

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. St. Jerzykowski. Ostre całkowite wyciowanie macicy. — II. T. Hering. O wynikach mechanicznego leczenia zwężeń krtani. (Rzecz czytana na 7-ym Zjeździe międzynarodowym lekarskim, odbytym w Londynie w Sierpniu r. 1881). (Dokończenie). — Przegląd literatury krajowej. O podbiegnięciach krwi ze stanowiska sądowo-lekarskiego. Podał H. Kowalski. Tarnów. 1881 r. Opisał E. Przewoski. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Odpowiedź. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. Ostre całkowite wyciowanie macicy.

Podał D-r **Stanisław Jerzykowski** z Poznania.

Jeśli nietylko całe ciało maciczne przechodzi przez ujście zewnętrzne macicy, ale nadto wyciowuje się szyjka maciczna aż do ujścia zewnętrznego, a nawet samo ujście zewnętrzne, natenczas wyciowanie macicy zowiemy całkowitem (*inversio uteri completa*). Cierpienie to zdarza się nader rzadko tak poza okresem połogowym, jak i w czasie tegoż. Najdawniejszym tego rodzaju przypadkiem, znanym w literaturze, jest spostrzegany przez Wiel'a¹⁾ Winkel²⁾ na 6000 porodów widział wprawdzie kilka przypadków wtłoczenia (*depressio*) macicy, ale ani jednego całkowitego wyciowania; w Dublińskim zakładzie położniczym Denham na 100.000 porodów spostrzegał tylko jeden jedyny przypadek tego rodzaju. Według Madden'a³⁾ obserwowano w *Rotunda Hospital* w Dublinie na 198,883 porodów w czasie od 1745—1868 roku tylko jeden przypadek ostrego całkowitego wyciowania macicy. W ogóle wyciowania macicy, wliczając do tychże także najlżejsze stopnie wtłoczenia (*depressio*), należą do rzadszych cierpień, bo według dotychczasowych spostrzeżeń przypada przecięciowo na 2000 porodów jedno wyciowanie; po największej części znajdujemy je u kobiet, które wielekroć rodziły, chociaż dosyć często zdarza się i u pierwiastek. Godnem jest wzmianki, że u tej samej kobiety może się powtórzyć wyciowanie.

Spostrzegany przezemnie przypadek ostrego całkowitego wyciowania macicy dotyczył 42-letniej A. Machowej, żony dozorczy przy drzewie, osoby chudej

¹⁾ Stalpart van der Wiel. *Observations rares d'anatomie et de médecine*, trad. p. Planque. Paris 1780. t. I. p. 277.

²⁾ *Pathologie u. Therapie des Wochenbettes*. p. 125.

³⁾ *Dublin Journal of medic. sciences*. Novbr. 1870.

i licznymi porodami znacznie wycienzonej. Jako panna zawsze zdrowa, poszła za mąż w 20-tym roku życia swego i 15 porodów odbyła prawidłowo; następnie 3 razy porodziła przedwcześnie, poczem znowu 2 prawidłowe przebyła porody przy przedostatnim (2 lata temu) porodzie łożysko było tak mocno przyrośnięte, iż je musiałem oddzielić, ostatni zaś, a z rzędu 22-gi poród nastąpił dnia 2 Września r. b. Z powodu położenia pośladowego poród trwał dość długo i trzeba było tak z powodu mocnego osłabienia rodzącej, jak z powodu słabości tonów serca dziecka rozwiązanie przyspieszyć przez wydobyć dziecka za nóżki. Gdy mniej więcej w 20 minut po porodzie łożysko nie odklejało się samodzielnie, ręką wprowadzoną do macicy przekonałem się, iż łożysko w większej połowie było silnie przyrośnięte do przedniej ściany macicznej. Z dość znaczną trudnością trzeba było zresty pojedynczo paznogciami przerywać; w końcu udało się wydostać łożysko całkowicie. Przy rękoczynie tym przekonałem się, że ściany maciczne były tak zcieńczone i wiotkie, mianowicie w okolicy dna macicznego, iż wprowadziwszy rękę w pierwszej chwili sądziłem, że mam do czynienia z rozdarciem macicy, i że palcem dochodzę do wewnętrznej powierzchni także nader podatnych i zwioteczalnych powłok brzusznych.

Zaledwem łożysko wydobyl, gdy chora nagle głośny wydała krzyk, dostała mdłości i skłonności do wymiotów, wpadła w zemdlenie; twarz jej była zimna kończyny chłodne i mimo bardzo nieznacznego krwawienia stała się tak słabą, iż słowa wymówić nie mogła. Przytem tętno słabe, spieszne, oddech utrudniony. Zrazu sądziłem, że się macica rzeczywiście rozdarła, ponieważ tak groźne objawy co dopiero przytoczone, jak i powyżej wspomniane zcieńczenie ścian macicznych przemawiały bardzo za tem przypuszczeniem. Szukając jednakże bliżej przyczyny tego nagłego upadku sił i badając macicę przez powłoki brzuszne, nie znalazłem pomiędzy spojeniem łonowem a pępkiem owej twardej kuli, dochodzącej w tym czasie prawie aż do wielkości głowy dziecięcej; z pochwy zaś wychodził gaz okrągławy, bolesny i za dotknięciem łatwo krwawiący. Palcem, wprowadzonym pomiędzy ściany pochwowe a powierzchnię zewnętrzną guza, można się było dobrze przekonać, że także szyjka z ujściem zewnętrznym była wynicowana, brzegi ujścia wywrócone i zwrócone ku górze, nadto opadła górna część pochwy; sam guz był bardzo wielki i miękki, zdaje się wypełniony pętlami jelit; rozpoznanie żadnej nie ulegało wątpliwości.

Podawszy chorej śpiesznie wina, zastrzykawszy podskórnym dwiema szpryckami eteru siarczanego, przystąpiłem natychmiast do odprowadzenia macicy, co przy jej znacznym zwioteczeniu nie mogło być trudnem. W tym celu opróżniwszy pęcherz moczowy zacząłem grzbietem palców zwolna ale silnie naciskać na dno macicy, przyczem wkrótce cały organ prawie nagle przyjął prawidłowe położenie. Ponieważ skurcz macicy był nader słaby i po odprowadzeniu zaczął się nieco krwotok ukazywać, przeto wprowadzonej do jamy macicy ręki nie wydobylem wcale, lecz około kwadransa pozostawiłem wewnątrz i przez powłoki brzuszne ugniatłem brzuch silnie, w kierunku ku ręce wewnątrz się znajdującej. Dopiero w kwadrans mniej więcej pojawiły się silniejsze skurcze macicy, pod wpływem których zwioteczalny organ ściągnął się wystarczająco i krwotok ustał zupełnie. Zaleciwszy okłady lodowe na brzuch i także przestrzykiwanie do pochwy, opuściłem chorą, która

też w tym czasie przyszła nieco do siebie, chociaż ogólne osłabienie było jeszcze wielkie. Do wewnątrz polecilem wino i co godzinę 0,5 sporyszu.

Jeszcze tego samego dnia wieczorem chora doznała silnego wstrząsającego i godzinę trwającego dreszczu; dreszcz ten poprzedziły bóleści w brzuchu. Dnia następnego rano (t. j. 3 Września) bóleści zwiększyły się znacznie i dolegały tak przy poruszeniach oddechowych jak i przy obmacywaniu brzucha, mianowicie zaś za dotknięciem macicy; brzuszne powłoki napięte i twarde, oddech powierzchowny, szybki, tętno 112, ciepłota 39,0° C. Wieczorem tegoż dnia ciepłota 40,5° C. tętno 124, pełne i twarde. Prócz silnego łaknienia skarży się chora na nudności i razporaz wymiotuje. Nie ulegało tedy wątpliwości, że przyszło do zapalenia otrzewnej, powlekającej macicę, oraz otrzewnej brzusznej. Dnia 4 Września odgłos poprzednio tympanityczny staje się przytłumionym po bokach macicy i powyżej koleców kości biodrowych, przychodzi do wymiotów mas żółciowo zabarwionych, brzuch wzdyma się mocno; ciepłota wieczorem 41,2° C. Dnia 5-go i 6-go obraz choroby nie zmienia się znacznie i zapalenie otrzewnej zdaje się nie posuwać dalej; dnia 6-go Września ciepłota wieczorem dochodzi tylko do 40,0° C. i spada dnia następnego do 38,0° C., wśród silnych potów. Równocześnie ustąpiły znacznie bóleści, przykre napięcie brzucha i duszność; chora zaczęła nieco zasypiać, nudności i wymioty ustaly także. Od tej chwili wysięk zaczął szybko się zmniejszać i chora mniej więcej w trzy tygodnie mogła być uważaną za wyleczoną.

