całą górną połowę danej grudki chłonnej, obejmując ją w kształcie półkręgu. Jak to wyżej wspomniałem, tkanka siateczkowata w migdałku podniebiennym, wykazującym klinicznie cechy przewlekłego zapalenia, występuje zarówno w samej grudce limfatycznej (co przy średnim powiększeniu i na cienkim skrawku słabo się uwidocznia), jak w większym jeszcze stopniu na jej obwodzie, gdzie t. zw. włókienka retikulino-owe tworzą otoczkę utworzoną z gęstej siateczki przeplatających się włókienek,—siateczki o drobnych oczkach i oplatającej na kształt pierścienia cały obwód grudki chłonnej. Na przekroju wypadającym w kierunku stycznym do grudki chłonnej, siateczka ta uwydatnia się bardzo wybitnie, jak wskazuje rys. I-szy. Tego rodzaju utkanie spotykałem prócz migdałka podniebiennego także i w migdałku gardłowym w przypadkach przewlekłego ich stanu zapalnego. Następnie zwraca naszą uwagę w tych wypadkach nader silny rozwój tkanki siateczkowej na granicy pojedynczych grudek limfatycznych, która to tkanka z jednej strony spleta się z tkanką łączną podnabłonkową, zawierającą drobne gałązki naczyń krwionośnych, a z drugiej znów strony łączy się z tkanką łączną włóknistą przegródek międzymieszkowych. W ten sposób między tkanką łączną podnabłonkową, stanowiącą resztę niezmienionej błony

śluzowej, a tkanką łączną przegródek międzymieszkowatych zostaje rozpostarta sieć, utworzona przeważnie z t. zw. włókienek retikulino-
 wych, w której oczkach zalegają c. b. krwi (limfocyty). Również
 w tych miejscach, gdzie rozrosłe grudki chłonne okazują skłonność
 do zlewania się w jedną całość, przypominającą wyglądem kształt
 ósemki, o podwójnych ośrodkach rozmnażania (*Doppelkeimzentrum*)
 włókienka tkanki adenoidalnej oplatają cały ten twór ósemkowy na
 obwodzie w sposób podobny do tego, jaki wyżej opisałem dla
 pojedynczej grudki chłonnej. Na preparatach, barwionych metodą
Mallory'ego, jak to widać na rys. II-gim, można wykazać, że grudki
 chłonne oddzielone są od warstwy nabłonkowej mniej lub więcej
 szerokim pasemkiem tkanki łącznej i to zarówno w obrębie t. zw.
 wolnej powierzchni gardłowej, jako też w obrębie mieszka migdałka,
 co przeczy podanemu wyżej opisowi *Schlemmera*. W tem pasemku
 łączno-tkankowym nie zdołałem atoli wykazać nigdy włókien spręży-
 stych, a zatem utkanie jego, jeżeli chodzi o włóknistą substancję
 podstawową, składa się wyłącznie z pęczków włókien klejodalnych.
 W kierunku obwodu migdałka znajdujemy przegródki łączno-tkankowe
 międzymieszkowe znacznie zgrubiałe, przechodzące bezpośrednio
 w silniej zaznaczającą się warstwę łączno-tkankową zewnętrzną, która
 obejmuje na kształt torebki cały migdałek. Zarówno w powyższych
 przegródkach łączno-tkankowych, jak w większej jeszcze mierze
 w samej torebce znajdujemy liczne włókna elastyczne, biegnące
 w postaci równoległych falistych pasemek tak wzdłuż całej rozcią-
 głości przegródek, jak i torebki migdałka. Przebieg tych włókien
 mogłem wykazać z całą dokładnością przy pomocy barwienia rezor-
 cyną-fuchsyną w roztworze alkoholowym, jak również przy pomocy
 barwienia barwikiem *R*. Oprócz tylko co opisanych miejsc, gdzie
 już w stanie prawidłowym występują pojedyncze pasemka włókien
 sprężystych, wplecione pomiędzy włókna klejodajne, zdołałem wykazać
 w przypadkach przewlekłego zapalenia migdałków podniebiennych
 ich obecność w zwiększonej ilości tuż pod warstwą nabłonkową na
 wolnej ku gardzieli zwróconej powierzchni, jak to uwidocznia rys. II-gi.
 W tych miejscach włókna elastyczne tworzą formalne pęczki, które
 rozszczepiają się miejscami na mniej lub więcej szerokie pasemka
 włókien sprężystych, biegnących bądź równoległe do siebie, bądź też
 krzyżujących się ze sobą w różnych kierunkach. Obraz ten o tyle
 jest ważny dla djagnozy przewlekłego zapalenia migdałków podnieb.,
 że dotąd nikt na to nie zwrócił uwagi. W stanie zaś ostrego zapa-
 lenia migdałków znajdowałem skąpą ilość włókien sprężystych,

gdzieniegdzie tylko w otoczeniu naczyń, natomiast nie spotykałem w tych przypadkach obfitego ich nagromadzenia pod nabłonkiem warstwy powierzchniowej. Włókna te przedstawiają w tym razie obraz zwyrodnienia, barwią się przy pomocy barwika *R.* szaro, zamiast nasyconego ciemnego koloru, w jakim się one zabarwiają w stanie normalnym.

Uwagi godnym jest stosunek włókien sprężystych w przewlekle zapalnym migdałku podniebiennym do przebiegających w podnabłonkowej warstewce łączno-tkankowej naczyń krwionośnych i chłonnych. W tym wypadku bowiem włókna sprężyste towarzyszą w zasadzie naczyniu w całym jego przebiegu i tylko w końcowym odcinku tych naczyń, rozszerzonym zatokowato pod nabłonkiem, włókna sprężyste nie dochodzą do samego obwodu tych naczyń, lecz ograniczają się w swym przebiegu do przyśrodkowej ich części tworząc warstwę, obejmującą na kształt kieliszka od spodu rozszerzone naczynie, jak to wykazuje rys. IV-ty. Takich obrazów i stosunku włókien sprężystych do naczyń krwionośnych nie spotykałem w migdałku hyperplastycznym.

Przechodząc z kolei do opisu zachowania się tkanki łącznej w rozrosłym migdałku gardłowym, muszę zaznaczyć, iż na preparatach, barwionych metodą *Bielschowsky'ego* tkanka ta jest reprezentowana przez typ tkanki adenoidalnej (siateczkowatej). Tkanka ta tworzy w miejscach rozmieszczenia grudek limfatycznych sieć o drobnych oczkach i cienkich włókienkach retikuliny, przechodzących miejscami wyraźnie w przydanę, przebiegających w sąsiedztwie naczyń krwionośnych. Tkanka łączna włóknista ogranicza się tylko do pasm w przegródkach międzymieszkowych oraz do cienkiej warstewki okołonacyniowej i podnabłonkowej na wolnej powierzchni migdałka. Natomiast nie spotykamy jej pod nabłonkiem ściany mieszka. Włókna sprężyste w rozrosłym migdałku gardzielowym znajdowałem w niewielkiej tylko ilości w przegródkach międzykryptowych tegoż migdałka oraz dokoła grubszych gałązek naczyń krwionośnych. Co się zaś tyczy migdałka gardłowego przewlekle zapalnego, to barwienie sposobem *Bielschowsky'ego*, jak to wykazuje rys. VI-ty, pozwala wykazać obok wyżej opisanej dla migdałka rozrosłego siateczki o drobnych oczkach i cienkich włókienkach retikuliny, powierzchnie rozpiętą siatkę o szerszych oczkach i grubszych włókienkach anastomozujących z włóknami poprzedniej siateczki.

Dzięki takiemu obfitemu rozwojowi tkanki adenoidalnej w migdałku gardłowym przewlekle zapalnym, tkanka łączna włóknista

jest w tym wypadku reprezentowana nader skąpo, ograniczając się do pasm w przegródkach międzymieszkowych oraz do cienkiej warstewki okołonaczyniowej i podnabłonkowej na wolnej powierzchni gardłowej migdałka. W związku z tem pozostaje i rozmieszczenie włókien sprężystych w migdałku gardłowym przewlekłe zapalnym. Jak mogłem się przekonać, przebieg włókien sprężystych w takim migdałku różni się zasadniczo od ich przebiegu w opisanym powyżej migdałku podniebiennym, bowiem w tych razach włókna sprężyste rozmieszczone są najobficiej w przegródkach międzykryptowych danego migdałka. Natomiast w warstwie podnabłonkowej wolnej powierzchni, zwróconej do jamy gardłowej brak ich najczęściej zupełnie. W wyjątkowych tylko przypadkach znajdowałem włókna sprężyste pod nabłonkiem gardłowej powierzchni migdałka, w postaci pojedynczych cienkich włókiełek, wplecionych pomiędzy pojedyncze pęczki włókien klejodajnych.

Co się tyczy zachowania naczyń krwionośnych w migdałku podniebiennym przewlekłe zapalnym, to stwierdziłem na ogół w tych przypadkach panującą pod tem względem wielką różnorodność. Ta strona obrazu migdałka przewlekłe zapalnego wyróżnia go wybitnie od migdałków rozrosłych, w których naczynia krwionośne są równomiernie rozszerzone, podczas gdy w migdałkach przewlekłe zapalnych uderza nas przedewszystkiem różnorodność pod względem zachowania się naczyń krwionośnych. Mianowicie: w przegródkach łącznotkankowych międzymieszkowych takich migdałków stwierdzamy zazwyczaj silniejszy rozrost tkanki łącznej dokoła ściany naczyniowej, a przy barwieniu rezorcyną-fuchsyną można wykazać obfitą ilość włókien sprężystych, towarzyszących naczyniu na całej długości jego przebiegu. W obrębie miejsc zbliznowaciałych spotykamy tu stale zmiany szkliste w samej ścianie naczyniowej, wzgl. zupełne nawet zarośnięcie światła naczynia krwionośnego, które to zjawisko spozstrzegął często *Brieger* w rozrosłym migdałku gardłowym po przebytych procesie zapalnym. Idąc dalej w kierunku powierzchni gardłowej migdałka podniebiennego, przewlekłe zapalnego znajdujemy w tkance łącznej podnabłonkowej miejscami również zmiany szkliste w pojedynczych pęczkach łącznotkankowych, a prócz tego wśród nich liczne rozszerzone naczynia krwionośne, z których odchodzą gałązki końcowe ku powierzchni tkanki łącznej podnabłonkowej, tworząc tu bańkowato rozszerzone utwory. W świetle tych rozszerzonych naczyń krwionośnych, jak to wykazuje rys. VIII-my, spotykałem ciała czerwone krwi, limfocyty małe i duże, ciała białe ziarniste obojętne-

chłonne, a prócz tego komórki plazmatyczne. Te ostatnie wykazywały ziarnistą protoplazmę i duże odśrodkowo ułożone jądro z wyraźnie promienisto ułożonym zrębem chromatynowym. Obecność ich w zwiększonej ilości tak w naczyniach, jak i dokoła tych naczyń świadczy o wzmożonym procesie resorbcji w danym miejscu (*Dietrich*), przyczem zaznaczyć należy, iż jednym z najczęstszych objawów ustępującego zapalenia w tkance migdałkowej jest właśnie pojawienie się komórek plazmatycznych i ich jakoby pochodnych ciałek fuchsynofilnych *Russela*. Obfitsze nagromadzenie się komórek plazmatycznych w miejscach zwiększonego siateczkowatego rozluźnienia nabłonka, jak również obecność ciałek b. obojętno-chłonnych dokoła naczyń krwionośnych oraz ich żywsze przechodzenie przez nabłonek do światła krypt migdałka, świadczy o ostrem podrażnieniu zapalnym w danym miejscu. Natomiast obfitsze nagromadzenie się ich w sąsiedztwie ubytków po ropniach oraz bezpośrednio pod nabłonkiem mieszkowym, jest wyrazem dokonywanego się procesu odbudowy w tkance migdałka (*Renn, Dietrich*). Zmiany w naczyniach końcowych w warstwie łączno-tkankowej podnabłonkowej przewlekłe zapalnego migdałka podniebiennego nie ograniczają się tylko do wyżej wspomnianych roztrzeni bańkowatych ich światła, lecz, co więcej, zdołałem wykazać na całym szeregu skrawków, iż naczynia te w brodawkowatych wzniesieniach łączno-tkankowych bywają w tych przypadkach nieraz znacznie rozszerzone, przypominając na pierwszy rzut oka twory torbielowate. Przy dokładniejszym oglądaniu możemy stwierdzić, iż światło tego rozszerzonego naczynia jest w całości wysłane śródbłonkiem naczyniowym, a prócz tego jest poprzerywane przegródkami, dążącemi od śródbłonka naczyniowego i rozdzielone na poszczególne mniejsze światła o nieregularnym zarysie, nadając całości charakter zatok, jakie spotykamy w węzłach limfatycznych. Światło tych zatokowato rozszerzonych naczyń krwionośnych, stojących w związku z przewlekłą sprawą zapalną tkanki migdałka, jest wypełnione w przeważnej ilości przypadków wypociną zapalną (p. rys. IV-ty). Na preparatach, barwionych metodą *Weigerta*, można wykazać w świetle tych rozszerzonych naczyń ścięty włóknik oraz liczne c. b. krwi, jako to: limfocyty i c. b. obojętno-chłonne. W migdałku gardłowym przewlekłe zapalnym powyższych zmian w naczyniach nie spotykałem, a tylko mniej lub więcej wyraźne rozszerzenie naczyń krwionośnych w głębi migdałka, sięgające co najwyżej w tkankę łączną podnabłonkową, nigdy zaś w obręb samych brodawek łączno-tkankowych. Podobne obrazy zachowania się naczyń krwionośnych

stwierdzić się dają w przypadkach rozrostu migdałka gardłowego — przeto oddzielnie ich omawiać niema potrzeby. Co się tyczy obecności lipidów w plasmie c. b. i komórkach siateczki, na co kładzie nacisk *Dietrich*, jako na jedną z ważnych towarzyszących cech stanu przewlekłego zapalenia migdałka podniebiennego, to w badanych przezemnie migdałkach, pochodzących z przypadków przewlekłego zapalenia, nie znalazłem potwierdzenia powyższego zapatrywania *Dietricha*. Na preparatach barwionych metodą *Ciaccio, Smith — Dietrich — Kultschitzky'ego* oraz błękitem nilu, zdołałem wykazać obfite nagromadzenie lipidów w miejscach nadmiernego łuszczenia się nabłonków, a więc w świetle krypt migdałkowych i to zarówno w samych komórkach nabłonka, jak i w wędrujących c. b. krwi oraz pomiędzy nimi. W żadnym natomiast ze zbadanych przypadków nie znalazłem lipidów w komórkach tkanki siateczkowatej, lub ciałkach białych krwi, wchodzących w skład grudek chłonnych. Barwienie na kwasy tłuszczowe sposobem *Fischlera* dawało również zawsze wynik ujemny.

W zestawieniu powyższych wywodów raz jeszcze podnieść należy, że obraz histopatologiczny przewlekłego zapalenia migdałka podniebiennego, ujęty przez *Dietricha* w trzy zasadnicze cechy: 1) objawów resorpcji, jako wyraz przebytego ostrego zapalenia, 2) procesów odmowy, oraz 3) objawów długotrwałego podrażnienia zapalnego, daje nam niezupełną morfologiczną charakterystykę tego procesu. Już sam *Dietrich* zaznacza w swej monografii, że na zasadzie obrazu drobnowidowego nie da się przeprowadzić ścisłego rozgraniczenia pomiędzy pojedynczym rozrostem, a rozrostem, połączonym ze stanem przewlekłego zapalenia migdałka, która to różnica jest tylko ilościowa, a nie jakościowa. W powyższej pracy powziąłem myśl uzupełnienia obrazu drobnowidowego migdałka podniebiennego i gardłowego, znajdującego się tak w stanie przewlekłego zapalenia, jak i zwykłej hyperplazji badaniami nad zachowaniem się poszczególnych elementów składowych tkanki łącznej i naczyń krwionośnych. Wyniki tych badań dają się ująć w sposób następujący: objawy, stałe utrzymującego się podrażnienia zapalnego w migdałku podniebiennym, zaznaczają się szczególnie wyraźnie w tkance łącznej podścieliskowej pod postacią pojawienia się obfitszej ilości włókien sprężystych pod nabłonkiem wolnej powierzchni migdałka, które rozszczepiają się miejscami na mniej lub więcej szerokie pasemka, biegnące bądź równolegle do siebie, bądź też krzyżujące się ze sobą w różnych kierunkach. Natomiast przy zwykłym rozroście migdałka włókna

sprężyste są ograniczone do nielicznych tylko pasemek, biegnących pojedynczo pomiędzy pęczkami włókien klejodalnych. Co się tyczy zachowania tkanki siateczkowatej w przewlekle zapalnym migdałku podniebiennym, to tkanka ta wykazuje silniejszy rozwój zarówno w samej grudce limfatycznej, jak w większym jeszcze stopniu na jej obwodzie, tworząc tu gęstą siateczkę o drobnych oczkach, oplatającą na kształt pierścienia cały obwód grudki chłonnej. Takiego obrazu nigdy nie dają preparaty, pochodzące z migdałków podniebiennych hyperplastycznych. Również zachowanie się naczyń krwionośnych w przewlekle zapalnym migdałku podniebiennym, stanowi cechę różniczkową w porównaniu do zachowania się naczyń w przypadkach rozrostu takiego migdałka. Bowiern podczas gdy w przypadkach rozrostu naczynia końcowe są równomiernie rozszerzone, to w przypadkach przewlekłego zapalenia migdałka, w miejscach, nie objętych procesem odnowy, naczynia krwionośne wykazują charakterystyczne dla tego procesu zmiany pod postacią rozstrzeni bańkowej ich światła, przechodzącej miejscami w zatokowato rozszerzone utwory, przerywane śródbłonkiem naczyniowym, co przypomina obraz zatok w węzłach limfatycznych. Włókna sprężyste nie dochodzą do samego obwodu tych naczyń, lecz obejmują na kształt kieliszka od spodu przyśrodkową ich część. Co się tyczy migdałka gardłowego przewlekle zapalnego, to tkanka łączna włóknista w przeciwieństwie do migdałka podniebiennego jest tu skąpiej rozwinięta, jak to wynika z wyżej podanego opisu. Natomiast tkanka siateczkowata zachowuje się swoiście w tych wypadkach, bowiem tworzy w miejscach rozmieszczenia grudek limfatycznych obficie rozwiniętą sieć o drobnych oczkach, przechodzącą miejscami wyraźnie w przydatkę przebiegających w niej naczyń krwionośnych. Oprócz tej siateczki daje się wykazać w tych miejscach powierzchownie rozpięta siatka o szerszych oczkach i grubszych włóknikach, anastomozujących z włóknami siatki poprzedniej. Zmian w naczyniach krwionośnych końcowych warstwy podnabłonkowej, analogicznych do wyżej opisanych zmian w migdałku podniebiennym przewlekle zapalnym, w migdałku gardłowym ani też przy zwykłym rozroście migdałka podniebiennego nigdy nie spotykałem. Obfitą ilość lipidów stwierdziłem przede wszystkim w komórkach nadmiernie łuszczącego się nabłonka mieszkowego oraz wędrujących c. b. krwi. Natomiast badania moje nie potwierdziły zapatrywania *Dietricha*, że obecność lipidów w komórkach tkanki siateczkowatej i c. b. wchodzących w skład grudek chłonnych jest cechą przewlekłego stanu zapalnego

migdałka. Powyższe zmiany w tkance łącznej pod postacią obfitszego nagromadzenia się włókien sprężystych pod nabłonkiem wolnej powierzchni migdałka podniebiennego, jak również rozszerzenia zatokowego naczyń krwionośnych w brodawkach łączno tkankowych znajdowałem stale w przewlekłym zapaleniu migdałków podniebiennych, nigdy zaś w zwyczajnym ich rozroście, wobec czego zmiany te uważać należy za objaw patogonomiczny dla przewlekłego procesu zapalnego, wyróżniający go wyraźnie od obrazu zwykłego rozrostu tych migdałków.

W czasie, kiedy powyższa praca była już wykończona, a z powodów ode mnie niezależnych jeszcze nie wydrukowana, ukazała się w Zeitschr. f. Hals. Nasen u. Ohrad. Bd. XV. H2/4. praca *C. Rufa z Fryburga*: „*Über Lokalisation u. Diagnostik chronischer Entzündungsherde bei Tonsillitis chronica*”, w której autor potwierdza w zupełności wyniki badań *Dietricha*, a prócz tego uzupełnia obraz histopatologiczny przewlekłego zapalenia migdałków podniebiennych opisany w roku 1924, przez *Bilancioniego* jako: Tonsillitis chr. interstitialis, tonsillitis chron. recidivans z mniej lub więcej wyraźną parakeratozą wzgl. pojawieniem się małych torbielowatych utworów pod nabłonkiem wolnej powierzchni migdałka i Tonsillitis chron. cicatrissana (atrophica). W pracy tej autor zwraca szczególniejszą uwagę na umiejscowienie i zachowanie się blizn po przebytych ostrych stanach zapalnych migdałków. Zdaniem tegoż autora te przewlekłe stany zapalne zaznaczają się w migdałku podniebiennym szczególnie w pewnych przez budowę anatomiczną do tego predysponowanych miejscach, jako to: fossa tonsill, recessus prae-supra-et infratonsillaris, w których klinicznie występujące zmiany zapalne przewlekłej dają się również wykazać drobnowidowo. Zwłaszcza w obrębie grudek chłonnych i krypt górnego bieguna migdałka, uchodzących do ossa tonsillaris, autor znajdował procentowo najczęściej zmiany przewlekłe zapalne, umiejscowione dokoła części przypadawne danego mieszka. W miejscach, gdzie rozrastająca się tkanka ziarninowa uległa już zbliznowaceniu autor znalazł nowotworzenie się włókien sprężystych, a miejscami także zgrubienie błonki podstawowej pod nabłonkiem wolnej powierzchni migdałka. Prócz tego autor spotykał w tych wypadkach liczne włókna sprężyste o nieregularnym przebiegu dokoła naczyń krwionośnych w przegródkach międzykryptowych oraz w obrębie torebki łącznotkankowej migdałka. Rozrastająca się w tych miejscach tkanka bliznowata powodują zmianę konfiguracji krypt i uchylków migdałka, przez co stwarza mecha-

niczną przeszkodę dla wydostawania się zalegających w nich czopków na zewnątrz,

Piśmiennictwo.

1. *Brieger*: Beiträge zur Pathologie der Rachenmandeln (Arch. f. Laryng.-rhinol. Bd. 12).
2. *Chiari*: Die chronische Entzündung des Rachens u. s. (Heymann Handb. d. Erkrk. d. ob. Luftw.).
3. *Fein*: Zur Tonsillenfrage (Arch. f. lar. rhinolog. Bd. 34).
4. *Grünwald L.*: Die typischen Varianten d. Gaumenmandeln u. d. Mandelgegend (Arch. f. lar.-rhinol. Bd. 28—914).
5. *Renn P.*: Zur Funktionsfrage d. Gaumenmandeln (Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathologie 912).
6. *Lewinstein O.*: Hyperplasie u. Atrophie d. Gaumenmandeln (Arch. f. Lar.-rhinol. Bd. 22).
7. *Lewinstein O.*: Über fossulae tonsillares noduli limfat. u. Tonsillen (Arch. f. Lar.-rhinol. Bd. 22—909).
8. *Labrè et Levi-Sirugue*: Etude de quelques amygdales hypertrophiées (Mem. Société Anat. de Paris 922).
9. *Mouchet A.*: Lymphatiques de l'amygdale pharyngienne (Soc. de Biolog. LXX—331).
10. *Retterer E.*: Histogenese du tissu reticulé aux depens de l'épithélium. (Anat. Anzeiger. Bd. 13). 897 Ergzh.
11. *Retterer E.*: A propos de follicules clos de l'amygdale (Soc. de Biolog. Paris 900—11 ser. II).
12. *Retterer E.*: Structure et évolution de la cellule épithéliale de l'amygdale palatine *ibid.* 908).
13. *Sokołowski-Dmochowski*: Beitrag z. Pathol. d. entzündl. Tonsillarprozesse (Arch. f. klin. Med. 892).
14. *Schumacher*: Histologie d. ob. Luftwege u. d. Mundh. Handb. d. Hals, Nasen Ohrd. (Denker Kahler Bd. 1).
15. *Heiberg*: Aussehen. u. Funktion d. Keimzentr. Virch. Arch. 240—923.
16. *Lindt*: Beiträge zur Histologie u Pathogenese d. Rachenmandelnhyperplasie. Zeitsch. f. Ohrhd. u. Krh. d. ob. Luftw. Bd. IV 1—2.
17. *Schoenemann*: Zur Physiologie und Pathologie d. Tonsill. (Arch. f. Lar. Rhinolog. 22).
18. *Portmann G.*: Contribution a l'étude des hypertrophies amygdaliennes (Annal. de Med. de Lion II. 920).
19. *Mayer O.*: Histologische Befunde bei chron. Tonsillitis (Wr. klin. Wochenschr. 923).
20. *Schlemmer F.*: Anatomische u. experiment. klin. Studien zum Tonsillarprobl. (Mon. f. Ohrhd. u. Lar.-rhinol. Bd. 35).
21. *Schlemmer F.*: Die chronische Tonsillitis u. ihre Bedeutung (Zeitschr. f. Hals.—Nas.—Ohrhd. Bd. 6).
22. *Dietrich*: Die patalogisch-anat. Einteilung d. Mandelentzündungen (Zeitschr. f. Hals.—Nas.—Ohrhd. 922).
23. *Dietrich*: Das pathologisch-anatomische Bild d. chron. Tonsillitis. (Zeitschr. f. Hals.—Nas.—Ohrhd. Bd. 4—2).
24. *Dietrich*: Die patholog.-anat. Diagnose d. chron. Entzündungen am. Beispiele d. chron. Tonsillitis Verh. d. Dtsch. pathol Ges. 925.
25. *Kümmel*: Die chron. Tonsillitis klinische Ges.-punkte. (Zeitschr. f. Hals.—Nas.—Ohrhd. Bd. 4—1).
26. *Bilancioni G.*: Aspetto clinico e istologia patologica delle tonsille palatine (Atti della Clinica Oto-rino-lar. della univ. di Roma A. XXI. 1924).
27. *Ruf C.*: Über Lokalisation u. Diagnostik chron. Entzündungsherde bei Tonsill. chron. (Zeitschr. f. Hals.—Nas.—Ohrhd. Bd. 15 2—4).

OBJAŚNIENIE RYSUNKÓW.

Rys. I. Przebieg tkanki łącznej w przestrzeni między grudkami limfatycznymi migdałka podniebiennego przewlekle zapalnego.

- c*, tk. łączna obejmująca obwód grudki migdałka w postaci siateczki,
n, naczynie krwionośne.

(Mężczyzna M. S. I. 23. Tons. chron.)

Bielschowsky — Maesch 5 μ Leitz 7.

Rys. II. Zachowanie się tkanki łącznej podnabłonkowej w migdałku podnieb. przewlekle zapalnym.

- a*, włókna łącznotkankowe pod nabłonkiem mieszkowym,
c, pasmo tkanki łącznej w przegrodce migd.
f, grudki chłonne,
n, naczynia krwionośne,
o, światło mieszka migd.

Prepar. M. III. (Mężcz. M. S. I. 23).

Mallory 10 μ Leitz 3.

Rys. III. Przebieg włókien sprężystych pod nabłonkiem wolnej powierzchni migdałka podniebiennego przewlekle zapalnego.

- b*, nabłonek woln. pow. migdałka,
n, nacz. krwion.
c, włókna sprężyste,
cb, białe ciała krwi.

Prep. B. I. (Chłop. F. R. I. 16. Tons. chr.)

resorc. fuchs. karm-alaun 5 μ Leitz 7.

Rys. IV. Włókna elastyczne, obejmujące od spodu zatokowato rozszerzone naczynie krwion. w przyp. przewlekłego zapalenia migd. podnieb.

- a*, wypocina zapalna,
b, naciek drobno-komórkowy,
c, tkanka łączna włóknista,
e, włókna elastyczne,
d, środbłonek nacz.

Prep. B. I. (Chłop. F. R. I. 16). Tons. chr.

resorc. fuchs. karm - alaun 5 μ Leitz 5.

Rys. V. Przebieg włókien sprężystych w tkance łącznej podnabłonk. rozrosłego migd. podniebiennego.

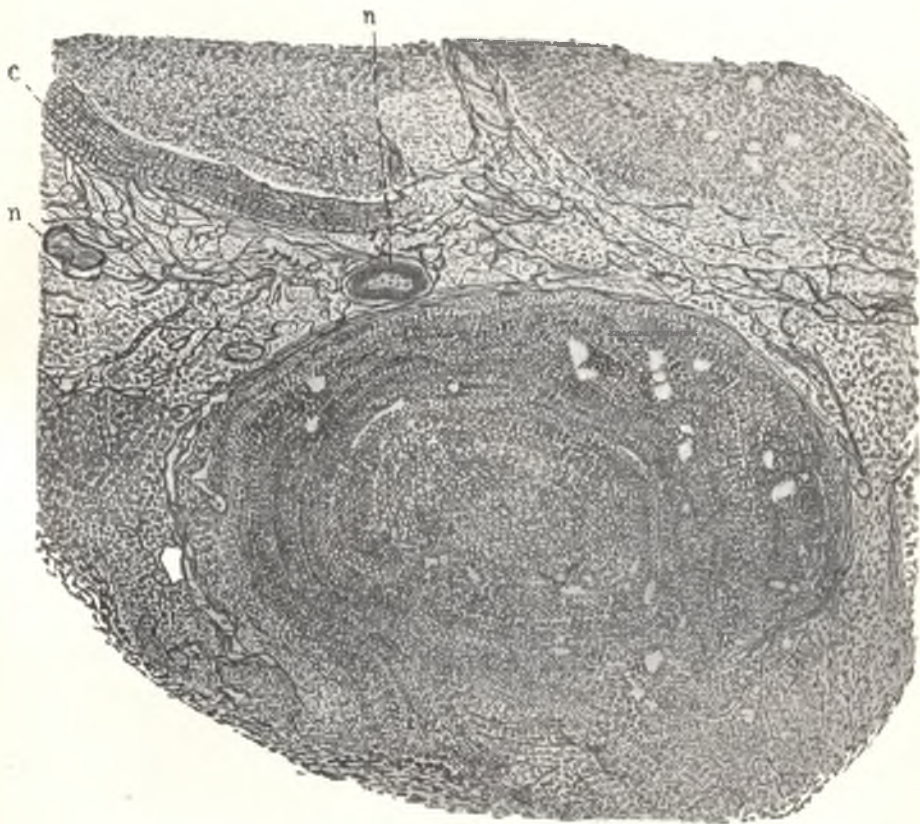
- n*, warstwa nabłonkowa,
el, włókna elastyczne,
l, limfocyty.

Prep. B. V. (Chłop. St. L. I. 10. hyperplasia tons. palatin) Barw. R. 5 μ Leitz 3.

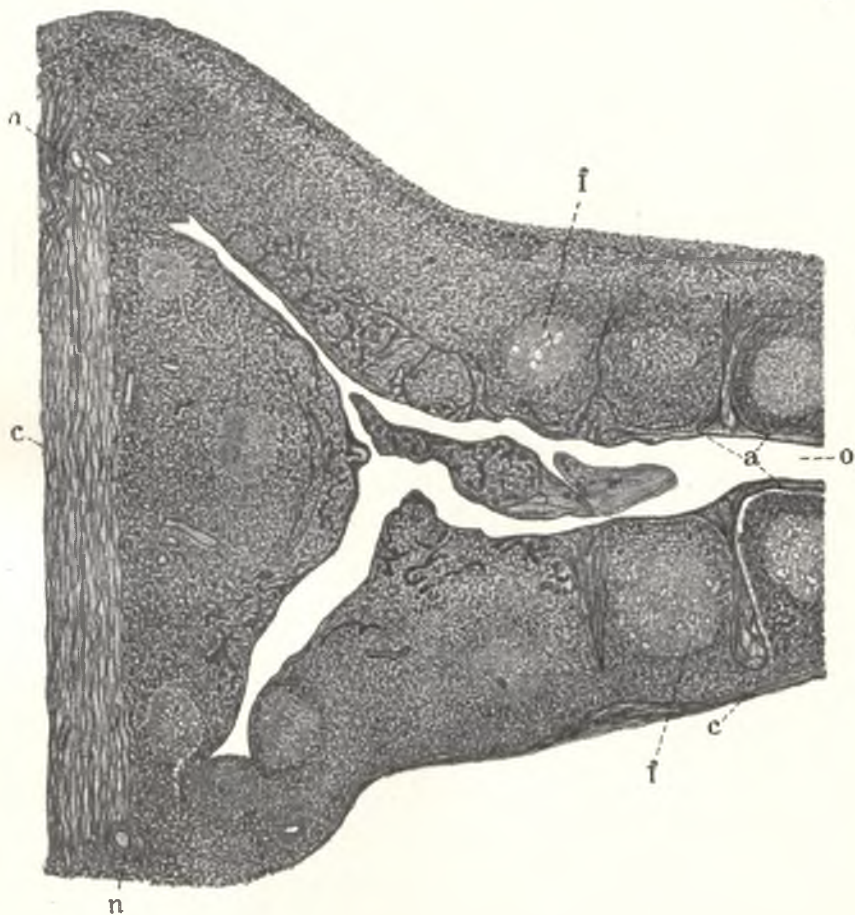
Rys. VI. Przebieg włókien tkanki łącznej adenoidalnej w przewlekle zapalnym migd. gardłowym.

- l*, c. b. krwi,
n, nacz. krwion.

Prep. C. III. (Chł. M. Z. I. 8. Adenoiditis chr.) 10 μ Leitz 7. Bielschowsky-Maesch.



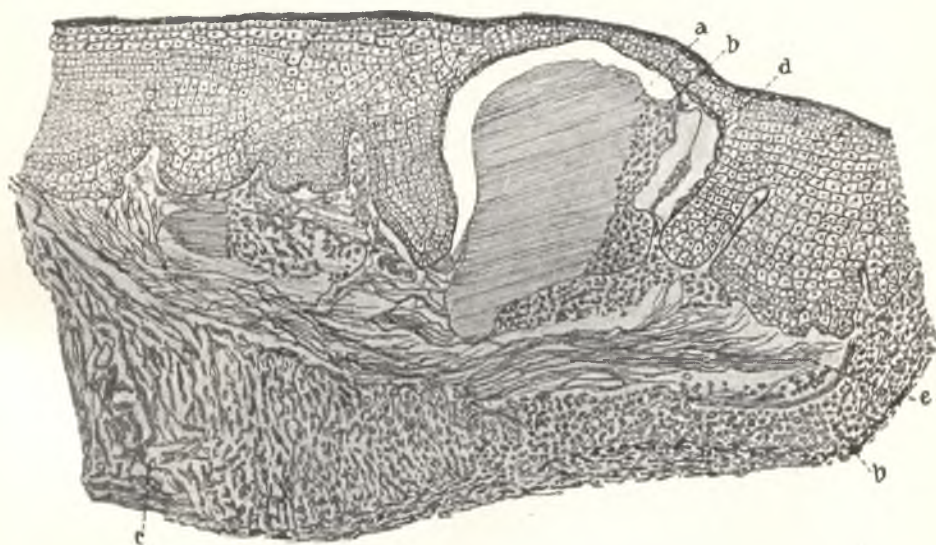
Rys. 1. Przebieg tkanki łącznej w przestrzeni pomiędzy grudkami chłonnymi
 c. tkanka łączna w postaci siateczki obejmującej obwód gródki migdałkowej,
 n. naczynie krwionośne. (Mężczyzna l. 23 M. S. Tonsillitis chron.). Prep. A. II.11
 Bielschowski-Marasch 5 μ . Leitz 7.