Rzadki ten przypadek nasuwa nam kilka jeszcze uwag co do tego cierpienia. Najpierw nie wytłumaczonem jest dotychczas dokładnie zkad pochodzi ów nagły upadek sił, owo drobne nitkowate tętno, zemdlenie, występujące także przy bardzo małych krwotokach, niepokój, a nieraz i szybka śmierć, bez znaczniejszych obrażeń części rodnych. Co do nagłych przypadków śmierci przy wycisowaniu, to, zdaniem Olsena, mają one być spowodane przez dostanie się powietrza do żył. Wszakżeż przypuszczenie to nie jest prawdopodobnem; przez wycisowanie bowiem macicy żyły nie tylko podlegają mocnemu uciskowi, lecz nadto załamują się w miejscu wywrotu tak, iż przejście powietrza w splocie wicinowatym (*plexus pampiniformis*) lub macicznie-pochwowym jest raczej utrudnionem. Więcej prawdopodobieństwa ma to twierdzenie, że powyższych objawów przyczyną jest ta okoliczność, iż przez drażnienie, *resp.* ugniecenie spółczulnych włókien macicy i jajowodów, nerwy naczynioruchowe żył lub serca podlegają porażeniu na drodze odruchowej bezpośrednio z mlecza pancerzowego, albo też pośrednio przez ośrodek naczynioruchowy rdzenia przedłużonego. W tym jednakże względzie potrzeba jeszcze dalszych spostrzeżeń klinicznych.

Przyczyny, powodujące wogóle wycisowanie macicy, są znane. W opisanym przypadku głównym powodem było bez wątpienia zwiotczenie macicy, a mianowicie znaczne zcieńczenie ścian, ciągnące się od górnego brzegu łożyska ku dołu macicy. W ogóle cały organ musiał być mocno zwiotczały, a nawet i szyjka temu cierpieniu podległa, ponieważ w przeciwnym razie byłoby przyszło tylko do wycisowania niezupełnego. To zaś znaczne zwiotczenie szyjki mogło być wywołane przez długie pozostawanie przodujących pośladków w jednym i tem samym miejscu, przez co szyjka rozciągnęła się nienaturalnie. Prócz zwiotcze-

nia, *resp.* porażenia macicy, zdają się przy wycisowaniu odgrywać także pewną rolę przeciwwrobaczkowe ruchy tego organu.

Rokowanie przy tem cierpieniu należy uważać za niepomyślne, śmierć bowiem może łatwo nastąpić w bardzo krótkim czasie. Według Cross'e'go ¹⁾ w 104 przypadkach wycisowania macicy nastąpiło zejście śmiertelne 80 razy, między temi 72 razy zaraz po porodzie. W przypadkach z nowszej literatury śmiertelność jest znacznie mniejsza; Winkela ²⁾ np. w 54 przypadkach spostrzegł tylko 12 razy zejście śmiertelne. Daleko lepszem jest rokowanie, skoro się cierpienie zaraz rozpozna, ponieważ odprowadzenie jest pewniejsze i łatwiejsze, a nawet choroby następne przychodzą rzadziej. I w naszym przypadku, mimo groźnych objawów przy wycisowaniu i nie mniej groźnego zapalenia otrzewnej, szybkie odprowadzenie macicy przyczyniło się bez wątpienia niemało do tak szczęśliwego rezultatu.

Co do leczenia ostrego wycisowania macicy, to należy jak najspieszniej takową odprowadzić, co w pierwszej chwili udaje się dość łatwo i w naszym przypadku pomyślnym uwieńczone zostało skutkiem. Wogóle odprowadza się w ten sposób, iż wycisowaną macicę wpycha się najprzód do pochwy, poczem dłoń ręki przykładą się do dna macicy, pozostałe zaś palce przypadają na górną część wycisowanej macicy; następnie przyłożywszy rękę wolną na powłoki brzuszne, ścisną się silnie macicę i ostrożnie wsuwa końcem wyprostowanych palców tak, iżby najpierw weszły do jamy te części, które najpóźniej wypadły przez usta maciczne, a więc części, leżące w ujściu macicznym. Jeżeli przy wycisowanej macicy znajduje się jeszcze łożysko, to należy je oddzielić i usunąć, ponieważ przeszkadza odprowadzeniu.

Po odprowadzeniu najlepiej pozostawić rękę niejaki czas w jamie, aż się macica nie skurczy należycie, co się przyspiesza przez silne uchwycenie dna przez powłoki brzuszne, pocieranie tegoż, jako też przez dotykanie wewnętrznych ścian macicy palcami wewnątrz się znajdującymi, co także w opisanym przypadku stosować było trzeba. Jeśli się nie przestrzega tych przepisów, to łatwo może się macica ponownie wycisować. Ażeby podtrzymać skurecz macicy, zaleca się nadto pęczek lodowy na brzuch, kolpeurynter wypełniony wodą lodową do pochwy, lub przestrzykiwania lodowe, prócz tego podskórne zastrzykiwania ergotyny aż do 0,2 w ciągu godziny. Po odprowadzeniu jeszcze przez dłuższy czas winna położnica zachować poziome położenie i unikać wszelkiego natężenia tłoczni brzusznej.

Jeśli mimo ponownych łagodnych prób nie udało się odprowadzić macicy, to należy ją wsunąć do pochwy i wprowadzić do tejsze kolpeurynter z wodą lodową; tym sposobem wystawia się dno macicy na ciągłe ciśnienie, które samo już nieraz sprawiło, że macica prawidłowe odzyskała położenie, jak tego dowodzą przypadki spostrzegane przez Bockenthal'a, T. Smith'a i Schroeder'a. W razie nieudania się odprowadzenia Meissner ³⁾ zaleca całe dno macicy

1) Cannstatt's Jahresb. 1847. Schmidts. Jahrb. T. 52. pag. 55.

2) W miejscu przytoczonym str. 123.

3) Die Frauenzimmerkrankheiten. Leipzig. 1842. T. I. pag. 435.

tak uchwycić obiema rękami, iżby rozszerzone palce z wyjątkiem palców wielkich objęły całą wycięwaną macicę. Palce zaś wielkie przykładają się na najniższą część guza i—cisnąc na takowy—stara się macicę wepchnąć do wewnątrz przy tego rodzaju rękoczynie zaleca się położnicy położenie poprzeczne.

Krwotoki, niekiedy bardzo znaczne, ustają najpewniej po odprowadzeniu macicy. Jeśli łożysko jest jeszcze częściowo przyczępione do wycięwanej macicy, krwotok tak silny, iż go konieczni natychmiast powstrzymać należy, a próby odprowadzenia bezskuteczne, to należy łożysko zupełnie oddzielić i na miejsca krwawiące przyłożyć gąbkę, zmaczaną w wodzie lodowej, w occie, lub roztworze półtorochlorku żelaza. Skoro się krwotok zmniejszy, trzeba natychmiast ponownie przystąpić do odprowadzenia macicy.

Dalszą przeszkodę w odprowadzeniu macicy może tworzyć mocny skurcz ust macicznych. W takim razie, jeśli położnica nie straciła wiele krwi, zaleca się upust krwi, nacieranie ust macicznych maścią z belladony, do wewnątrz zaś podawanie dużych dawek makowca, proszków *Do v e r'a* lub podskórne zastrzykiwanie morfiny. Gdy środki te nie doprowadzają do pożądanego celu, to palcami jednej ręki, wprowadzonemi pomiędzy ujście maciczne, a wycięwaną macicę, należy starać się rozszerzyć ujście, drugą zaś ręką tłoczy się na dno maciczne. A gdy i te starania są bezowocne, to trzeba przystąpić do krwawego rozszerzenia ujścia macicznego i naciąć drobno brzegi ust za pomocą noża lub nożyczek. Jak sobie postąpić, gdy wszystkie powyższe środki pozostają bez skutku i wycięwanie macicy przechodzi w stan przewlekły, o tem nie wspominam na tem miejscu, ponieważ miałem zamiar przytoczyć kilka uwag tylko co do ostrego wycięwania macicy.

II. O WYNIKACH MECHANICZNEGO LECZENIA ZWĘŻEŃ KRTANI.

(Rzecz czytana na 7-ym Zjeździe międzynarodowym lekarskim, odbytym w Londynie w Sierpniu 1881)

Przez D-ra **Teodora Heringa**.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 9).

Metoda 2.

Leczenie mechaniczne zwężeń krtani, po dokonanej uprzednio tracheotomii.

W 1871 roku *Trendelenburg* podał i wypróbował metodę leczenia zwężeń krtani, za pomocą cynowych stożków różnej grubości, wprowadzanych przez usta. Niezależnie od niego *Schroetter*, pracując w tym samym kierunku, prowadząc na pewnej liczbie chorych swoje doświadczenia, próbował dokonać rozszerzenia krtani za pomocą trójkątnych cynowych słupków. Po wydoskonaleniu tej metody, podał on odpowiednie narzędzia własnego pomysłu, a wyniki swoich poszukiwań pomieścił w znanej pracy, ogłoszonej w 1876 roku ¹⁾.

¹⁾ L. *Schroetter*. Beitrag zur Behandlung der Larynxstenosen. 1876.

Przy leczeniu zwiężenia krtani po tracheotomii posługiwano się dotąd trzema odrębnymi metodami:

A) Rozszerzanie mechaniczne po dokonanej laryngotomii za pomocą przecików cynowych lub osobnych rurek, wprowadzanych przez ranę na szyi.

B) Rozszerzanie rozmaitemi narzędziami, wprowadzanemi przez ranę po tracheotomii.

C) Rozszerzanie za pomocą narzędzi, wprowadzanych do krtani przez usta (Metoda Schroetter'a).

A) Rozszerzanie mechaniczne po dokonanej laryngotomii za pomocą przecików cynowych lub osobnych rurek, wprowadzanych przez ranę na szyi.

Próby tego rodzaju, acz wykonane przez Trendelenburg'a z wynikiem względnie dobrym, nie pozwoliły jednak na usunięcie stanowcze rurki tracheotomicznej. Stanowiły one podstawę dalszej metody tegoż autora, o której powyżej wspomniałem, t. j. wprowadzania stożków cynowych przez usta. Dupuis w jednym przypadku zwiężenia bliznowego dolnego odcinka krtani posługiwał się w celu rozszerzenia kaniulą w kształcie litery T i na tej drodze otrzymał wynik zadawalniający.

B) Rozszerzanie mechaniczne od dołu, przez otwór po tracheotomii, za pomocą zgłębników, cewników, rozszerzań, działających na zasadzie śruby, tamponów gumowych.

Trudności, nasuwające się niejednokrotnie przy wprowadzaniu do krtani narzędzi przez usta, naprowadziły wielu lekarzy na myśl, aby probować rozszerzania od dołu, t. j. przez otwór w tchawicy. Metodą tą posługiwali się: Liston, Czermak, Busch, Wiktor v. Bruns i wielu innych, lecz wyniki ich były niezbyt zadawalniające, lub nawet ujemne.

Lepsze rezultaty otrzymano w drugim szeregu prób, przy których używane były osobne rozszerzadła lub woreczki gumowe. Zaliczam do tej kategorii spostrzeżenia: Parony, Stoerk'a, Braun'a, (Nr. 98, 99, 100) pomieszczone w tablicy IV-ej. W 2 przypadkach rezultat był zadawalniający i kaniula okazała się zbyteczną (Nr. 98 i 100); w 1 przypadku chorego wyleczonego odesłano z zaleceniem dalszego używania przyrządu. (Nr. 99). Do tej kategorii zaliczyć również trzeba usiłowania rozszerzania za pomocą rozmaitych przyrządów, wymyślonych i probowanych przez Gerhard't'a, Pawła Bruns'a, Burowa i innych, których wyniki były albo ujemne, albo też nie zostały ogłoszone. Opiszem tych narzędzi w tém miejscu zająć się nie możemy.

Przeglądając szereg spostrzeżeń, powyżej w skróceniu podanych, przyjdziemy do wniosku, że sposób rozszerzania zwiężeń krtani od dołu zbyt pośpiesznie został odrzuconym i potępionym. Jakkolwiek stosunki anatomiczne krtani każą oddać pierwszeństwo metodzie rozszerzania przez usta, jako najracjonalniejszej, są jednak pewne okoliczności, które przemawiają za użyciem metody rozszerzania przez ranę po tracheotomii. Przedewszystkiem trzeba tu uwzględnić, że podczas kiedy metoda rozszerzania od góry wymaga skończonej techniki w wykonywaniu wszelkich rękoczynów, wewnątrz krtani skutecznie się

mających, a zatem użytą być może tylko przez specjalistów — metoda rozszerzania od dołu przeprowadzoną być może przez każdego chirurga, obeznanego z użyciem zwierciadła krtaniowego, Dobre wyniki, które na tej drodze otrzymał Jelenffy¹⁾, posługując się w przypadku zwężenia krtani przyżeganiem za pomocą ciasta wiedeńskiego, dodatnie rezultaty Stoerk'a, Paron'y, Braun'a, skłaniają nas do większego uwzględniania tej metody, niż to dotąd miało miejsce, i pomimo niektórych ujemnych wyników, do wypróbowania jej w odnośnych przypadkach.

C) Rozszerzanie zwężeń krtani z góry, przez usta za pomocą cewników, zgłębników metalowych, rozszerzadeł mechanicznych osobnych i świeczek cynowych (Metoda Schrötter'a za pomocą t. z. „Zimbolden“).

W 1863 r. Oertel opisał wielce interesujący przypadek zwężenia krtani (N. 95) powstałego po tyfusie; w przypadku tym posługiwał się przy rozszerzaniu krtani trójgraniastymi żelaznymi różnej grubości słupkami i bardzo dobre otrzymał wyniki.

Schrötter również używał słupków, o trójkątnym przecięciu, przy leczeniu zwężeń przewlekłych i dziś metoda jego w powszechnym znajduje się użyciu. W niedawno ogłoszonej drukiem pracy, traktującej o wycięciu krtani, Paweł Bruns²⁾ wypowiada swe przekonanie o wartości leczniczej metody Schrötter'a, opierając się na 5 własnych spostrzeżeniach. Przyznaje on wprawdzie, że przy jej pomocy można uzyskać stopniowe rozszerzenie zwężenia, nawet daleko posuniętego, tak, że chory oddechać może swobodnie przy zatkanej rurce tracheotomicznej, w każdym jednak razie leczenie to, zdaniem Bruns'a, wymaga długiego czasu, miesięcy, czasami całych lat, jest bardzo przykrem dla chorych i niezupełnie wolnym od niebezpieczeństwa, gdyż przy energiczniejszym rozszerzaniu pojawić się mogą: podrażnienie zapalne, bóle, obrzęk, ropnie i gorączka.

Z prywatnego listu, jaki otrzymałem od prof. Burów'a, pozwalam sobie przytoczyć następujące zdanie, co do wartości mechanicznego leczenia zwężeń krtani metodą Schrötter'a. „Posługiwałem się tą metodą wielokrotnie, zarówno rurkami kauczukowymi, jak i słupkami cynowymi, nigdy jednak nie otrzymałem wyniku zadawalniającego. Zwężenie daje się wprawdzie nieco rozszerzyć, lecz w przypadkach daleko posuniętych, gdzie przyszło już do wykonania tracheotomii, rurka nie mogła być ostatecznie usunięta“. W tym samym duchu w ostatnich czasach odzywał się o tej metodzie i prof. Roser.

Jeżeli teraz rozpatrzemy się w zebranych przeze mnie materyjale, t. j. 36 spostrzeżeniach zwężeń krtani, leczonych metodą Schrötter'a, t. j. z początku słupkami cynowymi, później zaś rurkami z kauczuku, dojdziemy do odmiennych nieco wniosków.

1) Jelenffy. Wiener med. Wochenschrift. 1876. Nr. 9 u. 10. Zur Therapie der Larynxverwachsungen.

2) Paul v. Bruns. Berliner klin. Wochenschrift. 1880. N. 38 u. 39.

Metoda Schroettera, była stosowaną przy:

Perichondritis idiopathica	16 razy
Perichondritis po tyfusie	8 „
Perichondritis syphilitica	5 „
Perichondritis po ospie	2 „
Przy zwężeniu zapalnym	2 „
Przy zwężeniu błoniastym	1 „
Chorditis hypertrophica inferior	1 „
Catarrhus chronicus (papillomata)	1 „
Razem	36 razy

Na 36 przypadków zwężenia, 31 było spowodowanych przez zapalenie ochrzęstnej (*perichondritis*). W 8 przypadkach końcowym wynikiem leczenia było usunięcie zupełne rurki tracheotomicznej; w 10 przypadkach krtani rozszerzoną została do prawidłowych rozmiarów, głos znakomicie się poprawił, rurki tracheotomicznej nie można jednak było wyjąć. W 4 innych przypadkach, w których leczenie mechaniczne pozwoliło usunąć rurkę, po pewnym czasie nastąpiło ponowne zwężenie, które zmusiło do powtórzenia przecięcia w dawniejszej bliznie. W pozostałych 14 przypadkach leczenie nie dało żadnego rezultatu, lub nieznaczną tylko poprawę.