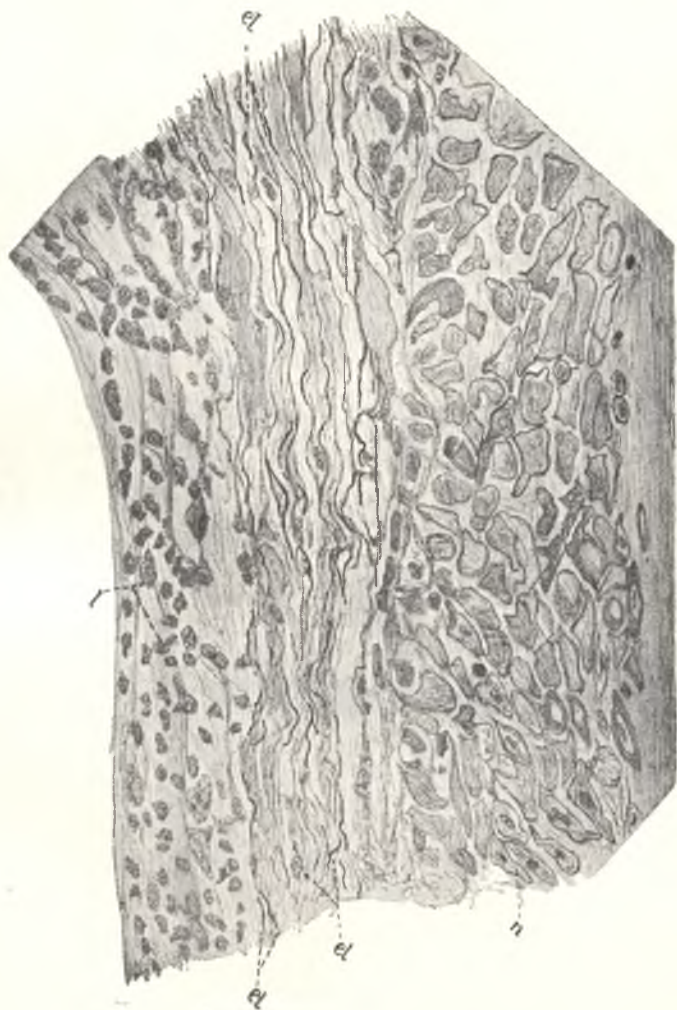
Rys. II. Zachowanie się tkanki łącznej w przewlekle schorzałym migdałku podniebiennym, *a*. włókna łączno-tkankowe pod nabłonkiem mieszkowym, *c*. pasmo tkanki łącznej w przegrodzie migdałka, *f*. grudki chłonne, *n*. naczynia krwionośne, *o*. światło mieszka migdałka. Prep. M. III. (Mężczyzna 1. 23 M. S. Tonsillitis chron.). Mallory'ego 10 1/4. Leitz 3.



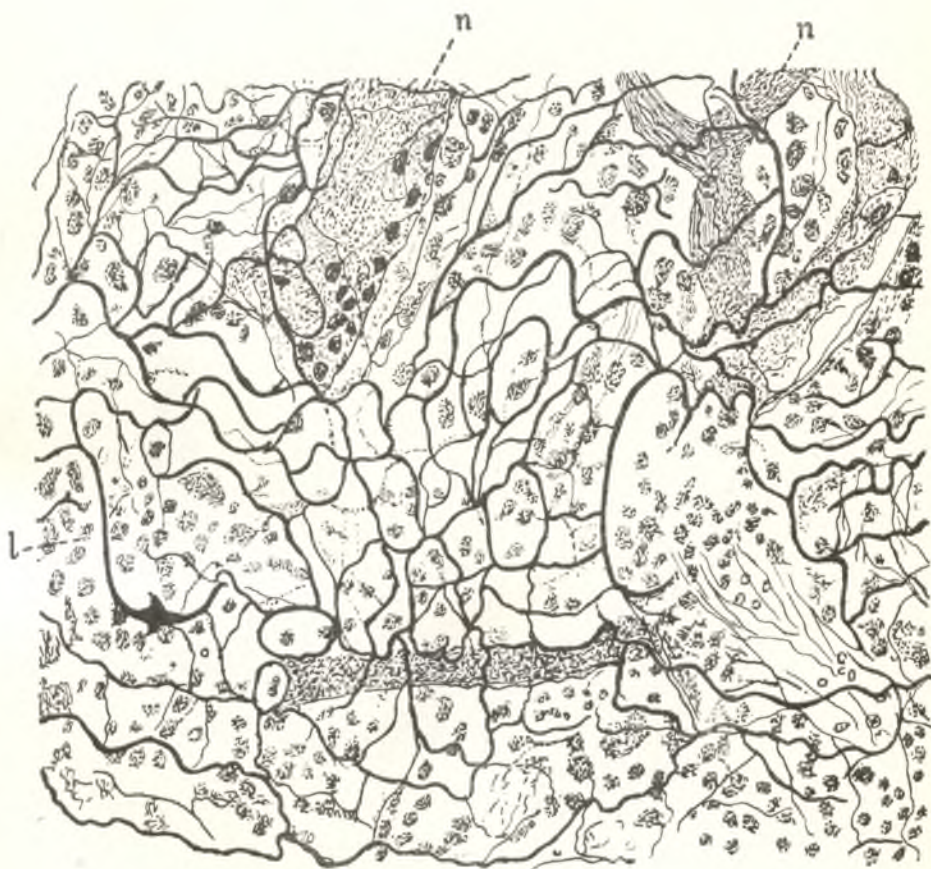
Rys. III. Przebieg włókien elastycznych pod nabłonkiem wolnej powierzchni migdałkowej. (Chłopiec l. 16 F. R. Tonsillitis chron.). *b.* nabłonek wolnej pow. migdałka, *n.* naczynie krwionośne, *c.* włókna elastyczne, *l.* c. białe krwi. Prep. B. I. resorc. fuschs. karm-alaun 5 μ . pow. Leitz 7,



Rys. IV. Włókna elastyczne obejmujące od spodu sinusoidalnie rozszerzone naczynie. (Chłopiec l. 16 F. R. Tonsillitis chron.). *a*. ściana wypocina zapalna, *b*. naciek drobno-komórkowy, *c*. tkanka łączna włóknista, *e*. włókna elastyczne, *d*. śródbłonek naczyniowy. Prep. B. I. resorc. karm-alaun. 5 μ . Leitz 3.



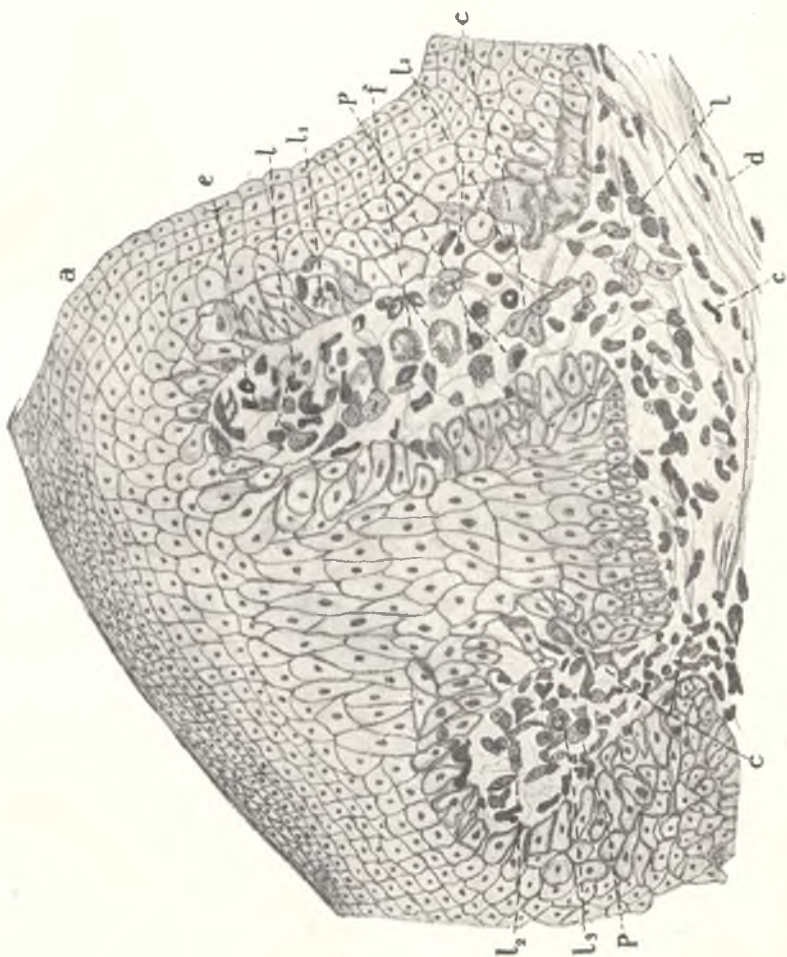
Rys. V. Prep. B. V. (Chłopiec 1. 10 St. L. Hyperplasia tonsill. palatinae. *n.* warstwa nabłonkowa, *el.* włókna elastyczne, *l.* limfocyty. Przebieg włókien elastycznych w rozrosłym migdałku podniebiennym. Barwik R. 5 μ . Leitz 3 immersia.



Rys. VI. Przebieg włókienek tkanki łącznej i retikuliny w przewlekle schorzałym migdałku gardłowym, *l. c.* białe krwi, *n.* naczynia krwionośne. Prep. C. III. (Chłopiec 1. 8 M. Z. Adenoiditis chron.). Met. Bieschowskiego-Maresch. 10 μ . Leitz 7.



Rys. VII. Naczynie krwionośne zatokowo rozszerzone w warstwie nabłonka wolnej pow. migdałkowej *a.* śródbłonek naczyn., *b.* białe wędrujące wśród komórek nabłonka, *c.* naciek drobno-kam. Prep. D. I. (Mężczyzna l. 26 W. N. Tonsillitis chron.). Met. Dominiego 5 μ . Leitz 7.



Rys. VIII. Naczynia krwionośne, bańkowato rozszerzone w warstwie nabłonka wolnej powierzchni migdałka: *a*. nabłonek wielowarstwowy płaski, *b*. tkanka łączna podścieliskowa, *c*. kom. siateczki, *e*. c. czerwone krwi, *f*. kom. plazmatyczne, *l*. limfocyty, *l*₂. granul. zasado-chłonne, *l*₃. leukocyt obojętno chłonny, *p*. kom. plazmatyczna. Prep. D. I. (Mężczyzna l. 26 W. N. Tonsillitis chron.). Met. Dominiego 5 μ .
Leitz 7.

- Rys. VII. Naczynia krwionośne zatokowato rozszerzone w warstwie nabłonkowej wolnej powierzchni migdałka podniebiennego w stanie przewł. zapal.
- a*, śródbłonek naczyń,
 - l*, ciała białe krwi wędrujące wśród kom. nabł.
 - l*₁, naciek drobno-kom.

Prep. D. I. (Mężcz W. N. I. 26). Tons.
chronica 5 μ L. 7. met. — Dominici.

- Rys. VIII. Naczynia krwion. bańkowato rozszerzone w warstwie nabłonkowej wolnej pow. migd. podnieb. przewlekłe zapalnego.

- a*, nabłonek wielowarstw. płaski,
- b*, tkanka łączna podścieliskowa,
- c*, komórki siateczki,
- e*, krwinki,
- l*, limfocyty,
- f*, komórki plazmatyczne,
- p*, również kom. plazmatyczna,
- l*₂, granulocyty zasado-chłonne,
- l*₃, leukocyt obojętno-chłonny.

Prepar. D. I. (Mężczyzna. W. N. I. 26.
Tonsillitis chron.). Dominici 5 μ L. 7.

DR. MARJA KRYGOWSKA.

Uwagi o leczeniu gruźlicy krtani promieniami Roentgena.

(Na podstawie materiału kliniki lwowskiej).

Z kliniki oto-laryngologicznej U. J. K. we Lwowie Dyr. Prof. Dr. *Teofil Zalewski*

Leczenie gruźlicy krtani naświetlaniem promieniami Röntgena zyskuje coraz realniejsze podstawy zarówno w miarę postępu techniki röntgenowskiej, jak i dzięki nabywanemu doświadczeniu klinicznemu. Po wprowadzeniu przez *Turnura* naświetlań promieniami Roentgena do terapii gruźlicy, mnożą się publikacje w tym przedmiocie, z początku dość pesymistycznie nastrojone, jak *Winklera* w 1905 r. również niezbyt zachęcająca *Poyeta* i *Menarda*, którzy zauważyli jedynie wpływ uśmierzający na bóle, podobnie jak to wykazał *Schmerz* w owrzodzeniach gruźliczych jamy ustnej i języka.

Badanie *Brüninga* i *Albrechta* w 1910 r. nad naświetlaniem gruźlicy krtani u królików, udowadniające na preparatach drobnowidowych gojenie się nacieków i owrzodzeń, wywarły bardzo dodatni wpływ na zainteresowanie się stosowaniem röntgenoterapii w gruźli-

cy krtani u człowieka, Zwłaszcza ostatnie lata przynoszą bardzo obfity materiał, co trzeba przypisać w znacznej mierze coraz lepszym wynikom, dzięki doskonaleniu się wiedzy i techniki röntgenowskiej.

A jednak tak zasadnicza kwestja jak dawkowanie nie jest jeszcze ustalona. Określenia przez niemieckich autorów tak zwanej dawki gruźliczej (Tuberculose-dosis) należą już wprawdzie do przeszłości wiemy bowiem, że dawkowanie zależy przedewszystkiem od indywidualnego oddziaływania w każdym poszczególnym przypadku i musi być stosowane pod ścisłą kontrolą odczynów miejscowych i ogólnych, nie mniej jednej dawki, technika poszczególnych röntgenologów bardzo znacznie się różnią. Naogół ustala się zapatrywanie, iż należy używać dawek małych i w niedużych odstępach czasu; np. według *Anthona* i *Simonsa*, $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$ tak zwanej dawki rumieniowej (Erythemdosis) w odstępach jedno do dwudniowych. *Zange* natomiast poleca dawki średnie i paury od pięciu do dwunastu tygodni, zależnie od zachowania się danego przypadku. *Chania-Dębicki* we wspólnej publikacji z *Litwinowiczem* z roku 1923 podają, iż stosowali dawki średnie promieni miękkich przy użyciu filtra aluminiowego. Jako dawkę podają 5 jednostek Holzknecfa w odstępach siedmiodniowych, przerwy pomiędzy poszczególnymi serjami wynoszą cztery do sześciu tygodni.

Wytłumaczenie mechanizmu działania leczniczego promieni Röntgena na tkankę gruźliczą jest jeszcze kwestją otwartą. Początkowo widziano w tem tylko rozpad swoistej tkanki, obecnie zwraca się uwagę także na ciała, jakie, wyzwalając się przy rozpadzie, dostają się do krwiobieg i wywołują ogólne uodpornienie ustroju. Ciekawa pod tym względem jest praca *Heinekego*, który już w parę godzin po naświetleniach śledzony u królików znajdował rozpad limfocytów w mieszkach chłonnych, a przecież jednym z głównych elementów tkanki gruźliczej są, obok komórek nabłonkowatych i olbrzymich, właśnie limfocyty, one więc przy swej znacznej wrażliwości na promienie Röntgena muszą odgrywać pierwszorzędną rolę zarówno w rozpadzie tkanki jak i w powstawaniu produktów. Natomiast mało prawdopodobnem wydaje się zdanie, iż pierwotnem jest bujanie i wrastanie tkanki łącznej w nacieki gruźliczy i wypieranie niejako tkanki chorobowej. Raczej przyjąć należy, iż tkanka łączna buja następowo, zabiżniając lukę powstałą po rozpadzie.

Co do zagadnienia, jakie rodzaje gruźlicy krtani nadają się do naświetlań promieniami Röntgena, to zapatrywania autorów są dość zgodne. *Anthona* i *Simonsa* dzielą rodzaje gruźlicy krtani, opie-

rając się na wskazówkach *Rickmanna*: 1) produktywne, 2) wysiękowe, 3) mieszane, 4) toczniowe.

Produktywne dzieli się na: a) produktywno-granulacyjne, b) produktywno - naciekowe, c) produktywno - wrzodziejące.

Wysiękowe na: wysiękowo-naciekowe i wysiękowo-wrzodziejące.

Wszystkie te rodzaje mogą mieć równocześnie charakter sprawy ostrej, postępującej i w tych wypadkach leczenie nie daje wyników prawie żadnych. Najbardziej nadają się do röntgenoterapii wszelkie formy produktywne, zwłaszcza przy dobrym stanie płuc i ogólnym. Najlepsze rokowanie jest w początkującej, produktywnej i ograniczonej postaci. Zapatrywania te dzieli *Rickmann*, *Zange* i inni. *Chania-Dębicki* i *Litwinowicz* mieli dobre wyniki i w destruktywnej postaci.

W naszym zestawieniu, obejmującym dwadzieścia dwa przypadki, trzymaliśmy się podziału *Anthona*. Są to przypadki w przeważającej ilości leczone ambulatoryjnie. Czas obserwacji wahał się od kilku miesięcy do kilku lat. Co do wyboru materiału przeważnie leczono chorych: 1) ze względnie dobrym stanem ogólnym, 2) z nieczynną lub niedaleko posuniętą gruźlicą płuc, 3) nie gorączkujących wysoko. Chorzy naogół oddawali się swej swej pracy zawodowej. Przeważnie poddawano tylko naświetlaniu bez stosowania innych sposobów leczenia.

Największą liczbę przypadków stanowiły zmiany produktywno-wrzodziejące: z ogólnej liczby dwudziestu dwóch przypadków dwaście należało do tej grupy. Z tych wyleczonych w znaczeniu klinicznym, to jest, gdy obraz w lusterku krtaniowym wykazywał tylko blade zgrubienia i zbliznowacenia, bez śladów nacieków swoistych, było trzy przypadki. Znaczną poprawę wykazały trzy przypadki, a cztery dały mniej wybitną, ale wyraźną poprawę, w dwóch widocznej poprawy nie zauważono.

Przypadków z rodzaju produktywno - ziarninowych było dwa, z tego jeden z nieznaczną poprawą, nacieki jednak były bardzo rozległe, zajmowały prawie całą krtani, czas obserwacji zaś stosunkowo krótki (około ośmiu miesięcy), stosowano równocześnie wewnątrz-krtaniowe leczenie chirurgiczne. Drugi podmiotowo miał się lepiej, bóle znacznie się zmniejszyły, natomiast obraz krtani pozostał bez zmiany.

Przypadków produktywno-naciekowych cztery, w tem jedno wyleczenie, jedna bardzo znaczna, lecz przemijająca poprawa. Oto pokrótce historia tego ostatniego:

W r. 1922 zgłosił się chory, początkowo z naciekiem wrzodzie-

jącym tylko na wargach i błonie śluzowej policzka. Pod wpływem naświetlań owrzodzenia się zagoiły, natomiast wystąpił naciek na tylnej ścianie krtani, tuż przy chrząstce nalewkowej lewej. Powoli sprawa się cofnęła. W czasie naświetlań wystąpił obrzęk chrząstek nalewkowych, i ten jednak ustąpił. Z początkiem 1923 roku ponowił się naciek z owrzodzeniem policzka, w parę miesięcy występuje naciek więzadła nalewkowo-nagłośniowego prawego. Pod wpływem dalszych naświetlań sprawa się cofa, pozostawiając zgrubienie więzadła, zmiany w jamie ustnej częściowo się zablizniają, częściowo trwają. W sierpniu 1924 r. pogorszenie, naciek nagłośni, obrzęk chrząstek nalewkowych i więzadeł nalewko-nagłośniowych, odnawiają się owrzodzenia policzka, w parę miesięcy zejście śmiertelne wskutek ogólnej gruźlicy. W tej grupie mieliśmy jeszcze dwa przypadki, które poprawy nie okazały. Te były dość krótko obserwowane.

Z grupy produktywno-wrzdziejającej leczono trzy przypadki, wszystkie bez widocznej poprawy.

Wreszcie jeden przypadek tocznia, z nieznaczną poprawą; oprócz nacieków krtani zmiany toczniowe na podniebieniu i w gardle. W czasie naświetlań wystąpiło ropne zapalenie prawego gruczołu przyuszego, wyleczone chirurgicznie. Czy zapalenie to było w związku przyczynowym z naświetlaniami, orzec trudno.

Ogólnie biorąc na dwadzieścia dwa przypadki mieliśmy wyleczeń cztery, bardzo znaczną poprawę w trzech przypadkach, wyraźną w czterech, nieznaczną w dwóch, przemijającą w jednym, bez widocznej poprawy przedmiotowej było przypadków osiem.

Co do techniki naświetlań przypadki nasze leczone były w Pracowni Röntgenowskiej Lwowskiej Kliniki Lekarskiej. Stosowano promienie bardzo twarde, używano filtra cynkowego, dawki małe, trzy do czterech jednostek Holzknechta (12 jednostek *Holzknechta* odpowiada jednej dawce rumieniowej). Naświetlano z trzech stron, z obu boków i od tyłu, w odstępach mniej więcej siedmiodniowych. Po takiej jednej serii następowała przerwa od czterech do sześciu tygodni. Potem, zależnie od oddziaływania miejscowego i ogólnego poszczególnych chorych powtarzano naświetlania w takiej samej liczbie i jakości.

Poza przekrwieniem i samoistnie ustępującym nieznacznym obrzękiem silniejszych odczynów w krtani po naświetlaniach nie widzieliśmy. Nigdy nie spostrzegaliśmy poważniejszych uszkodzeń krtani, jak zapalenia ochrzęstnej, prowadzącego do martwicy chrząstek i głębokich owrzodzeń, jakie opisywali *Hahn*, *Killian*, *Marschik* i inni

w naświetlaniach szyi, względnie krtani. Przypisać to należy temu, że stosowano dawki niewielkie, i chorzy znajdowali się pod stałą kontrolą. W jednym tylko przypadku, obserwowanym wspólnie z Dr. Skrowaczewskim, po wygojeniu się sprawy gruźliczej, wystąpiło w parę miesięcy po ostatnich naświetlaniach tak znaczne zwężenie bliznowate światła krtani, iż musiano wykonać tracheotomję. Podczas operacji, wykonanej w szpitalu wojskowym, stwierdzono, iż również tkanka przedtchawicowa była chrząstkowato twarda, zbliżowaciała. Chory ten równocześnie cierpiał na gruźlicę stawu kolanowego i płuc. W dwa miesiące po wykonaniu tracheotomji zmarł skutkiem ogólnej gruźlicy.

W przypadkach połączonych z bólami i utrudnieniem w połykaniu chorzy już po pierwszych naświetlaniach odczuwali prawie zawsze znaczną ulgę, co zresztą podnoszą i inni. Zupełnie nie oddziałują dodatnio tylko przypadki z formą postępującą, zwłaszcza przy równoczesnem zaostreniu sprawy w płucach, z objawami ogólnymi (osłabieniem i wysoką ciepłotą); wówczas jednak siły ustroju są już na wyczerpaniu, odporność zniesiona.

Nakoniec przytoczymy pokrótce, celem zailustrowania przebiegu leczenia, historję choroby dwóch naszych przypadków.

Przypadek 1. Chory M. S. lat 35, zgłasza się z chrypką i bólami przy połykaniu, trwającemi trzy miesiące. W krtani naciek i obrzęk chrząstek nalewkowych, owrzodzenie na chrząstce prawej, rozpułchnienie tylnej ściany. Po trzech serjach naświetlań, a więc 9 posiedzeniach, obraz krtani następujący: chrząstki nalewkowe nieobrzękle, o konturach prawidłowych, tylna ściana lekko rozpułchniona, więzadło głosowe prawe lekko zaczerwienione. W miesiąc później poza lekkiem przekrwieniem więzadeł głosowych obraz krtani nic nieprawidłowego nie przedstawia.

Przypadek 2. Chory M. B., lat 34, obserwowany od roku 1921, zgłosił się z chrypką i bólami przy połykaniu, lekką dusznością przy żywszych ruchach. W krtani na tylnej ścianie pagórkowaty naciek z rozpadem tkanki na szczycie. Po 11 naświetlaniach naciek maleje, owrzodzenie znika, bóle znacznie słabsze. Po dalszych naświetlaniach w pięć miesięcy później tylko zgrubienie na tylnej ścianie, bóle ustały zupełnie, duszność również. W styczniu 1922 r. zjawia się z nowym naciekiem dość znacznym na tylnej ścianie krtani, który w sześć miesięcy cofa się, pozostawiając zgrubienie. W maju 1925 r. wystąpił ponowny naciek tylnej ściany krtani, obrzęk chrząstek nalewkowych i więzadeł głosowych, towarzyszą temu obrazowi silne bóle. Po

trzech naświetlaniach bóle ustają, obrzęk niewielki tylko prawej chrząstki nalewkowej, naciek tylnej ściany znacznie mniejszy.

Jeśli zastanowimy się nad naszymi wynikami, to widzimy, że ilość bezwzględnie i trwale wyleczonych jest dość mała, lecz liczne, długotrwałe, nieraz bardzo wybitne poprawy, a przede wszystkim szybkie i prawie stałe uśmierzanie się bólów i usunięcie dysphagji przemawiają bardzo na korzyść röntgenoterapii. W promieniach Röntgena mamy niezawodnie pomocniczy środek, który przy stosowaniu jednocześnie innych sposobów leczenia dać nam może w wielu wypadkach wynik dodatni.

Piśmiennictwo.

1. *Winkler*: Weitere Erfahrungen in der Behandlung der Laryngstuberculose mit X—Strahlen. (Münch. Med. Wochenschrift Nr. 34 1905. 2. *Winkler*: Röntgenstrahlen bei Kehlkopftuberculose. 1904 11 Laryngologen-Versammlung zu Heidelberg 1904 3. *Brünings Albrecht*: Über therapeutische Versuche bei experimentell erzeugter Kehlkopftbc. 16 Laryngologentag. Freiburg 1909. 4. *Brünings Albrecht*: Experimentelle und kritische Untersuchungen über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Kehlkopftbc des Kaninchens. Bergmann Wiesbaden 1910. 5. *Dr. Josef Wetterer*: Handbuch der Röntgen-therapie T. II. 1914. 6. *Brünings Albrecht*: Wirkungen des Sonnenlichtes der Röntgenstrahlen u. s. w. Zeitschrift für Ohrenheilkunde T. 69. 7. *Chania Dębicki i Litwinowicz*: Strahlentherapie 1922. Erfahrungen mit der Röntgenbehandlung der Kehlkopftbc. 8. *Zange*: Zur Behandlung der Kehlkopftbc. mit Röntgenstrahlen. Verh. Deutscher Hals—Nasen—Ohrenärzte. Kissingen 1923. 9. *Anthon u. Simons*: Erfahrungen mit der Röntgenbehandlung der Kehlkopftbc. Festschrift Beiträge z. An. Ph. Pat. u Th. des Ohres, Nasa und Halses. 1924. 10. *Marschik*: Röntgenschädigung des Kehlkopfes. Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Lar.-rhinologie. 55 Jahrgang Festschrift 1921. 11. *Beck u Rapp*: Lehrbuch der Strahlentherapie T. II. 1925. Strahlenbehandlung der Krankheiten der Nase und des Kehlkopfes.

O phototerapii w oto-rhino-laryngologii.

Podał Dr. A. LASKIEWICZ (Poznań)

Zasady nowoczesnej fototerapii opierają się na własnościach katalitycznych, jonizacyjnych i rozdzielczych energii promieni świetlnych, pochłoniętych przez tkanki danego narządu. W tem znaczeniu fototerapia obejmuje: 1) leczenie ciałami promieniotwórczemi α . β . γ ., t. j. radjum i mesothorjum, które pod postacią rado-chirurgji mają

dzisiaj już szerokie zastosowanie w leczeniu nowotworów górnych dróg oddechowych, 2) leczenie właściwe promieniami świetlnymi pod postacią promieni świetlnych, pozafioletkowych i promieni X. Zależnie od długości fal drgającego eteru rozróżniamy następujące rodzaje leczniczych promieni: 1) promienie czerwone i ultra-czerwone, długości od 760 $\mu\mu$ do 7,3 mm., mających działanie wyłącznie termiczne, 2) promienie świetlne widma czerwone, żółte zielone, fioletowe, niebieskie od 750 $\mu\mu$ do 400 mm. których działanie jest przede wszystkim termiczne, a w małym tylko stopniu chemiczno-biologiczne, rozpoczynające się wyraźnie dopiero od fioletowej części tegoż widma, przyczem zaznaczyć należy, że działanie ich w głąb jest stosunkowo słabe, gdyż promienie te zostają pochłonięte w powierzchownych warstwach skóry, 3) promienie pozafioletkowe, długości od 60 $\mu\mu$ do 400 $\mu\mu$, o 700,000 do 1,500,000 drgań na sekundę o małym działaniu termicznym, a silniejszym działaniu chemiczno-biologicznym. Promienie te również zostają pochłonięte w powierzchownych warstwach skóry stratum germinativum-lucidum, a przechodzą w głąb tylko promienie β 4) wreszcie promienie X należą do stosunkowo krótkich, wynoszą bowiem od 001 $\mu\mu$ do 05 $\mu\mu$, są niewidoczne, działają silnie chemicznie w głąb tkanek i to tem głębiej im fale te są krótsze (twarde promienie) i są co do długości swej zupełnie równe promieniom radowym. Z badań doświadczalnych *Marlanda* i *Holtusena* wynika, że promienie o słabej zdolności przenikania w głąb, jak promienie czerwone i ultra-czerwone nie mają leczniczego wpływu w przeciwieństwie do promieni fioletkowych i poza-fioletkowych, stanowiących zaledwie 1% całej energii świetlnej widma słonecznego, których działanie swoiste na ogniska gruźlicze spostrzegł pierwszy *Finsen* i zastosował w postaci lampy łukowej do leczenia. *Hansen*, zastanawiając się nad procesem pochłaniania różnych części widma przez skórę, przychodzi do wniosku, że promienie fioletkowe i poza-fioletkowe, a zwłaszcza zawarte w nich promienie β . powodują w niej żywy proces chemiczny, polegający na odszczepieniu się wolnego tlenu, częściowym rozpadzie hemoglobiny, oraz tworzeniu się methemoglobiny i związków pochodnych. *Rothmann* przypuszcza, że obniżenie ciśnienia krwi i hypoglikemia po naświetlaniach słońcem, jest następstwem porażenia kończyn nerwu współczulnego, które drogą odruchową wywołuje hypotonię całego układu współczulnego. Tworzenie się pigmentu w skórze pod wpływem promieni świetlnych (najsilniejsze przy dług. fal 300 $\mu\mu$) jest, zdaniem tegoż autora, objawem ochrony skóry przed drażniącym działaniem tych promieni (poparzenia skóry). Według

Romischa i *De la Campa* rola ochronna i regulująca transpirację skóry przez barwnik, w niej zawarty, jest tylko uboczną czynnością w porównaniu do o wiele ważniejszej, katalizacyjnej i transformacyjnej roli energii promieni świetlnych w skórze. Wyrazem procesów biologicznych i fizyko-chemicznych w skórze pod wpływem promieni świetlnych jest, zdaniem *Potthofa* i *Heuera*, obok tworzenia się barwnika w jej powierzchniowych warstwach pobudzenie wydzielania wewnętrznego skóry oraz żywsze tworzenie się aglutynin. Błona śluzowa oddziaływa na promienie świetlne w sposób podobny, jak skóra, zmianą w procesach chemiczno-biologicznych, przyczem nalot włóknikowy na jej powierzchni przedstawia analogiczne zmiany ochronne, jak pigment w skórze, przed głębszymi zmianami uszkadzającymi tych promieni. Pod wpływem promieni poza-fioletowych, a zwłaszcza promieni X powstaje zdaniem *Deyckego*, jako produkt rozpadu, cholina, która powstrzymuje rozwój prątków gruźlicznych w ustroju. *Müller* i *Leicher* w swej monografii o doświadczalnym wpływie promieni świetlnych na skórę, zwracają uwagę na zmianę w samej ścianie naczyniowej pod postacią żywszej jej kurczliwości oraz łatwiejszej zdolności przesączania, a następnie na zmiany serologiczne i biologiczne we krwi, które oddziałują bezpośrednio na ogniska gruźlicze w ustroju. Pod wpływem promieni poza-fioletowych zwiększa się ilość procentowa albumin, globulin i fibrynogenu we krwi, a równocześnie ciała te okazują łatwiejszą krzepliwość oraz zdolność wytrącania się z połączeń organicznych. Zmiany w przemianie węglowodanowej, zwiększenie się soli Ph. i Ca. w surowicy krwi, wzmoczenie się ilości cholesteryny, oraz szybkości opadania krwinek i ich żywsze odradzanie się pod wpływem promieni świetlnych są objawami, na które zwrócili uwagę: *Strauss*, *Manert* i *Zacherl*. Wreszcie *Burkhardt*, *Jesionek* i *Königsfeld* podkreślają zjawienie się większej ilości ciałek eozynochłonnych i tyrozyny oraz zmniejszenie się kwasoty w moczu pod wpływem promieni poza-fioletowych. Działanie biologiczne promieni świetlnych występuje zarówno przy naświetlaniach całego ciała (kąpiele świetlne), jak również przy stosowaniu tych promieni na niewielką powierzchnię skóry lub błony śluzowej jamy ustnej, gardła i krtani. Z badań *Heiberga*, *Bergla* i *Naumanna* wynika, że w miejscu oddziaływania promieni świetlnych na błonę śluzową gardła i krtani powstaje obfite nacieczenie ciałkami białymi, w których wnętrzu zawarte są fermenty rozpuszczające otoczkę tłuszczową prątków gruźliczych. W myśl powyższych zaopatrywań *Strandberg* i *Blegvad*, utrzymują, że działanie lecznicze

promieni świetlnych w gruźlicy krtani polega w pierwszym rzędzie na działaniu bezpośrednim na te ogniska, przyczem naświetlania lampą łukową całego ciała są ważnym czynnikiem, podnoszącym odporność ustroju przeciwko toksynom gruźliczym. *Spiess* natomiast odrzuca działanie miejscowe promieni świetlnych i przyjmuje wyłącznie tylko wpływ kąpieli świetlnych całego ciała na procesy biologiczne oraz wzmoczenie się odporności ustroju.