W ogóle uzyskano na 36 przypadków:

zupełne wyzdrowienie (kaniula została usunięta)	w 8 przypadkach
rozszerzenie zupełne krtani bez możliwości usunięcia rurki „ 10 „	„ 10 „
wynik ujemny	„ 18 „
Razem	36 przypadków.

(Patrz Tablica III-a).

Z 8 przypadków, zakończonych wyzdrowieniem, widzimy, że co do wieku chorych, liczyli oni od 4 do 26 lat; co do czasu trwania zwężenia przed rozpoczęciem leczenia, to wynosił on od 3 miesięcy do 2 lat; widzimy wreszcie, że leczenie trwało od 3 tygodni do 1 roku i tylko w przypadkach, prowadzonych przez Labusa, wynosiło średnio 3 miesiące.

W 18 przypadkach zwężeń, wywołanych przez zapalenie ochrzęstnej, w których nie otrzymano pożądanego skutku, przy stosowaniu metody Schroettera, czas, użyty do leczenia, wynosił średnio od 1 do 1½ miesiąca. Ten stosunkowo krótki okres czasu, w którym stosowano leczenie mechaniczne, zdaje się być główną przyczyną ujemnych wyników leczenia.

Niektórzy chorzy nie pozwolili wyjąć rurki, z obawy powrotu zwężenia, pomimo że krtani ich rozszerzoną była dostatecznie, a głos zyskał na czystości i mocy.

Tablica III. Wyniki dodatnie leczenia metodą Schroetter'a.

Nazwisko autora.	N ^o bież.	Rozpoznanie.	Czas trwania zwiężenia przed leczeniem.	Czas trwania leczenia.	Wiek chorych.	U w a g i.
Labus.	66	Perichondritis ericoidea. (Po tyfusie).	3 miesiące po tracheotomii.	3 miesiące.	28	Wyleczona od 7 lat. Przebyła ciężę bez recydywy.
—	67	Perichondritis ericoidea et arytenoidea sinistra (Po ospie).	2 lata po tracheotomii.	2½ miesiąca.	27	Przebyła ciężę bez powrotu choroby. Dotąd zdrowa zupełnie.
—	68	Perichondritis ericoidea. (Idiopathica).	1 rok po tracheotomii.	3 miesiące.	16	Wyleczenie zupełne i trwałe jak o tem doniósł mi autor w liście z d. 27 Sierpnia 1881.
—	69	Perichondritis erico arytenoidea. (Po tyfusie).	1½ roku po tracheotomii.	4 miesiące.	16	
Szeparowicz.	74	Laryngitis cum infiltratione plastica. (Po krupie).	8 miesięcy.	4 tygodnie.	4	Wyzdrowienie zupełne. (Wiadomość listowna z d. 9 Czerwca 1881 zarówno jak i Nr. 76).
—	76	Chorditis vocalis hypertrophica inferior.	3 miesiące.	7 miesięcy.	14	
—	79	Catarrhus chronicus laryngis. Papillomata diffusa.	1 rok.	3 tygodnie.	6	Rurka tracheotomiczna została wyjętą. Po 2 miesiącach recydywa, którą znowu zdołano usunąć za pomocą rur Schroetter'a. Dalszy przebieg nie wiadomy.
Kiesebbach.	90	Perichondritis po tyfusie. (Polipy krtani).	2 lata.	11 miesięcy.	17	Rezultat ostateczny osiągnięty został przy pomocy specjalnej rurki, która wywierała ucisk na wystającą część ściany tchawicy.

Oprócz 36 przypadków, leczonych metodą Schroetter'a, pomieściłem na tablicy IV-ej trzy spostrzeżenia N. 91, 92, 93, w których dla leczenia zwiężonej krtani posługiwano się świeczkami zwykłymi (*bougies*) metalowymi, lub wałkami z twardego kanczuku. Do tej kategorii zaliczam obserwacje Stoerk'a, Asch'a, Weinlechner'a i niezmiernie zajmujące próby Reyher'a¹⁾, których opisem jednak w tem miejscu zająć się nie mogę. W trzech przypadkach rurka tracheotomiczna okazała się zbytęzną i została wyjętą. Wreszcie IV-a tablica mieści również 4 spostrzeżenia, w których rozszerzanie uskuteczniłono osobnemi przyrządami, podanemi przez autorów, wprowadzanemi przez usta; tu zaliczam 1 przypadek Navratil'a, 1 Oertel'a, 2 Whistler'a. (N. 94, 95, 96, 97).

Tablica ta wykazuje, że uzyskano na tej drodze: wyzdrowienie w 3 przypadkach, poprawę w 1 przypadku.

U jednego chorego (Whistler'a) rurka tracheotomiczna została wyjętą.

¹⁾ Reyher. Archiv für klinische Chirurgie. Tom 19. 1876.

TABLICA 4. WYNIKI LECZENIA ZWĘŻEŃ

№ bieżący	A U T O R. Źródło.	Płeć, nazwisko, wiek.	ROZPOZNANIE.	Przyczyna i ważniejsze objawy.	Czas trwania zwężenia.
55	Schroetter. Beitraege zur Behandlung der Larynxstenosen. 1876.	Fuerst Adela. lat 17.	Zapalenie ochrzęstnej po tyfusie.	Tyfus w 1871 r.; tracheotomija z powodu zwężenia. Wałeczki bliźnowate na tylnej ściance krtani, jakoteż wychodzące z brzegu prawej struny prawdziwej.	Od zimy 1871.
56	—	Nemeth. 24. Mężcz.	Zapalenie ochrzęstnej przymiotowe.	Utrudnione połykanie od 1866 r. Chrypka i brak tchu od 1869. Tracheotomija 1870.	Od 1870.
57	—	Juhaes Teresa. 46.	Samoistne zapalenie ochrzęstnej chrząstki nalewkowej i obrączkowej.	13/VIII 1867 nagły napad duszenia się, skutkiem czego tracheotomija. Wyjęto rurkę 8-go dnia. 13/VIII 1871 z takiegoż powodu tracheotomija poraz wtóry.	Od 13/VIII 1871.
58	—	Schuller Samuel. 24.	Zapalenie ochrzęstnej po tyfusie.	Tyfus 1872 r., w następstwie którego zrobiono tracheotomiję.	Od 1872.
59	—	Brabanetz. 16 Mężcz.	Zapalenie ochrzęstnej po tyfusie brzuszynym.	1872 tyfus; 31/XII laryngotomija; więzadła głosowe mało ruchome.	Od 1872.
60	—	Kopatschka. 35. Kob.	Zapalenie ochrzęstnej przymiotowe.	Chrypka od 1871. W Sierpniu 1871 tracheotomija z powodu zwężenia.	Od 1871.
61	—	Olbrich. 30. Kob.	Zapalenie ochrzęstnej po ospie.	Tracheotomija 10/IV 1872 z powodu zwężenia spowodowanego przez obrzmienie obu strun prawdziwych i przedniej ścianki krtani.	Od 1874.
62	—	Ondrasch. 38. Kob.	Zapalenie ochrzęstnej przymiotowe.	Laryngotomija w Sierpniu 1874. Owrzodzenia przymiotowe i bliźny w gardzieli; chora wykaszała obumarły kawałek chrząstki.	Od 1874.
63	—	Ostapowits. 22. Mężcz.	Obrzmienie zapalne.	Przyjęty 1875 r. Na jesieni 1874 tracheotomija. Obrzmienie prawdziwych i wrzekomych strun głosowych.	Od 1874.
64	—	F. M. Nauzeziel. 47.	Zapalenie ochrzęstnej.	?	Od 1875.

KRTANI PO DOKONANEJ TRACHEOTOMII.