Przechodząc do omówienia działania leczniczego i zastosowania praktycznego poszczególnych rodzajów i form energii promieni świetlnych w oto-rhino-laryngologii, zaznaczam raz jeszcze, że *promienie czerwone* i *ultraczerwone* działają wyłącznie termicznie, wywołując przekrwienie czynne tkanek i tem samym żywszą przemianę materji w ich komórkach. W odróżnieniu od termoforów i kataplazmów działanie tych promieni jest o wiele mocniejsze i głębiej wnika-jące w tkanki, a równocześnie wybitnie znieczulające (jak naprz. w ostrych zapaleniach zatoki czołowej). W otjatrji mają one zastosowanie przy krwiaku małżowiny usznej (otthaematoma) otitis extr. furuncul., cat. tubar et auris med. z wysiękiem, otitis med. ac., w których proces zapalny często ustępuje wskutek silnego przekrwienia tkanek, natomiast w wypadkach zajęcia kości wyrostka sutkowego promienie ciepłe wywołują zazwyczaj pogorszenie, prowadząc szybko do wytworzenia się ropnia podkostnowego tegoż wyrostka. W praktyce używamy do terapii cieplnej lampy węglowej *Weingärtnera*, *Anthon-Goldscheidera* i *Sollux Cemacha* z szybką czerwoną i niebieską. Oddalenie lampy od danego narządu powinno wynosić nie więcej, jak 20 cm., czas trwania naświetlania od 1¹/₂—1 godz, Światło słoneczne, światło lampy łukowej i *Sollux* łączy w sobie wszystkie wyżej wymienione rodzaje fal świetlnych. Jakkolwiek t. zw. sztuczne słońce górskie zbliża się pod względem składu chemicznego i własności fizykalnych najbardziej do promieni słonecznych, to jednak te ostatnie przewyższają je tem właśnie, że leczenie słońcem naturalnem jest związane z pobytem w wysokogórskim klimacie. Światło lampy łukowej pod postacią lampy Finsena działa również skutecznie na tocznia błon śluzowych i skóry, jak to stwierdził pierwszy *Albanus* i zastosował na szerszą skalę w laryngologii.

Lampa kwarcowa: łuk świetlny prądu elektrycznego w rurze kwarcowej o sile 2 — 3,000 świec wytwarza promienie krótko faliste fioletowe i ultra fioletowe, które zostają pochłonięte w powierzchownych warstwach skóry, powodując w nich miejscowy odczyn zapalny oraz tworzenie się pigmentu. Działanie ogólne tej lampy zaznacza

się szczególnie w gruźlicy, skazie limfatyczno-wysiękowej, krzywicy i t. p. Pod wpływem tych promieni zwiększa się ilość procentowa hemoglobiny oraz składników morfotycznych krwi, występuje obfite nagromadzenie ciał uodparniających w skórze oraz żywsze dzielenie się komórek tkankowych. Wyrazem wpływu chemicznego promieni pozafiołkowych jest rozpad białka, wskutek resorpcji produktów jego rozpadu działanie ogólne, jak przy proteinoterapii drażniącej. W roku 1910 ogłosił *Brünings* badania doświadczalne nad wpływem promieni lampy kwarcowej na gruźlicę krtani, wywołaną sztucznie u królika. W 3 lata później *Strandberg* podaje swoje wyniki leczenia gruźlicy krtani promieniami ultra-fiołkowymi, zastosowanymi miejscowo oraz na całą powierzchnię skóry. Następnie *Blegvad*, *Cemach*, *Glas*, *Benoil*, *Legourd*, *Dumares*, *Colbert*, *Moury* i *Chatard* przytaczają szereg przypadków gruźlicy krtani, które pod wpływem promieni pozafiołkowych doznały znacznego polepszenia, względnie wyleczenia. *Landecker* ulepszył wprowadzanie promieni lampy kwarcowej do krtani przez zastosowanie długiego lejka opatrzonego na końcu lusterkiem krtaniowem. Dopiero kiedy z biegiem czasu udoskonalamo sposób miejscowego stosowania lampy kwarcowej *Kromayera* przez wprowadzenie nasadek kwarcowych, umocowanych na giętkiej spirali (*Heusner*) można było poddawać leczeniu wnętrze nosa, gardła i krtani, a w szczególności wyzyskać energię tych promieni przy rhinitis vasomotoria, eczema vestib. nar., furunculosis, acne nasi, odmrożeniach nosa, erysipelas oraz toczniu błon śluzowych górnych dróg oddechowych. Prócz tego starano się uzyskać poprawę po naświetlaniach lampą kwarcową zapaleń ostrych jam bocznych, ropnych zapaleniach tkanki około-migdałkowej, ostrych i przewlekłych zapaleniach krtani i tchawicy. W otrjatrii zaś przy eczema et lupus meatus extr. et conchae myringitis ac., otitis md. ac. et chron. *Jens Krogh* podaje wyniki leczenia lampą kwarcową szumów i dzwonięcia w przewlekłych nieżytach ucha środkowego, ropnem zapaleniu ucha, w których obok zniknięcia szumów miał zauważyć równocześnie powiększenie ilościowe i jakościowe skali słuchowej, a w szczególności jej dolnej granicy. W gruźlicy ucha środkowego, ropieniach przewlekłych i wypryskach na tle skrofulozy, skazy limfatyczno wysiękowej, krzywicy i t. p. musi to nagrzewanie miejscowe łączyć się z naświetlaniem ogólnem całego ciała, przyczem odległość lampy od powierzchni skóry powinna wynosić od 80 — 100 cm., czas trwania naświetlania od 3 — 25-miu w 15 — 20-tu posiedzeniach. Do lampy kwarcowej *Kromayera* dołączył *Cemach* nasadki kwarcowe różnej dłu-

gości, które wprowadzał do jamy nosowej, celem leczenia zaburzeń naczyniowo-ruchowych, przewlekłego nieżytu oraz zrostów w nosie. Nasadki te są zazwyczaj ścięte na końcu tak, że padające promienie lampy kwarcowej mogą według prawa padania „cosinus” działać tem intensywniej na daną powierzchnię śluzówki. Odpowiednio wygięte nasadki kwarcowe wprowadzał *Cemach* do leczenia nacieków gruczołowych, i toczniowych jamy ustnej gardła, nadgardła i krtani. W otjatrji zaś do leczenia wypryków przewodu zewn. małżowiny usznej i zrostów w jamie, bębenkowej oraz w celu przyspieszenia gojenia się rany po operacji doszczętej ucha.

Światło lampy Röntgena składa się z promieni o różnej długości fal, które są tem dłuższe, im napięcie dopływającego prądu jest mniejsze. Promienie długofaliste „miękkie” mają słabą zdolność przenikania wgłąb w przeciwieństwie do promieni „twardych”, krótkofalistych. Promienie długofaliste o działaniu wybitnie drażniącym zatrzymujemy filtrem aluminiowo-cynkowym lub miedzianym, przyczem przechodzą promienie krótkofaliste twarde.

W praktyce używamy filtrów cynkowo-aluminiowych (0,5—0,8 mm. zn. + 1 m. Al.). Miarą odczyną biologicznego promieni X jest t. zw. HED. t. j. ta ilość promieni, którż po ośmiu dniach sprowadza lekkie zaczerwienienie skóry (*Seitz, Wintz*). Przy użyciu rur bezgazowych można ilość i jakość tych promieni X obliczyć na podstawie siły i napięcia prądu, przebiegającego w jednostce czasu przez spiralę. Ich ilość i siła zależą od tego czy promienie te przechodzą przez filtr, czy nie. Według badań *Jünglinga* dawka napromienna jest $2^{1/2}$ razy mniejsza od t. zw. BVD (*Bohnenvolldosis*) tj. takiej dawki, która kiełkujące ziarna bobu (*vicia faba equina*) potrafi powstrzymać w rozwoju. Wielkość dawki głębokiej oznacza się odległością rury Röntgena od danego miejsca. Według prawa *Arndt-Schulza* małe dawki prom. X działają pobudzająco, większe natomiast porażająco na komórki tkankowe. Zwłaszcza nacieki i owrzodzenia gruczołowe ulegają pod wpływem promieni X rozpadowi i zabliznieniu.

Badania *Pordesa* i *Klewitza* stwierdziły na całym szeregu przypadków, że działanie lecznicze promieni *Röntgena* łączy się zawsze z mniejszym lub większym rozpadem komórek tkankowych i to w pierwszej linii tych najwrażliwszych składników, t. j. ciałek białych krwi. Jako produkt rozpadu komórek pod wpływem niszczącego działania promieni X powstaje, zdaniem powyższych autorów, żywsze wydzielanie kreatyniny, kwasów aminowych i azotu. *Zange* i *Beck* utrzymują, że bez przejściowego podrażnienia błony śluzowej krtani nie

można sobie wyobrazić działania leczniczego promieni X. *Kleinschmidt*, *Holtusen* i *Dessauer* zwracają uwagę na konieczność stosowania t.zw. „minimalnej dawki leczniczej“ prom. X. (minimalste Zerstörungsdosis), która nie sprowadza równoczesnego uszkodzenia tkanek, nieobjętych procesem chorobowym. *Winkler* i *Schmerz* a następnie *Brünings*, *Albrecht* i *Albanus* starali się drogą doświadczalną wypróbować działanie promieni X, wprowadzonych drogą laryngoscopia directa, względnie po dokonanym rozszczepieniu krtani bezpośrednio na ogniska gruczlicze. Jednakowoż z powodu trudności laryngoskopowania bezpośredniego i tracheoskopowania tych chorych, musiano przystąpić do leczenia naświetlaniami przez skórę, używając wyłącznie tylko przefiltrowanych promieni twardych. *Beck* stwierdził na 13-tu przypadkach gruczlicy krtani, że działanie lecznicze promieni X, polegało tylko na działaniu niszczącym nacieków i bujającej w ich miejsce tkanki łącznej, wobec czego używa tylko małych dawek leczniczych począwszy od $\frac{1}{4}$ HED w odstępach 4 — 6-ciu tygodni. *Rickmann* zaleca również początkowo tylko małe dawki rozłożone równomiernie na 3 pola na szyji po 4 — 5 cm.² w okolicy krtani, otrzymując przy tym sposobie dawkowania w 50% całkowite wyleczenie. *Ziegler* i *Kleinschmidt* naświetlają co 14 dni, *Lorey* stosuje dawkę $\frac{1}{3}$ HED przez filtr aluminiowo-cynkowy co 3—4 tygodnie na 3 pola na szyji w okolicy krtani. Według spostrzeżeń *Buchholtza* należy na świeże ogniska w krtani stosować 15% HED, na przewlekłe zapalne zmiany 40% HED, na rozrostowe zaś 80% HED na jednym posiedzeniu lub, co najwyżej, w ciągu 48 godzin (w celu uniknięcia działania kumulacyjnego) co 6—12-tu tygodni. W 28-mu przypadkach gruczlicy krtani, leczonych naświetlaniami promieni X *Thost* używał wyłącznie tylko słabych dawek $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ HED w 3 miejscach na szyi, t. j. z przodu i obu połów chrząstki tarczycowej przez filtr aluminiowo-cynkowy w odległości 23 cm. w odstępach 4 — 8-miu tygodniowych. Sposób ten umożliwiał w następnych posiedzeniach wprowadzanie nawet dość znacznych dawek na ogniska gruczlicze w krtani bez obawy wywołania miejscowego uszkodzenia (Kreuzfeuerwirkung). Polepszenie uzyskał tylko w 3 $\frac{1}{2}$ %, przypadków w których proces nie był zbyt daleko posunięty, a stan odżywiania chorego dobry. Zwłaszcza postać rozrostowa gruczlicy krtani, powikłana zapaleniem ochrzęstnej i przetokami, oddziaływa zdaniem tegoż autora korzystnie na naświetlanie promieniami *Röntgena*. Natomiast postać rozrostowo-wysiękowa, połączona z owrzodzeniami, stanowi zdaniem *Rickmanna*, *Anthona* i *Backmeistra* absolutne przeciwwskazanie do leczenia promieniami X.

W celu skierowania odpowiedniej dawki leczniczej na miejsca najbardziej dotknięte procesem gruźliczym w krtani *Thost* radzi kierować się przy naświetlaniach promieniami X. obrazem röntgologicznym krtani, który daje nam pojęcie nie tylko o zachowaniu się chrząstek, stopniu ich skostnienia oraz udziale w procesie chorobowym, lecz co więcej o rozległości i głębokości procesu chorobowego w samej błonie śluzowej krtani. W stosowaniu więc promieni X pod kontrolą zdjęcia röntg. wyżej wspomniany autor widzi postęp leczenia gruźlicy krtani. Badania *Zangego* wykonane na większym materiale gruźlicy krtani wykazały, że każda część krtani wymaga odpowiednio głębokiej dawki leczniczej tych promieni, a mianowicie: nagłośnia i przedni spój więzadłowy daje się osiągnąć w głębokości 1 cm. Środkowa część więzadeł prawdziwych i wrzekomych w 2 cm. tylna ściana krtani w 3 cm. Wielkość dawki leczniczej dla tylnej ściany obliczył *Zange* na 50 — 70% HED, dla więzadeł prawdziwych i wrzekomych 60—85% HED, nagłośni oraz przedniego spokoju więzadłowego 80—100% HED, przyczem wyżej wspomniany autor zwraca uwagę na tę okoliczność, że t. zw. dawka biologiczna leży blisko dawki drażniącej i musi być dla każdego przypadku odpowiednio wypróbowana i obliczona. Zależnie więcej od różnego stopnia nasilenia odczynu miejscowego w krtani *Zange* dzieli wyniki postępu leczniczego promieniami X na 5 grup. Z zestawienia tych grup wynika, że o ile nacieki i owrzodzenia w krtani tak powierzchowne, jak i głębokie ulegają pod wpływem promieni X w 33 — 50% wygojeniu, to nacieki gruźlicze o wyglądzie śluzakowatym z przeświecającymi gruzełkami na nagłośni i więzadłach wrzekomych doznają nawet po użyciu najsłabszych dawek znacznego rozpadu i zniszczenia. *Beck* podaje dobre wyniki leczenia promieniami X w 50% przypadków gruźlicy krtani, zwłaszcza formy naciekowej. Z 10 obserwowanych przezemnie przypadków gruźlicy krtani leczonych naświetlaniami promieni *Röntgena* zauważyłem w 4 przypadkach nacieków z owrzodzeniami na strunach głosowych, tylnej ścianie krtani oraz na nagłośni po 8-miu naświetlaniach promieniami X ($1/5$ — $1/2$ HED) w odstępach 2 tygodniowych oczyszczenie się owrzodzeń oraz wybitne zmniejszenie się nacieków gruźliczych. W 3-ch dalszych uzupełniono leczenie naświetlaniami *Röntgena* głębokim nakłuciem galvanokaustycznym owrzodzeń i nacieków na strunach głosowych, nieustępujących pod działaniem promieni X. W 4-ch ostatnich wreszcie przypadkach wybujałego nacieku na tylnej ścianie, chrząstkach nalewkowych oraz na strunach głosowych musiano z powodu po-

stępującej gruźlicy krtani i zbyt silnego odczynu miejscowego za-
 przestać dalszego leczenia promieniami Röntgena. W otiatrji znaj-
 dują promienie Röntgena dość ograniczone zastosowanie w prze-
 wlekłych sączących zapaleniach przewodu zewnętrznego i małżowiny
 usznej, które po użyciu $\frac{2}{5}$ dawki napromiennej ustępuje całkowicie.
Siebenmann i *Frey* stosowali je także w otosklerozie i nowotwo-
 rach złośliwych ucha, jednak bez większego efektu. *Szasz* z Buda-
 pesztu zastosował ostatnio naświetlania promieni X przy pomocy
 specjalnie do tego celu skonstruowanego przyrządu w przewlekłych
 nieżytach trąbki Eustachjusza w celu porażenia wydzielania gruczo-
 łów śluzowych tych trąbek. Ważniejsze zastosowanie mają promie-
 nie Röntgena w leczeniu nowotworów górnych dróg oddechowych
 i ucha, przyczem zaznaczyć należy, że mięsaki oddziałują na pro-
 mienie X o wiele wybitniej, aniżeli raki. Według spostrzeżeń *Immel-*
manna dawka lecznicza dla mięsaków wynosi 60—70% HED, podczas
 gdy dla raka dosięga ona 90—120% dawki napromiennej. Przeważna
 jednak ilość nowotworów złośliwych opiera się działaniu promieni X
 i daje tylko częściowe zmniejszenie objętości, nie zabezpieczając wcale
 przed tworzeniem przerzutów i nawrotów (*Ammersbach*, *Krainz*,
Strauss). Musimy więc w tych wypadkach uzupełnić leczenie to na-
 świetleniami radium i mesothorium, które to ciała promieniotwórcze
 można bezpośrednio zaaplikować na samą powierzchnię nowotworu
 przez czas dłuższy (radochirurgja). To też *Killian*, *Ginek*, *Soerensen*,
Marschik i *Thost* stosują promienie X w nowotworach górnych
 dróg oddechowych tylko, jako leczenie następowe i uzupełniające po
 doszczętnem ich wycięciu, w celu zapobieżenia przed nawrotami.
 W ostatnich czasach *Krainz* podał dobre wyniki leczenia nowotworów
 górnych dróg oddechowych przez uzupełnienie naświetlań promie-
 niami X diatermją chirurgiczną.

Toczeń błon śluzowych oddziałują na promienie X również
 korzystnie jak na naświetlanie lampą kwarcową *Kromayera* lub łukową
Finsena, a w niektórych przypadkach także na radium i mesothorium.
 Z dalszych schorzeń zaznaczyć należy korzystne działanie promieni
 X na twardziel (scleroma), promienicę jamy ustnej i gardła (*Christen-*
sen, *Eicken*), różę (acne nasi) i t. d. Z przewlekłych schorzeń wy-
 mienić należy brodawczaki krtani, powiększone gruczoły chłonne
 oraz przewlekłe zapalenie jam bocznych nosa (*Hirtz Worms*) które
 pod wpływem pełnej dawki, zastosowanej przez filtr aluminiowo-
 cynkowy w odległości 25 cm. ulegają znacznemu zmniejszeniu (*Killian*,
Weingärtner, *Ullmann*, *Meunier*). Przy struma, morb. Basedowii

Thost stosuje $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{2}$ HED co 14 dni, a zarazem ostrzega przed większymi dawkami, które działają niszcząco na sam nabłonek gruczołowy oraz gruczoły przytarczyczne, powodując w ich miejsce obfite bujanie tkanki łącznej. W końcu wspomnieć należy o wpływie leczniczym promieni X obok radium i mesothorium na guzy przysadki mózgowej (*Schäffer, Jüngling, Hirsch*, guzy leukemiczne i pseudoleukemiczne gardła i szyji, ropnie okołomigdałkowe i t. d. Nieżyt naczynioworuchowy nosa ulegał pod wpływem naświetlań nadnerczy, dusznica oskrzelowa pod działaniem promieni X na wnękę płuc znacznej poprawie. *A. Müller* naświetlał 22-ch chorych z ciężką dusznicą oskrzelową od strony wnęki płuc $\frac{1}{3}$ HED w 3—4 serjach w odstępach 3 tygodniowych i znalazł w 77,8% przypadków polepszenie, a 26,5% przypadków, jak podaje, nawet zupełne wyleczenie.

Obok działania leczniczego promienie Röntgena wywierają pewien wpływ drażniący na błonę śluzową górnych dróg oddechowych, a w szczególności na krtani. W ostatnich latach zwrócono na to działanie uboczne promieni X szczególniejszą uwagę. *Marschik* stwierdził w całym szeregu przypadków, że dawki głębokie promieni X powodują zmiany nie tylko na skórze szyji, lecz, co więcej, zanik oraz zmiany bliznowate w tkance łącznej i tłuszczowej podskórnej, zwyrodnienie łącznotkankowe i szkliste mięśni szyjnych i krtaniowych, zmiany zapalne na samej błonie śluzowej krtani, która, pozbawiona zdolności wytwarzania pigmentu, oddziaływa u różnych osobników z większą lub mniejszą intensywnością nawet na małe dawki lecznicze. Najczęstsze zmiany wyżej wspomniany autor spotykał w tych wypadkach na ochrzęstnej chrząstek krtaniowych pod postacią obrzęku zapalnego chrząstek nalewkowej i obrączkowej, połączonego z mniej lub więcej głębokimi owrzodzeniami, a w cięższych przypadkach nawet z częściową martwicą tych chrząstek. Zmiany powyższe powstają, zdaniem *Blomkego, Zehnera* i *Marschika*, z jednej strony wskutek porażającego wpływu promieni X na czynność wydzielniczą gruczołów śluzowych ślinianek jamy ustnej, a z drugiej strony zmian zwyrodniających w naczyniach krwionośnych oraz nadwrażliwość samej chrząstki szklistej na te promienie, która jak w przypadku, opisanym przez *Rosema*, może uleść niekiedy obumarciu.

Najnowszą zdobyczą fototerapii jest leczenie miejscowe gruźlicy krtani promieniami ultrafioletkowymi, a w szczególności lampą łukową, która w ostatnich latach została udoskonalona i do tego celu odpowiednio przystosowana przez *Cemacha* i *Wesselyego*. Wychodząc z założenia, że promienie fioletowe i pozafioletkowe widma posiadają

przy małej zdolności wnikania wielką zdolność fluorescencji (dzięki promieniom B.) i działania niszczącego na nacieki gruźlicze, *Wessely* zastosował światło lampy łukowej, w której specjalnie impregnowane węgle solami ciężkich metali (firma *Goerza*) miały znacznie wzmocnić część fiołkową i pozafiołkową widma krótkimi promieniami długość 300 $\mu\mu$ okazała działanie najsilniejsze. Zwiększenie siły światła przefiltrowanego przez chłodnicę kwarcową osiągnął *Wessely* przez włączenie 2 soczewek kwarcowych (na 1 cm^3 wynosiła siła oświetlenia ok. 120,000 świec n), przez co mógł czas trwania naświetlania znacznie ograniczyć do 10, względnie 15 minut. Skierowanie tych promieni do wnętrza krtani dokonywał przy pomocy zwierciadełka niklowego, względnie zwierciadełka z polerowanej stali, które mają własność odbijania 44 % fioletowej części widma. Zwierciadło to umocowywał na specjalnie do tego celu sporządzonej opasce głowowej, względnie skierowywał promienie lampy łukowej wprost do krtani przyrządem *Seiferta* lub *Hasslingera*, skracając czas naświetlania do 5,0 minut. *Cemach* stosuje w ten sam sposób na miejsce schorzałe w krtani przy pomocy specjalnego uniwersalnego aparatu autoskopowego promienie lampy kwarcowej, które, zdaniem jego, mają to samo chemiczno-biologiczne działanie, co promienie lampy łukowej z tym zastrzeżeniem, że muszą być dokładnie na dane miejsca w krtani skierowane. Czas trwania naświetlania wynosi od 1—10 minut, początkowo co 2-gi dzień, później 2 i 1 raz w tygodniu. Na podstawie całego szeregu przypadków gruźlicy krtani, leczonych promieniami lampy łukowej i kwarcowej, powyżsi autorowie przychodzą do wniosku, że promienie te, zastosowane w odpowiedni sposób mogą przyczynić się w znacznej mierze do wyleczenia ograniczonych zmian gruźliczych na błonach śluzowych górnych dróg oddechowych, zwłaszcza formy produkcyjnej gruźlicy krtani. Rozległe nacieki i owrzodzenia gruźlicze, nie nadające się do leczenia chirurgicznego, cofają się niejednokrotnie po naświetlaniach lampą łukową (przeciętnie po 48 posiedzeniach w 6—7 $\frac{1}{2}$ wiecz.), przyczem daje się zauważyć wpływ pobudzający na komórki tkankowe i naczynia krwionośne w najbliższym otoczeniu nacieków gruźliczych, a sprawność głosowa mięśni krtaniowych znacznie się polepsza, *Wessely* zauważył w kilku przypadkach po naświetlaniach lampą łukową zupełne zniknięcie afonji, mimo że proces nie był jeszcze wygojony. W całym tym procesie gojenia się owrzodzeń i nacieków pod wpływem promieni lampy łukowej odnosi się wrażenie, że promienie pozafiołkowe „budzą jakby ze snu“ ustajone w nich siły do energicznej

odnowy i zablizniania się schorzałych miejsc w krtani. Jednakże działanie promieni lampy łukowej nie zabezpiecza wcale przed wystąpieniem nawrotów, względnie pojawieniem się świeżych ognisk gruźliczych w tych miejscach. Fakt ten przytaczają autorowie jako dowód, że naświetlania miejscowe błon śluzowych promieniami pozafiołkowymi nie wpływają na przebieg ogólny gruźlicy w ustroju (*Spiess*).

W klinice naszej stosują leczenie gruźlicy krtani naświetleniami lampy łukowej (projekcyjnej) *Zeissa*, której promienie przeprowadzone przez soczewkę i chłodnicę kwarcową, zostają odbite przy pomocy lusterką krtaniowego, kwarcowego lub z polerowanej stali *Kruppa* do wnętrza krtani. Lampa ta jest umieszczona na statywie ruchomym tak, że padające z niej promienie mogą być każdym razem dostosowane do wysokości i ułożenia chorego. Odległość ust chorego od soczewki powinna wynosić 50 — 80 cm. Czas trwania naświetlania od 5—25 minut, początkowo co 2-gi dzień, później 2 i 1 raz w tygodniu. Wyniki dotychczasowe, jakkolwiek co do liczby zbyt jeszcze szczupłe (leczono w klinice dotąd 18 chorych naświetlaniami), a okres leczenia za krótki, pozwalają wszakże na pewną oceną tego sposobu leczenia: jako jeden z pierwszych objawów korzystnego wpływu leczniczego promieni lampy kwarcowej daje się zauważyć znaczne zmniejszenie bólów przy połykaniu, utrzymujące się w cięższych przypadkach najdłużej 24 — 36 godzin, przedmiotowo zaś oczyszczenie się owrzodzeń z nalotów, które w miarę dalszego stosowania tych promieni okazują skłonność do zablizniania się i to przede wszystkim formy produktywne nacieków gruźlicy, gorzej postać o płaskich owrzodzeniach lub rozsianych guzkach gruźlicy. Naświetlanie gruźlicy krtani promieniami pozafiołkowymi w sposób wyżej podany, należy uważać jako dzielny środek pomocniczy obok innych sposobów leczenia ogólnego uodparniającego oraz miejscowego chirurgicznego i galwanokaustyki w leczeniu owrzodzeń i nacieków gruźliczych krtani.

P i ś m i e n i c t w o .

- 1) *Albanus*. Strahlentherapie Handbuch chir. d. Ohr. u. ob. Luftw. Bd. 1. 921.
- 2) *Jüngling*. Röntgenbehandlung chir. Krank. 924.
- 3) *Thost*. Behandlung d. Erkg. d. ob. Luftw. u. d. Ohrec. m. Roentgenstr. Mon. f. Ohrhde u. Larhynolog. Jg. 40—3. 914.
- 4) *Ammersbach*. Stralentherapie d. Tuberk. d. ob. Luft. u. Speisewege. Bd. 13.
- 5) *Marschik*. Röntgenschädigung d. Kelkopfs Mon. f. Ohrhd. dc. u. Lalinologic. Jg. 55—9.
- 6) *Portmann*. Le traitement de la tubercul.

de lar. Ann. dc. mal. d. l. orin. 41—746. 7) *Spiess*. Strahlentherapie 13—518. 8) *Strandberg*. Über d. Behandlung d. Lar-tuberkul. m. Finsenlicht. D. med. Wochschr. 48—922. 9) *Wessely*. Bechandlg. d. Kehlkopftuberkulose Mon. f. Ohrd. u. Lar-rhinolog 59—11, 12. 925. 10) *Cemach*. Die Phototherapie u. ihre Bedeutung für die Ohrenheilkunde. Mon. f. Ohrd. u. Lar-rhinolog. 1919. 11) *Tenze*. Zur Phototherapie der Kehlkopftuberkulose. Zeitsch. f. Hals-Nasen Ohrenheilkunde Bd. X/II 1924.

W sprawie poronnego leczenia ropni okołomigdałkowych.

Podał DR. L. BATAWIA (Częstochowa).

W ostatnich czasach *Hutter* *) opisał i niejednokrotnie na posiedzeniach Towarzystwa laryngologicznego w Wiedniu omawiał i demonstrował przypadki poronnego wyleczenia ropni okołomigdałkowych. Wychodząc z założenia, że ogromna większość ropni okołomigdałkowych powstaje dzięki zmianom chorobnym w górnym odcinku migdałka, *Hutter* specjalnym nawpół ostrym haczykiem wchodzi w zagłębienie jamy nadmigdałkowej (fossa supratonsillaris) i odszukuje tam otwory krypt zwłaszcza w tak zw. recessus praetonsillaris i rozcina te zagłębienia względnie zrosty z przednim łukiem. Zabieg swój nazywa *Hutter* „Lüftung des Recessus“. Przy zabiegu tym, który wykonać należy zaraz po wystąpieniu objawów zapalenia tkanki okołomigdałkowej, wydziela się z otworzonych zagłębień wraz z niewielką ilością krwi surowiczo-ropny płyn, który, zdaniem *Huttera*, daje początek ropniom, i którego usunięcie przerywa dalszy rozwój sprawy chorobnej. Postępując w ten sposób, *Hutter* otrzymał zupełnie zadowalające rezultaty. W jednej ze swych publikacyj wspomina on, że na 26-iu chorych, u których niewątpliwie stwierdził rozpoczynające się ropienie, u 19-tu udało mu się przerwać chorobę, trzech chorych nie zgłosiło się więcej po zabiegu, rezultat więc nie był pewny, u pozostałych zaś dwóch zabieg nie dał rezultatu. Postępowanie *Huttera* bardzo mało różni się od t. zw. Tonsillenschlitzung, którą stosujemy w chronicznych cierpieniach migdałkow. *Hutter* utrzymuje, że w przypadkach, w których nie udaje mu się przerwać choroby, zabieg jego tem nie mniej ma dodatni wpływ na przebieg cierpienia: ropień zbiera się szybciej i w krótszym czasie następuje samoistne

opróżnienie się ropnia, przyczem choroba pozostaje umiejscowioną i nie przechodzi na drugi migdałek. Jak wnosić można z dyskusji, prowadzonej na ten temat w Wiedeńskim towarzystwie laryngologicznym, inni lekarze nie mogli się pochwalić tak dobrymi wynikami przy stosowaniu zabiegu *Huttera*: najczęściej u ich chorych ropień rozwijał się w dalszym ciągu.

Nawiązując do proponowanego przez *Huttera* sposobu leczenia ropni okołomigdałkowych, pozwolę sobie, nie walcząc bynajmniej o palmę pierwszeństwa, omówić tu zabieg, jaki stosuję już około lat 20 w pierwszym okresie formowania się ropnia w celu przerwania, względnie skrócenia choroby. Sposób mój postępowania jest prawie identyczny z proponowanym przez *Killiana* sposobem otwierania ropni. Ponieważ większa część ropni tworzy się w tkance, otaczającej górną część migdałka — między migdałkiem i przednim łukiem, wchodzę już w pierwszym dniu choroby zgiętym haczykiem między przedni łuk i migdałek i dosyć brutalnie przerywam zrosty pomiędzy łukiem i migdałkiem, starając się odseparować migdałek, jak przy tonsillektomji, na głębokość 1 — 1½ cent. O ile zrosty są grube, nieustępliwe, posługuję się haczykiem ostrym.

Początkowo stosowałem zabieg ten *larga manu* i wyniki otrzymywałem niezbyt zachęcające, szybko jednak wyrobiłem sobie wskazania do tego zabiegu i wkrótce przekonałem się, że dodatniego rezultatu spodziewać się można tylko w tych nielicznych przypadkach, gdzie nacieczenie jest jeszcze nieduże i ograniczone, gdzie obejmuje ono tylko górną część łuku i nie doszło jeszcze do linii środkowej miękkiego podniebienia i gdzie niema obrzęku języczka. Im wcześniej zastosowany jest zabieg, tem rezultat jest pewniejszy. W trzecim dniu choroby zabieg ten nie stosuje się już w celu przerwania choroby, lecz dla opróżnienia ropnia. Nie należy próbować poronnego leczenia, gdy infiltrat jest rozległy, gdy rozszerza się na zewnątrz lub ku dołowi, gdy procesem chorobnym zajęty jest i tylny łuk, gdy obrzęk przechodzi poza linię środkową miękkiego podniebienia i na języczek. Lecz i w tych stosunkowo nielicznych przypadkach, które nadają się do poronnego leczenia, zaledwie w mniejszej części przypadków udało mi się przerwać chorobę i nie dopuścić do utworzenia się ropnia. Jest rzeczą ciekawą i dziwną, że stosowany przeze mnie zabieg, pomimo że jest radykalniejszy od zabiegu *Huttera*, daje rezultaty znacznie gorsze.

Ta właśnie wielka różnica między mojem doświadczeniem, a rezultatami *Huttera* skłoniła mnie do ogłoszenia niniejszej notatki.

Pozostaje czekać, czy zabieg *Huttera* w rękach innych da te same wyśmienite wyniki, o których on mówi i pisze. Na jedno zgodzić się mogę z *Hutterem*, że w przypadkach, w których zawiodło poronne leczenie, czas choroby jest skrócony, ropień zbiera się szybciej i, mając drogę do pewnego stopnia utorowaną przez zabieg, w krótkim czasie pęka i sam się opróżnia. Przy wspomnianych manipulacjach haczykiem nie należy posuwać się za głęboko w tkankę, otaczającą migdałek, gdyż to wywołać może powstanie krwiaka.

Stosowany przezemnie zabieg jest bolesny, kokaina mało w tym wypadku działa, a wynik jest niepewny, należy więc chorego zawsze uprzedzić o problematycznym wyniku.

W końcu należy się jeszcze zastanowić nad tem, czy można bezkarnie manipulować narzędziem w nacieczonej tkance, otaczającej migdałek. Ani *Hutter* nie wspomina o powikłaniach przy swym sposobie leczenia, ani też ja nie widziałem żadnych komplikacyj przy stosowaniu zabiegu, który opisałem, choć zastosowałem go około 200 razy. W kilku przypadkach z liczby tych, w których rezultat leczenia był ujemny, ból po zabiegu się spotęgował i zdawał się silniejszym, niż przy normalnym przebiegu choroby. Potwierdzeniem, że stan zapalny migdałka i tkanki okołomigdałkowej nie służy bezwzględnie przeciwwskazaniem do zabiegu operacyjnego może służyć fakt, że tak poważna operacja, jak doszczętne wyluszczenie migdałka bywa wykonywana przez niektórych laryngologów, jak nap. w Klinice *Spiesa*, przy rozwijającym się ropniu okołomigdałkowym, a rany pooperacyjne goją się podobno nie gorzej, niż po tonsillektomji na zimno. Również *W. Haardt* *) radzi w głębokim ropniu okołomigdałkowym wykonać doszczętne wyluszczenie migdałka, a zabieg ten ma dawać lepsze rezultaty, niż niedostateczne nacięcie ropnia.

O objawie paradoksalnym Gordona i znaczeniu jego dla Otorynologii.

Podał B. KARBOWSKI.

Według odczytu wygłoszonego na posiedzeniu sekcji otolaryngologicznej zjazdu przyrodników i lekarzy polskich w roku 1925.

Każdy z nas nie rzadko stoi przed pytaniem, czy operować, czy też zająć stanowisko wyczekujące. Nie jest rozwiązaniem kwestji

Über tief sitzende Peritonsillarabscesse. Medicinische Klinik 1926 r.

zasada względnie słuszna, że lepiej zawczasie operować, niż zapóźno; zasada taka nie może być nakazem, albowiem ratujemy życie jednym, krzywdząc tych, u których zabieg okazał się zbędnym. Żadne rozumowania nie mogą nas przekonać, ani usprawiedliwić: winniśmy dążyć do pogłębiania semiotyki. Każdy objaw, który przyczynić się może do wczesnego rozpoznania powikłań wewnątrzczaszkowych, tembardziej każdy objaw, który może być zwiastunem grożącego powikłania zasługuje na najbaczniejszą uwagę. Uchwycenie momentu, kiedy wał ochronny ogniska ropnego zaczyna się załamywać, kiedy sprawa z ucha środkowego i przestrzeni pneumatycznych zaczyna dążyć włąb jest dla nas zbyt ważne, abyśmy nie korzystali z każdego nowego objawu, który mógłby przyczynić się do uprzedzenia tak niebezpiecznych powikłań wewnątrzczaszkowych. Nie chodzi tu tylko o zapobieganie powikłaniom. Wiemy wszyscy, jakie trudności napotykają najbardziej wytrawni klinicyści w rozpoznawaniu powikłań mózgowych, niekiedy i spraw zakrzepowych w zatokach żylnych. Tembardziej godny jest naszej uwagi objaw, który może zaważyć na szali w trudnych pod względem różniczkowo-rozpoznawczym przypadkach. Tym objawem jest objaw paradoksalny *Gordona*.