Stopień zwężenia.	Przed lub po tracheotomii.	Leczenie.	Czas trwania leczenia.	Wyniki odnośnie do głosu i oddechu.	Czy rurka wyjęta?	U w a g i.
Przechodzi cewnik angielski N. 7.	Tracheotomi-ja 1871 r.	Rozszerzanie Schr. słupkami cynowemi (Zinnbolzen).	Od 20/XII 72 do końca Stycznia 1874, t. j. 1 rok.	Głos i oddech prawidłowy.	Rurka pozostawiona na życzenie chorej.	Leczenie było przerywane na kilka miesięcy i tak w 1873 r. na 3 mies.
Przechodzi cienki cewnik angielski 30/XII 1875.	Tracheotomi-ja 1870 r.	Rozszerzanie S. słupkami cynowemi.	Od 7/XI 72 d. 11/VI 74, t. j. 2 lata.	Głosnia prawidłowej objętości. Głos ochryply, ale silny.	?	Leczenie przerywane było na parę mies.
Głosnia w kształcie szczeliny szerokości jednej linii.	Tracheotomi-ja po raz wtó-ry 13/VIII 71.	Rozszerzanie S. słupkami cynowemi.	Od 18, I 73 do VI 75, t. j. 3 lata.	Głosnia prawidłowej wielkości. Głos nieco ochryply.	Rurki nie wyjęto.	Leczenie przerywane było na czas dłuższy.
Głosnia szer. 1 1/2 mm.	Tracheotomi-ja w 1872 r.	Rozszerzanie S. słupkami cynowemi.	Od 15/X 73 do 15/VII 74 t. j. 11 mies.	Głosnia normalnych rozmiarów.	Rurki niewyjęto, lecz ją zatkało.	11 Stycznia 74 chory przypadkowo połknął słupek i nitkę które odeszły po 3 dniach.
Głosnia szer. 1 mm.	Tracheotomi-ja 1872.	Rozszerzanie S. słupkami cynowemi.	Od 6/X 73 do 9/VI 74, t. j. 10 miesięcy.	Struny ruchome; głosnia prawidłowa. Przy bieganiu znaczny brak tchu.	Rurkę zostawiono, ale ją zatkało.	
Głosnia silnie zwężona w kształcie szczeliny.	Tracheotomi-ja 1872.	Rozszerzanie S. słupkami cynowemi.	13/XI 73 do 26/III 74, t. j. 4 miesiące.	Głosnia przepuszcza N. 50 słupka S.	Rurki nie wyjęto.	Mimo świeżego zapalenia ochrzęstnej leczenie mechaniczne prowadzono dalej z dobrym skutkiem.
Dość szeroka szczelina trójkątna.	Tracheotomi-ja 1874.	Rozszerzanie S. słupkami cynowemi.	Od 4/VI 74 do 13/VII 75 1 rok 1/2 miesiąca.	Przechodzi najgrubszy numer rurki Schroetter'a.	Rurki nie wyjęto.	W skutek leczenia świeżego zapalenia ochrzęstnej, mimo to bez szkody je kontynuowano.
Głosnia grubości pióra.	Tracheotomi-ja 1874.	Rozszerzanie S. słupkami cynowemi. Leczenie specyficzne.	Od 13/X 74 do 15/VII 75, t. j. 8 mies.	Głosnia normalnych rozmiarów.	Rurki nie wyjęto.	Błoniasta listewka na przedniej ściance tchawicy przeszkodziła wyjęciu rurki.
Szpara w głosni prawie nie dostrzegalna.	Tracheotomi-ja 1874.	Rozszerzanie S. słupkami, potem rurkami.	Od 8/IV 75 do VII 75, t. j. 8 miesięcy.	Głosnia przepuszcza N. 19 słupka S.	Rurki nie wyjęto.	Dalszy przebieg nie wiadomy.
?	?	Rozszerzanie słupkami cynowemi Schroetter'a.	Od 15/IV 75 1 miesiąc.	13/VII 75 przechodzi słupek cynowy. Znaczna poprawa głosu.	?	Znajduje się w leczeniu.

№ bieżący	A U T O R. Źródło.	Płeć, nazwisko, wiek.	ROZPOZNANIE.	Przyczyna i ważniejsze objawy.	Czas trwania zwięzienia.
65	Schroetter. tamże.	— Stara kobieta	Zapalenie ochrzę- stnej.	Nie podane szczegóły.	Od 1875.
66	Labus. Annali universali di medicina. 1876. Mi- lano. Il catheteri- simo e la dilatazio- ne meccanica nella stenosi della laringe.	— Kobieta. 28.	Zapalenie ochrzę- stnej chrząstki pier- ścieniowej.	Tyfus. 5/IX 1873 chrypka, trudne polykanie, duszność. 6/IX trache- otomija. Ogromne obrzmienie prawdziwych i wrzekomych strun; lewa połowa krtani nieruchoma.	2 miesiące.
67	Labus. tamże.	— Kobieta. 27.	Zapalenie ochrzę- stnej chrząstki o- brączkowej i nalew- kowej.	Ospa. W okresie zdrowienia tru- dność polykania, chrypka. W 3 miesiące potem duszność. Tra- cheotomija. Silne obrzmienie le- wej chrząstki nalewkowej i lewej połowy krtani, która jest nieru- chomą.	Od początku leczenia do tracheotomii 2 lata.
68	Labus. listowne doniesienie.	— Mężcz. 16.	Zapalenie ochrzę- stnej chrząstki obrączkowej.	Zaziębienie. Stopniowo w 3 mie- siące powstaje chrypka i ciężki od- dech, potem napady duszenia się, które zmuszają do tracheotomii.	3 miesiące.
69	Labus. listowne doniesienie.	— Kobieta. 16.	Zapalenie ochrzę- stnej chrząstki obrą- czkowej i nalew- kowej.	Po tyfusie. Tracheotomija.	1½ roku po tracheotomii.
70	Ganghofner. Prager med. Wo- chenschrift. 1873. Nr 45.	— Mężcz. 40.	Przymiotowe zapa- lenie ochrzęstnej z obrzękiem zapalnym wchodu krtani.	Zastarzały przymiot. Blizny i zni- szczenie w gardzieli. Wzmoczenie duszności po wprowadzeniu cew- nika elastycznego.	Nie oznaczo- no.
71	Koch. Bulletin de la socié- té des sciences mé- dicales du Grand- Duché de Luxem- bourg. 1879.	— Mężcz. 18.	Zapalenie ochrzę- stnej po tyfusie.	W czasie tyfusu powstała chryp- ka i kaszel. Stopniowo wzrastają- ce objawy zwięzienia zmusiły do tracheotomii. Struny się prawie stykają, pozostawiając między so- bą wąską szczelinę.	Rok 1.
72	Semon. Monatschrift für Ohrenheilkunde. 1879.	— Mężcz. 27.	Zwężenie krtani przez rodzaj przepo- ny; wtórne zrośnię- cie się więzadeł.	Zamach na swoje życie brzytwą, z rozerznieniem krtani na wysoko- ści chrząstki obrączkowej i otwar- ciem krtani.	Okolo 5 mies.

Stopień zwężenia.	Przed lub po tracheotomii.	Leczenie.	Czas trwania leczenia.	Wyniki odnośnie do głosu i oddechu.	Czy rurka wyjęta?	U w a g i.
?	?	—	1½ roku.	W ciągu pół roku rozszerzono do N.16.	—	Przypadek znajduje się w leczeniu.
Wdech prawie niemożliwy. Wydech bardzo utrudniony.	Po tracheotomii.	Rozszerzanie słupkami cynowymi S.	3 miesiące (III, IV i V 1874).	Głos mocny lecz nieczysty. Oddech swobodny.	W 5 miesięcy po rozpoczęciu leczenia wyjęto kańnię.	Dotychczas nie było recydywy. Połóg odbyła szczęśliwie.
Wdech niemożliwy. Wydech z lekkim świstem.	2 lata po tracheotomii.	Rozszerzanie słupkami cynowymi.	2½ miesiąca (III, IV i V 1874).	Oddech swobodny. Głos mocny lecz nieczysty.	W 9 miesięcy po rozpoczęciu leczenia wyjęto rurkę.	W czasie leczenia chora była w cięży, i dlatego zwlekano z wyjęciem rurki. Dotychczas zdrowa
Zupełne zwężenie po tracheotomii.	W rok po tracheotomii.	Tak samo leczono jak w poprzednim przypadku.	3 miesiące.	Taki sam rezultat.	Rurkę wyjęto.	Zupełne wyzdrowienie według wiadomości prywatnej, doszłej mnie 26 Lipca 1881.
Zupełne zwężenie.	Tracheotomija.	Leczenie jak w poprzednim przypadku.	4 miesiące.	Leczenie nieukończone, lecz poprawa tak znaczna, że chory może oddechać z zatkniętą rurką.		Według wiadomości listownej rurkę wyjęto; zupełne wyzdrowienie.
Zwężenie najwyższego stopnia, grozi uluszeniem się.	Po tracheotomii.	Przetwory jodowe i rżęcio-we. W 4 tygodnie po tracheotomii rozszerzanie rurkami S. zniszczenie ziarniny galwanokauterem.	6 tygodni.	Wynik ujemny; rozszerzania słupkami cynowymi próbowano wkrótce przed opuszczeniem zakładu przez chorego.	Nie wyjęto.	
Szpara 2—3 mm. szerokości.	Po tracheotomii.	Rozszerzanie słupkami cynowymi S. aż do N. 17.	20 posiedzeń.	Pomimo łatwości wprowadzenia słupków, wynik co do zwężenia prawie żaden.	Nie wyjęto.	
Zupełne zamknięcie.	Natychmiast zrobiono tracheotomiję. 5 miesięcy potem tyreo-tomija i wy-cięcie błony.	Wprowadzanie z początku grubszych, następnie cieńszych elektrodów główkowatych.	Okolo 4 tygodni, po kilkara-zy dziennie.	Powolne kolistę zwężenie skutkiem zrośnięcia się części. Wynik ujemny.	Nie wyjęto.	

№ bieżący	A U T O R. Źródło.	Płeć, nazwisko, wiek.	ROZPOZNANIE.	Przyczyna i ważniejsze objawy.	Czas trwania zwiężenia.
73	Szeparowicz. Przegląd Lek. N. 14 15, 16, 17, 18, 19, 20 1880 r. N. 14 do 16 1881 r.	Feige Reiter. 20. Kob.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stwardnie- niem.	Duszność i chrypka. (Co do obra- zu wziernikowego i przyczyn patrz sposzczenie 19, Schroettera).	1½ roku.
74	—	Kinelówna. 4.	Nacieczenie plasty- czne (Rozrost tkan- ki łącznej podślu- zowej).	Po krupie; obrzmienie i zaczerwie- nienie strun wrzekomych, które zakrywają struny prawdziwe. Obrzmienie raczej plastyczne (twarde) niż surowicze.	8 miesięcy.
75	—	Terech. 19. Mężcz.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stwar- dzeniem W Lutym 81 na no- wo przyjęty z ostrem zapaleniem ochrzę- stnej chrząstki nalew- kowej, po zazię- bieniu (Przymiot?)	W 1875 r. zaziębienie. 1878 przy- miot. Obraz wziernikowy jak przy chondritis vocalis hypertro- phica inferior. Głos i oddech = 0.	Powrót od 4 lat z czasową poprawą. Od 2 lat zupełne stałe zwięże- nie.
76	—	Rosenstock. 14. Mężcz.	Chondritis vocalis inf. hypertrophica w kształcie zwięże- nia błoniastego.	Niewiadoma przyczyna. Pod stru- nami zwiężenie błoniaste z otwo- rem. Górny odeinek krtani praw- idłowy.	3 miesiące.
77	—	Szczęch. 20. Mężcz.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stwardnie- niem. Nieżyt krtani. Brodawczaki roz- siane.	Przyczyna niewiadoma. Z powodu trudności nie do pokonania przy badaniu można było tylko zauwa- żyć obecność zwiężenia wnętrza całej krtani i narodzi.	Od roku.
78	—	Szust. 14. Mężcz.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stwardnie- niem. Nieżyt prze- wlekły. Brodawcza- ki rozsiane. Owrzo- dzenia.	Przyczyna nieznaną. Chrypka, od- dech stenotyczny. Guziki brodaw- kowate, zaczerwienienie i obrzmie- nie ścian bocznych. Owrzodzenie nagłośni.	2 miesiące.
79	—	Dzieweczka. 6-letnia.	Nieżyt krtani rozla- ny przewlekły. Bro- dawczaki rozsiane.	Przyczyna niewiadoma. Objawy zwiężenia. Chrypka. Znaczne za- czerwienienie i obrzmienie strun wrzekomych, które się ze sobą stykają.	Rok.
80	—	Finger. 16. Mężcz.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stwardnie- niem (?) Rozrost tkanki łącznej.	Prawdopodobnie po błonicy. Nie- żyt krtani. Obrzmienia i owrzo- dzenia prawej ścianki bocznej.	Kilka tygo- dni, wielokro- tne powroty.
	Listowne zawiado- mienie.	Recydywa 15/VII 1880.	Brodawczaki roz- rzucone.	Nagłośnia zgrubiła, wewnątrz krtani obrzmiała zaczerwieniona.	Parę tygodni.

Stopień zwężenia.	Przed lub po tracheotomii.	Leczenie.	Czas trwania leczenia.	Wyniki odnośnie do głosu i oddechu.	Czy rurka wyjęta?	U w a g i.
Znaczne zwężenie.	Tracheotomija 1875.	Rozszerzanie angielskimi cewnikami od N. 6 i angielskimi świeczkami przetykowymi do N. 8.	6 tygodni.	Oddech tak dalece się poprawił, że można było wyjąć rurkę. Głos mocny, lecz nieczysty.	Wyjęto.	W 2 miesiące potem śm. eré (9/VII 76) z zaduszenia. Ta sama chora leczona była przez Schroetter'a i opisana pod N. 19 jego kazuistyki.
Zupełne zwężenie.	Tracheotomija przed 8-ma miesiącami.	Rozszerzanie angielskimi cewnikami od N. 4—12.	4 tygodnie.	Głos dotychczas nieczysty. Oddech prawidłowy.	Wyjęto.	
Zupełne zwężenie.	Tracheotomija poraz 1-y w 75 r. po 2-gi 76 r.	Rozszerzanie słupkami cynowymi, w 4 miesiące później rurkami Sehr..	6 miesięcy do 15/V 79.	Oddech normalny. Głos mocny, lecz nieczysty.	Nie wyjęto.	Chory nie chciał dać sobie wyjąć rurki, i nosił ją 1 1/2 roku zatkaną.
Zwężenie wysokiego stopnia.		Rurkę odetknięto. Leczenie przeciwprzymiotowe. Rozszerzanie rurkami S. N. 4—8 potem nacięcia błony śluzowej w części nalewkowej.		Prawie zupełnie swobodny oddech przy zatkniętej rurce.		Jeszcze w leczeniu.
Bardzo znaczne.	Tracheotomija 21/II 78.	Rozszerzanie słupkami cynowymi S. od N. 4—12, potem rurkami od N. 5—7.	?	Prawie normalny oddech	Rurkę wyjęto 19/V 79.	Przez 1/2 roku nie zauważono powrotu zwężenia.
Wysokiego stopnia.	1878 tyreotomija z powodu brodawczaków. 28/III tracheotomija.	Rozszerzanie naprzemian słupkami i rurkami Schroetter'a do N. 12.	17 tygodni.	Wynik niezupełny. Po zatknięciu rurki chory może oddychać tylko 15 m. Głos nieczysty.	Nie wyjęto.	Brak dalszych szczegółów.
Średniego stopnia.	29/IV tyreotomija, wprowadzono kaniulę.	Rozszerzanie rurkami S. od N. 1—8, potem słupkami cynowymi od N. 1—14.	2 miesiące i 2 tygodnie.	Nieżył już rezultat zepsuty wężsiej został przez zbyt pospieszne postępowanie.	Nie wyjęto.	Brak dalszych szczegółów.
Wysokiego stopnia.	1878 tracheotomija.	W 10 miesięcy po tracheotomii rozpoczęto rozszerzanie rurkami S. od N. 1—4.	3 tygodnie.	Swobodny oddech poprawa w głosie. Po 2 miesiącach recydywa, usunięta rurkami S-a bez tracheotomii.	Wyjęto rurkę.	W pół roku po tem znowu recydywa; tracheotomija. Dalszy przebieg nieznanym.
Wysokiego stopnia.	Tracheotomija 24/XI 79.	Rozszerzanie rurkami S. od N. 1—6.	1 miesiąc.	Zupełne wyleczenie.	Rurka wyjęta.	Patrz tuż poniżej.
Umiarkowane.	Tracheotomija poraz wtóry 20/X 80.	Rurki S. à demeure.		Chory wypuszczony z kaniulą z powodu odleżyny wywołanej przez rurki S.	Nie wyjęto.	Wiadomość listowna