Na zjeździe zeszłorocznym, w dyskusji nad odczytem Dr. *Lublinera* „Z kazuistyki ropni mózgowych“ wspomniałem o roli pomocniczej, jaką może objaw paradoksalny *Gordona* odegrać w rozpoznawaniu ropni, umiejscowionych w niemych obrębach mózgowia. Poszukiwania, które robiłem w ciągu dwóch lat, wykazały, że objaw paradoksalny może mieć ważniejsze znaczenie diagnostyczne, niż pierwotnie przypuszczałem. Czuję się uprawnionym do takiego twierdzenia i ze względu na to, że tej miary klinicysta neurolog, co Dr. *Goldflam*, zainteresował się objawem *Gordona* i przyznał znaczenie diagnostyczne w sprawach chorobowych opon. Dr. *Goldflam* daje nam oryginalne oświetlenie interesującej nas sprawy, ustala inny mechanizm fizjopatologiczny, odbiegający od mechanizmu, który podał w swoim czasie sam *Gordon*.

Jak wiadomo, *Gordon* w 1904 r. opublikował objaw, który polega na tem, że przy obejmowaniu podudzia obiema dłońmi, tak, iż kłębuszki paluchów znajdują się na kości goleniowej, pozostałe zaś palce wywierają mocny ucisk na mięśnie, następuje rozgięcie palucha. *Gordon* obserwował swój objaw w cierpieniach organicznych układu nerwowego i na zasadzie klinicznego materiału, popartego częściowo wynikami i spostrzeżeniami chirurgicznymi, doszedł do wniosku, że objaw *Babińskiego* oddaje nam nieocenione usługi w przypadkach

z ustalonym daleko posunięciem porażeniem dróg piramidowych, objaw zaś paradoksalny jest objawem podrażnienia, ew. lekkiego b. porażenia tychże dróg piramidowych. *Gordon* podkreśla, że objaw może wypaść dodatkowo w przypadkach, w których nie stwierdzamy objawów o charakterze spastycznym (t. j. bez *Babińskiego*, *Oppenheima*), w przeważającej liczbie przypadków spostrzegamy objaw paradoksalny, kiedy jest wzmocnienie odruchów ścięgnistych, niekiedy w połączeniu z innymi objawami piramidowymi, lub też w przypadkach, w których w dalszym przebiegu przyłączyły się objawy piramidowe. W jednej z ostatnich swoich prac *Gordon* nadmienia, że objaw paradoksalny uważać należy za wczesny objaw porażenia dróg piramidowych, wywołany podrażnieniem nieskrzyżowanych włókien szlaku piramidowego.

Niemiecki neurolog *Auerbach* w odczycie i pracy o objawie *Gordona*, który nazywa *Wadendruckphänomen* podkreśla ważne znaczenie rozpoznawcze tego objawu. Według *Auerbacha*, objaw paradoksalny wypada dodatkowo, kiedy niema ani clonus stopy, ani *Babińskiego*, *Oppenheima*, *Mendel-Bechterewa*, *Rossolimo*. Wzmocnienie odruchu rzepkowego nie jest konieczne. *Auerbach* zgadza się, że objaw paradoksalny jest wyrazem wczesnego porażenia dróg piramidowych, i zaznacza, że obserwował go w przyp. stwardnienia wielogniskowego, w przyp. kiły układu nerw., w przyp. w których drogi piramidowe pośrednio w stopniu słabym ucierpiały (ucisk nowotworu, napad epileptyczny), w cierpieniach, umiejscowionych w zrazach czołowych (nowotwory, ropnie), w powikłaniach wewnętrznych usznego pochodzenia. *Auerbach* uważa objaw *Gordona* za objaw wstępny do objawu *Babińskiego* i przypisuje mu ważniejsze znaczenie, niż objawowi *Oppenheima*. Objaw paradoksalny *Gordona*, według *Auerbacha*, jest odruchem skórny, z grupy odruchów obronnych, filogenetycznie zakorzenionym, występujący w przyp. upośledzenia czynności hamującej kory.

Dr. *Goldflam* przeprowadził badania na b. dużym materiale klinicznym i wszystkie przypadki dzieli na dwie grupy.

W pierwszej grupie przypadków objaw paradoksalny *Gordona* objawia się w formie powolnej, dłużej lub krócej trwającym rozgięciu palucha, zgięciu lub rozczapierzeniu (*éventail*) pozostałych palców, z mniej lub więcej wyraźnym potrójnym zginaniem w stawach stopowym, kolanowym i biodrowym (*triple retrait*). Objaw występujący w tej postaci jest objawem patologicznym i znaczenie jego jest takie samo, jak objawu skrócenia; spostrzegamy objaw w tej formie w cier-

pieniach organicznych, przeważnie dróg piramidowych, umiejscowionych powyżej nabrzmienia lędźwiowego. Wywołanie objawu nie jest bolesne, albowiem spostrzegamy objaw w przypadkach z czuciem obniżonem, lub też zniesionem. Objaw paradoksalny w tej formie można wywołać przez ucisk na dowolne miejsce podudzia, również z części udowej; jest to odruch obronny (reflexes de fuite); drogi łuku odruchowego przebiegają przez rdzeń i ruchy mają wówczas charakter celowy, należą do reflexes d'automatisme medullaire.

W drugiej grupie przypadków rozgięcie palucha przy wywołaniu objawu *Gordona* nie jest równomierne; zmniejsza się i zwiększa się, podlega pewnym wahaniom, przyczem rozgięcie palucha, zgięcie zaś i rozczapierzenie pozostałych palców trwa tak długo, jak długo trwa podrażnienie, niekiedy i dłużej, wówczas gdy dla objawu *Babińskiego* i *Oppenheima* typowem jest, że rozgięcie palucha i ustawienie innych palców natychmiast ustępuje niezależnie od czasu trwania podniety.

Ruch palucha w objawie *Gordona* nosi charakter toniczny, ruch w objawie *Babińskiego* i pokrewnych jest powolny niema charakteru tonicznego. W odróżnieniu od objawu *Babińskiego*, *Oppenheima* i objawu skrócenia, przy wywołaniu objawu *Gordona* odgrywa decydującą rolę ból. Bez bólu niema objawu *Gordona*. Objaw *Babińskiego* i jemu pokrewne objawy występują nawet w zupełnych porażeniach ruchowych i czuciowych; objaw *Gordona* występuje tylko w tej kończynie, w której nie ma porażenia, jeżeli jest porażenie, to w stopniu bardzo słabym. Objaw paradoksalny *Gordona* nie występuje z taką prawidłowością, jak objaw *Babińskiego*. Rezultat badania zmienia się podczas jednego badania. Według *Goldflama*, objaw *Gordona* występuje nie tylko w postaci ruchów palców, lecz pod wpływem bólu chorzy wykonywują różnorodne ruchy obronne. Ból może być tak silny, że reaguje większość mięśni dowolnego układu. Rozgięcie palucha jest tylko poszczególnym składnikiem w obrazie ruchów obronnych i współruchów. *Goldflam* twierdzi, że t. zw. objaw *Gordona* nie jest odruchem, w każdym bądź razie nie jest odruchem rdzeniowym, jak objaw *Babińskiego*, z powodów następujących:

- 1) Rozgięcie trwa tak długo, jak długo trwa podrażnienie i dłużej.
- 2) Rozgięcie palucha nie udaje się stale wywoływać.
- 3) Udział świadomej woli (u niektórych osobników sama obawa przed bólem) przy powtórnem wywoływaniu objawu powoduje rozgięcie).

4) Rozgięcie palucha obserwujemy także w sprawach chorobowych skóry i okostnej podudzia.

Z tych względów objaw paradoksalny *Gordona* nie jest objawem pokrewnym objawowi *Babińskiego* i nie ma znaczenia diagnostycznego dla spraw chorobowych, związanych pośrednio lub bezpośrednio ze szlakiem piramidowym. Objaw paradoksalny *Gordona* występuje wówczas, gdy u chorego istnieje nadczułość, nadwrażliwość. Objaw paradoksalny *Gordona*, jeżeli ma znaczenie diagnostyczne, to wyłącznie dla spraw chorobowych opon — rozpoczynając od najłagodniejszych podrażnień, kiedy niema jeszcze ani jednego objawu oponowego klinicznego, kończąc na ciężkich sprawach zapalnych ropnych opon. Jeżeli w przypadkach ropni mózgu i innych spraw chorobowych mózgowia objaw paradoksalny *Gordona* wypada dodatnio, to na skutek odczynu bądź to aseptycznego, bądź też septycznego ze strony opon, który towarzyszy sprawom chorobowym mózgowia. Jak dalece czuły może być objaw *Gordona*, pokazuje następująca obserwacja: Chorego z objawami encephalopathia saturnina dokładnie badałem na objaw paradoksalny *Gordona*, który wypadł ujemnie. Dokonano przekłucia łądźwiowego, przyczem wydobyto zupełnie normalny płyn. Badanie, przeprowadzone dnia następnego, wykazało, że objaw paradoksalny jest dodatni. Płyn mózgowo-rdzeniowy, wydobyty tego dnia, wykazał zmiany chemiczne i bioptyczne. Odczyn ze strony opon, na skutek dokonanego przekłucia, wystarcza dla otrzymania dodatniego objawu paradoksalnego *Gordona*. Nie będę przytaczał przypadków kazuistycznych, w których dodatni objaw paradoksalny przyczynił się do rozpoznania rozpoczynającego się powikłania wewnątrzczaszkowego. Mógłbym przytoczyć kilkanaście takich przypadków, obserwowanych wraz z kolegami. Na zakończenie pozwolę sobie tylko zwrócić uwagę na to znaczenie, jakie może objaw paradoksalny *Gordona* mieć dla wskazania do otwarcia błędniaka. Jak wiadomo, zanik czynności nie jest już obecnie wskazaniem do otwarcia błędniaka, albowiem surowicze zapalenie ucha wewnętrznego może przebiegać z głuchotą i z brakiem pobudliwości kanałów półkolistych. Cały szereg badaczy uważa, że jedynym wskazaniem do labyrinthectomji jest występujące podrażnienie opon, i proponują dokonywanie co drugi dzień przekłucia łądźwiowego. Z chwilą wystąpienia zmian patologicznych w płynie mózgowo-rdzeniowym w postaci zwiększenia się ilości elementów od 5—8, co ma wskazywać na groźące powikłanie, należy dokonać labyrinthectomji. Wprawdzie szkoła wiedeńska utrzymuje, że samo przekłucie łądźwiowe nie daje odczynu ze strony

pływu, wielu jednak neurologów, między innymi *Dr. Flatau* i jego uczniowie, są odmiennego zdania, a mianowicie: że przekłucie samo daje odczyn w postaci zmian chemicznych i bioptycznych. Stąd wynika, że stwierdzone zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym przy pierwszym przekłuciu mają znaczenie rozpoznawcze—stwierdzone zmiany, przy drugim lub wielokrotnym przekłuciu, jak to proponują niektórzy, już nie mogą mieć znaczenia rozpoznawczego. Zdaje mi się, że objaw paradoksalny *Gordona*, występujący w minimalnym podrażnieniu opon, winien być wykorzystany dla wskazań do labyrintectomii. W tym celu należy u każdego chorego, u którego możliwe jest powstanie powikłania, bądź to ze strony ucha wewnętrznego, bądź ze strony opon lub mózgowia zawczasu badać, jak się zachowuje objaw paradoksalny *Gordona*. Jeżeli objaw ujemny staje się w przebiegu cierpienia usznego lub też jam bocznych nosa dodatnim — wskazane jest przekłucie łądźwiowe, które po uwzględnieniu całokształtu obrazu ostatecznie zdecyduje o zabiegu.

Wspomnieć jeszcze muszę, że objaw ujemny, jak to w semiotyce często ma miejsce, nie ma znaczenia klinicznego.

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. w Wilnie. Kierownik Prof. J. Szmurło.

Dr. med. TADEUSZ WĄSOWSKI, st. asyst. kliniki.

Pneumatyzacja wyrostka sutkowego a ropienie ucha.

„Als gleichwertige Faktoren wie die Virulenz der Erreger, sind der Allgemeinzustand des befallenen Organismus und der architektonische Bau des Warzenfortsatzes anzusehen“, powiedział w roku 1913 *Alberti*, omawiając sprawę wpływu drobnoustrojów na ropienie ucha środkowego.

Na łączność pomiędzy zjawiskiem pneumatyzacji wyrostka sutkowego a zmianami śluzówki ucha środkowego wskazał w swoim czasie *Wittmaak*.

Kwestja zależności przebiegu ropienia ucha środkowego od budowy wyrostka sutkowego, od jego pneumatyzacji, poruszona była na zjeździe niemieckich otolaryngologów w r. 1924 przez *Albrechta*. Na podstawie badania roentgenologicznego 63 przypadków perlaka, 24 próchnicy kości skroniowej, 23 przewlekłego i 58 ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego (w tem 23 mastoid ac), przychodzi on

do wniosku, iż istnieje wyraźna łączność między budową wyrostka sutkowego a właściwościami śluzówki ucha środkowego, mianowicie, w normalnie pneumatyzowanych wyrostkach spostrzegał on zwykle wyzdrowienie, w sklerotycznych zaś i pozbawionych pneumatyzacji—skłonność do powikłań i do przejścia sprawy w stan przewlekły. Perlaki rozwijały się tylko w wyrostkach sklerotycznych.

Ścisłe dane o budowie wyrostka sutkowego, o stopniu jego pneumatyzacji, o charakterze procesu chorobowego, skłonności do powikłań wewnątrzczaszkowych otrzymujemy podczas operacji na wyrostku sutkowym, tak w przypadkach zwykłej antrotomji, jak i operacji doszczętniej.

Notując zmiany chorobowe w wyrostku sutkowym, oraz jego budowę, stwierdzone podczas operacji, rozporządzamy obecnie zebranych za przeciąg trzechletni materiałem klinicznym, składającym się z 60 przypadków ostrego ropnego zapalenia wprostka sutkowego, 28 przypadków przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego (w tem 2 gruźlice ucha), 3 przypadki próchnicy kości skroniowej, wreszcie 10 przypadków perlaka, czyli razem 101 przypadków operowanych. Antrotomij wykonano 72, operacji doszczętnych 29.

Rozróżnialiśmy wyrostki pneumatyzowane, posiadające dużą liczbę mniejszych lub większych komórek, przypominające swym wyglądem gąbkę, wyrostki diploëtyczne, ze znikomą liczbą małych komórek, znaczną ilością tkanki kostnej bardziej zbitej, wreszcie wyrostki sklerotyczne, twarde, jak kość słoniowa, bez komórek, trudno poddające się dłutowaniu.

Co do wyrostków sklerotycznych, to istnieje pogląd, że są one następstwem przewlekłego stanu zapalnego ucha i kości skroniowej, jednak badania *Zuckerkanđ'a*, *Barbarin'a* wykazują że w około 20% zdrowych kości skroniowych znaleźć można wyrostek sutkowy sklerotyczny. *Poirier* i *Charpy* wyraźnie dzielą wyrostki sutkowe na 1) pneumatyczne i 2) sklerotyczne, te zaś ostatnie na zbite (*éburnées*) i diploëtyczne.

Z 60 przypadków ostrego ropnego zapalenia komórek sutkowych w 48 wyrostek był silnie pneumatyzowany, w 12 diploëtyczny. Zejście śmiertelne spostrzegaliśmy w jednym przypadku: wyrostek był dobrze pneumatyzowany, antrum i komórki wypełnione ropą, opona środkowego i tylnego dołów czaszki oraz zatoka, obnażone podczas operacji, zmian nie wykazywały. Przed operacją były wymioty, ciepłota znacznie podniesiona. Na szósty dzień po operacji chora zmarła z objawami ostrego zapalenia opon mózgowych.

Z 48 przypadków mastoiditis ac., w których stwierdzono podczas zabiegu operacyjnego znaczną pneumatyzację wyrostka sutkowego, w 7 znaleźliśmy ropnie podokostnowe wskutek przebicia się ropy przez corticalis nazewnątrz, w 5 ropnie okołozatokowe, przy czym w jednym rozwinęła się następczo ropnica, zakończona wyzdrowieniem, w 6 przypadkach notowano ziarninę na ścianie zatoki bez żadnych dalszych powikłań.

W 12 przypadkach wyrostka o budowie diploëtycznej ze znikomą liczbą komórek znaleźliśmy podczas operacji raz jeden ropień podokostnowy, raz jeden stwierdziliśmy formę mastoiditis Bezoldi z przebiciem się ropy do tkanek miękkich pod wyrostkiem, 4 razy ropnie okołozatokowe, 4 razy ziarninę na zatoce, 2 razy ropnie zewnątrzoponowe w środkowym dole czaszki, 3 razy ziarninę na oponie twardej; w jednym przypadku ropnia okołozatokowego znaleziono zakrzep w zatoce, powikłany ropnicą z zejściem pomyślnem; w innym przypadku, w którym zatoka na znacznej przestrzeni pokryta była ziarniną, również wystąpiły objawy ropnicy, którą jednak udało się dość szybko zlikwidować.

		Budowa wyrostka sutkowego	Ropień podokostnowy	Ropień zewnątrzopon.	Ropień okołozatokowy	Ropnica
Mastoiditis acuta 60 przypad.	Wyr. pneumatyczny 48 razy (80 ^{0/0})		7 r. (14,5 ^{0/0})	0 r. (0 ^{0/0})	11 r. (22 ^{0/0})	1 r. (2 ^{0/0})
	Wyr. diploëtyczny 12 razy (20 ^{0/0})		1 r. (8,3 ^{0/0})	5 r. (41,5 ^{0/0})	8 r. (64 ^{0/0})	2 r. (16,6 ^{0/0})

Z przytoczonych cyfr widzimy, że naogół częściej spotkać można było ostre ropne zapalenie wyrostka sutkowego w wyrostkach pneumatycznych, aniżeli w diploëtycznych. Co do powikłań, to te jak z naszych zestawień wynika, w przeważającej większości przypadków występowały w wyrostkach diploëtycznych. Mianowicie, ropnie okołozatokowe spostrzegaliśmy tam w 64% przypadków, podczas gdy w wyrostkach pneumatycznych zaledwie w 22%, ropnie zewnątrzoponowe znajdowane były w 41,5%, w wyrostkach zaś pneumatycznych ani razu, ropnica występowała w przypadkach wyrostka diploëtycznego w 16,6%, w przypadkach zaś wyrostka pneumatycznego zaledwie w 2%.

Z 28 przypadków przewlekłego ropienia z ucha, poddanych operacji w 3 znaleziono wyrostek dobrze pneumatyzowany, w 15 diploëtyczny, w 10 sklerotyczny.

Z przypadków wyrostka pneumatycznego raz jeden znaleziono ropień okołozatokowy, 2 razy ziarninę na niej, w tych ostatnich przypadkach prócz tego przetokę w kanale półkolistym poziomym, przyczem wystąpiły po operacji objawy błędnikowe, zakończone wyzdrowieniem.

Z 15 przypadków wyrostka diploëtycznego w jednym był ropień podokostnowy, w 3 ropnie okołozatokowe, dwa razy z zakrzepem zatoki, w 4 ziarninę na niej, w 1 ropień zewnątrzoponowy, w 1 ziarnina na oponie środkowego dołu czaszki. Przypadek, w którym znaleziono tylko ziarninę na zatoce i oponie, zakończył się śmiercią wskutek ropnego zapalenia błędnika i opon mózgowych.

Z 10 przypadków wyrostka sklerotycznego w jednym znaleziono ziarninę na zatoce, w dwóch ziarninę na oponie środkowego dołu; w jednym przypadku znaleziono w środkowym dole czaszki ropień zewnątrzoponowy; w przypadku tym na kilka dni przed operacją zjawiła się wysoka gorączka, dreszcze; po operacji wystąpiły objawy posocznicy, objawy mózgowie. Powtórna operacja wykazała zupełne zamknięcie światła zatoki, ropę w komorze bocznej mózgu. Chory zmarł po kilku dniach. Sekcja zwłok wykazała prócz ropnego zapalenia opon mózgowych stary ropień mózdzku. W innym znów przypadku przy istniejącym od szeregu lat ropieniu z ucha nagle wystąpiły objawy mózdkowe. Natychmiastowa operacja wykazała kość twardą, sklerotyczną, ziarninę na zatoce i oponie środkowego dołu czaszki. Próbne nakłócie mózgu i mózdzku wyniku nie dało. Chory zmarł. Sekcja zwłok wykazała meningitis basilaris, abscessus cerebelli. Wreszcie w jednym przypadku były przed operacją objawy surowiczego zapalenia błędnika, operacja zmian w ścianie kostnej błędnika nie wykazała. W kilka tygodni po zabiegu objawy błędnikowe ustąpiły.

Z 3 przypadków próchnicy kości skroniowej w jednym znaleziono w wyrostku dość liczne komórki, w dwóch innych był on diploëtyczny. Jeden z tych ostatnich przypadków zakończył się śmiercią wskutek ropnego zapalenia błędnika i opon mózgowych. Operacja w tym przypadku wykazała duży martwak, drążący w kierunku piramidy.

Z 10 przypadków perlaka w jednym znaleźliśmy wyrostek wyraźnie pneumatyzowany, w jednym diploëtyczny, w 8 zaś wybitnie sklerotyczny. W przypadku wyrostka pneumatycznego znaleziono duży perlak, wypełniający całą jamę bębenkową i sutkową, tegmen antri zniszczone, opona przedstawiała się zdrową; porażenie nerwu

tworowego istniało tu pół roku przed operacją. Z 8 przypadków wyrostka sklerotycznego w jednym perlak zniszczył kość ku górze, zniszczył oponę twardą i przedostał się do substancji mózgowej. Po operacji rozwinęło się ropne zapalenie opon mózgowych, stwierdzone klinicznie i bakterjologicznie, które jednak nie doprowadziło do zejścia śmiertelnego: — chora wyzdrowiała. W 3 innych przypadkach stwierdziliśmy przetokę w kanale półkolistym poziomym. Objawy błędnikowe, istniejące przed operacją, trzymały się dość długo po zabiegu, jednak ustąpiły — w dwóch przypadkach po kilku miesiącach, w jednym po półtora roku. W jednym przypadku perlaka rozwinęła się labyrinthitis serosa bez przetoki, która w kilka miesięcy po zabiegu znikła bez śladu.

Dokładna analiza naszego materiału pozwala stwierdzić, iż budowa wyrostka sutkowego w znacznym stopniu wpływa na przebieg procesu ropnego w nim. W wyrostkach pneumatycznych najczęściej mamy przebieg sprawy ostrej, ze znacznym zniszczeniem kości, ze stosunkowo znikomą liczbą powikłań, natomiast w wyrostkach diploëtycznych częściej stwierdzamy skłonność procesu chorobowego do szerzenia się w głąb kości, częstsze są ropnie okołozatokowe i zewnątrzoponowe, ropnice. Również częściej w wyrostkach diploëtycznych ropienie przechodzi w stan przewlekły. Perlaki w przeważającej większości przypadków znajdowane były w wyrostkach sklerotycznych, lecz należy podkreślić, że były również w wyrostkach diploëtycznych, a nawet pneumatyzowanych.

Spostrzeżenia nasze potwierdzają w zupełności zdanie w tej kwestji *Albrechta*, stwierdzającego wyraźną zależność przebiegu procesu chorobowego ucha środkowego od budowy kości skroniowej. Budowa wyrostka sutkowego, stopień jego pneumatyzacji odgrywają narówni z ogólnym stanem ustroju chorego, oraz z gatunkiem drobnoustrojów, wywołujących zakażenie ucha, pierwszorzędną rolę nie tylko w powstaniu procesu chorobowego, lecz także w całym przebiegu cierpienia.

Z Oddziału otolaryngologicznego Szpitala izraelickiego w Krakowie.

Dr. ADOLF SCHWARZBART, Ordynator Oddziału.

Pierwszy rok mojej pracy (1925) na oddziale.

W szpitalnictwie naszym, które ilościowo bardzo pozostaje w tyle poza potrzebami społeczeństwa, każdy przyrost łóżek jest ważnym zdarzeniem. Szczególnie pożądanym jest najskromniejszy bodaj przy-

bytek w zakresie otolaryngologii. Pomimo bowiem wybitnego i niejednokrotnie przodującego stanowiska polskiej laryngologii w nauce (Pieniżek, Sędziak, Heryng, Jurasz i inni), dział ten jest kopciuszkim par excellence w naszym wyposażeniu szpitalno-klinicznym. Z tego względu wydaje się usprawiedliwionem zarejestrowanie powstania w roku 1925, nowego, choć małego, oddziału, w którym objąłem obok drugiego lekarza — obowiązki Ordynatora. Uważam sobie za obowiązek zdać sprawę z warunków, kierunku i wyników pracy mojej na tej placówce w pierwszym roku jej istnienia.

Z początku roku 1925, krakowska izrael. Rada Wyznaniowa uruchomiła po 11-letniej przerwie, spowodowanej dewastacją wojenną, swój szpital, a, rozszerzając go, dała się skłonić, za moją propozycją, do otworzenia oddziału otolaryngologicznego zamiast dawnego ambulatorjum. Na plan oddziału — niestety — wpływu nie miałem. Pomieszczenie jego, przygębajając ciasne, znajduje się w pawilonie barakowym i składa się z salki poczekalnej, ordynacyjnej i operacyjnej i z dwóch salek chorych (razem 7 łóżek).

Pozatem możliwe jest korzystanie z łóżek innych oddziałów w miarę potrzeby. Ambulatorjum mogłem przyjmować tylko 3 razy w tygodniu. Przytoczone poniżej daty dotyczą czasu od 21 stycznia (dzień uruchomienia) do końca 1926 r.

1. Ambulatorjum.

Dni ordynacyjnych	124
Chorych nowych	1288
Porad ambulatoryjnych ogółem	4279
Zabiegów fizjoterapeutycznych (elektryz., nagrzewania naświetlania i t. p.)	371
Zabiegi instrumentalne (patrz „Statystyka operacji ogólna“)	
Przeciętna ilość porad na ordynację przypadającą	46

2. Statystyka chorób (Ambulatorjum i chorych obłożnych łącznie).

1. <i>Małżowina i ucho zewnętrzne.</i>	Otitis ext. abscedens	10
Vulnus auriculae	Corpus alien aur. ext.	2
Stenosis aur. ext.	Herpes auriculae	1
Exostosis aur. ext.	Papilloma aur. ext	1
Abscessus auriculae	Lupus aur. ext.	1
Eczema auriculae	Cerumen	65
Furunculi aur. ext.	Paraesthesia auris	9
Otitis ext. acuta diffusa	Suma	142
Otitis ext. chronica		15

2. Ucho srodkowe i trąbka Eustachiusza.

Catarrhus aur. med. ac.	19
„ „ „ subac.	4
„ „ „ chron.	18
Otit acuta non perfor	23
Otit acuta perfor	52
Otit subac non perfor	3
Otit subac perfor	11
Otit chronica perforat	41
Otit chronica granulosa	15
Otit chronica polyposa	5
Otit chronica granul. c. ca- rie ossea	4
Pseudocholesteatoma	2
Perforatio sicca membr. tymp.	2
Residua post. otit. chron. perfor. med. peractam	12
Incarceratio mucosae (Zitze) aur. med.	1
Stenosis tubae	1
Processus adhaes, chron.	12
Otosclerosis	3
Autophonia	1
Diplacusis	1
S u m a	230

3. Antrum i wyrostek sutkowy.

Mastoiditis simplex	8
Mastoiditis cum abscessu sub- periostali	1
Mastoiditis c. fistula process. mastoidi	1
Mastoiditis chronica	3

Status post. antrotomiam non sanatam:

Otit chronic, granulosa	2
Paralysis n. facialis	1

Status post. oper. radicalem non sanatam;

Otitis chron. granulosa per- stans	1
Fistula proc. mastoid.	1
Cholesteatoma	2
Pachymeningitis purulenta otogenes	2
S u m a	22

4. Błądźnik i nerwy.

Degeneratio n. cochlearis congenita	1
Neuritis acustica	23
Degeneratio n. acustici	2
Hypakusis et surditas post. meningitidem	2
Degeneratio senilis n. acust.	7
Tinnitus auris nervosus	7
Labyrinthitis chronica	3
Paralysis n. facialis otogenes	3
Otalgia (neuralgia auris)	6
S u m a	54
Uszy razem	448

5. Nos i jamy boczne.

Eczema ad nares	1
Rhinitis externa acuta	9
Folliculitis aditus nasi	1
Rhinitis ext. chronica	27
Impetigo alae nasi	1
Congelatio nasi	3
Naevus pigmentosus dorsi nasi	1
Abscessus filtri	1
„ septi	1
„ cutis narium	1
Contusio nasi	1
Subluxatio septi cartil.	1

Infractio septi cartil. traum	1	„ sicca	11
Herpes narium	1	Angina follicularis	18
Perforatio septi cartil. post. rhinit. ext. chr. (Lupus?)	1	„ Vincenti	2
Exulceratio septi cartil. post. rhinit. ext. chron.	1	„ Ludovici	2
Lues gummosa nasi	1	Stomatitis acuta simplex	1
Haematoma septi	1	„ ulcerosa	2
Ozaena	5	Paratonsillitis acuta	2
Rhinitis atrophica	10	„ acuta abscedens	12
Deviatio septi	72	Tonsillitis lacunaris	3
Crista septi	12	„ „ tons. IV	1
Spina septi	14	„ acuta	4
Epistaxis	30	„ abscedens	12
Rhinitis catarr. acuta	4	„ ulcerosa strepto- coccica	1
„ „ subacuta	12	„ chronica	40
Rhinitis catarr. chronica	65	Diphtheria faucium et ton- sillae.	1
„ „ hypertrophica	64	Osteomyelitis mandibulae	1
„ „ polyposa	20	Fistula gland. saliv. subma- xil. c. concrementis.	1
„ „ vasomotoria	11	Epulis sarcomatosa	1
Corpus alien. narium	3	Exanthema mucosae palati duri (?)	1
Kephalea reflectoria e devia- tione septi.	2	Cysta uvulae	1
Asthma bronchiale reflecto- rium	3	Fibroma „	1
Stenosis duct. nas. lacr.	3	Angioma palati duri	1
Dacryocystitis chron. c. ob- literatione duct. nasolacry- malis	1	„ tonsillae palatinae	1
Sinuitis maxil. ac.	1	Palatoschisis	1
„ „ chron.	1	Corpus alienum fauc.	3
„ frontalis ac.	2	„ „ tonsillae	1
Pansinuitis chron.	1	Paraesthesia fauc.	6
Suma	391	„ pharyngis	4
Nos i jamy boczne razem	391	„ linguae	1
6) <i>Jama ustna, nosowo-gardłowa i gardło.</i>		Tumor (fibroma) valleculae	1
Pharyngitis acuta	63	Rhino-pharyngitis circum- scripta	1
„ subacuta	35	Fibroma iuvenile cavi phar- nas. (et narium)	3
„ chronica	59	Hypertrophia tonsillae pa- latinae	97
		Hypertrophia Tonsillae III	164
		Suma	561

Jama ustna, nosowo-gardłowa i gardło razem . . . 561

7) *Krtań, tchawica, oskrzela i przętyk.*

Laryngitis catar. acuta . . .	6
„ „ subacuta . . .	14
„ „ chron. . .	18
„ „ vestibularis . . .	4
„ „ ulcerosa . . .	1
Tracheitis acuta . . .	2
Bronchitis „ . . .	2
Perichondritis laryngis . . .	1
Tbc. laryngis . . .	6
„ epiglottidis . . .	1
Pachydermia laryngis . . .	3
Papillomata chordae . . .	2
Polypus laryngis . . .	5
Infiltratum subglotticum . . .	3
„ chordae . . .	1
„ laryngis . . .	1
Noduli chordarum . . .	3
Epithelioma laryngis . . .	1
Chondroma subglotticum . . .	1
Asthma bronchiale . . .	3
Laryngospasmus . . .	3
Globus hystericus . . .	3
Paraesthesia laryngis . . .	3
Asthma cardiacum (Vitium cordis)	1
Corpus alienum tracheae . . .	2
„ „ hypopharyngis . . .	1
„ „ oesophagi suspectum . . .	7
Struma parenchym.	36
„ cysticum et colloides . . .	8
„ neoplasmaticum . . .	1
Strumitis	1
Morbus Basedovii	2
<i>S u m a</i>	146

Krtań, tchawica, oskrzela i przętyk razem . . . 146

8) *Głos i mowa.*

Phonasthenia	2
Aphonia	5
Dysarthria syllabaris . . .	9
Rotacismus	3
Sigmatismus	2
<i>S u m a</i>	21

Głos i mowa razem . . . 21

9) *Varia.*

Arthritis mandibulae . . .	1
Periostitis „ . . .	1
Torticollis rheumatica . . .	1
Parotitis epidemica . . .	2
Neuralgia trigemini . . .	1
Pruritus faciei	1
Neurasthenia	3
Endothelioma sarcomatodes capitis	1
Tussis convulsiva	1
Haemoptöe	1
Lymphomata colli	16
Lymphadenitis colli	5
„ „ absced.	2
Status lymphaticus	5
Furunculosis	1
Erysipelas faciei	3
Nihil	7
Observatio	33
Nieprzyjęci jako niekwalifikujący się do przychodni bezpłat.	16
<i>S u m a</i>	101

Varia razem . . . 101

S u m a r j u s z.

1) Uszy	448	26,7%
2) Nos i jamy boczne	391	23,5%
3) Jama ustna, noso-gardłowa i gardziel	561	33,9%
4) Krtań, tchawica, oskrzela i przełyk	146	8,7%
5) Głos i mowa	21	1,2%
6) Varia	101	6,0%
	<hr/>	<hr/>
	1668	100%

3. Statystyka operacyj i wogóle zabiegów instrumentalnych.

<i>Uszy.</i>		<i>Oper. sinusitis frontalis</i>	1
Incisio abscesus aur. ext.	1	Extract. corp. alieni narium	2
Operatio lymphadenit. abscedent. submaxillaris	2	Punctio probat. sinus max.	5
Extractio corpor, alieni ex aur. ext.	3	<i>S u m a</i>	60
Paracentesis membr. tymp.	3	<i>Usta, gardło.</i>	
Operatio otit. granulosae	2	Tonsillotomia	28
Antrctomia	2	Adenotomia	47
Antroatticotomia (Op. radicalis)	2	Tonsilektomia bilater.	7
Antroatticotomia conservativa	1	„ modo Sluder	1
<i>S u m a</i>	16	Excisio tumor. faucium	3
		Oper. Osteomyelit. mandibulae	2
		Oper. glandulae submaxill.	1
		Incisio abscess. peritons.	7
		Oper. haematomatis palati duri	1
<i>Nos.</i>		<i>S u m a</i>	97
Galvanocausis	9		
Oper. polyporum et Rhinit. hypertr.	21	<i>Krtań: operacje metodą pośrednią.</i>	
Resectio conchae infer.	5	Operatio tumor. subglottici	1
„ „ med.	1	Excisio polypi chordae	2
Resectio part. post. conchae infer.	3	Excisio pachydermiae	1
Resectio submucosa septi	6	<i>S u m a</i>	4
Oper. spinae septi	3		
Oper. cristae septi	3	<i>Krtań: Directoscopia.</i>	
Oper. haematomat. septi absced.	1	Ablatio nodul chord.	2
		„ polypi chordae	1

Cauterisatio (Arg) 2	<i>Bronchoskopia.</i>
Excisio pachydermiae 1	Bronchoskopia therapeutica. 2
Galvanocaust. tbc. lar. 1	Bronchoskopia diagnostica . 23
Extractio corp. alieni hy- pophar. 1	Suma 25
Extractio corp. alieni tra- cheae 1	Ogólna suma operacyj . 226
Direktoskopia diagnościca . 15	Z tego operacje leczn. . 191
Suma 15	Oper. rozpoznawcze . . 35

Statystyka śmiertelności w roku sprawozdawczym na oddziale była: 0.