№ bieżący	A U T O R. Źródło.	Płeć, nazwisko, wiek.	ROZPOZNANIE.	Przyczyna i ważniejsze objawy.	Czas trwania zwiężenia.
81	Szeparowicz. Tamże.	Tułówna. 21. Kob.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stward- nieniem	Przyczyna niewiadoma. Obrzmi- enie bocznych części krtani; wrze- kome i prawdziwe struny złane w jedno.	2 lata.
82	—	Sobków. 34. Mężcz.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stward- nieniem.	Przyczyna niewiadoma. Boczne ścianki krtani zgrubiałe, struny obrzniałe. Przedni kąt między- strunowy i część nalewkowa zgrubiałe.	Od 2 lat zwię- żenie. Tyreo- tomija w Sier- pniu recydy- wa.
83	—	Pietrakiewicz 34. Kob.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stwardnie- niem. Brodawkowa- te narośle.	Wilk (?) Przymiot (?) Owrzodze- nia w nosie, na wargach; w gar- dzieli blizny. W krtani zwyro- dzenie bliznowate błony śluzowej.	?
84	— według prywatnej wiadomości z K wie- tnia 1881 r.	Skibiński. 26. Mężcz. Z powodu re- cydywy przy- jęty 26/VII.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stwardnie- niem. Blizny po o- wrzodzeniu. Blizna po zgorzeli chrząstek nalew- kowych.	Przymiot. Chrypka i duszność. Struny zupełnie zniszczone. Na wysokości chrząstki obrączkowej zwiężenie pierścieniowate. Krtani prawie całkiem wypełniona ziarniną, która wyrasta z dołu (od rany) ku górze. Wałki bli- znowate w okolicy chrząstek nalewkowych.	Paromiesięcy Kilka lat.
85	Sokołowski A. Medycyna 1881.	— Mężcz. 23.	Zapalenie ochrzę- stnej.	Przyczyna niewiadoma; przymiot i gruźlica wykluczone. Chrypka od 1878. Od 1879 ciągle wzmagają- jąca się duszność. Od 1880 r. wy- raźne objawy zwiężenia. Stan ogólny dobry.	2 lata.
86	Hering	Żelazowski. 24.	Zapalenie ochrzę- stnej chrząstki obrą- czkowej i ankiloza stawu obrączko-na- lewkowego po ty- fusie.	1878 r. po tyfusie duszność, chryp- ka, trudne polykanie. 3/IV 1878 tracheotomija. Z powodu zwięże- nia nie można wyjąć rurki. Duży guzik bliznowaty na przedniej po- wierzchni tylnej ścianki krtani. Obrzmienie średniej części chrzą- stki obrączkowej. Ankiloza obu stawów nalewkowych. Struny prawdziwe zgrubiałe, zbliżone, nieruchome; przy wdęchu, przy fonacyi otwór w tylnej części 3 mm. szeroki. Mówi przy pomocy strun wrzekomych.	Od 1880.

Stopień zwiężenia.	Przed lub po tracheotomii.	Leczenie.	Czas trwania leczenia.	Wyniki odnośnie do głosu i oddechu.	Czy rurka wyjęta?	U w a g i.
Wysokiego stopnia.	15/II 78 tracheotomija.	Rozszerzanie rurkami S. od N. 1—6.	3 miesiące	Oddech wolny. Mówi i oddecha przy zatkniętej rurce.	Nie wyjęto.	Jeszcze w obserwacji.
Wysokiego stopnia	Z początku leczony bez tracheotomii, później 22/VI 80 tracheotomija.	Rozszerzanie rurką Schr. N. 1, po tracheotomii i rurkami od N. 1—3.	2 tygodnie	Wynik niepomyślny. (1878 dokonana tyrotomija z powodu chorditis voc. inf. hyp. Zatem poprawa trwała 2 lata)	Nie wyjęto.	
Umiarkowany.	1/IX tracheotomija.	Rozszerzanie z początku rurkami S.. W nocy duszność, która zmusiła do tracheotomii.		Leczenie z powodu oporu chorej przerwano.	Nie wyjęto.	
Wysokiego stopnia.	Z początku bez tracheotomii 1878	Rozszerzano cewnikami angielskimi i świeczkami przelykowemi do N. 18.	5 tygodni.	Oddech swobodny.	Nie wyjęto.	Patrz tuż poniżej.
Zatkanie zupełne.	tracheotomija Tracheotomija.	Rozszerzanie rurkami S. od N 1—6; potem słupkami cynowemi od N. 1 do 12 aż do 5/IX 81.	8 tygodni.	Wprowadzanie jest łatwe lecz po wyjęciu słupków znowu powstaje zwiężenie bliznowate. Mowa lepsza.	Nie wyjęto.	Wynik niepomyślny świadczy zdaniem autora że przy gotowych bliznach, rozszerzanie pozostaje bez skutku.
Na początku leczenia przechodzi elastyczny zgłębnik krtaniowy średniej grubości.	Leczenie przed i po tracheotomii.	Od 1/XII 80 kateteryzacja krtani codziennie przez 14 dni po 2—3 minuty. Oddech lżejszy. Od 25/XII wprowadzano rurkę S. N. 1 co dzień aż do N. 2. 10/I. Po 8 dniowem leczeniu duszność i skurez krtani. 25/II tracheotomija; 10/III rozszerzanie N. 1. od końca Marea N. 2, aż do 25/IV.	7 tygodni przed i 6 po tracheotomii.	Ostateczny wynik. Głos nieco mniej ochrypły. Duszność nieznaczna.	Rurka zostawiona, lecz po zatkaniu jej oddech swobodny.	Szczególony kształt nagłośni. jej długość i przechylenie w tył, a do tego zupełna sztywność bardzo przeszkadzały przy leczeniu mechanicznem.
Umiarkowanego stopnia. Szezelina 3 mm. szeroka.	Po tracheotomii.	Rozszerzanie słupkami cynowemi N. 2—10.	3 tygodnie.	Głos nieco lepszy; oddech trudny przy zamknięciu rurki.	Nie wyjęto.	Leczenie przerwano z powodu obrzmienia zapalnego części nalewkowej.

N. bieżący	A U T O R. Źródło.	Płeć, nazwisko, wiek.	ROZPOZNANIE.	Przyczyna i ważniejsze objawy.	Czas trwania zweżenia.
87	Hering.	Trubecki. 35. Mężcz.	Zweżenie przymiotowe krtani z powodu zapalenia ochrzęstnej chrząstki tarczowej i obrączkowej.	W 1866 przymiot. 1876 obrzmienie zapalne okolicy krtani; ropienie, przetoki, które po 3 latach zagoiły się. Od 2 lat chrypka, od roku trudne polykanie, duszność, która doprowadziła w Sierpniu 1880 r. do tracheotomii. Bliznowate zgrubienie przedniej ścianki krtani. Struny zbliżone przez skurczenie części międzynałwkowej; sztywność w stawach nalewkowych. Obrzmienie strun wrzekomych i fałd nalewko-nagłośniowych.	Od roku.
88	—	Haneman. 38. Mężcz.	Zapalenie ochrzęstnej chrząstki obrączkowej.	Tyfus 1878. potem chrypka, duszność 1879 r. tracheotomija. W krtani na przedniej powierzchni tylnej ścianki gruba blizna, przebiegająca w poprzek ku lewej chrząstce nalewkowej. Ankiloza obu chrząstek nalewkowych. Szczelina 1½ mm. szeroka. Z dolnej powierzchni struny lewej wyrasta guzik, jeszcze bardziej powiększający zweżenia.	Od 2 lat.
89	—	Korfaaty. 31. Mężcz.	Zapalenie ochrzęstnej i zgorzel chrząstki obrączkowej.	Przed 11 laty przymiot; przed 2 laty psoriasis palmaris. Przed 1 rokiem zapalenie okostnej mostka (gumma). We Wrześniu 80 r. chrypka, potem duszność. W Styczniu 81 wykaszał chory kawałek chrząstki obrączkowej uległej zgorzeli. Pomimo leczenia antyprzymiotowego powiększenie się duszności, tak że w Lutym autor był zmuszony dokonać tracheotomii. W krtani struny zbliżone do siebie na 2 mm. Guziki bliznowate w części międzynałwkowej. Struny prawdziwe mało zmienione. Ankiloza obu stawów obrączko-nalewkowych.	Od 4 miesięcy.
90	Kieselbach. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1880. T. XIII. Listopad.	Kary. 17. Kob.	Zapalenie ochrzęstnej po tyfusie. Polipy.	1878 r. tyfus, od tego czasu chrypka i duszność, która doprowadziła do tracheotomii. W krtani obrzmienie prawej chrząstki nalewkowej, fałdy nalewko-nagłośniowej i prawej struny wrzekomej. Prawa chrząstka nalewkowa nieruchoma; ze struny głosowej ledwie widać brzeżek. Lewa struna głosowa owrzodzona na powierzchni górnej i na brzegu. Polip w lewej kieszonce Morgagniego, drugi w przednim kącie strun. Naprost otworu tracheotomicznego na tylnej ścianie tchawicy wypuklenie błony śluzowej, składające się z 2 guzików.	Od 1878.