4. Ciekawsze historie chorób (w skrócie), zestawienia i wnioski.

1) *M. B. lat 53, przyjęty dnia 18 kwietnia 1925 r.*

Rozpoznanie: Endothelioma sarcomatodes skrzelowej części-głowy.

Wywiad: Chory od 9 miesięcy. Leczony zrazu antyłuetycznie.

St. praes: Ogromne wysadzenie prawej gałki ocznej, bóle głowy. Guz, obejmujący czoło, jamę nosową, zatokę czołową i szczękową prawą, podstawę czaszki, tylną ścianę gardła i podniebienie miękkie. Rozpoznanie, oparte na szczegółowym badaniu klinicznym i anatomopatologicznym. Stosowanie promieni Roentgena prowadzi do wyleczenia, które na razie utrzymuje się pięć miesięcy. (Dokładny opis przypadku w Pol. Gazecie lekarskiej z r. 1926. Nr. 16).

2) *A S. lat 18, przyjęta dnia 11 października 1925 r.*

Rozpoznanie: Angina Ludovici.

St. praes: Temp. 38.4 ogromny naciek podstawy jamy ustnej, szczękościsk. — Gorące okłady. Naciek cofa się, po 3 dniach okazuje się przetoka ropna doustna ślinianki podjęzykowej. Obecne rozpoznanie: Concrementum gland. salivalis submax. s. s. fistula. Operacja, w 2 tygodnie później wykonana intraoralnie, potwierdza rozpoznanie: po usunięciu kamienia — sanacja.

3) *M. R. lat 53, przyjęty 11 marca 1925 r.*

Rozpoznanie: periostitis mandibulae.

St. praes. Zupełny szczękościsk, naciek ogromny i obrzęk całej okolicy szczęki górnej i dolnej po stronie lewej; temp. 39, prostracja. Fluktuacji brak. — Ciepłe okłady.

21.III. Obrzęk miększy, szczękościsk zmniejszony, ekstrakcja dent. mol, inf. sin. 1.

23.III. Temp. 38 wyraźna fluktuacja, nacięcie przy ramus mandibulae i dren aż do ust.

16.IV. Wydobyłem wolny martwiak wielkości orzecha laskowego z zuchwy per. os.

24.IV. Rana skórna zamknięta, stan dobry, sanacja. — Przypadki 2) i 3) przemawiają za powściągliwością w wyborze terminu operacji. W pierwszym przypadku oszczędzono tą drogą chorej, — młodej kobiecie — blizny skórnej, a równocześnie udało się usunąć przyczynę ropienia bez narkozy i bólu przy pomocy małego zabiegu; w drugim przypadku cięcie było znacznie mniejsze, aniżeli by to było możliwe w razie niezwłocznej operacji.

4) *Do pewnych wniosków upoważnia zestawienie statystyki ciął obcych roku sprawozdawczego, ujęte pod kątem pewnych pytań:*

Ile przypadków	Lokalizacja ciała obcego	Czy otoczenie podejrzewało ciało obce	Czy obserwacja lekarska stwierdziła ciało obce	Wiek chorego	Rodzaj ciała obcego	początek cierpienia	Czy interwencja czynna była potrzebna	Jaka
1	ucho	nie	tak	dziecko	prusak	kilka dni	tak	wyplótkano
1	"	"	"	dorosły	stara wata	dawno	"	wyjęto szczypcz.
1	nos	"	"	dziecko	liść babki cuchn.	niewiad.	"	wyjęto
1	"	"	"	"	groch	od roku	"	"
1	"	tak	"	"	mosiężna śrubka	niewiad.	"	"
1	jama ust.	"	"	dorosły	ość	niedawno	"	wyjęto szczypcz.
2	"	"	nie	"	"	"	nie	—
1	migdałek	"	tak	"	"	"	tak	"
1	tchawica	"	"	dziecko	"	"	"	Directoscop.
1	"	"	"	dorosły	wata	"	"	Brochoscop.
1	hypopharynx	"	"	"	kość	parę dni	"	Directoscop.
7	przełyk	"	nie	dorośli	część pok.	"	nie	—

Z zestawień powyższych wynikają pewne wskazówki. a) Ciąła obce przełyku dotyczyły przeważnie dorosłych, inne przeważnie dzieci
 b) Otoczenie przeważnie przeoczało dostanie się ciała obcego do nosa i ucha, a zauważało dopiero zmiany następowe (niedostyszenia — wydzielinę, zatkanie, fetor). c) Co do przełyku, przeciwnie, pacjenci przychodzili z podejrzeniem, a obserwacja lekarska albo nie potwierdziła podejrzenia, albo przynajmniej czyniła interwencję czynną zbytęzną.

Wynika stąd, aby przy cierpieniach nosa i ucha nie zapominać nigdy o możliwości ciała obcego, zaś przy skardze, dotyczącej ciała obcego przełyku być powściągliwym w czynnej interwencji w razie braku klasycznych symptomów. Jednakże przypadek tchawiczny, opisany dokładniej poniżej pod 5), wskaże, że odwracanie podejrzenia *silnie ugruntowanego* i skierowywanie go na tory inne, jest nieodpowiednie i może spowodować niekorzystne zejście, co w powyższym wypadku na szczęście nie nastąpiło.

5) S R. 14 miesięcy. Przyjęty 11.XII,

Rozpoznanie: Ciało obce tchawicy. Wywiad: Przed 5 dniami dziecko było mi przedstawione w ambulatorjum. Powziąłem podejrzenie ciała obcego tchawicy. — Dziecko znikło z obserwacji i zostało skierowane do innego szpitala z podejrzeniem na dyfterję. Obecnie stan znacznie się pogorszył.

St. praes. Silna duszność przy wdechu świszczącym, wciąganie okolicy podmostkowej, szmery oddechowe, osłabienie, temp. 38.1. phonacja (przy krzyku) prawidłowa. Odżywianie się nie wskazuje na przeszkodę w drogach pokarmowych. Röntgen ujemny. W narkozie drogą Directoscopji stwierdziłem i usunąłem 2 ości tuż nad bifurkacją tchawicy.

14.XII. Dziecko jako zdrowe wypisano. — W przypadku powyższym godnem uwagi jest usunięcie ciała obcego z głębi tchawicy zapomocą „Directoscopji“, bez użycia bronchoskopu. (Dokładniejszy opis pojawił się drukiem w Pol. Gaz. lekarskiej 1926 r. Nr. 41).

6) Na 15 przypadków ostrych i przewlekłych powikłań kostnych, ropnych zapaleń ucha środkowego (mastoiditis) 4 usunęły się z obserwacji; z 11 pozostałych, 5 było operowanych z dodatnim wynikiem, jednakowoż w jednym z tych przypadków (cholesteatoma z pachymeningitis ropną i przetoką kostną na wyrostku sutkowym u 4-letniego dziecka) pozostała wygojona przetoka z lekkim porażeniem nerwu twarzewego. Pozostałe 6 przypadków, wyleczyły się bez ope-

racji. Pozatem przesunęło się przez ambulatorjum 5 przypadków niedoleczonych, po operacji kostnej, gdzieindziej wykonanej; (3: z ropieniem, 1: z przetoką ropną, 1: z porażeniem nerwu twarzowego). Uwzględniając te zestawienia, dochodzi się do wniosku, że duży odsetek „mastoiditis“ ulega wyleczeniu przy postępowaniu wyczekującym, i że z drugiej strony zabieg operacyjny nie zawsze jest równoznaczny z zupełnym wyleczeniem. Potwierdzają to zresztą i inne większe statystyki. Skłaniałoby to do powściągliwości w ustaleniu zarówno wskazania operacyjnego, jakoteż prognozy quoad sanationem completam w razie operacji.

5. Kierunek pracy.

Szpitalne wyposażenie oddziału było nie wystarczające. Otrzymałem bowiem prócz łóżek zaledwie bardzo ograniczone instrumentarium bez jakiegokolwiek dotacji, a aparaty składały się z szafki na instrumenty, stołu składanego i prymitywnego krzesła do badania. Przez zlikwidowanie urzędzonego wyśmienicie Ambulatorjum otolaryngologicznego, — które stworzyłem był w r. 1920, i w którym pracowałem aż do likwidacji — i przez spowodowanie donacji całego bardzo cennego inwentarza na rzecz nowego oddziału i przez uzyskanie osobistą interwencją od Obywatelstwa krakowskiego darów, wysokości kilku tysięcy złotych na rzecz oddziału, wreszcie przez oddanie do dyspozycji oddziału znacznego prywatnego instrumentarium — zdołałem stworzyć odrazu warunki do pracy na poziomie klinicznym.

Na oddziale korzystano wydatnie z badań bakterjologicznych, haematologicznych, anatomopatologicznych, z Roentgena, jakoteż wykonywano szczegółowe badania funkcjonalne ślimaka i błędnika Broncho — i oesophagoskopje były stosowane w najszerszej mierze i bez żadnej przykrej przygody. Jesienią roku sprawozdawczego wprowadziłem jako pierwszy w Krakowie — metody bezpośredniej laryngoskopji w formie direktoskopji według Haslingera, co przyczyniało się do udoskonalenia djagnostyki i terapii otolaryngologicznej, a niejednokrotnie także internistycznej i chirurgicznej. Rozszerzyłem bowiem krąg zastosowania tej metody możliwie najbardziej, czyniąc ją niemal metodą użytku codziennego. Przez pokazy jej w Towarzystwie naukowem Szpitala, jakoteż w Towarzystwie lekarskiem Krakowskim, starałem się wzbudzić i zwiększyć dla niej zainteresowanie *).

*) W międzyczasie ukazała się o Direktoskopji praca moja kazuistyczna w Pol. Gazecie lekarskiej 1926 r. Nr. 41 oparta na 129 przypadkach.

Na zakończenie, pragnę zaznaczyć, że pomocy lekarskiej na Oddziale nie miałem żadnej, cały ciężar pracy spoczywał na mnie wyłącznie, do większych zabiegów „pożyczałem“ lekarzy z innych oddziałów. Zaznaczam zaś to dlatego, aby skromne wyniki mej pracy zostały ocenione na tle niejednokrotnie bardzo trudnych warunków, w których pracować byłem zmuszony.

Z Kliniki Ocznej (Kierownik Prof. Dr. J. Szymański) i Otolaryngologicznej (Kierownik Prof. Dr. J. Szmurło) Uniwersytetu Stefana Batorego.

Wole oko i obustronny przerost małżowiny usznej pochodzenia przysadkowego.

Podali: DR. I. ABRAMOWICZ i DR. T. WĄSOWSKI
St. asystenci Klinik.

Stosunek wzajemny wodoocza czyli wolego oka do zaburzeń przysadki mózgowej niejednokrotnie był poruszany na łamach piśmiennictwa okulistycznego.

Jednak w przypadkach tych, których dotąd opisano zaledwie zgórą 20 (Mintschewa, Metzger), wole oko, będąc częściowym objawem t. zw. choroby Rechlinghausena, występowało jednocześnie ze słoniowatością powieki.

Przypadek niżej opisany o innym zespole objawów, według dostępnego nam piśmiennictwa dotąd nieopisany, odbiega od powyższych obserwacji i dlatego wydaje się nam godny uwagi.

Dnia 14. III. 1925 roku zgłosiła się do Kliniki chora L. K., narodowości żydowskiej, lat 28, panna, ze skargami na znaczne obniżenie wzroku na lewe oko. Chora w wywiadach podaje, że przed 16 laty chorowała na oczy, poczem wystąpiły na rogówkach bielma. W r. 1911-ym chora odzyskała częściowo wzrok po operacji na prawym oku, lecz czytać jeszcze nie mogła i dopiero wykonana w rok później operacja na lewym oku umożliwiła jej czytanie. W r. 1915-m zaczernione bielma rogówkowe, co, aczkolwiek nie powiększając ostrości wzroku, przyczyniło się jednak, jak zeznaje chora, do polepszenia się jej samopoczucia. W końcu 1923 r. zaczęły występować bóle głowy, połączone z wymiotami, a po wypadku omdlenia, który się z nią wówczas zdarzył na ulicy, chora przeleżała w łóżku

w przeciągu 2-ch miesięcy, przyczem przy najmniejszym poruszaniu głową występowały wtedy mdłości i wymioty.

W tym samym mniej więcej czasie chora zauważyła, że wzrok w prawym oku stopniowo się pogarszał przy jednoczesnem powiększaniu się gałki ocznej. Po kilku miesiącach nastąpiła ślepotą tegoż oka, a jeszcze w kilka miesięcy później, przy silnych bólach głowy wystąpiło bolesne na dotyk powiększenie małżowin usznych, najpierw lewej, później nieco — prawej. Ogólne samopoczucie zaczęło się powoli polepszać, bóle głowy ustąpiły, chorej przybyło na wadze, lecz w niespełna rok później, t. j. na początku 1925 r., chora zauważyła znaczne pogorszenie się wzroku w lewym oku wraz z ponownymi bólami głowy i szumem w uszach.

Innych chorób do tej pory nie przechodziła. Ojciec żyje, matka zmarła z powodu sklerozy naczyń wieńcowych serca w 53 roku życia. Perjody mają przebieg prawidłowy.

Stan obecny: Chora budowy prawidłowej, odżywiania miernego. Powłoki skórne i śluzówki blado-różowe. Gruczoły chłonne i gruczoł tarczowy niepowiększone. Owłosienie prawidłowe, uzębienie wykazuje lekkie zmiany rachityczne.

Badanie narządu wzroku daje wynik następujący: zwiększona we wszystkich rozmiarach prawa gałka oczna jest jakby wysadzona ku przodowi; objawów zapalnych brak; ruchy powiek i gałki prawidłowe. W środkowej i dolnej części rogówki zaczernione bielmo. Przednie zrosty tęczówkowe; komora przednia w porównaniu ze stroną lewą dużo głębsza. W tęczówce u góry na wewnątrz szczelina pooperacyjna. Dno oka zlekka się prześwietla, lecz tarczy wzrokowej dojrzeć nie sposób. Ostrość wzroku = 0. Ciśnienie oczne wynosi 70 mm. Hg. według Fick — Lifschütza.

Exophthalmometr Hertela daje następujące liczby, dotyczące wysadzenia gałek: po stronie prawej — 21 mm.; po stronie lewej — 16,17 mm. W rogówce lewego oka przeważnie od dołu również jest zaczerniona plama z wrośnięciem tęczówki. Przednia komora bardzo płytka. W wewnętrznej części tęczówki szczelina pooperacyjna. Przy prześwietleniu oka poprzez szczelinę w tęczówce otrzymujemy słabo-różowy odbłask. Tarcza wzrokowa niewidoczna. Visus—liczy pale na 3 metry, ekscentrycznie do nosa. Ciśnienie wewnątrzgałkowe = 22 mm. Hg. Badania pola widzenia wykonać nie można.

Badanie uszu chorej wykazuje: małżowina uszna obustronnie jednakowo zgrubiała i prawie dwukrotnie, jak widać na fot. Nr. 1, powiększona. Zgrubienie to dość miękkie, nieco bolesne na ucisk,

siegające tylko okolicy chrząstki, gdyż płatki uszne są niezmienione. Okolica cymbae conchae wypełniona tem zgrubieniem. Skóra o barwie bladej, nieco niebieskawej. Gruczoły chłonne, dookoła ucha położone, niewymagalne.

Fot. 1.



Otoskopowo żadnych zmian na błonie bębenkowej nie widać.

Badanie słuchu:

Prawe ucho:	Lewe ucho:
m. z. — N.	m. z. — N.
sz. — 0,3	sz. — 2,5
d. gr. — C ₃₂	d. gr. — C ₃₂
g. gr. — a ⁶	g. gr. — N.
wprawo W	
18'' —	Sch. — 18''
wyrażna — pr. obrot. — wyraźna.	

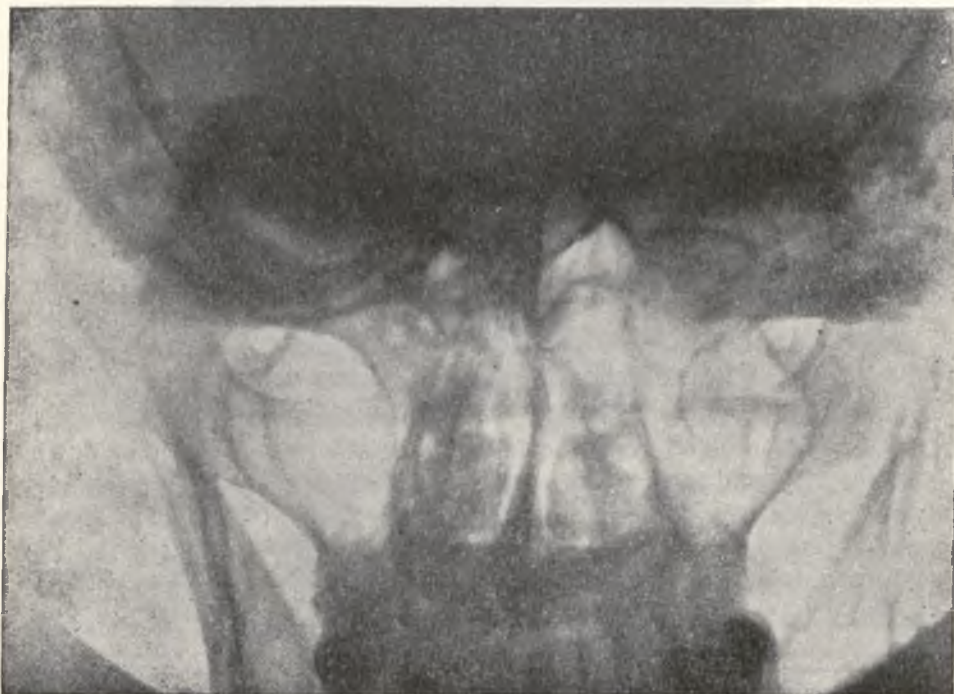
*) bł. bęb. — błona bębenkowa; gł. m. — głośna mowa; m. z. — mowa zwykła; sz. — szept; d. gr. — dolna granica; g. gr. — górna granica; R — Rinne; Sch. — Schwabach; W — Weber; pr. obrot. — próba obrotowa.

Badanie nosa, gardła i krtani żadnych odchyłeń od normy nie wykryło. W jamie nosogardłowej nie znaleziono wyrosła adenoidalnych. W narządach wewnętrznych zmian chorobowych nie stwierdzono. Przy badaniu układu nerwowego (Dr. A. Falkowski) stwierdzono obustronne znaczne wzmocnienie odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa, tak że wywołać można pseudoklonus stopy i rzepki; objawy te są wyraźniejsze po stronie lewej. — Odczyn Wassermana w krwi ujemny. Badanie formuły krwi chorej dało następujący wynik:

L	M	E	T	Pl.	My	Mł	Pał.	W	N
45%	7,5%	3%	0	0	0	0	3%	41,5%	44,5%

Badanie roentgenograficzne (Dr. Margolis) wykazało (fot. 2) zgrubienie górnej ściany oczodołu szczególnie po lewej stronie wraz z jej górną krawędzią oraz zagłębienie siodełka tureckiego na 2 mm. (fot. 3).

Fot. 2.



Fot. 3.



Wyniki lecznicze były w pierwszym rzędzie skierowane przeciwko stanowi jaskrawemu oraz szpecącemu wodoczu prawej gałki. W tym celu zastosowano zabieg Koyanagi'ego, który w przypadkach całkowitego przedniego garbiaka z wzmożonym ciśnieniem oka otrzymywał za pomocą kilkakrotnych wstrzyknięć do ciała szklistego po 0,5 cm. 10% roztworu soli kuchennej po uprzednim wypuszczeniu takiejże ilości szklistki, znaczne obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego i powoli następujący zanik gałki.

16. III. 1925 1-szy zabieg. Ponieważ ciśnienie oczne się nie zmniejszało, wykonano 26. III tylną sklerotomję. 2. IV ciśnienie prawego oka wynosi 64 mm. Hg., lewego — 21 mm. Zaznaczyć należy, że dopiero na stole operacyjnym, obmywając oko przed wykonaniem

ostatniego zabiegu, zauważyliśmy wyżej podany przerost małżowin usznych, gdyż chora, wstydząc się ich, zakrywała je odpowiedniem uczesaniem głowy.—4. IV. Ponowny zabieg według Koyanagi'ego. 20. IV. Ciśnienie wewnątrzgałkowe wynosi 55 mm. Hg. 23. IV tylna sklerotomja. Na trzeci dzień wystąpiły silne bóle w prawem oku, znaczny obrzęk powiek i przekrwienie gałki. Evisceratio bulbi. Po odcięciu przedniego odcinka gałki, stwierdzono w szklistce obecność skrzepniętego wylewu krwi.

Fot. 4.



Jednakowoż bóle głowy po operacji nie ustąpiły. Szum w uszach dolegał chorej. Ostrość wzroku na lewe oko wynosiła w tym czasie—liczenia palców na 1 metr. Przystąpiono do naświetlania przysadki promieniami Roentgena. Do maja 1926 r. chorą naświetlano 3 razy. Dawki były następujące: 2 H., filtr 0,3 Zn. + 1 Al. przy 120 kilovolt; odległość — 25 cm. z każdej strony.

20. V. 1926: małżowiny uszne są zmniejszone i przy obmacowywaniu miększe (fot. 4).

Prawe ucho *).
 bł. bęb. — N.
 gł. m. — a. c.
 s z — 0
 d. gr. — C¹⁰²⁴
 g. gr. — C¹⁰²⁴
 R —

Lewe ucho.
 bł. bęb. — N.
 m. z. — 10,0
 s z — 0,5
 d. gr. — C⁸²
 g. gr. — N.
 R +

Sch. 3''

W wlewo

wyraźna — pr. obrot. — wyraźna.

*) Patrz skróty na str. 165.

Czyli widzimy dość znaczne pogorszenie słuchu na prawe ucho, przesunięcie dolnej granicy słuchu na górze oraz górnej ku dołowi, skrócenie przewodnictwa kostnego, zmianę lateralizacji dźwięku (Weber) na stronę lewą.

Ostrość wzroku na lewe oko wynosiła—palce na 2 metry.

W lipcu 1926 r. chora otrzymała jeszcze jedno naświetlenie, poczem wyjechała na wieś. Po powrocie stan chorej się poprawił.

Badanie krwi metodą Abderhaldena w kierunku przysadki wypadło ujemnie (Prof. Rettinger). Ostrość wzroku na lewe oko wynosiła—palce na 3 metry. Ciśnienie wewnątrzgałkowe=18 mm Hg. Dno oczne, jak poprzednio, niewidoczne. Badanie układu nerwowego stwierdziło istnienie nadal znacznego wzmożenia odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa z obu stron, jak również pseudoklonus stopy i rzepki. Obecnie objawy te są wyraźniejsze po prawej stronie.

Przechodząc do etiologii tego cidrpienia, zaznaczyć jeszcze raz należy, że stosunek wolego oka, prawda przebiegającego z olbrzymim przerostem powiek, do zmian przysadkowych był przez licznych autorów niejednokrotnie podkreślany. Na zależność wodocza od zaburzeń w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym wskazuje ostatnio Mazzei. Müller przypuszcza że upośledzenie czynności przysadki może wywołać, nie mówiąc o zmianach dobrze znanych, nawet stany jaskrowe w oku.

Aczkolwiek w przypadku naszym sprawa etiologii pozostaje ostatecznie jeszcze niewyjaśnioną, to jednak dane piśmiennictwa z jednej strony, a wyniki badania roentgenograficznego, jak również objawy i przebieg danego cierpienia z drugiej — przemawiają za istnieniem u naszej chorej zaburzeń w przysadce mózgowej, które spowodowały wystąpienie takiego niezwykłego zespołu częściowego olbrzymiego wzrostu. Znaczną limfocytozę, stwierdzoną u chorej można również traktować, według Pappe'ego, jako objaw przysadkowy. Czy owe zmiany są wynikiem pierwotnego cierpienia przysadki, czy też zostały wywołane zaburzeniami w miejscowym krążeniu, powstałymi wskutek rozrostu guza, lub zgrubienia kości, tego powiedzieć narazie nie możemy.

P i ś m i e n n i c t w o .

Mazzei, Buftalmo e disordini endocrini. Boll. d'oculist. 1925 ref. Zentralbl. f. d. ges. Ophth: Bd. XVI, str. 412.

Metzger, Elephantiasis der Lider und Hydrophthalmus mit Erwei-

terug der Sella turcica, Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1925, Bd. 75, str. 248.

Mintschewa, Erweiterung der Sella turcica bei einseitiger Elephantiasis der Lider und Hydrophthalmus. Klin. Monatsbl. f. Augent. V. 76, str. 403.

Müller, Hypophyse und Auge, Wien. Klinische Wochenschr. 1924 str. 1270.

Pappé, L'ipofisi cerebrale, faringea e la glandula pineale i patologia (Arch. f. Ohrenh. 1913 Bd. XC str. 222).

Z kliniki oto-laryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego.

Przyczynek do kazuistyki larw muscila *sarcophaga Wohlfahrtii* w przewodzie zewnętrznym ucha.

Podał Dr. A. LASKIEWICZ.

Larwy *sarcophila* wzgl. *sarcophaga* W. zostały po raz pierwszy u człowieka opisane, jako pasorzyty jamy nosowej w 18 stuleciu przez lekarza niemieckiego *Wohlfahrt*, który stwierdził, u mężczyzny 63 letniego, że obecność ich w nosie jest często przyczyną silnego krwotoku nosowego. *Richardson* podaje, że larwy te u człowieka zdarzają się tylko w ropieniach ucha środkowego nigdy zaś w zapaleniach przewodu zewn. ucha. *Portschinsky* ogłosił dwa przypadki obecności tych larw w przewodzie zewn. ucha w przewlekłym ropieniu ucha środkowego, w których to przypadkach objawy zapalne w uchu ulegały znacznemu pogorszeniu a w końcu stały się przyczyną zejścia śmiertelnego. *Muscila sarcophaga Wohlfahrtii* znajduje się najczęściej w pobliżu owczarni i to też często spotyka się ją w przewodzie zewn. ucha w przewlekłym ropotoku ucha u parobków i służby zajętej w stajniach i owczarniach. Zwłaszcza zaniedbane ropienie ucha środkowego z cuchnącą wydzieliną jest dla tej muchy często przynętą i daje powód do usadowienia się jej w przewodzie zewn. ucha. Mucha ta składa w przeciągu krótkiego czasu większą ilość larw, które leżą bądź wolno w świetle przewodu, bądź też przyczepiają się silnie do jego ścian. Okres dojrzewania tych larw jest stosunkowo szybki, to też dość prędko wbijają się one swemi trzema ostremi haczykami na głowie głęboko w tkankę podskórną aż do ochrzęstnej, względnie okostnej przewodu zewn. Następstwem tego jest ostre zapalenie przewodu zewn. ucha, połączone z silnym obrzmieniem jego ścian, obrzękiem i bolesnością

okolicznych gruczołów chłonnych, obfitą surowiczo-ropną wydzieliną z domieszką krwi oraz szalonymi wprost bólami ucha i głowy. W cięższych przypadkach obecność większej ilości tych larw powoduje objawy retencji ropy, połączone niekiedy z wysoką gorączką, majaczeniem i podrażnieniem opon, zwłaszcza u dzieci u, których, jak w przypadkach opisanych przez *Portschinsky'ego*, retencja ta stała się przyczyną zejścia śmiertelnego. W innym znów przypadku, opisanym przez wyżej wspomnianego autora, chodziło o dziecko 11 letnie, cierpiące na ozoenę, u którego larwy musc. sarcofaga W. w liczbie jak się okazało przy autopsji 58, spowodowały rozległe zniszczenie wnętrza nosa i jam bocznych, a w dalszym ciągu przedostały się do oczodołu, niszcząc mięśnie gałki ocznej i sprowadzając ostre zapalenie opon mózgowych. Co się tyczy leczenia, to oddawna już polecano cały szereg środków, zmierzających do zabicia, względnie odurzenia tych larw, aby je następnie z łatwością mechanicznie wydestać na zewnątrz. Przedewszystkiem więc zalecano wlewanie czystej oliwy lub gliceryny do przewodu, a dalej olejki eteryczne, słabe roztwory sublimatu lub 2% roztwór wodny chloroformu. Po usunięciu tych larw objawy zapalne, bóle, a często też i ropotok ustępowały zupełnie. W przypadkach, w których larw tych z przewodu nie usunięto, pozostawione dalszemu rozwojowi odpadają same, skoro tylko wielkość ich osiągnie 15 mm. długości. Dostawszy się do ziemi, przemieniają się szybko w poczwarkę, z której po 2 tygodniach wylega się duża szara mucha.

Przypadek nasz dotyczył mężczyzny W. D. lat 38, z zawodu rzeźnika, który cierpiał od dłuższego czasu na ropotok ucha prawego, połączony z silnymi bólami i zawrotami głowy, a niekiedy też z utratą przytomności. Jeden z takich ataków zaskoczył go nagle podczas podróży pieszej z Poznania do Pobiedzisk. Chory miał wówczas upaść w stanie bezprzytomnym na ziemię, a czując się b. osłabionym przeleżał całą noc w polu, nazajutrz poczuł nieznaczny ból i swędzenie w uchu prawem, lecz nie zdając sobie początkowo z tego sprawy nie zwracał na to uwagi. Dopiero kiedy w ciągu następnych dni bóle te stale się wzmacniały, a szum, który chory przyrównywał do gotującej się wody, nie pozwalał mu usnąć, zgłosił się chory piętego dnia choroby do miejscowego lekarza, który go też niezwłocznie przekazał do naszej kliniki. Stan chorego w chwili zgłoszenia się przedstawiał się następująco; na twarzy wyraz ciężkiego schorzenia, chory uskarżał się na szalone bóle i rwanie w uchu i całej prawej połowie głowy oraz na silne zawroty. T. 38,6, tętno miarowe, dobrze

napięte. Wyraźny oczopląs poziomo-obrotowy w lewo. Przy oglądaniu ucha prawego rzuca się w oczy cała masa wijących się larw już w samym początku przewodu zewn., które wypełniają szczelnie jego światło. Obfity śluzowo-ropny wyciek z domieszką krwi. Okoliczne gruczoły chłonne obrzękłe, na dotyk bardzo bolesne. Larwy te przylegają szczelnie do ścian przewodu i nie dają się nawet mechanicznie przy pomocy szczypczyków usunąć. Wobec tego odurzono je kilku kroplami chlorku etylu, poczem już z łatwością można było larwy te pojedynczo wydobyć na zewnątrz. Ilość tych larw wynosiła 46, ich długość 5 — 12 mm. Tylina część kadłuba jest szersza w porównaniu z głową.

W końcu przewodu tuż przy błonie bębenkowej znaleziono nieżywą już muchę, która tkwiła częściowo poza otworem perforacyjnym w jamie bębenkowej. Ściany przewodu zewn. okazywały liczne powierzchniowe ubytki. W jamie bębenkowej było widać nieliczne płaskie twory ziarninowate. Po dokładnem oczyszczeniu ucha założono seton z gazy antyseptycznej, zewnętrzne okłady z octanu glinkowego. Na drugi dzień stan chorego znacznie się poprawił, objawy zapalne przewodu i okolicznych gruczołów chłonnych zmniejszyły się z dnia na dzień, a bóle i gorączka ustąpiły całkowicie. Po usunięciu i przypaleniu ziarniny wypisano chorego ze szpitala, zalecwszy mu krople spirytusowe do ucha.

W końcu zaznaczyć należy, że największą ilość przypadków larw muscila sarcophaga W. opisywano w południowej Rosji, na Krymie (*A. Żebrowski*) w południowej Syberji i Turkiestanie (*Kompanejcz, Portschiński*) a wreszcie kilka przypadków tych larw w przewodzie zewn. w przewlekłym ropotoku ucha opisał *C. Zintl* w Serbji i Belgradzie w r. 1916.

- 1) *Blacke*: A. u. O. 2 — 36.
- 2) *Michalsky*: Berl. Otolog. Ges. 43—3.
- 3) *Richardson-Baxter*: Zentralbl. f. Ohrenh. u laryng. Band. 3/1904.
- 4) *M. Portschiński*: ref. Zeitschrift. f. Ohrenh. 1908. B. 5.
- 5) *S. M. Kompanejcz*: Jekaterinosławski med. Journ. R. 1—3. 4/22 ref. Zentr. f. H. N. O. IV. 6. 206.
- 6) *Al. Żebrowski*: Larvae of the fly sarcophago Wohlfahrtii in the ear. Ann. of otol. rhinol. a. laryngol. T. 31, N. 2/22.
- 7) *C. Zintl*: ref. Zentrbl. f. H. N. Ohdr. II. 10. 304.

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. w Wilnie.
Kierownik Prof. Dr. Jan Szmurło.

Dr. med. TADEUSZ WĄSOWSKI.
St. asyst. kliniki.

Płyn Calot'a w ropnem zapaleniu ucha środkowego.

W całym szeregu przypadków przewlekłego ropienia ucha, często również w przypadkach ostrych pomimo starannego leczenia konserwatywnego proces chorobowy nie ustępuje, zmuszając chorych do ciągłego zasięgania pomocy lekarskiej i grożąc w każdej chwili poważnym powikłaniem. Niestety i dokonana operacja, bądź zachowawcza, bądź radykalna, niekiedy nie gwarantuje zupełnego wyleczenia. Dane kliniki Wittmaaka wykazują, że zaledwie w czwartej części przypadków operowanych radykalnie spodziewać się można zupełnego wyleczenia, niedawno zaś ogłoszone drukiem sprawozdanie z kliniki we Frankfurcie zwiększa liczbę wyzwoień po radykalnej operacji tylko do $\frac{1}{3}$ wszystkich operowanych.

Zrozumiałem więc jest, że każdy nowy środek lub sposób leczenia tych cierpień, zmierzający z jednej strony do możliwego wyjałowienia zakażonych jam ucha, z drugiej zaś do wzmożenia sił obronnych ustroju, tak miejscowych, jak i ogólnych, zasługuje na uwagę i wypróbowanie. Do środków takich w czasach ostatnich zaliczono płyn Calot'a. Jest to mieszanina guajacolu, kreosotu i jodoformu w eterze i oliwie. Działanie środka tego według Coyen'a, Fiessinger'a i Laurenc'a polega na tem, że powoduje on masowe występowanie z tkanki wielojądrzastych leukocytów, które ginąc wytwarzają ferment proteolityczny i lipatyczny, działający bezpośrednio na zarazki.

Przeprowadzone na klinice otolaryngologicznej w Bukareszcie badania nad działaniem tego środka w przewlekłym ropieniu ucha ogłoszone były w numerze drugim z r. ub. Mok. f. Ohrenheilkunda przez Fotiade. Otrzymane wyniki były tak zachęcające, że postanowiliśmy zastosować płyn Calot'a u naszych chorych, wybierając do tego przypadki przewlekłego ropienia ucha, rozmaite w swem natężeniu i charakterze.

Leczonych tym sposobem było 37, przyczem w 3 przypadkach leczenie po kilku próbach zakrapiania płynu Calot'a było przerwane z powodu silnego pieczenia i bólu w uchu, jakie to zakrapianie wywoływało.

Materiał nasz obejmuje chorych w wieku od lat 10 do 40 (dzieci 10 — 16 lat — 29, dorosłych 5).

Co do charakteru cierpienia, to podzielić ten materiał możemy na następujące cztery grupy:

I. Przypadki przewlekłego ropienia ucha z centralnem przedziurawieniem błony bębenkowej i ropną gęstą wydzieliną—21.

II. Przypadki przewlekłego ropienia ucha z przedziurawieniem brzeżnem, z cuchnącą wydzieliną, niekiedy z polipami—11.

III. Przypadki po operacji doszczętej z powodu perlaka, trudno gojące się, w których jama operacyjna ucha nie wykazuje tendencji do normalnej epidermizacji — 1.

IV. Przypadki gruźlicy ucha, operowane radykalnie, nie gojące się pomimo najenergiczniejszego leczenia—1.

W każdym w tych przypadków po dokładnem osuszeniu ucha z ropy, przedmuchianiu, o ile chorzy byli leczeni na miejscu, wpuszczano do 10 kropeł płynu Calot'a do ucha, poczem w ciągu minuty uciskano rytmicznie skrawek, by tym sposobem dać możność lekowi przeniknąć jaknajgłębiej. Oczywiście w przypadkach powikłanych przez polipy lub ziarninę w uchu, usuwano je bądź operacyjnie, bądź przypalaniem. W przypadkach, gdy chorzy nie mogli codziennie bywać u lekarza, leczenie przeprowadzali w domu sami, trzymając się tych samych wskazówek i przychodząc co kilka dni do kontroli.

Wyniki otrzymane były następujące: w najbliższych dniach po zastosowaniu tego leczenia u większości chorych wydzielina z ucha stawała się obfitszą, powiedziałbym mniej cuchnącą, chociaż co do tego ostatniego muszę zrobić pewne zastrzeżenie, mianowicie, nie tylko ucho leczone, lecz i sami chorzy nabierali tak mocnego zapachu guajacolu i jodoformu, że trudno było stwierdzić, czy wydzielina mniej cuchnie, czy też zapach jej jest tłumiony przez zapach leku.

Po pewnym jednak czasie w przypadkach tych wydzielina znów stawała się mniej obfitą, bardziej ropną, tak że dalsze stosowanie środka nie wpływało całkiem na przebieg cierpienia.

Błona bębenkowa i śluzówka jamy bębenkowej w części przypadków reagowała szybko na wprowadzony lek mocnem zaczerwienieniem, w innych zaś po kilku dniach leczenia zauważyłem wyraźne zblednięcie śluzówki, trwające jednak bardzo krótko, bo zaledwie dni kilka. W dalszym przebiegu leczenia ucho znów przedstawiało obraz przewlekłego ropienia. W przypadkach ziarniny lub małych polipów w uchu zastosowany po usunięciu takowych płyn Calot'a nie dawał

moim zdaniem wyniku, gdyż po pewnym czasie znów zjawiała się bujająca ziarnina i znów trzeba było ją niszczyć innymi sposobami.

Jeśli porównamy działanie w podobnych przypadkach płynu Calot'a do działania alkoholu borney, to pierwszeństwo będziemy musieli oddać temu ostatniemu.

W dwóch tylko przypadkach zauważyć mogliśmy pewną poprawę w stanie chorych po zastosowaniu płynu Calot'a, mianowicie w przypadkach po radykalnej operacji (w jednym dokonanej z powodu perlaka, w drugim — gruzlicy ucha). W pierwszym z nich, przed 10 miesiącami operowanym, rana operacyjna w uchu nie goiła się z powodu stałego rozrostu ziarniny w okolicy promontorii oraz ropienia z trąbki Eustachiusza, w drugim zaś istniało zakażenie trąbki Eustachiusza uniemożliwiające gojenie. Leczenie ogólnie przyjęte nie dawało wyniku — rana nie pokrywała się naskórkiem. Po zastosowaniu płynu Calot'a w obu przypadkach zauważyłem oczyszczenie się znaczne rany, wydzielina ropna stała się bardziej śluzową, ziarnina na promontorium w pierwszym przypadku znikła i większa część rany pokryła się naskórkiem. Pozostały w obu przypadkach miejsca niewygojone w okolicy trąbki Eustachiusza i te objawy pomimo kilkumiesięcznej kuracji płynem Calot'a, przyżegań, nawet skrobania istnieją do dziś dnia.

W 32 więc przypadkach przewlekłego ropienia ucha ani razu nie widzieliśmy po zastosowaniu płynu Calot'a wyleczenia; jedyny objaw pomyślny, jaki mogliśmy odnotować — było zmniejszenie zapachu wydzieliny, co, o ile wykluczyć zagłuszenie zapachu ropy przez silniejszy jodoformu, przemawiałoby za działaniem dezynfekującym płynu Calot'a.

Zastosowany w dwóch przypadkach operowanych radykalnie dał płyn Calot'a poprawę stanu, wyleczenia jednak i w tych przypadkach nie widzieliśmy.

Mając wyniki tak bardzo różniące się od otrzymanych przez Fotiade, nie przemawiające na korzyść zalecanego przez niego sposobu leczenia, uważam za konieczne podzielić się niemi z szerszym kołem kolegów.

Metoda, którą autor uważa za „przełomową“ (bahnbrechende) nie tylko w leczeniu ropnego zapalenia ucha, lecz także stanów nieżytych ucha, zastosowana na materjale naszych chorych całkowicie zawiodła.

Z kliniki otolaryngologicznej i Zakładu Farmakologii U. S. B. w Wilnie.
(kier. prof. J. Smurło i prof. C. Traczewski).

Dr. med. TADEUSZ WĄSOWSKI, st. asystent klin. otolaryngolog.
Dr. med. STANISŁAW TOTWEN, st. asystent Zakł. Farmakologii.

Psikaina Merck'a (streszczenie własne *).

W roku zeszłym na klinice otolaryngologicznej w Wilnie, używając do znieczulania miejscowego za pomocą pendzlowań 10% roztworu psikainy Merck'a, dwa razy spostrzegliśmy objawy zatrucia tym środkiem; raz u 15 letniej dziewczynki, raz u osoby 21 letniej. W obu przypadkach zejście było pomyślne. W pierwszym wystąpiła bledźć twarzy, obfity pot, drżenie kończyn, przyśpieszenie tętna, w drugim zaś głęboka narkoza, przy miernie rozszerzonych źrenicach, normalnym oddechu i tętnie, trwająca około 6 godzin.

Przypadki te nasunęły nam pewne wątpliwości co do mniejszej w stosunku do kokainy jadowitości tego środka i w listopadzie r. z. rozpoczęliśmy z inicjatywy Pana Prof. Szmurły pracę doświadczalną nad psikainą. Pracę przeprowadziliśmy w zakładzie Farmakologii pod kierownictwem Pana Prof. Traczewskiego. Za cel pracy postawiliśmy sobie dwa pytania: jaką jest śmiertelna dawka psikainy w obliczeniu na kilo wagi królika i jakie jest jej działanie znieczulające w stosunku do kokainy.

Materiał zwierzęcy obejmuje 68 królików. W badaniach swych stale używaliśmy 5% roztworu psikainy, stosując ją w formie zastrzyknięć podskórnych w okolicę uda zwierzęcia. Posługiwaliśmy się psikainą nabytą na miejscu, oraz przyslaną nam uprzejmie przez firmę Merck'a w Damstacie.

Cały szereg doświadczeń wykazał nam, że dawka śmiertelna psikainy wynosi 0,111 gr. na kilo wagi królika. Dotyczyło to psikainy, kupionej na miejscu oraz nadesłanej nam uprzejmie przez firmę Merck'a w 1 gr. opakowaniach. Psikaina przysłana nam przez firmę Merck w 5 gr. opakowaniach już przy dawce 0,09 zabijała zwierzęta (z 12 dośw. w 9 przyp.). Na zapytanie prof. Traczewskiego, czy krystalizacja psikainy jest stale jednakowa, firma odpowiedziała twierdząco. Całym szeregiem doświadczeń ustaliliśmy, że za dawkę śmiertelną psikainy należy uważać 0,1 gram jako bezwzględną a 0,09 jako względną.

*) Psikaina jest kwaśną solą kwasu winnego z prawoskrętną pseudokainą lub d-ψ-kokaina.

Ponieważ śmiertelna dawka kokainy dla królika, określona przez Bieberfeld'a i Anrep'a, wynosi 0,1 gr. na kilo wagi królika, przeto możemy na podstawie naszych licznych doświadczeń uważać psikainę za tak samo silnie trującą, jak kokaina. Objawy zatrucia psikainą podobne są do objawów spostrzeganych w zatruciu zwierzęcia kokainą: zwierzę staje się najpierw niespokojne, podniecone, kładzie się na brzuchu z wyciągniętymi łapami, jakby senne, lub przewraca się na bok, gdyż następuje porażenie kończyn, zjawia się ogólne drżenie, ruchy zwuczne, niekiedy wahadłowe ruchy głowy i drgawki kloniczne; tętno przyspieszone, jak również i oddech, który w końcu nabiera niekiedy cech Cheyne-Stocke'sa. Śmierć następuje wskutek porażenia ośrodka oddechowego.

Określiwszy ogólny charakter działania psikainy i śmiertelną dawkę dla królika, przystąpiliśmy do badania wpływu psikainy na ciśnienie tętnicze i oddech. Okazało się, że ciśnienie tętnicze nie ulegało zasadniczo zmianie, dając tylko pewne skoki i nierówności podczas drgawek. Co do oddechu, to przez dłuższy czas po zastrzyknięciu psikainy nie ulegał on zmianom, stając się tylko szybszym podczas drgawek i dając równocześnie wtedy większe wahania wydechowe; w końcowych okresach życia zwierzęcia nabierał on niekiedy cech Cheyne-Stockes'a, najczęściej w przerwach między drgawkami.

Używając dla miejscowego znieczulenia w otolaryngologii stale roztworów kokainy z adrenaliną, chcieliśmy się przekonać doświadczalnie, czy stosowanie adrenaliny zmieni w czemkolwiek działanie psikainy. W całym szeregu doświadczeń okazało się, iż dodanie adrenaliny osłabia i opóźnia działanie toksyczne psikainy, zastrzykniętej podskórnie, gdyż najmniejsza śmiertelna dawka psikainy z adrenaliną nie dawała śmierci. Na dawki większe psikainy działanie adrenaliny jest niepewne. Podobnie jak z adrenaliną, przeprowadziliśmy doświadczenia z uretanem, zastrzykując 0,5 na kilo, poczem stosowaliśmy psikainę. Z 12 doświadczeń wnosić możemy, że uretan osłabiając drgawki i pierwsze odruchy, przez co wchłanianie może być mniejsze, osłabia działanie toksyczne psikainy; prócz tego zachodzi pewne opóźnienie czasu wystąpienia drgawek, co trzeba przypisać narkotycznemu działaniu uretanu.

Dla określenia znieczulających własności psikainy przeprowadziliśmy doświadczenia na ludziach, używając roztworów psikainy i kokainy o rozmaitem nateżeniu, od 0,1% — 0,001%, zastrzykiwaliśmy doskórnie pewne minimalne ilości, by powstał mały, pęcherzyk. Za pomocą igły próbowaliśmy w pewnych odstępach czasu, czy

wrażliwość na ból istnieje (met. Fühner'a). W części doświadczeń używaliśmy psikainy i kokainy czystej, w innych zaś z dodatkiem adrenaliny (4 krople roztw. 1:1000 w 1 ccm.). Badania te uzupełniliśmy doświadczeniami na królikach (met. Fühner'a), zakrapiając do worka spojówkowego psikainę i kokainę w tych samych koncentracjach, co i wyżej, obserwując czas wystąpienia i trwania znieczulenia. Badania te wykazały, że naogół roztwory kokainy działają znieczulająco silniej od podobnych roztworów psikainy, z wyjątkiem roztworu psikainy 0,01⁰%, który wywołuje nieco później osłabienie czucia, trwające jednak dłużej niż od roztworu kokainy tego samego natężenia.

Wnioski pracy:

- 1) Psikaina pod względem toksyczności nie może być uważana za bezpieczniejszą od kokainy.
- 2) Rozszerzenie naczyń włosowatych musi być znaczne, gdyż dopiero dodanie dużych dawek adrenaliny osłabia to działanie.
- 3) Jednoczesne stosowanie z psikainą uretanu opóźnia czas wystąpienia zatrucia i nieco osłabia toksyczność psikainy.
- 4) Znieczulające własności psikainy, o ile możemy wnosić z badań dokonanych metodą Fühner'a, są nieco słabsze od kokainy.

W końcu uważamy za miłą obowiązek wyrazić głęboką wdzięczność prof. J. Szmurle za zachętę do pracy a prof. Traczewskiemu za pomoc i rady podczas jej dokonywania.

Z oddziału chorób nosa, gardła i uszu Szpitala Wojskowego O. W. Wilno.

Podał DR. F. ŚWIEŻYŃSKI płk. lekarz.

St. Ordynator oddziału i asystent łącznikowy Kliniki Otolaryngologicznej
U. S. B. Kierownik prof. J. Szmurło.

Wyrośla adenoidalne w wieku dojrzałym.

Przeglądając obfitą literaturę o wyroślach adenoidalnych, poczynając od r. 1874 t. j. od daty, kiedy *W. Meyer* z Kopenhagi podał metodę badania palcem wyrośli i usuwania ich operacyjnie, zauważyłem wielką rozbieżność poglądów różnych autorów co do obecności wyrośli u osób dorosłych.

Wszyscy specjaliści zgadzają się, że wyrośla adenoidalne spotykają się najczęściej u dzieci w wieku szkolnym czyli od 5 — 15 lat życia. W wieku późniejszym wyrośla zwykle ulegają stopniowemu

zanikowi. Niektórzy z autorów, jak *Lannois* ¹⁾, *Testu* ²⁾ wyrosła po 20 roku uważają za twory patologiczne. *Picyni* i *Escat* twierdzą ³⁾, że po 12 — 18 roku gruczoł Luschki już ulega zanikowi. *Fischer* ⁴⁾ znajduje po 20 roku wyrosła zaledwie w 2%. *Szmurło* w swym podręczniku zaznacza, że „okres największego wzrostu migdałka gardłowego przypada na wiek od 5 — 12 lat, poczem szybko słabnie, a po 20 latach zdarza się w przypadkach stosunkowo dość rzadkich“.

Natomiast inni autorowie uważają, że wyrosła adenoidalne w wieku dojrzałym nie są wcale rzadkie i tak już *Tillaux* ⁵⁾ uważał że wyrosła powiększając się stopniowo aż do wieku młodzieńczego, poczem do późnej starości ulegają pełnemu zanikowi. *W. Meyer* ⁶⁾ stwierdza wyrosła po 20 roku w 21%. *Millet* ⁷⁾ bada 100 żołnierzy i określa procent wyrosła na 25%. *Moure, Liébault* i *Canuyt* w swym dziele o technice chirurgicznej w laryngologii ⁸⁾ twierdzą, że wyrosła trafiają się w każdym wieku, czasem nawet w późnej starości (60 — 70 lat). *Sędziak* na 1995 przypadków wyrosła w 133 przypadkach notuje takowe powyżej lat 20 ⁹⁾.

Mając jako lekarz wojskowy do rozporządzenia materiał żołnierzy w wieku lat 21 — 23, postanowiłem za radą prof. *Szmurły*, na większej liczbie żołnierzy obliczyć obecność wyrosła adenoidalnych w tym wieku. W tym celu zbadałem 350 żołnierzy, z których 250 pochodziło z mojego oddziału chorób nosa, uszu i gardła, 100 zaś z oddziału chorób wewnętrznych. Tych ostatnich 100 umyślnie wziąłem z innego oddziału aby uniknąć zarzutu, że materiał mój pochodził jedynie od żołnierzy cierpiących na chorobę uszu, nosa lub gardła, a więc łatwiej mieć mogących powiększony gruczoł Luschki.

Badanie wyrosła wykonywałem palcem i za pomocą tylnej ry-noskopji.

Przy badaniu rozróżniałem 3 wielkości wyrosła, a więc duże, około 12 milim. w wymiarze przedniotylnym, wypełniające prawie całą przestrzeń nosowo-gardłową (palec wskazujący z trudem wchodzi do

1) *Precis des maladies des oreilles* 1908 r.

2) *Traite d'anatomie humaine* 1923 r.

3) *Traite pratique d'anatomie chirurgicale* 1913 r.

4) *Archiv fur Ohrenheilkund* 1904 r. 62 tom.

5) *Szmurło Choroby nosa i jamy nosowogardłowej.*

6) *Tillaux Traite d'anatomie topographique* 10 ed. 1900.

7) *Millet Annales des maladies des oreilles* 1925 Nr. 6.

8) *Technique chirurgicale oto-rhino-laryngologique* 1924.

9) *Przegląd lekarski* Nr. 39 i 40 — 1907 r.

jamy nosowo-gardłowej), średniej wielkości około 4 — 6 milim wypełniające połowę jamy nosowo-gardłowej i wreszcie małe około 2 milim, mające jednak wyraźne kontury gruczołu.

Jednocześnie zwracałem uwagę na budowę podniebienia, w celu wyjaśnienia, czy istnieje jaki związek między obecnością wyrosli i jego budową, oraz na owłosienie badanych. W ostatnich bowiem czasach coraz częściej zwraca się uwagę na związek wyrosli adenoidalnych z przysadką mózgową (*Poppi, Citelli, Palumbo*) i wogóle z gruczołami o wydzielinie wewnętrznej. *Szurło* zauważył, że w jego materiale po 11 roku życia zwiększa się liczba wyrosli adenoidalnych u dziewcząt (73 chłopców na 97 dziewczynek), kiedy do 11-go roku życia przewaga znajdowała się po stronie chłopców (344 chłopców na 288 dziewczynek). Sądziłem więc, że może zwracając uwagę na typ owłosienia, zależny, jak wiadomo, od wpływu wydzieliny wewnętrznej gruczołów płciowych i przysadki, uda nam się do pewnego stopnia rzucić nieco światła na to ciekawe zagadnienie.

Z 350 zbadanych żołnierzy znalazłem wyrosła adenoidalne u 120 czyli u 34,3%.

W tem było wyrosli dużych . . .	u 21	czyli u 6%
średnich . . .	„ 44	„ „ 12,6,,
małych . . .	„ 55	„ „ 15,7,,
nie było zupełnie wyrosli . . .	„ 230	„ „ 65,7,,

Ze 100 żołnierzy nie cierpiących na choroby uszu, gardła i nosa wyrosła były u 22, w tem tylko 4 były średniej wielkości a 18 małych.

U 250 z oddziału chorób nosa, gardła i uszu, wyrosli były u 98 czyli u 39,2%.

Ze 120 żołnierzy z wyrosłami podniebienie wysokie było u 30 czyli u 25%.

U 230 bez wyrosli podniebienie wysokie było u 31 czyli u 13%.

*Körner*¹⁾ i *Waldow*²⁾ twierdzą, że podniebienie wysokie tworzy się u dziecka podczas zmiany zębów mlecznych wskutek zatkania nosa wyrosłami adenoidalnymi i tłumaczy to ciśnieniem powietrza wdechanego ustami na formującą się górną szczękę.

*Siebenman*³⁾ przeciwnie nie znajduje żadnego związku pomię-

1) *Körner*. Untersuchungen über Wachstumstörung und Missgestaltung des Oberkiefers und des Nasengeruch in folge von Behinderung ober Nasenathmung A. f. L. 1891.

2) *Waldow*. Untersuchungen über die Kieferausbildung in folge von Verlagen der Nasenathmung A. f. L. 1895.

3) *Siebenman*. Nasenhöhle und Gaumenvölbung bei verschiedenen Gesichtschädelformen. Dusseldorf 1898.

dzy kształtem podniebienia i obecnością wyrośli, — uważa on, że wysokie podniebienie (hypsistaphylia) jest jednym z objawów właściwości rasowych. Nie przesądając, który z powyższych autorów ma rację, chcę podkreślić fakt, że na podstawie moich obliczeń wyrosła adenoidalne zdarzają się u ludzi z wysokim podniebieniem 2 razy częściej. Kazałoby to przypuszczać, że jednak związek pomiędzy obecnością wyrośli a kształtem podniebienia istnieje. Owłosienie typu kobiecego u mających wyrosła występowało w 50%, u nie mających tylko z 25%.

Liczba żołnierzy posiadających podniebienie wysokie i wyrosła adenoidalne lub bez takowych przy owłosieniu typu męskiego, była równą prawie ilości żołnierzy z owłosieniem typu kobiecego.

Na podstawie powyższych cyfr można wysnuć następujące wnioski:

1) Wyrosła adenoidalne po 20 roku życia są zjawiskiem częstym, gdyż występują u 34% żołnierzy w wieku lat 21—23-ich, w tym procent wyrosła dużych i średnich, a więc podlegających bezwzględnie usunięciu dosięga 20%.

2) Najwyższy odsetek wyrosła, bo aż 39% wynoszący spotykamy u chorych na gardło, nos i uszy.

3) Mamy pewne prawo przypuszczać, że obecność wyrosła adenoidalnych u dorosłych mężczyzn uważać należy za jeden z objawów zaburzenia w wydzielinie wewnętrznej czy to gruczołów płciowych, czy też przysadki mózgowej. Zresztą w tym kierunku potrzebne są dalsze obserwacje.

4) U dorosłych mężczyzn z wyrosłami adenoidalnymi wysokie podniebienie zdarza się dwa razy częściej niż u wolnych od przerostu gruczołu Luschki.

STRESZCZENIA.

N o s.

TORRIGIANI. Badania chemiczne i morfologiczne normalnego śluzu nosa. (Act. Otolarg. Vol. VIII F. 4).

Autor badał: 1) skład chemiczny wydzieliny nosa; 2) zawartość kali sulfocyanati, 3) enzymy.

Wydzielinę z nosa pobierał u zdrowych lub chorych z innymi cierpieniami za pomocą specjalnych flaszeczek z lejkowatą szyjką lub tamponików.

1. Badania chemiczne: badania te były przeprowadzone w czerwcu i grudniu, by stwierdzić wpływ czynników atmosferycznych:

	czerwiec		grudzień
	94,60	wody	95,8
	1,52	subst. organ.	4,23
	3,88	„ nieorgan.	0,19

Zimą znajduje się więcej wody w wydzielinie normalnej nosa, więcej substancji organicznych, czyli mucyny, mniej zato soli, niż latem.

2. Badania zawartości kali sulfocyanati.

Badając 47 osobników (37 dorosłych i 10 dzieci) autor znalazł, iż we wszystkich przypadkach śluz nosowy ma odczyn mniej lub więcej alkaliczny. Co do obecności kali sulfocyanati, to badając metodą Soler'a, otrzymał 32 razy wynik pozytywny u dorosłych, u dzieci wyniki były stale negatywne; badając zaś za pomocą kwaśnego chlorku żelaza — mniej pozytywne wyniki.

3. Badania morfologiczne i „oxydaz“.

a) Morfologja. Dużo biał. ciał. krwi, przeważnie neutrofilów, niekiedy komórki podobne do limfocytów z jądrem piknotycznym, rzadko monocyty, jeszcze rzadziej eozynochłonne. Zasadochłonych autor nie znajdował. Nabłonek polygonalny. Prócz tego kulki śluzowe.

b) „Oxydaz“. Badania były przeprowadzone metodą Sapegno i inną z użyciem szklaneczki zielonej malachitowej. Wewnątrz neutrofilnych granulocytów stwierdził autor obecność ziarenek oxydazowych.

V. SHMIDT. *Ozena u 7 rodzeństwa*. (Mon. f. Ohr. 1925. 10. H.).

Autor podaje historje chorób oraz fotografię siedmiorga rodzeństwa dotkniętych cuchnącym nieżytem nosa. Wassermann i Pirquet u wszystkich był ujemny. Wszyscy posiadali typowe objawy ozeny: zanik, strupy, zapach; wszyscy mieli jednakowy typ nosa, który, sądzi autor, musiał być wrodzonym. Co do etiologii, to mogą zdaniem autora grać rolę tu dwa czynniki — zakażenie i konstytucyjna skłonność występująca w jednej rodzinie.

PORTMANN. *Leczenie ozeny wakcyną Perez'a*. (Rev. de Lar. 1925. Nr. 22).

Autor stosował w 12 przypadkach ozeny surowicę Hofer'a i Kofler'a, zastrzykując ją podskórnice raz na tydzień. Początek kuracji — 50 milionów, następne zastrzyknięcia wynosiły do 100 milj. Autor spostrzegł w 2 przypadkach wyleczenie, w 8 — polepszenie, 2 pozostały bez wyniku. Najpierw zniknął zapach, strupy, potem śluzówka stawała się wilgotną, różową.

H. MEYER. *W sprawie wakcyterapii ozeny*. (L'oto-Rhino-Lar. Internationale. 1925. Nr. 4).

Autor leczył ozenę szczepionką Inawy, stosując ją w formie zastrzyknięć do małżowiny dolnej lub do przegrody nosa. Pierwsza

dawka wynosiła 0,5 kropli, następne zastrzyknięcia powtarzano co 4 dni, dodając każdorazowo po 0,5 kropli—aż do 3—3,5 kropel. Prócz szczepionki autor stosował w tych przypadkach płókania nosa. Wyniki leczenia były zadawalniające.

LIÉBAULT ET MOERS. *Leczenie ozenu adrenaliną.* (Rev. de Lar. 1925. Nr. 11).

Autorzy, uważając, że przyczyna ozenu leży w zaburzeniach troficznym elementom śluzówki, wywołanych zmianami w układzie współczulnym, zastosowali duże dawki adrenaliny douwężnie. Dawka dzienna wynosiła 40—60 kropel adrenaliny 1—1000. Po 2—4 tygodniach leczenia następowała poprawa: zmniejszał się zapach, wydzielina stawała się bardziej płynną, śluzówka wilgotną.

BORRIES. *Operacyjne leczenie ozenu.* (Arch. f. N. O. K. 115 B. 3 H.).

Autor podaje własny sposób operacji, różniący się od sposobu Lautenschläger'a tem, że uruchomioną wewnętrzną ścianę jamy Higghmor'a utrzymuje się w nadanej pozycji nie tamponami, wkładanymi do jamy, lecz kostką z przedniej ściany zatoki, którą się wklinowuje między ścianą jej wewnętrzną, a otwór trepanacyjny w przedniej.

O. HIRSCH. *Przyczynę do sprawy powstawania skrzywień przegrody nosa.* (Mon. f. Ohr. 1925. 10 H.).

Badając nosy płodów oraz dorosłych, autor znajdował skrzywienia przegrody już we wczesnych okresach życia płodowego. Obecność skrzywienia przegrody u osobników z wrodzonym brakiem podniebienia twardego zmusza autora do twierdzenia, że skrzywienie przegrody nosa nie powstaje wskutek przeszkody ze strony swego kostnego rusztowania, lecz przedstawia właściwą dążność rozrostową przegrody, widoczną już we wczesnych okresach życia płodowego.

VOLOWITSCH. *O etiologii kostnych zarośnień choan.* (Mon. f. Ohr. 1926 H. 2).

Podaje autor przypadek zarośnięcia choany u dziewczyny lat 16, w którym przyczyną zarośnięcia było, według autora, leżące w nosie 8 lat obce ciało, dookoła którego wytworzył się pas zapalenia i podrażnienia, co wywołało atrezję choany.

VAN NIEUWENHUYSE. *Małe przedziurawienia przegrody nosa i ich leczenie plastyczne.* (Rev. de Lar. 1925. Nr. 11).

Najlepiej według autora poddają się leczeniu plastycznemu przedziurawienia przegrody nosa powstałe wskutek stałych drażeń jej lub też przedziurawienia pooperacyjne. Omawiając istniejące sposoby plastycznego zakrycia przedziurawienia przegrody (Laurens'a, Seifert'a, Roy'a), autor podaje sposób własny, bardzo prosty i łatwy, polegający na oddzieleniu śluzówki dookoła otworu i wciśnięciu tam wyciętego kawałka małżowiny dolnej, co dokładnie ilustruje załączony przez autora rysunek.

BERTEMES. *Odślonięcie i rozszerzenie kanału nosowo czołowego w leczeniu cierpień zatoki czołowej.* (Rev. de Lar. 1926. Nr. 13)

Autor uważa, że należy leczyć zatokę czołową operacyjnie przez nos, nie niszcząc przedniej ściany zatoki, a idąc drogą kanału zatoki i komórek sitowych. Podaje 8 przypadków leczonych tą metodą.

THIBAUDET. *O tamponowaniu pooperacyjnym po zabiegach wewnątrznosowych.* (Rev. de Lar. 1925. Nr. 9).

Przy operacjach na zatokach bocznych nosa autor nie stosuje zwykle sączkowania rany operacyjnej. By zabezpieczyć się przed możliwością krwawienia pooperacyjnego, autor 1) wykonuje wszystkie zabiegi wewnątrznosowe rano, oglądając następnie po południu chorego; 2) przed operacją zwykle daje chorym chłonek wapnia po 4,0 dziennie; 3) w przypadkach podejrzanych o krwawiączkę po uprzednim badaniu krzepliwości krwi zastrzykuje surowicę Dufour'a lub Hello; 4) w podobnych przypadkach nie stosuje adrenaliny. Jedynie po zabiegach na małżowinach lub przegrodzie, gdzie nie istnieją obawy zakażenia, autor pozostawia sączki kauczukowe Molinié.

SAFRANEK. *Pyciele jamy czołowej.* (Mon. f. Ohr. 1926. 1. H.).

Autor, podając wyleczony operacyjnie przypadek tego rzadkiego cierpienia, omawia, powołując się na piśmiennictwo, sprawę kliniki, oraz jego pochodzenia. Z objawów spotykamy zwykle skargi na bóle głowy, neuralgie, uczucie ucisku w oku i nosie, niekiedy osłabienie inteligencji, podwójne widzenie, przesunięcie gałki ocznej. Jako przyczynę tego cierpienia uważa autor (jak podają to również Gerber i Killjan) przewlekły stan zapalny śluzówki jamy czołowej. Rozpoznanie niekiedy b. trudne. Leczenie operacyjne.

TARNEAUD. *O znaczeniu rozpoznawczym objawu Ewinga.* (Rev. de Lar. 1925. Nr. 22).

Ból wywołany przez ucisk okolicy górno-wewn. kąta oczodołu w miejscu przegubu bloku wielkiego ukośnego jest objawem Ewinga, opisanym w r. 1889. Występuje w cierpieniach nosa i zatok. Po zastosowaniu do nosa (okol. środk. muśzli) kokainy z adrenaliną — znika. Autor przytacza 3 przypadki, w których objaw ten miał miejsce. Przyczynę tego zjawiska widzi autor w zaburzeniach układu współczulnego.

TARNEAUD. *Leczenie środkami para i sympatycznymi nerwic współczulnych nosa (sympathique nasal).* (Ann. des. mal. de l'oreil. 1926. Nr. 7).

W nerwicach nosa autor radzi stosować miejscowo adrenalinę dla celów rozpoznawczych. Jeśli efekt daje się zauważyć, należy zaaplikować ją per os. Jeśli od miejscowego stosowania adrenaliny skutku niema żadnego, radzi autor belladonę. W określeniu, czy mamy przed sobą zaburzenia układu sympatycznego, czy parasympatycznego pomocnym bywa określanie odruchu oczno-sercowego.

GIROU. *O wagotonji lub sympatykotonji adenoidalnych* (Rev. de Lar. 1925. Nr. 14).

W sprawie zaliczenia chorych na wyrośla adenoidalne do grupy wagotoników lub sympatykotoników istnieje różnica zdań. Ferreri odnosi ich do sympatykotoników, Collet i Rebattu zaś do wagotoników.

Badania w tym względzie autora obejmują 100 przypadków — dzieci w wieku od 4 do 12 lat. Autor badał odruch oczno-sercowy przed zabiegiem operacyjnym i w 6 miesięcy po zabiegu. Badania te doprowadzają autora do wniosku, że nie można cierpiących na wyrośla adenoidalne zaliczyć do jednej z omawianych grup; tworzą oni zdaniem autora grupę „*dystonique végétatives*“.

BERTHEIN, ROMEY, BRUAS. *Syphilis niszczący żuchwę* (Rev. de Lar. 1926. Nr. 14).

Autorzy podają przypadek kiły żuchwy u mężczyzny lat 38, wyróżniający się od innych tem, że proces chorobowy rozpoczął się od zębodołu, tworząc nekrozę postępową z wyeliminowaniem odcinka kostnego, nie naruszając jednak ciała kości.

Leczenie specyficzne dało wynik pomyślny. Wąsowski.

MOURET JULES. *W sprawie rozpoznawania przewlekłego ropienia zatoki czołowej, próbne otwarcie tej zatoki.* (Rev. de laryng. dotol. et de rhinol. N. 47—227/).

Ponieważ prześwietlenie i zdjęcie röntgenologiczne zatoki czołowej może w niektórych przypadkach nie dać dodatniego wyniku, autor zaleca próbne przepłukanie zatoki czołowej. Przepłukanie to wykonuje autor przez wprowadzenie kaniulki drogą ujścia naturalnego do zatoki, wzgl. przez nakłucie próbne ściany dolnej zatoki czołowej, który to zabieg nie przedstawia dla chorego żadnego niebezpieczeństwa. Jako najdogodniejsze miejsce nakłucia próbnego podaje autor okolicę sut. fronto—maxil. Autor przytacza trzy przypadki, z których w jednym wykazywał obraz röntgenologiczny zaćmienie, pochodzące od kostniaka jamy czołowej, obok którego można było dostrzec jasne pole, przypominające na pozór zatokę czołową. Przy operacji przekonano się, że ta jasna przestrzeń odpowiada rozszerzonej komórce sitowej, w której zalegała wydzielina ropna.

HIGGUET E. *Skręcenie głowy po adenotomji, opis odnośnego przypadku.* (Ann. des maladies de-loreille de lar. du nez... 44-10/25).

Skośne ustawienie głowy po adenotomji, powstaje zdaniem autora, nie wskutek zapalenia gruczołów i nerwów karkowych i szyjnych lecz wskutek zranienia powięzi kręgosłupowej przedniej, względnie uszkodzenia mięśni przykręgosłupowych przez nadmierne użycie siły przy adenotomji. W celu uniknięcia tego obrażenia autor radzi trzymać adenotom, jak pióro do pisania, a kierować go lekko, jak kuretę po ścianie gardła górnego 2) Dalszą przyczyną może być nagłe cofnięcie głowy ku tyłowi, jako ruch obronny podczas adenotomji. 3) Trzecią wreszcie — ostre zapalenie mięśni przykręgosłupowych, powstające, zdaniem autora, najczęściej na tle zakażenia miejscowego,

zwłaszcza gdy okres pomiędzy przebiegiem operacyjnym a przebytem zapaleniem gardła nie był dostatecznie długi, to jest krótszy, niż 6 tygodni.

HAUTANT A. 2 przypadki cylindromatu jamy nosowej i podniebienia miękkiego. (Ann. des maladies de l'oreille du lar. du nez 44 — 12 — 251).

Po wyczerpującem omówieniu patogenezy i obrazu klinicznego nowotworów walcowato-komórkowych nosa, autor podaje następujące cechy różniczkowe tegoż nowotworu: 1) bardzo powolny wzrost, jak w obserwowanych przez autora przypadkach, dochodzący nieraz do ośmiu lat, 2) brak skłonności do tworzenia nacieków nowotworowych i przerzutów, 3) w niektórych wypadkach nowotwór ten może nabrać cech nabłoniaka złośliwego, przyczem rozrost jego idzie w kierunku zatoki górnoszczękowej, czołowej, komórek sitowych, aż do oczodołu. W innym znów przypadku, obserwowanym przez autora, nowotwór ten, wychodzący z podniebienia miękkiego, wraść do jamy nosowo-gardłowej i nosa, tworząc odnogi, sięgające aż do jam bocznych. Co się tyczy sposobu leczenia, to nawet radykalny zabieg chirurgiczny nie zabezpiecza, zdaniem autora, przed pojawieniem się nawrotów. Wobec tego radzi autor uzupełnić leczenie operacyjne diatermją chirurgiczną oraz naświetlaniem promieniami Röntgena, które wstrzymuje niejednokrotnie wzrost nowotworu.

Laskiewicz.

G a r d ł o.

VOLMAT. Hemoragiczna flegmona okołomigdałkowa, zatrzymanie krwotoku przez podwiązanie carotis extr. śmierć wskutek septicemji po 48 g. (Rev. de laryng. d'otol. et de rhinol. Nr. 47 — 5/26).

Autor opisuje przypadek chorej 29 lat, u której na tle grypy wystąpiły objawy ropnego zapalenia tkanki okołomigdałkowej. Pomimo nacięcia i wypuszczenia ropy gorączka utrzymywała się nadal na tej samej wysokości, a co więcej, objawy ogólnej posocznicy stawały się z każdym dniem wyraźniejsze, wreszcie ósmego dnia po nacięciu wystąpiła septyczna wysypka na całym ciele i białkomocznica, a w końcu silne krwawienie z nekrotyzującego i silnie obrzmiałego mięszu migdałka. Krwotok ten ustąpił dopiero po podwiązaniu tętnicy szyjnej zewnętrznej tej strony. Mimo to jednak wskutek postępującej posocznicy nastąpiło ośmnastego dnia choroby zejście śmiertelne. Z krwi i śledzony wyhodowano paciorkowce długo-łańcuszkowe.

Laskiewicz.

TARO MATSUI. Przerost atypowy migdałków. (Rev. de Lar. 1926. Nr. 13).

Autor podaje 3 przypadki przerostu migdałków, — w 2 przerost był całkowity, w 1 częściowy, w formie nóżki. Histologicznie stwierdzono tkankę chłonną bez centrów rozmnażania, tkankę włóknistą. Porównując do przypadków, podanych przez Fränkla — przerostu

twardego i miękkiego, oraz „przerostu czynnościowego“ Denkera przychodzi autor do wniosku, iż w jego przypadkach przerostowo powiększone migdałki przypominały raczej nowotwór — co zasługuje na odnotowanie.

GOT. *Ciężkie krwawienie z migdałka po diathermji.* (Rev. de Lar. 1926. Nr. 15—16).

Autor podaje własny przypadek ciężkiego krwawienia z migdałka po zastosowaniu diathermji, w którym ze względu na niebezpieczeństwo grożące chorej, musiano uciekać się do podwiązania art. carotis ext., transfuzji krwi. Na podstawie tego spostrzeżenia, uważa autor, że diathermja nie jest tak niewinnym zabiegiem, gdyż pod strupem nie widać krwawiącego miejsca, jeśli krwawienie wystąpiło, podczas gdy po tonsillektomji, widząc je, można łatwiej opanować.

CANESTRO. *O czynności „dokrewnej“ migdałków podniebnych.* (Acta Otolar. V. VIII, F. 4).

Autor badał zawartość cukru w moczu w 120 przypadkach ostrego zapalenia migdałków, w 40 przypadkach po galwanokaustyce migdałków, w 200—usunięcia migdałków operacyjnego, i w żadnym z nich cukru nie wykrył. Prócz tego metodą Folin określał zawartość cukru we krwi (taux glycémique). Chorzy byli naczczo, krew pobierana była z żyły. Wyniki były następujące:

1) u osobników z ostrem zapaleniem migdałków cyfry wahały się od 0,080 do 0,128 na sto, przyczem nie zauważył autor zmian zależnych od wahań t³;

2) u osobników poddanych galwanokaustyce lub diathermji migdałków, cyfry wahały się między 0,075 a 0,102 na sto i nie były zależne ani od wielkości zabiegu, ani też od czasu badania;

3) u osobników poddanych tonsillektomji, lub tonsillotomji cyfry te były 0,052—0,112 na sto.

Wnioski autora: naogół w przypadkach cierpienia migdałków zawartość cukru we krwi była normalna; stany zapalne migdałków, zabiegi operacyjne na nich wywołują b. małe zmiany we krwi, które nie mogą być wykryte metodą Folin'a. Autor sądzi, że migdałki nie należy uważać za narządy o wydzielaniu wewnętrznem.

SOUCHET. *Nowotwór mięszany niewrodzony (dysembryoplastique) podniebienia w stanie przeistoczenia złośliwego wyleczony radem* (Rev. de Lar. 1926. Nr. 13).

Autor podaje przypadek guza podniebienia u kobiety 62 lat, badanie histologiczne którego wykazało guz mięszany z masą tkanki śluzowej i obfitością komórek przedstawiających kulki rogowe (globes cornés). Po operacyjnem usunięciu guza nawrót po upływie pół roku. Leczenie radem z wynikiem pomyślnym.

GAREL. *O rozszerzaniu zwężeń przelyku.* (Rev. de Lar. 1926. Nr. 15 — 16).

Gdy chodzi o odszukanie przez otwór gastrotomiczny sondy,

rozszerzającej przełyk, wprowadzonej przez usta, stosuje autor własną metodę, polegającą na tem, iż na końcu sondy (sonda była pomalowana dwoma kolorami w paski poprzeczne żółtym i czarnym), przywiązane są 2 lub 3 czarne nitki długości 20 cmt w ten sposób, że sonda jest zaopatrzona w 4 lub 6 nitek długości 10 cmt. Wszystkie nitki są podniesione z dołu do góry na podobieństwo drutów parasola. Sondę wprowadza się przez usta do żołądka, starając się zagłębić całą długość pokrytą niemi. Nitki zwolnione pływają. W tym momencie wprowadza się tubę tracheoskopu i oświetla otwór lampą Clar'a. Za pomocą szczypczyków chwytą się pierwszą z kolei nitkę i wyciąga się sondę nazewnątrz.

M. JACOD. Wskazania i przeciwwskazania dla leczenia radem i Röntgenem raków przełyku. (Rev. de Lar. 1925. Nr. 13).

Autor dzieli się spostrzeżeniami 34 przypadków raka przełyku leczonych radem i 2 leczonych promieniami R. W żadnym z przypadków pierwszej grupy nie widział autor wyleczenia: w 3—poprawa do roku, w 13 polepszenie trwało zaledwie kilka tygodni, w innych—do 5 miesięcy. Na podstawie tego materiału autor sądzi, że można stosować rad w raku przełyku jedynie w formach „cewkowych“. Nie należy natomiast stosować go w przypadkach immobilizacji przełyku w pobliżu guza, znacznej objętości guza, porażenia nerwu wstecznego, oraz przy wyrażonej adenopatji (okol. podobojczykowa).

Jeszcze gorsze wyniki widział autor od stosowania promieni R. Oba przypadki zakończyły się śmiercią od krwotoku, który coprawda uważa autor za następstwo przeżarcia naczyń rozrostem nowotworu.

Wąsowski.

ALBRIGHT. Glossopharyngeal neuralgia. (The Laryngoscope 1926. Nr. 6.

Istnienie neuralgji n-wu gardłowo językowego, jako jednostki klinicznej zostało ostatecznie stwierdzone w ciągu ostatnich paru lat. Wyczerpujące badanie odnośnej literatury dokonane zostało w ostatnich latach przez Dayle'a i Adson'a (Arch. Neur. and Psych. 1923 i 1924). Neuralgię tę opisuje się jako prawie identyczną z neuralgią n-wu trójdzielnego; jedyna różnica — to umiejscowienie bólu zwykle w okolicy migdałka, między łukami lub w miejscu połączenia przedniego łuku z językiem. Drażnienie IX n. wywołuje napady tych bólów, znieczulenie znosi je. Dokładne rozpoznanie różniczkowe opiera się na tem, że znieczulenie n-wu trójdzielnego nie wywierało wpływu na ból; dokonywano zastrzykiwań do 3 gałązki n-wu trójdzielnego, gałązka czuciowa n. V była przecinana, zwój Gasser'a usuwany bez wpływu na napady bólu. Ból gardła, rozprzestrzeniający się na ucho, ma charakter napadowy, trwa parę minut i powtarza się kilka razy w ciągu dnia. Autor przytacza historję choroby kobiety, u której podobne napady występowały w ciągu szeregu miesięcy; stosowano znieczulanie n-wu twarzowego bez skutku. Na przecięcie n-wu IX chora nie zgodziła się.

Rozwadowski.

K r t a ń.

WICHERT. *Rzadki przypadek urazu krtani* (Ar. f. N. O. K. 115 B/H).

Autor opisuje rzadki przypadek urazu krtani u 22-letniego mężczyzny, w którym nastąpiło całkowite wywichnięcie jednej chrząstki nalewkowej, którą chory przy silnym napadzie kaszlu wyksztusił. Następczo całkowite wygojenie.

SCHEINMANN. *Do kliniki porażen nerwu wstecznego* (Mon. f. Ohr. 1925 Nr. 11).

A. podaje ciekawy przypadek obustronnego porażenia n. wstecznego przy ogólnych ciężkich objawach ze strony centralnego systemu nerwowego, serca i płuc, zakończony śmiercią. gdzie sekcyjnie nie udało się stwierdzić anatomicznej przyczyny porażenia n. wstecznego. A. przypuszcza, że objawy ze strony krtani były wynikiem uremji i nosiły charakter czynnościowy.

COLLET *Diplegja krtaniowa* (rev. de Lar. 1926 Nr. 14).

Po wyłączeniu bezwładów myopatycznych i historycznych do diplegji krtaniowej a. zalicza: 1) porażenia n. wstecznego obustr. przy ucisku nerwu lub jego zapaleniu, 2) porażenia rozszerzaczy bez kryz krtaniowych lub z niemi, 3) porażenia jako objaw zespołu „glosso-labio-laryngealis“.

1. 13 przypadków: 5 nowotworów gruczołu tarczowego, 1 tętniak aorty, 6 raków przełyku, 1 nowotwór śródpiersia. Najczęstszą przyczyną porażen były raki przełyku. Położenie strun głosowych niezawsze przypominało trupie lub przejściowe. Niekiedy bardziej zajęta była jedna strona, więzadło głosowe było w położeniu trupiem, po stronie zaś przeciwnej — addukcja. Najczęstsze objawy — afonja, niekiedy dysпноë. Prognostycznie — porażenie dwustronne jest objawem b. ciężkim, gdyż jest dowodem dużego postępu sprawy nowotworowej.

2. Śród przyczyn porażenia rozszerzaczy pierwsze miejsce zajmuje kiła, najczęściej w okresie tabesu. Co do objawów, to widzimy tu trudności połykania płynów, analgezję tchawicy, dysпноë. Leczenie specyficzne daje wyniki pomyślne.

3. W tych naogół rzadkich powikłaniach krtaniowych spotykamy aphonję, głównie monotonię lub oligotonię głosu, pozatem objawy charakteryzujące zespół „glosso-labialis“. A. podaje 3 przypadki spostrzegane tego cierpienia.

BRINDEL. *O kilku przypadkach ciał obcych w drogach oddechowych dziecka.* (Rev. de Lar. 1926 Nr. 15—16).

A. przytacza 6 przypadków ciał obcych w drogach oddechowych u dzieci od lat 1,5 do 11. Były to fasole, łuska pestki jabłka, odłamek muszli, rurka intubacyjna, odłamek rurki tracheotomijnej. Rozpoznanie ciała obcego w drogach oddechowych bywa niekiedy b. trudne; opiera się ono na danych wywiadu, na zaburzeniach głosu,

trudnościach oddechu, objawach płucnych, jak brak szmeru oddechowego w odpowiedniej połowie, wreszcie na danych radjoskopji, o ile ciało obce nie przepuszcza promieni X.

Co do leczenia, to jest ono chirurgiczne. Należy wykonać tracheotomię i za pomocą bronchoskopji dolnej poszukiwać ciało obce w tchawicy lub oskrzelu. Bronchoskopji górnej autor nie stosuje. Jeśli rozpoznano ciało obce w krtani, natychmiastowa thyrotomia daje wynik pomyślny.

C. CUSENZA. Przyczynę do umiejscowienia rdzeniowych ośrodków nerwu błędnego. (Mon. f. Ohr. 1925 H. 8).

A. w pracy swej stara się dociec, jakie zmiany w rdzeniu przedłużonym wywołuje uszkodzenie nerwu wstecznego i gdzie te zmiany są zlokalizowane. W tym celu niszczył u królików nerw wsteczny, mianowicie u 2 zwierząt w miejscu wejścia nerwu do krtani, u 2 zaś innych w miejscu jego wyjścia; w 3 z tych przypadków centralną część nerwu ochraniało podczas niszczenia części jego peryferycznej. Zwierzęta zabijano 8—10 dnia po zabiegu, przyczem preparaty rdzenia przedłużonego obrabiane były w celloidynie, barwione metodą Nissl'a.

Wnioski a. są następujące: 1) wyrwanie n. wstecznego w miejscu jego wejścia do krtani wywołuje chromatolizę w nucleus ambiguus. 2) wyrwanie n. wstecznego przy ochronie jego końca centralnego daje te same wyniki. Bez ochrony uprzedniej wyrwanie to daje chromatolizę w całym n. dorsalis.

BECK. Wprowadzanie jodu do oskrzeli przez katetyzowanie krtani. (Ann. des mal. de l'oreil. 1926 Nr. 7).

A. dla celów djagnostycznych proponuje wpuszczanie 40% jodipiny do oskrzeli bezpośrednio przed radioskopją. Uskutecznia to autor za pomocą przyrządu własnego pomysłu, składającego się z rurki półmiękkiej, grubości ok 2 mm. z rurką srebrną wewnątrz, połączonej z pulweryzátorem luncker'a. Po znieczuleniu miejscowem wprowadza się kateter do krtani pod struny, przyczem chory utrzymuje kateter w ustach, przyciskając zębami kawałek gumy, przytwierdzonej do rurki, poczem umieszcza się chorego przed aparatem Roentgena i wpuszcza się ok. 20,0 jodipiny. Dla zdjęcia dolnych części płuc chory stoi przechylony w stronę badaną pod kątem do 25°; dla zdjęcia szczytów płuc — leży z opuszczoną górną częścią tułowia do 50°. Wypadków zatrucia jodipiną a. nie spostrzegają.

VAN DEN WILDENBERG. Przetoki wrodzone szyi. (Ann. des mal. de l'oreil 1926. Nr. 7).

A. operował 6 przetok środkowych tractus thyreo-glossus i 5 przetok skrzelowych. W pracy swej porusza sprawę pochodzenia ich, umiejscowienia, rozpoznania, podkreślając trudności rozpoznawcze, oraz omawia sprawę leczenia.

Wąsowski.

U c h o.

DEUTSCH. *Do morfologii i genezy wrodzonego niedorozwoju przewodu słuchowego zewnętrznego.* (Mon. f. Ohr. 1925. H. 9).

Autor poddał badaniu promieniami R. 7 przypadków wrodzonego niedorozwinięcia przewodu słuchowego zewnętrznego. W 2 z nich spotkał się z nadmiernym rozwinięciem os tympanicum, w pozostałych z niedorozwinięciem lub brakiem. Ze swych badań autor wnosi, że atrezja kanału jest to cierpienie anatomicznie różnorodne. Dla dokładniejszych badań należy użyć dużego materiału, posługując się promieniami R.

ULMANN. *O etiologii Myringitis bullosa.* (Mon. f. Ohr. 1926 1 H.).

Omawiając sprawę tego cierpienia autor podaje jego objawy, przechodząc następnie do kwestji etiologii. Badania autora (szczepienie wydzieliny pęcherzy królikom podoponowo i do rogówki) wykazują, iż jest to cierpienie sui generis, ostre zakaźne, którego virus jest niewidoczny, przechodzi przez filtry — cierpienie mające pewne podobieństwo do herpes, lecz z niem nie identyczne.

Wąsowski.

N. TAPTAS. *W sprawie ukrytego ostrego zapalenia wyrostka sutkowego u osobnika dorosłego.* (Ann. des malad. del—oreille 45/1. 26).

Autor opisuje obraz skrycie przebiegającego ostrego zapalenia wyrostka sutkowego u osób dorosłych, który przedstawiał się następująco: początkowe objawy ostrego zapalenia ucha środkowego z mniejszą lub większą wydzieliną ropną, wydostającą się najczęściej po samoistnem pęknięciu błony bębenkowej nazewnątrz. Zaczernwienie i wypuklenie błony bębenkowej w okolicy wyrostka krótkiego młoteczka oraz znacznem upośledzeniem słuchu. Wyrostek sutkowy nie przedstawia zewnętrznie żadnych nieprawidłowości, a tylko przy ucisku na fossa digastr. okazuje większą wrażliwość (głuchy ból). Po kilku tygodniach występowały zazwyczaj powikłania pod postacią zakrzepu zatoki esowatej lub zapalenia opon mózgowych. Kość wyrostka sutkowego okazywała stale znaczne zgrubienie. Z drobnoustrojów, wyhodowanych z wydzieliny ropnej ucha, a znalazł najczęściej pneumokoka. Skąpą wydzielinę ropną w komórkach wyrostka sutkowego jak również powikłania ze strony zatoki S., błędnika i opon mózgowych a tłumaczy nadmierną spoistością ścian kostnych wyrostka s. Stąd zaleca dla rokowania dalszego przebiegu i zejścia ostrego zapalenia wyrostka w tych wypadkach kierować się zawsze dokładnym obrazem röntgenologicznym jego budowy.

KRAINZ, WILFRIED. *Badania nad ostrym stanem zapalnym wyrostka sutkowego.* (Zeitschr. f. Hals. Nasen u. Ohrhd. Bd. 13—3/26).

Na podstawie badań anat. i histopatologicznych operowanych

przypadków zapaleń wyrostka sutkowego powstałych na tle otitis genuina (Bezold) A. podaje dokładny obraz schorzenia poszczególnych części składowych wyrostka sutkowego. Wychodząc z założenia, że obraz normalny pneumatyzacji wyrostka s. cechuje się obecnością małych regularnych komórek wyściolonych delikatną wyściółką wewn. o cienkich ściankach i przegródkach, wykazujących zupełny brak szpiku kostnego a. omawia szczegółowo zmiany przy pneumatyzacji chorobowej wyrostka sut. Przegródki i ścianki kostne wykazują w stanach zapalnych znaczne zgrubienie, szpik kostny daleko sięgające rozgałęzienie, a wyściółka wewn. komórek sut. wyraźne zwłóknienie. Proces resorbcji i rozrzedzenia kości występuje przede wszystkim dokoła naczyń krwionośnych, szpiku kostnego oraz przegródek międzykomórkowych, gdzie też najwcześniej zaczyna się proces zapalny a nie, jak twierdzi Scheibe, w świetle samych komórek sut. (empyema cell mastoid). Ten proces destrukcji kości rozgrywający się przede wszystkim dokoła naczyń krwionośnych nie daje początkowo żadnych objawów klinicznych. W przypadkach niedorozwoju komórek sut. (aplastycznych) w których głównym czynnikiem, decydującym o zabiegu są silne bóle ucha i głowy, a znalazł znacznie zgrubiałe ścianki oraz przegródki komórek sut. w których wnętrzu naczyń krwionośne były znacznie rozszerzone a w lakunach liczne osteoklasty, przyczem wyściółka wewn. komórek sut. zmian nie wykazywała. Jest to stały obraz początkującego ostrego zapalenia wyrostka, które rozgrywa się w pierwszym rzędzie dokoła naczyń krwionośnych szpiku kostnego i przegródek międzykomórkowych a kończy się stwardnieniem wzgl. zmianami gąbczastymi kości wyrostka sut. A. wyraża przypuszczenie, że te często przez Scheibego opisywane zmiany gąbczaste w wyrostku s. są tylko wytworem sztucznym płynów ustalających (formolu). Przypadki o b. silnie rozwiniętej pneumatyzacji wykazywały w 44% powikłania wewnątrz-czaszkowe, wywołane głównie przez paciorkowce. Według spostrzeżeń a. silna pneumatyzacja wyrostka s. usposabia przede wszystkim do ostrych zapaleń, gdyż podniesienie ciśnienia krwi w skąpych co do ilości i wąskich kanalikach naczyniowych, powoduje o wiele szybciej martwicę kości, przegródek międzykomórkowych i beleczek kostnych, przez co proces cały posunąć się może szybciej ku powierzchni wyrostka s. natomiast spostrza struktura przegródek i beleczek kostnych opiera się temu procesowi przebicia na zewn., które w ogólności okazuje nieznaczny wpływ na zmniejszenie ciśnienia wewn. komórek w stanie zapalnym. Ten wzmógłony ucisk wysięku zapalnego przyczynia się w znacznej mierze do powstania ognisk martwicowych w kości, które to ogniska należy, zdaniem autora, odróżnić od martwicy na tle zakażenia drobnoustrojami. Przeciętny okres rozwinięcia się martwicy i ognisk zanikowych kości wyrostka s. przypada zdaniem a. na 4-ty tydzień, w którym to czasie radzi a. wykonywać zabieg operacyjny, polegający na doszczętnem usunięciu ognisk martwiczych i ropnych, z oszczędzeniem nowotworzącej się kości.

HOFER. Prawostronne porażenie n. abducentis wskutek ograniczonego meningitis serosa w przebiegu przewlekłego obuustronnego ropnego zapalenia ucha środkowego. (Mon. f. Ohr. 1925. H. 6).

Otjatrów interesują najbardziej banalne porażenia n. abducentis, które mogą być: 1) pochodzenia odruchowego porażenia n. vestibularis, jako wynik podrażnienia błędnika w ostrem lub przewlekłym ropieniu z ucha, 2) wskutek zakaźnego neurytu, 3) wskutek przejścia procesu ropnego z ucha środkowego przez canalis caroticus i sinus cavernosus na n. abducens, 4) wskutek jakiegoś procesu u szczytu piramidy, 5) wskutek ucisku nerwu przez ropień zewnątrzoponowy lub okołozatokowy, 6) z przyczyny meningitis serosa circumscripta lub diffusa, 7) jako część objawu Gradenigo, 8) niekiedy wskutek kiły, 9) lub z przyczyny traumy. A. podaje własny przypadek porażenia prawostronnego n. abducentis, pochodzenia traumatycznego. A. tłumaczy to porażenie wylewem krwawym do opony z późniejszym meningitis serosa. Porażenie po 3^{1/2} miesiącach ustąpiło.

V. d. HUTTEN. Zachowanie się oczopląsu w labyrinthitis serosa. (Arc. f. N. O. K. 115. B3H.).

A. podaje przypadek, w którym po radykalnej operacji ucha wystąpiły objawy błędnikowe, a w dalszym przebiegu nawet mózgowy, przyczem Ny. najpierw był w stronę chorą, po 24 g. zmienił się w stronę zdrową, poczem po dwóch dniach znów zjawił się w stronę chorą. Weber był stale w stronę chorą. Chory wyzdrowiał. Opierając się na tem spostrzeżeniu i powołując się na zdanie w tej sprawie *Neumann'a*, autor uważa, że podobne zachowanie się Ny. należy tłumaczyć labyrinthitis serosa i wobec tego rokowanie może być dobre.

DEMETRIADES. Wpływ baania pobudliwości błędnika na naczynia głowy i rezonans czaszki. (Mon. f. Ohr. 1925. H. 9).

Experymentalnie zostało stwierdzonem, że vasomotory wywierają wpływ na zmiany rezonansu czaszki. Dla określania rezonansu a. posługuje się własnego pomysłu przyrządem t. zw. „kranioakustikonem“, podając w swej pracy sposób jego użycia i rysunek.

Chcąc sprawdzić, czy oziębianie błędnika może powodować zmianę w naczyniach głowy, a. przeprowadza doświadczenia na psach i kotach, stosując metodę *Wagner-Gärtnera*. Ochładzając błędnik otrzymywał zmniejszenie liczby kropeł krwi po przeciwnej stronie, ogrzewając — zmniejszenie po stronie badanej.

Wnioski a. są następujące: 1) badanie rezonansu czaszki pozwala ustalić wahania w napełnieniu naczyń wewnątrz czaszki, 2) wszystkie metody podrażnienia błędnika wywierają wpływ na rezonans czaszki, 3) obniżenie rezonansu bywa po stronie Ny, wzmożenie po stronie zbaczania, 4) odczyn rezonansu stoi w związku z wahaniami naczyń wewnętrznych, 5) zmiany w naczyniach polegają głównie na zwolnieniu obiegu po stronie Ny, 6) stosunek pomiędzy rezonansem czaszki a podrażnieniem błędnika jest objawem naczyniowym, 7) odczyn naczyniowy ma duże znaczenie w fizjologii i patologii błędnika.

DE PARREL. Technika wykształcenia słuchu za pomocą tuby akustycznej. (Rev. de Lar. 1926. Nr. 13).

A. proponuje „acoutube“ trąbkę akustyczną, swego pomysłu, która posiada dobre przewodnictwo dźwięku, nie wywołuje żadnych podrażnień, zawrotów, oraz uwzględnia przewodnictwo kostne, gdyż, mając zakończenie płaskie, może być przykładaną do kości skroniowej. Składa się z rury o szkielecie metalowym, ustnika dopasowanego do podbródka, oraz tubusa płaskiego ze specjalnego materiału. Nasada ustna dla celów dezynfekcji pokryta jest kapiszonem z płótna. Przy nauczaniu chorego należy najpierw wymawiać samogłoski, potem dopiero przejść do spółgłosek. A. radzi używać dźwięków a, e, u, w połączeniu z r. gdyż dźwięki te dają silne drgania, wywołujące ruch kostek. Wąsowski.

PORTMANN G. et KISTLER: Wiązki nabłonkowe kanałów półkulistych błoniastych błędnika. (Rev. de laryng. d'oto et de rhinol. Nr. 47—26.

Badania porównawczo-histolog. błędnika u wyższych kręgowców przeprowadzone przez autorów wykazały, że wzdłuż wewn. i zewn. krzywizny kanałów półkulistych błoniastych znajdują się wąskie przegródki nabłonkowe, nazwane przez nich bandelettes, long. intern. etxern. w których nabłonek wykazuje większe zagęszczenie aniżeli w któremkolwiek innym miejscu błędnika. Zewn. przegródki wychodzą z nabłonka brukowego, ograniczającego na zewn. grzebień słuchowy, a przebiegają wzdłuż krzywizny zewn. bańki błędnika oraz wzdłuż całej zewn. powierzchni kanału półkulistego, aż do łagiewki. W miejscu połączenia tych kanałów z łagiewką przechodzi nabłonek wyżej wspomnianej przegródki bezpośrednio w nabłonek łagiewki. Przegródka nabłonkowa wewn. składa się z 2-ch symetrycznych połów złączonych w jedną całość a rozciągających się wzdłuż krzywizny wewn. kanału błoniastego błędnika aż do łagiewki. W całym tym przebiegu łączą się wyżej wspomniane przegródki nabłonkowe z gałązkami większych naczyń krwionośnych, biegnących obok kanału błoniastego błędnika, po którego wewn. stronie gałązki naczyń krwionośnych są znacznie większe, aniżeli na zewn. powierzchni łuku błędnika. Budowa histologiczna powyższych przegródek nabłonkowych wykazuje nabłonek płaski z silnie barwiącym się jądrem o komórkach ściśle do siebie przylegających, ułożonych w 4—5 rzędach.

WODAK E. W sprawie dokładnego klinicznego zróżnicowania stopnia pobudliwości narządu przedSIONKOWEGO. (Acta otolaryng. T. 9-1-2/26.

A. zwraca uwagę na tę okoliczność, że przy ocenianiu nadmiernej pobudliwości błędnika nie wystarcza tylko badanie oczopląsu, lecz trzeba w każdym przypadku jeszcze uwzględnić zachowanie się odczynu napięcia mięśni szkieletowych i próbę zbaczania palca, wywołanych podrażnieniem ciepłikowem ucha. Próby te dają o wiele dokładniejszy

i b. wyczerpujący obraz różnych stanów pobudliwości błędnika, ujętych, jak dotąd tylko, w 4 zasadnicze punkty: 1) zupełnej niepobudliwości, 2) zmniejszonej pobudliwości, 3) prawidłowej pobudliwości, i 4) nadmiernej wrażliwości błędnika. W celu rozszerzenia tego podziału a. poleca ująć poszczególne stany pobudliwości błędnika w 10 grup, któreby równocześnie przeciwstawiały sobie te dwa odczyny błędnikowe: oczopląs i napięcie mięśni (tonus) szkieletowych. Podział ten umożliwiłaby jednocześnie neurologom łatwiejsze orjentowanie się w chorobach układu nerwowego centralnego, związanych z zaburzeniami czynności błędnika.

BORRIES G. V. Powolny oczopląs. (Z. f. Hals-Nas. Ohrhd. 3/26.

A. opisuje 9 przypadków, w tem 4 na tle kiły, w których przy próbie obrotowo-cieplikowej występował b. powolny oczopląs poziomo-obrotowy. Nieprawidłowości w zachowaniu się tego oczopląsu udało się zauważyć we wszystkich trzech płaszczyznach łuków błędnikowych. W jednym przypadku a. zauważył wypadnięcie oczopląsu pionowego ku górze, podczas gdy pionowy w dół był stosunkowo silnie zaznaczony. W przypadku zmniejszenia się oczopląsu cieplikowego można było znaleźć jeszcze inne cechy zaburzenia tego odczynu, a mianowicie jego zmienność do tego stopnia, że zmniejszenie się pobudliwości błędnikowej i prawidłowy sposób oddziaływania zmieniały się często na jednym i tem samym posiedzeniu. Do charakterystycznych wreszcie objawów należy obustronne ilościowe i jakościowe występowanie odczynu cieplikowego. Ztąd autor wyciąga wniosek, że objaw ten stoi w ścisłym związku z ośrodkowym mechanizmem kompensacyjnym błędnika, a przyczyna, wywołująca to zaburzenie, może działać zarówno obwodowo, jako też i ośrodkowo.

NYLEN C. O. Guz mózgu, wywołujący oczopląs zależny od położenia głowy i zwrotu oczu po podrażnieniu cieplikowem. (Acta otolaryng. T. 8—12/26).

W przypadkach guza mostu Var. i kąta mostowo-mózdkowego, stwierdzonego na sekcji a. mógł za życia zauważyć wyraźny oczopląs poziomo-obrotowy, który był zależny od położenia głowy. W przypadku guza mostu Var. wystąpiło po podrażnieniu cieplikowem ucha wyraźne zbaczanie gałek ocznych, które a. odnosi do podrażnienia jąder podkorowych, mięśni ocznych i samego błędnika. Tak samo ten swoisty odczyn cieplikowy należy zdaniem a. odnieść nie do zaburzeń ośrodków korowych, lecz do działania bezpośredniego uciskowego na jądra podkorowe wyżej wspomnianych narządów zmysłowych i ich wzajemnych połączeń ze sobą.

BIEHL G. Otwarcie okienka okrągłego. (Acta otolaryng. B. d. 8/26).

W przypadkach wzmocnienia ucisku śródczaszkowego, połączonego z tarczą zastoinową, znacznem podniesieniem ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego oraz innemi objawami uciskowemi ze strony

nerwów mózgowych a. otrzymywał dobre wyniki, a w jednym przypadku nawet zupełne wyleczenie po jednostronnem otwarciu okienka okrągłego. W przypadkach tych tarcza zastoinowa ustępowała powoli, również też bystrość słuchu ulegała zwolna poprawie. W jednym z takich przypadków szept wynosił 2 metry, w drugim dochodził do 1 m. Ten sposób powolnego zmniejszenia ciśnienia śródczaszkowego ma zdaniem autora tę przewagę nad nakłuciem łądźwiowem względnie potylicznem, że wpływ nadmiaru płynu mózgowo-rdzeniowego może się odbywać stale i wolno w przeciwieństwie do czasowych tylko upustów przy nakłuciu łądźwiowem. To zmniejszenie ciśnienia śródczaszkowego wyżej podanym sposobem możliwe jest tylko przy swobodnej komunikacji pomiędzy przestrzenią podoponową a wnętrzem błędniaka. W razie obecności zrostów w tej przestrzeni płyn mózgowo-rdzeniowy odpływa w niedostatecznej ilości przez błędnik. Wtórnego zakażenia błędniaka przez otwarcie okienka okrągłego a. nie obawia się.

Laskiewicz.

LEIDLER. Przyczynek do wskazań i do operacyjnego otwarcia błędniaka. (Mons. f. Ohr. 5. 1926 r.

Wskazaniem do operacyjnego leczenia ropnych spraw zapalnych ucha wewnętrznego były dotychczas: 1) powikłania wewnątrzczaszkowe pochodzenia błędniakowego; 2) rozlane sprawy zapalne ucha wewnętrznego z zanikiem czynności narządów odbiorczych z temperaturą powyżej 38° lub też z temp. niższą, przyczem objawy burzliwe (zawroty głowy wymioty, oczopląs trzeciego stopnia) trwają dłużej niż 4 dni; 3) widoczne zmiany w otoczce kostnej błędniaka przy braku pobudliwości narządów ucha wewnętrznego. L. na zasadzie statystyki, obejmującej 13 przypadków, sądzi, że wskazania wyżej wymienione należy uzupełnić. L. uważa za wskazane otwarcie błędniaka; 1) w przypadkach schorzenia zapalnego ucha wewnętrznego z porażeniem n. twarzewego przy zachowanej czynności (?) narządów odbiorczych; 2) w przypadkach ograniczonego schorzenia ucha wewnętrznego, w których po dokonaniu doszczętnej operacji ucha środkowego są objawy, wskazujące na postępujący charakter cierpienia (ból głowy, zawroty głowy, stopniowy zanik funkcji) nie należy czekać na zupełny zanik czynności narządów odbiorczych i ucho wewnętrzne otworzyć; 3) w przypadkach ropni mózdkowych lub też głębokich ropni przyoponowych tylnej jamy czaszkowej dopuszczalne jest utworzenia sobie dostępu przez otwieranie zdro-
wego błędniaka.

B. Karbowski.

DR. ARTHUR M. ALDEN AND HARRY W. LYMAN. Zaburzenia przewodzenia pokarmowego u niemowląt jako skutek utajonego zakażenia wyrostka sutkowego. (The Laryngoscope 1925. Nr. 12).

Maurice Renaud w roku 1921 przeprowadził badania pośmiertne ucha środkowego i wyrostka sutkowego na 70 zwłokach niemowląt, zmarłych wskutek biegunki dziecięcej. We wszystkich tych wypadkach znaleziono wybitne ropienie w uchu środkowym; w 30

przypadkach chorobę tę rozpoznano za życia, w 40 przeoczono. Ostateczne rozpoznanie w większości przypadków było — biegunka dziecięca. Kliniczny przebieg we wszystkich przypadkach był: postępująca athrepsia, wymioty, biegunka, ostateczne wycieńczenie i śmierć. Zmiany patologiczne we wszystkich tych przypadkach były negatywne pod względem przewodu pokarmowego, i tylko w niektórych znaleziono hyperplazję tkanki limfoidalnej. Śmierć tych osesków nastąpiła wskutek infekcji, a nie wskutek dyspepsji. Uszy muszą być zawsze zbadane i dokonana antrotomia, jeżeli po kilku dniach leczenia zachowawczego nie następuje polepszenie. Djeta odegrywa drugorzędą rolę. Badanie uszu u takich niemowląt rzadko wykazuje zwykłe objawy ostrego ropienia w uchu środkowym i wyrostku i w żadnym przypadku nie można było stwierdzić zewnętrznych objawów zajęcia wyrostka. Bł. bębnowa może być zmętniała i szara; lekkie zaczerwienienie, czasem wypuklenie, normalny połysk zmienia się w brudno szare zabarwienie; nieprzejrzysta. Jeden objaw zwykle znajdowany — opuszczenie górnej i tylnogórnej ściany przewodu zewnętrznego, przylegającego do bł. bębnowej. Lecz objaw ten może być łatwo przeoczony przy niedostatecznym oświetleniu ucha.

A. w ciągu 2 lat dokonali antrotomji na 15 niemowląt z athrepsją w wieku od 2 — 14 miesięcy; 8 wyzdrowiało, 7 zmarło, przyczem zabieg sam nie był przyczyną zgonu, a to, że przeważnie operowano in extremis. Badanie bakterjologiczne wykazało streptococcus hemolyticus w 11 prz., w jednym pneumococcus. W 9 oba uszy były zajęte.

Jeżeli się uwzględni, że części wypadków śmiertelnych można byłoby uniknąć, gdyby zabieg dokonany był niezwłocznie, dalej, że śmiertelność przy tej chorobie wynosi 100%, to już sam fakt uratowania 50% chorych przemawia za wartością tego sposobu leczenia.

MAYER. Obustronne zapalenie wyrostka sutkowego u bliźniąt podczas ząbkowania. (The Laryngoscope 1926. Nr. 4).

Ząbkowanie jest sprawą fizjologiczną, ale u dzieci delikatnych i wysoce nerwowych, może wywołać dużo objawów odruchowych, czasem nawet bardzo poważnych. A. przytacza przypadek bliźniąt, u których wyrzynanie się zębów było poprzedzane znacznym podniesieniem ciepłoty, drgawkami, wystąpiło ostre zapalenie obu uszu środkowych z samoistnem przebieciem błon bębnowych, potem zapalenie wyrostków sutkowych z groźnymi objawami. U obu bliźniąt a. dokonał obustronnego otwarcia wyrostka sutkowego, ciepłota jednak była podniesiona, pomimo prawidłowego gojenia się rany i opadała po wyrznięciu się zębów. U jednej z dziewczynek już po zagojeniu się rany po 3 tygodniach wystąpiło porażenie n-wu twarzowego. Rana została otwartą i sączkowaną. Po kilku tygodniach porażenie ustąpiło.

CULLOM. Ropień ucha środkowego (The Laryngoscope 1926. Nr. 6).

A. w ciągu 6 lat obserwował wiele przypadków ropnego zapalenia ucha środkowego wklajających ropienie zatoki szczękowej tej że strony. Według obserwacji a., 85% przypadków zapalenia wyrostka sutkowego operowanych przezeń wykazywało ropienie zatoki szczękowej po stronie chorego ucha. I nic dziwnego, dziwnem natomiast jest to, że u wszystkich, cierpiących na ropienie zatoki nie rozwija się ropień ucha środkowego, wobec tego, że ropa spływająca z choan ustawicznie omywa ujście trąbki Eustachjusza i dzięki temu zakażenie jest bardzo łatwe.

KAHN i PERLMANN. *Rozpoznawanie gruźlicy ucha* (The Laryngoscope 1926 Nr. 6).

U dzieci do 2 lat ropienie ucha pochodzenia gruźliczego stanowi 27 — 50% ropień ucha według różnych autorów. Po 2 latach odsetka ta znacznie się zmniejsza i waha się w granicach 10 — 23%. Zwykle bywa wtórna. Niekiedy jednak uważają, że może być i pierwotną i wówczas zarazek trafia do ucha drogą krwi, zwłaszcza w przypadkach gruźlicy wyrostka sutkowego bez uprzedniego zajęcia jamy bębenkowej. Najczęściej jednak zakażenie następuje drogą trąbki Eust. przy pierwotnym ognisku w płucach. Kliniczne objawy (niekoniecznie decydujące): liczne przedziurawienia bł. bęben., gruzelki prosówkowate lub ziarnina na bł. bębenk., ropienie, brak bólu na początku, porażenie n-wu twarzowego, obrzmienie sąsiednich gruczołów. uszkodzenie strzemiączka, znaczne przytępienie słuchu, prędkie zniszczenie błony bębenkowej, obecność włóknistej warstwy na przedgórzu. Decydującem jest wykrycie prądków K, badanie histologiczne ziarniny, odczyn tuberkulinowy, próba Pirque'ta, szczepienie zwierzętom. Wingraw w 100 przypadkach ropienia ucha stwierdził częstą obecność prątków kwasoodpornych, które mogą wprowadzić w błąd. Użycie antyforminy usuwa błędy. Wielu jest zdania, że prątki wykrywa się tylko w $\frac{1}{3}$ przypadków gruźlicy, zwłaszcza w późniejszych okresach, więc nie wykrycie ich jeszcze nie wyklucza gruźlicy, jeżeli są inne objawy kliniczne. Wielu otologów uważa za pewniejsze anatomo-patologiczne badanie ziarniny, co może być uskutecznione w ciągu 15 min. Najpewniejsze jest szczepienie zwierząt, lecz praktycznie nie ma ono znaczenia, gdyż wymaga dużo czasu (2 miesiące) dla otrzymania wyniku, a wczesne rozpoznanie gruźlicy ucha jest b. ważne ze względu na możliwe poważne powikłania wewnątrzczaszkowe.

Rozwadowski.

Protokół walnego Zgromadzenia Pol. Tow. Otolaryng. odbytego w Warszawie 29 czerwca 1926 roku.

Vice Prezes Dr. *Lubliner*, powitawszy gości, zwraca uwagę w krótkim przemówieniu na stratę, jaką poniosło T-wo wskutek śmierci ś. p. Prof. *T. Herynga*, dnia 29-go sierpnia 1925 roku. W celu uczczenia pamięci zmarłego, honorowego prezesa T-wa, odbyło się specjalne posiedzenie w dniu 24-go września

r. ub. Po tem przemówieniu na przewodniczącego walnego zgromadzenia powołany został Dr. *D. Hellin*, na sekretarza Dr. *B. Karbowski*.

Sekretarz Tow. Dr. *Polański* odczytał sprawozdanie za rok 1925/26, które zostało przyjęte. Sprawozdanie o zawiązaniu się i działalności Sekcji Poznańskiej wygłosił Dr. *Laskiewicz*. Podani przezeń członkowie zostali przyjęci drogą akklamacji jednogłośnie. Sprawozdanie Sekcji Wileńskiej przedstawił Prof. *Szurło*: posiedzeń odbyto 12 przy stałym udziale 10-ciu członków, referatów wygłoszono 6, pokazów chorych 19, preparatów anatomicznych 3, pokaz nowego aparatu, utrzymującego głowę chorego podczas operacji 1. Kolega *Schwarcbart* z Krakowa przedstawił stan rzeczy w Krakowie. Mówił o zabiegach własnych w celu zawiązania Sekcji Krakowskiej i o podjęciu się obowiązków referenta w Internationales Zentralblatt, gdzie streszcza prace polskich otolaryngologów; przytem prosił o przesyłanie mu odbitek prac w celu streszczania ich w tem piśmie. W ten sposób polska nauka otolaryngologiczna stanie się więcej znana. Sprawozdania przedstawicieli Sekcji zostały przyjęte i wszyscy przedstawieni członkowie przyjęci przez głosowanie.

Dr. *Guranowski* w imieniu redakcji złożył sprawozdanie z pracy Komitetu redakcyjnego. Poruszoną została sprawa składek członkowskich, które nieregularnie wpływają. Głos w dyskusji zabierali Prof. *Szurło* i kol. *Schwarcbart*. Dr. *Hellin* proponuje rozesłać blankiety celem otrzymania w ratach zaległej sumy.

Kol. *Karbowski* zwraca uwagę na konieczność referowania prac Przegl. Otolar. w językach obcych. Zawdzięczając kol. *Schwarcbartowi* i *Laskiewiczowi* prace polskie od roku są referowane w piśmiennictwie niemieckim, koniecznem jest referowanie tych prac i w języku francuskim. Prof. *Szurło* zgadza się nadesłać streszczenia prac w języku polskim tłumaczyć na język francuski.

Dr. *Godfryd* odczytuje sprawozdanie kasowe. Dr. *Pieniążek* zwraca uwagę na niestosowność korzystania z ogólnych funduszków na wydatki Sekcji Warszawskiej. Postanowiono utworzyć specjalny fundusz na wydatki lokalne. Sprawa odbitek: postanowiono wydawać autorowi 25 odbitek bezpłatnie; powyżej 25 odbitek można otrzymać za specjalną dopłatą. Dr. *Mejerson* proponuje nie rozsyłać Przegl. Otolar. tym kol. którzy zalegają za 1925 r. w opłacie składek. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej, złożone przez Dr. *Chorażyckiego*, zostało przyjęte.

Wybory nowego zarządu: na zasadzie statutu Tow. pierwszy vice-prezes automatycznie obejmuje godność prezesa; drugi vice-prezes obejmuje godność pierwszego vice-prezesa. Dr. *Lubliner* jest przeciw zastosowaniu § stat., albowiem uniemożliwiłoby to wejście nowych ludzi do zarządu. Dr. *Lubliner* zrzeka się godności prezesa. Dr. *Chorażycki* i prof. *Szurło* uważają, że niema powodu do zmiany statutu, i proszą Dr. *Lublinera* o przyjęcie ofiarowanej mu godności prezesa. Przewodniczący Dr. *Hellin* proponuje powtórnie Dr. *Lublinerowi* przyjęcie należnej mu według statutu godności prezesa. Wybory drugiego vice-prezesa, sekretarza, skarbnika i bibliotekarza. Wybrani zostali: vice-przewod.: *Laskiewicz*, sekretarz: *Chorażycki*, skarbnik: *Godfryd*, bibliot.: *Gumiński*, komisja rewizyjna: *Gumiński* i *Polański*.

Do Redakcji Przeglądu Otolar. wybrani zostali: jako redaktor naczelny Prof. *Szurło*, jako sekretarz Dr. *Wąsowski*, jako wydawca Dr. *Czarnecki*. Skład redakcji uzupełniony został przez wybór przedstaw. Krakowa Kol. *Schwarcbarta*. Dr. *Guranowskiemu* wyrażono uznanie za pracę owocną w redagowaniu Przeglądu i podkreślone zostały jego zasługi na polu wydawnictwa.

Dr. *Pieniążek* zabiera głos w sprawie zmian niektórych §§ statutu, a mianowicie:

§ 17. W zebraniu mogą uczestniczyć z głosem doradczym wszyscy członkowie obecni na Walnem Zebraniu.

§ 24. Zmieniony na zasadzie uchwały 9 punktu walnego zebrania.

Przegłosowany i przyjęty został wniosek kol. *Schwarcbarta*: Zawiadomienie o walnem zebraniu ma nastąpić przynajmniej na dwa miesiące przed zjazdem. Następny zjazd postanowiono odbyć w 1927 roku w końcu Czerwca w Wilnie. Jako tematy zasadnicze wyznaczono: 1) Znieczulenie w otolaryngologii referat Prof. *J. Szmurło* i Dr. *Karbowski*. 2) Klinika i anatomja patologiczna twardzieli Prof. *T. Zalewski*.

Sprawozdanie z posiedzenia naukowego walnego zebrania Pol. Tow. Otolaryn. dn. 29.VI 1926 r., przewodniczący Dr. *Laskiewicz*, sekretarz Dr. *Schwarcbart*. Referat kol. *Schwarcbarta* p. t. „Direktoskopia wedł. Haslingera w Klinice i praktyce“: Laryngoskopia bezpośrednia winna odpowiadać 4 warunkom: swoboda obu rąk lekarza, obuoczna inspekcja, szerokie pole widzenia, bezpośredni dostęp do pola operacyjnego. Prelegent omawia dodatnie i ujemne strony szeregu przyrządów od haka Killiana poprzez wziernik Polyaka, autoskop Wagenera, przyrząd J. Pieniążka, aż do autoskopu Seiferta i direktoskopu Haslingera. Tym przyrządem prelegent przeprowadził 129 badań, zabiegów operacyjnych wykonał 27. Zdaniem prelegenta laryngoskopia bezpośrednia zasługuje na uwagę i rozpowszechnienie; zastępuje ona nieraz tracheo i oesophagoskopję, czasem metody krwawe; w pewnych razach, zwłaszcza u dzieci nie da się niczem zastąpić.

Dyskusja: *Srebrny* zaznacza, iż laryngoskopia bezpośrednia zaczyna się nie od Killiana, lecz już od Kirsteina, a nawet od Voltoliniego. *Dobrowolski* dodaje, iż niekiedy i autoskop Seifferta oddaje dobre usługi; zastosowanie pompki ślinowej jest konieczne; zastrzyknięcie morfiny-skopalaminy ułatwia bardzo stosowanie metody. *Lubliner* jest zdania, iż lokalna anestezja u dzieci jest niewskazaną. Doświadczenia, które *Schwarcbart* zebrał na rozległym materiale w swej poważnej pracy, są cenne i muszą być uwzględnione. *J. Pieniążek* zaznacza, że demonstrowany przezeń zeszłego roku szpatel istotnie nie odpowiada drugiemu warunkowi prelegenta, albowiem jedna ręka zajęta jest trzymaniem przyrządu. Zaletę szpatla stanowi możliwość jego zastosowania przed wprowadzeniem tracheoskopu i bronchoskopu, po których wprowadzeniu można szpatel odłożyć. Pozatem szpatel odznacza się prostotą i taniością. *Pieniążek* czyni zarzut prelegentowi, że w pierwszej swojej pracy p. t. „Rozwój laryngoskopji bezpośredniej“ przedstawia sprawę tak, jak gdyby Pieniążek (P.) wzorował się w dolnej tracheoskopji na Kirsteinie, co jest błędne. P. wychodził z modelu Politzerowskiego wziernika usznego. *Laskiewicz* stosuje w Klinice U. P. direktoskop Haslingera od lat 1^{1/2}. W celu umożliwienia dokładnego obejrzenia przedniej okolicy podgłośniaowej, oraz przedniej ściany tchawicy poleca ucisk końcami palców asystującego na przednią powierzchnię szyji tuż poniżej chrząstki tarczycowej, na sposób „Gegendruck—autoskopie“ Brüningsa.

Schwarcbart w odpowiedzi wyjaśnia: 1) Srebrnemu, iż laryngoskopia bezpośrednia w tem znaczeniu jak to w referacie ujęto (samoczynne ustalenie) zaczyna się dopiero od Killiana, 2) Dobrowolskiemu, że przyrząd J. Pieniążka jest w pierwszej pracy uwzględniony, 3) Pieniążkowi, że słuszna jego uwaga

wynika z wypuszczenia przez składacza całego zdania z pierwszej pracy, przeoczonego przy korekcie.

Srebrny demonstruje direktoskopję na swoim pacjencie.

Schwarcbart i *Srebrny* udzielają wyjaśnień na interpelację co do praktycznej strony metody. *Schwarcbart* demonstruje przyrządy chirurgiczne do operacji w direktoskopie.

Chorążycki wygłasza referat p. t. „O ropniach podpowięzioskroniowych“.

O ropniach podpowięzioskroniowych. B. *Chorążycki*. Literatura ropni podpowięzioskroniowych jest bardzo skąpa.

Anatomja topograficzna przedstawia się jak następuje: powięź skroniowa zamyka z zewnątrz pochwę kostno-włóknistą, w której leży wachlarzowaty mięsień skroniowy. Pochwa jest otwarta ku dołowi i łączy się z tyłu z przestrzenią zajęta przez przyusznicę, z przodu z przestrzenią leżącą przed bulla adiposa Bichatii. W obydwu tych przestrzeniach znajdują się gruczoły chłonne (lymphoglandulae parotideae profundae, lymphogl. buccinatoriae).

Etjologia: Pomijając ropnie pochodzenia urazowego należy się zastanowić głównie nad ropniami podpowięzioskroniowymi stojącymi w związku ze sprawami zapalnymi w najbliższym sąsiedztwie. 1) Przedewszystkiem należy wymienić ropnie pochodzenia przyuszniczego, które się rozwijają wskutek zropienia wyżej wymienionych głębokich gruczołów chłonnych przyusznicznych. 2) Na drugim miejscu stoją ropnie zależne od zropienia gruczołów chłonnych leżących na m. buccinatorius. Zropienie to stoi zwykle w związku ze sprawami zapalnymi w okolicy nosa i powiek. 3) Zapalenie okostnej szczęki górnej, zarówno jak i ropnie jamy szczękowej (highmoritis), mogą dać powód do utworzenia ropnia podpowięzioskroniowego. 4) Zapalenie okostnej szczęki dolnej, będące skutkiem próchnienia zębów, może również być przyczyną rozległych ropni, które się szerzą z dołu w górę („phlegmon profond temporo-sous-massétérien“ Gosselin'a). 5) Zropienie gruczołów chłonnych leżących głęboko w fossa pterygo-palatina, będące w związku czy to z zapaleniem okostnej kości sąsiednich, czy to z zapaleniem zakrzepowem splotu skrzydłowego, może również spowodować utworzenie się ropnia głębokiego, który się przedostaje powoli pod powięź skroniową i nasładowuje nieraz — podług Lexera promienicę albo nowotwory złośliwe.

Co do zależności od spraw usznych, to w piśmiennictwie wskazówek na to niema. Ropnie podpowięzioskroniowe mogą atoli nieraz dać obraz kliniczny taki, że otolog stoi przed trudnem zadaniem, czy ma jednocześnie z przecięciem ropnia przedsięwziąć dłutowanie wyrostka sutkowego, czy nie. Chodzi oczywiście o te przypadki, w których jest ropienie z ucha i nieznaczny obrzęk oboczny za uchem.

Przy leczeniu chirurgicznem należy mieć na względzie możliwość zranienia powierzchownej tętnicy lub żyły zkroniowej. Przy otwieraniu ropnia ze strony jamy ustnej należy się liczyć z możliwością zranienia arter. maxillaris internae.

Dyskusja: *Hellin* w 2 przypadkach u dziewcząt otwierał ropnie podpowięzioskroniowe od strony jamy ustnej z dobrym skutkiem; przypomina, iż *Luc* naczał od przodu zewnętrznego ucha inni od zewnątrz. *Pieniążek* jest zdania, iż otwarcie ropnia nie zawsze doprowadza do zupełnego wyleczenia; sprawa przewleka się, przebiega pod postacią sepsy, co zmusza niekiedy do podwiązania żyły jarzmowej, gdyż chodzi tu o periphlebitis okolicy korzonków tej żyły. *Szmurło* jest zdania, iż w przedłużających się przypadkach ropni przedpowięzio-

skroniowych z obrzękiem okolicy za uchem należy przyjąć etiologję uszną. *Laskiewicz* uważa, iż w podobnych przypadkach może być pomocną w rozpoznaniu próba przewodnictwa ciepła *Zalewskiego*. *Karowski* zaznacza, iż przy typie mastoiditis superior-anterior mogą znaleźć się ropnie nie tylko pod powięzią, ale i pod mięśniem skroniowym; odciągnięcie mięśnia i rewizja fossae temporalis prowadzą tu dopiero do wyleczenia. *Hellin* jest zdania, iż najważniejszym jest rozstrzygnięcie czy sprawa jest umiejscowioną, czy ogólną. *Lubliner*: wyniki uzyskane przez *Hellina* jego metodą nie dadzą się uogólnić; przypadek *Szurły* wskazuje, że możliwe są pomyłki, przez nieskuteczny zabieg można pacjenta zrazić. *Chorążycki* uważa, że przypadek *Luca*, przytoczony przez *Hellina* nie jest ropniem podpowięzioskroniowym.

Dobrowolski wygłasza referat p. t. „Laryngoskopia u dzieci“. Prelegent dzieli dzieci pod względem trudności zbadania ich zależnie od wieku na 4 kategorie: 1) Oseki, u których laryngoskopia pośrednia bywa przeważnie niewykonalna; badanie krtani tych pacjentów można uskutecznić bezpośrednio naciskając podstawę języka szpatlem, najlepiej Frenklowskim najmniejszego kalibru, lub trzonkiem łyżeczki od kawy. 2) Dzieci od 1½ do 6 lat życia już dużo łatwiej można zlaryngoskopować. Uprzednio należy dobrze zakokainować gardło dziecka 10^{0/0}—20^{0/0} kokainą; dzieci bardzo dobrze znoszą kokainę i nigdy prelegent nie widział poważniejszych objawów zatrucia. 3) Dzieci do lat 6—7 już często dają zlaryngoskopować się jak dorośli. Niekiedy należy uciekać się do narkozy. Najczęściej prelegent używa chloroformu. 4) Dzieci do lat 15 już rzadziej potrzeba usypiać a raczej odurzać chloroformem.

Z przeszkód przy badaniu krtani dzieci lusterkiem, możemy napotkać je przy wejściu do ust, w ustach, na podniebieniu oraz w gardle i krtani.

Gdy dziecko broni się przed otwarciem ust, zatykamy nozdrza dziecku i wprowadzając ostrożnie szpatel otwieramy usta. W ustach spotykamy: stany zapalne dziąseł i t. p. które utrudniają badanie, w gardle przerost migdałów, ślinienie, i t. p. W krtani bardzo trudną do pokonania przeszkodą bywa pochylona lub zwinięta w rurkę nagłośnia, zwalczamy to kokainą lub szpatlem Reicherta lub Mermoda.

Diskusja: *Pieniążek* uważa, iż każde dziecko podejrzane na krup winno być zlaryngoskopowane. W przypadkach ostrych zwężeń lepsze wyniki daje laryngoskopia bezpośrednia. *Schwarzbart* uważa, iż kokaina u dzieci nie jest wskazaną, zresztą nie stanowi ona żadnego udogodnienia, gdyż opór dzieci trzeba i tak siłą przezwyciężyć. Gdy zbadanie lusterkiem się nie udaje jest wskazaną laryngoskopia bezpośrednia w zamroczeniu lub uśpieniu. *Laskiewicz* zaleca dla uprzyświeśnienia badania kulociąg językowy i rozwieracz *Whiteheada*. *Dobrowolski* odpowiada *Schwarzbartowi* i *Pieniążkowi*, iż uwzględnił w swym referacie tylko metodę pośredniej laryngoskopji. Zapewne często daje ona mniejsze wyniki niż bezpośrednia, jednak w nagłych przypadkach duszności wskutek ciał obcych w krtani lub tchawicy oddaje należyte usługi. Co do stosowania laryngoskopji bezpośredniej oraz zakładania kulociągu, to w praktyce prywatnej napotykają te zabiegi na opór i niechęć otoczenia.

Flokstrumpf wygłosił referat p. t. „Leczenie radem w otolaryngologii (streszczenie nie nadeszło).

Karowski — referat p. t. „Przyczynę do anatomji patologicznej zaniku narządów zmysłowych błędniaka błoniastego“ (streszczenie nie nadeszło).

Dyskusja: *Laskiewicz* zapytuje czy w przypadkach zmian zanikowych nabłonka zmysłowego błędnika zauważył prelegent zmiany w zachowaniu się chromatyny (chromatoliza) oraz samych komórek zwojowych ślimaka. *Karowski* odpowiada: chromatoliza dotyczy tylko przypadków początkowych zmian zanikowych w błędniku, wskutek tego jej tutaj być nie mogło.

Laskiewicz wygłosił referat p. f. „Fototerapia w otolaryngologii“ (druk. w Pol. Przegl. Otol. F. III. z. 3 — 4). Dyskusja: *Schwarzbart* zwraca uwagę na zasadnicze zagadnienie helioterapii, które prelegent może zamało uwypuklił. Słońce wysokogórskie, którego terapeutyczne działanie nie ulega już wątpliwości, jest pierwowzorem dla sztucznej helioterapii. Przy wypośrodkowaniu metody sztucznej helioterapii należy dążyć: 1) do usunięcia ujemnych cech helioterapii naturalnej, 2) do zachowania jej cech dodatnich. Ujemnymi są: zależność od miejsca geograficznego, pory roku, pory dnia i nagłej zmiany względnego położenia słońca wobec naświetlanego. Te momenty usuwa właśnie lampa łukowa. Ale należy także zapytać, w jakim stopniu lampa łukowa jest równoznacznikiem słońca wysokogórskiego. Badania w tej mierze są dopiero zaczęte. Pod względem intensywności światła i składu widmowego lampa łukowa Wesselyego jest do światła wysokogórskiego bardzo zbliżona w przeciwieństwie do innych typów lamp łukowych. Intensywność światła słońca wysokogórskiego wynosi 90.000 — 150.000 świec na 1 cm.², w lampie Wesselyego 120.000, widmo lampy tej sięga mniej więcej do 190 MM, podobnie jak widmo słońca wysokogórskiego. Światło tej lampy jest bardzo spokojne. Prelegent przytacza szereg dat dotyczących: 1) zabliznienia owrzodzeń w krtań i jamie ustnej, 2) wpływu na dysfagję i afagję i podaje kryteria kliniczne dla odróżnienia form owrzodzeń, dających dobre widoki leczenia helioterapeutycznego, od form ciężkich i beznadziejnych.

Laskiewicz demonstruje larwy *Mucila Sarcophaga Wohlfartii* w uchu zewnętrznym, opisuje przebieg kliniczny przypadku.

Lubliner zamyka część naukową walnego zebrania wyrażając podziękowanie członkom pozawarszawskim za przybycie i dając wyraz zadowoleniu z poważnego dorobku naukowego pracowicie spędzonych godzin. Prezes żegna uczestników Walnego Zebrania aż do zjazdu w lecie przyszłego roku w Wilnie.

Schwarzbart.

Sprawozdanie z posiedzeń Łódzkiej Sekcji Pol. Tow. Otolaryngologicznego.

Posiedzenie dn. 1. XI - 24 r. obecnych 6 czł. Przewod. Dr. *Czaplicki*, Delegat Warszaw. Tow. Otolar. Dr. *Pieniążek* w przemówieniu zachęca Kolegów Łódzkich do utworzenia Sekcji Łódzkiej Pol. Tow. Otolar. Podnosi ruchliwość innych sekcji, podkreśla żywotność Sekcji Wileńskiej. Jednogłośnie uchwalono założyć Sekcję Łódzką.

Posiedzenie 9. XII - 24 r. obecnych 12. Przewod. Dr. *Czaplicki*. Wybrano zarząd: Prezes Dr. *Rabinowicz*, v.-prezes Dr. *Czaplicki*, sekretarz Dr. *Bronikowski*. Polecono zarządowi wypracowanie regulaminu sekcji; uchwalono zwoływać posiedzenie 1 raz na miesiąc w każdy poniedziałek po 1-szym.

Posiedzenie 12. I - 25 r, obecnych 12. Przewod. Dr. *Rabinowicz*. Dr. *Wołyński* demonstruje 2 chorych, którym w celu wykonania operacji Caldwell-Luca

dokonał znieczulenia obwodowego nerwu klinowo - podniebiennego. Dr. *Mazur* pokazuje chorego operowanego z powodu ropnia na dnie jamy ustnej, przyczem podczas operacji wyjęto z przewodu Wartona duży kamień. Dr. *Rabinowicz* demonstruje chorego po operacji ropnia lewostronnego mózgu; istniejące przed operacją zaburzenie mowy po zabiegu znikło, chory całkiem odzyskał możliwość pracy. Dr. *Małowist* pokazuje chorego z pierwotną gruzlicą nosa.

Posiedzenie 9.II-25 r. obecnych 9. Przewod. Dr. *Rabinowicz*. Dr. *Rabinowicz* pokazuje chorego z nowotworem języka; Dr. *Wajsbrum* chorą z kiłą krtani; Dr. *Małowist* chorą ze zmianami kiłowymi gardła i języka, oraz chorego z fibroadenoma nasi, Dr. *Czaplicki* pokazuje przypadek samoistnego przebicia się ropnia podokostnowego do przewodu słuchowego zewnętrznego u dziecka chorego na ostre ropne zapalenie ucha środkowego, przyczem nastąpiło wygaśnięcie procesu w uchu.

Posiedzenie 2.III-25 r. obecnych 10. Przewod. Dr. *Czaplicki*. Dr. *Wołyński* demonstruje chorą, której dokonał z powodu daleko posuniętej ozeny operacji metodą Hinsberga; wynik zadawalniający. Dr. *Mazur* wygłosił referat p. t. „Kliniczne badanie ucha wewnętrznego jako środek pomocniczy przy rozpoznawaniu kiły“.

Posiedzenie 4.V-25 r. obecnych 12. Przewod. Dr. *Rabinowicz*. Dr. *Helman* demonstruje chorego, któremu usunął guz wielkości grochu z prawej struny głosowej, badanie drobnowidowe ustaliło budowę raka, oraz drugiego chorego, któremu usunięto z nasady języka torbiel wielkości orzecha włoskiego, Dr. *Czaplicki* pokazuje 4 dzieci po operacji radykalnej ucha oraz przypadki laryngotracheotomji z powodu krupu.

Posiedzenie 6.VI-25 r. obecnych 12. Przewod. Dr. *Rabinowicz*. Dr. *Rakowski* pokazuje chorą z nerwobólem napadowym w okolicy lewego ucha; wynik pomyślny od diatermji. Dr. *Wołyński* pokazuje przypadek ustąpienia długotrwałego moczenia nocnego po usunięciu przerostów małżowin dolnych nosa; Dr. *Imich* pokazuje przypadek twardzieli krtani Dr. *Wajsbrum* histeryczkę, której usunął igłę z podstawy języka.

Posiedzenie 5.X-25 r. obecnych 11. Przewod. Dr. *Czaplicki*. Dr. *Helman* w krótkim przemówieniu wspomniał o zmarłym członku Sekcji Dr. Aleksandrze Poznańskim; przez powstanie uczczono pamięć zmarłego. Dr. *Altenberg* wygłosił referat o polipach ucha. Dr. *Żebrowski* pokazał chorego po usunięciu polipa krtani i chorą z objawem przetokowym i ropieniem ucha.

Posiedzenie 9.XI-25 r. obecnych 14. Przewod. Dr. *Rabinowicz*. Dr. *Czaplicki* pokazuje chorego po usunięciu ciała obcego z oskrzela. Dr. *Zebrowski* wygłosił referat o wyluszczeniu migdałków metodą Sludera.

Posiedzenie 14.XII-25 r. obecnych 9. Przewod. Dr. *Rabinowicz*. Dr. *Wajsbrum* pokazuje chorą po usunięciu kości z przetyku; Dr. *Małowist* dzieli się spostrzeżeniami dodatnich wyników leczenia ozeny autowakcyzną.

Posiedzenie 4.I-26 r. obecnych 9. Przewod. Dr. *Rabinowicz*, który demonstruje chorego lat 13; u chorego tego w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego wystąpiły gwałtownie objawy mózgowie; po dokonaniu trepanacji wyrostka sutkowego z obnażeniem opony mózgowej objawy groźne znikły i chory powrócił do zdrowia.

Odezwa do P. P. Kolegów.

Otrzymał w roku ubiegłym Zaproszenie od Redacji „Folia Otolaryngologica“ do stałego referowania w nich polskich prac z bieżącej literatury otolaryngologicznej i dziedzin pokrewnych, chętnie zaproszenie to przyjąłem i skrzętnie z niego skorzystałem, wychodząc z założenia, że jaknajbliższy kontakt z piśmiennictwem światowym ma dla nas pierwszorzędne znaczenie, świadczy bowiem, że *jesteśmy i naukowo pracujemy*, z drugiej zaś strony zmusza nas pod wpływem obcej krytyki do pracy wydajniejszej i gruntowniejszej. Ze względu więc na doniosłość podjętej pracy w znaczeniu nie tylko naukowym, ale propagandowym, a więc ogólnopolskim, zwracam się do Szan. Kolegów z prośbą o pomoc przez *systematyczne nadsyłanie odbitek swych prac*, co ułatwi mi znacznie należyte spełnienie zadania. Zaznaczam, że dotychczas zreferowałem prac 16 z Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego i Polskiej Gazety Lekarskiej z 1925 i 1926 roku.

D-r Adolf Schwarzbart.

Kraków, Starowiślna 4.

Wiadomości bieżące.

1) W początkach Czerwca odbędzie się w Warszawie Zjazd Wszechsłowaniański, na którym, między innymi, jako jeden z głównych tematów omawiana będzie sprawa *twardzieli (scleroma)*. Na referentów ze strony polskiej, jak się dowiadujemy, zaproszeni zostali D-r A. Laskiewicz z Poznania, prof. J. Szmurło z Wilna i prof. T. Zalewski ze Lwowa.

2) W Grudniu zmarł jeden z najwybitniejszych Otolaryngologów niemieckich prof. Preysing z Kolonji.

3) W Listopadzie, z powodu opuszczenia przez prof. Moure'a katedry otolaryngologii w Bordeaux wskutek podeszłego wieku, uczniowie i przyjaciele znakomitego przedstawiciela i twórcy otolaryngologii francuskiej uczcili Jego zasługi uroczystym obchodem, wręczając Mu medal pamiątkowy dłuta Cogné.

Od Redakcji.

Na mocy porozumienia z Prezydium Zarządu Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, Redakcja Przeglądu prosi wszystkich członków prowincjonalnych o nadsyłanie składek członkowskich pod adresem

Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego w Wilnie, Konto w P.K.O. Nr. 80818.

Sprostowanie. W poprzednim numerze wydawnictwa (Tom. III. R. 1926. zeszyt $1\frac{1}{2}$) w pracy D-ra A. Schwarzbarta p. t. „Rozwój i postępy laryngoskopji bezpośredniej w rzucie historycznym“, na str. 17, wiersz 6-ty od góry, *zamiast* słów: „pierwszy przez swoją „tracheobronchosopia inferior, w której...“, *ma być*: „pierwszy przez swoją tracheobronchosopia inferior, a niedługo po nim drugi przez swoją „tracheobronchosopia superior, w której...“.

Redakcja otrzymała. Prof. J. Szmurło. Choroby nosa i jamy nosowo-gardłowej. Podręcznik dla lekarzy i studentów ze 141 rysunkiem w tekście.

Upraszamy Sz. Kolegów przy wypisywaniu lekarstw i instrumentów od firm ogłaszających się w Przeglądzie Otolaryngologicznym powoływać się na te ogłoszenia.

Z powodu masy nagromadzonego materiału numer ten musieliśmy znacznie powiększyć.