Stopień zwężenia.	Przed lub po tracheotomii.	L e c z e n i e.	Czas trwania leczenia.	Wyniki odnośnie do głosu i oddechu.	Czy rurka wyjęta?	U w a g i.
Szczelina 1½ mm. szeroka	Tracheotomija. VIII. 1880.	Jodek potasu; próby przejścia zwężenia zgłębnikami; nacięcia przez usta i przez otwór po-tracheotomiczny; zniszczenie galwanokautyczne blizn, dwukrotnie przedsiębrane.	6 tygodni.	Wynik żaden	Nie wyjęto.	Rozszerzanie przez otwór potracheotomiczny również bez skutku.
1½ mm. szer.	Tracheotomija. 1879.	Rozszerzanie z początku zgłębnikami, potem słupkami cynowymi S. aż do N. 9. Skutkiem leczenia świeże zapalenie ochrzęstnej, gorączka, ból, obrzmienie; z tego powodu leczenie przerwane. Słupki pozostawiano na 2 — 5 godzin w krtani.	4 miesiące.	Wynik ujemny.	Nie wyjęto.	Chory źle znosił próby rozszerzania przez otwór potracheotomiczny, gdyż po nich natężyło się zapalenie.
Zwężenie wysokiego stopnia.	Tracheotomija. 1/II 80.	Leczenie specyficzne. 25/V wprowadzono zgłębnik przez otwór potracheotomiczny; następnie zgłębniki Beniqué'go od N. 15—20 przez usta.	Chory znajduje się w leczeniu.	Znaczna poprawa w oddechu i głose.	Nie wyjęto.	
Średniego stopnia	Tracheotomija 1878.	Wyjęto polip sposobem Voltolini'ego (gąbką); przyżeganie owrzodzeń argenticum; rozszerzanie słupkami cynowymi od N. 5—15. Potem rurkami S-a Guzewatość na tylnej ścianie tchawicy naciskano kaniulą tracheotomiczną, odpowiednio urządzoną.	11 miesięcy V 79—IV 80.	Otwór potracheotomiczny zagojony. Głos wyraźny lecz ochrypły. Chory mówi za pomocą strun wrzekomych.	Wyjęto.	Kaniula tracheotomiczna miała okienko zwrócone ku tyłowi; okienko to opatrzone było rodzajem klapki, która otwierając się za pomocą szrubki wywierała lekki nacisk na części obrzmiate.

W. bieżący	A U T O R. Źródło.	Płeć, nazwisko, wiek.	ROZPOZNANIE.	Przyczyna i ważniejsze objawy.	Czas trwania zweżenia.
91	Stoerk Karol. Klinik der Krank- heiten des Kehl- kopfes. 1880.	Chłopiec. 4½ letni.	Zweżenie po bło- nicy.	1877 tracheotomija z powodu bło- nicy. Nacieczenie plastyczne w krtani, do której wchód przedsta- wia się w postaci małego wąz- kiego lancetowatego otworu. Granulacyje pod strunami.	Od ¾ lat.
92	Morris J. Asch. Archives of Laryn- gology. New -York. T. I N. 1 str. 62.	— 35. Kobieta.	Zweżenie krtani po przymiocie (?)	Nie przyznaje się do tego, żeby przechodziła przymiot. Zupelny bezgłos, wysoka duszność. Zni- szczenie i zgrubienie nagłośni i łańd nagłośnio-nalewkowych. Części te zmienione do niepo- znania.	Od 3 lat w leczeniu.
93	Weinlechner. Streszczenie w Wie- ner med. Woch. 1878 N. 12.	?	Zweżenie po tyfusie. Zapalenie ochrzę- stnej (?)	?	?
94	Navratil. Laringologische Beitraege. 1871 str. 96.	— 22. Mężcz.	Zapalenie krtani przerostowe, prze- ważnie strun wrze- komych.	Ogromne obrzmienie strun wrze- komych w skutek zapalenia tkanki łącznej podśluzowej. Zwię- żenie. Tracheotomija.	—
95	Oertel. Monatsschrift f. Oh- renheilkunde. 1876. N. 3.	— 30. Mężcz.	Zapalenie ochrzę- stnej i zgorzel po tyfusie.	1863 r. tyfus, po nim chrypka bez- głos, trudne polykanie, duszność. 1864 tracheotomija (w Stycznju). Szczelina stoi wukos. Przemie- szczenie chrząstek Santori- ni'ego i Wrisberg'a z powodu zgorzeli chrząstki pierścieniowa- tej. Zgrubienie lewej struny. Bli- znowate sznurki w części nalew- kowej.	2 miesiące.
96	W. Mac Neil Whistler. Archives of Laryn- gology. New-York. T. I N. 4.	— 31. Kobieta.	Zweżenie przymio- towe.	Mały guzik na strunie głosowej lewej. Znaczna duszność, owrzo- dzenia gardzieli; zapalenie o- chrzęstnej, owrzdzenia w krtani, Zweżenie skutkiem zrośnięcia się strun wrzekomych. Zamknięcie głośni.	2 miesiące.
97	—	— 33. Mężcz.	Zweżenie przymio- towe.	1869 Przymiot. W 1873 gumata na goleni i ból gardła. 1874 obrzmie- nie nagłośni. Duszność. Owrzo- dzenie w części nalewkowej. Bez- głos. Wnętrze krtani zakryte.	Parę mie- sięcy.
98	Parona. Giornali della R. Academia di medi- cina di Torino 1879. Wiadomość prywa- tna od Prof. Labus'a z Medyjanu.	— 52. Kob.	Zapalenie ochrzę- stnej przerostowe.	Chrypka, duszność. Poprawa po jodku potasu. W rok potem po- gorszenie. 1878 tracheotomija w Maju. Tyreotomija we Wrześniu 1878. Przymiot prawdopodobnie przebyty w 17 roku.	½ roku.

Stopień zwężenia.	Przed lub po tracheotomii.	Leczenie.	Czas trwania leczenia.	Wyniki odnośnie do głosu i oddechu.	Czy rurka wyjęta?	U w a g i.
Wysokiego stopnia.	Po tracheotomii.	Przyżeganie azotanem srebra, rozszerzanie angielskimi świeczkami 2 razy dziennie.	Kilka tygodni.	?	Wyjęto.	
Krtani zupełnie niedrożna.	Po tracheotomii.	Leczenie przeciwprzymiotowe. Rozzerwanie zrostów zgłębnikiem. Miejscowe stosowanie jodu z gliceryną; potem dopiero rozszerzanie giętkimi zgłębnikami metalowymi.	Okolo 6 miesięcy.	Oddech wolny. Głos przywrócony lecz ochryply.	?	
?	?	Rozszerzanie słupkami cynowymi Trendelenburga i świeczkami gutaperkowymi własnego pomysłu.	?	Wyleczony.	?	Chory zmarł 1878 z gruźlicy. Na preparacie stwierdzono wyleczenie zwężenia
Wysokiego stopnia.	Po tracheotomii.	Rozszerzanie najprzód cewnikami, — bez skutku, potem rozszerzałem dwudzielnym.	Parę tygodni.	Znaczna poprawa oddechu.	Nie wyjęto.	
Wysokiego stopnia.	Po tracheotomii.	Zniszczenie guzowatości bliznowatych i fałd kwasem chromnym. Rozszerzanie paleczkami żelaznymi (2—8 mm. grubości), później rozszerzałem własnego pomysłu.	6 tygodni.	Oddecha dobrane po zamknięciu rurki. Głos mocny.	Nie wyjęto.	Oertel pierwszy zaczął używać rozszerzadła trójgraniastego.
Wysokiego stopnia.	Bez tracheotomii.	Leczenie przeciwprzymiotowe. Rozszerzanie za pomocą osobnego rozszerzadła trójdzielnego.	Okolo 4 miesięcy.	Oddech wolny. Głos ochryply lecz wyraźny.	—	Po 2 latach nie było objawów powrotu cierpienia.
Wysokiego stopnia.	Po tracheotomii.	Leczenie przeciwprzymiotowe. Miejscowo stosowano chlorek cynku. Zwężenie rozdzielono własnym narzędziem; a następnie rozszerzano.	Okolo roku.	Oddech i głos zupełnie dobre.	Wyjęto rurkę po roku.	
Prawie zupełnie zwężenie.	Tracheotomija. V. 1878.	Po tyrotomii przez ranę wprowadzano zgłębniki elastyczne od N. 8—12; potem rozszerzano rozszerzałem Weiss'a.	5 miesięcy.	Oddech swobodny.	Wyjęto.	Przypadek ogłoszony w miesiąc po wyjęciu rurki.

Wzrost	AUTOR. Źródło.	Płeć, nazwisko, wiek.	ROZPOZNANIE.	Przyczyna i ważniejsze objawy.	Czas trwania zwiężenia.
99	Stoerk. Wien. Med. Woch. 1879. N. 46.	Weltman. 7. Mężcz.	Zarośnięcie krtani po błonicy.	1876 po błonicy duszność. Tra- cheotomija. Zupelne zamknięcie krtani poniżej strun za pomocą przegrody z błony śluzowej, któ- ra nakształt kopuły przykrywa tehawicę. Struny prawdziwe i wrzekome ruchome.	Od 3 lat.
100	Braun. Centralblatt f. Chir. 1880 N. 51.	Werle. 30. Kob.	Zwężenie krtani i tehawicy powstałe skutkiem nacisku na krtani przez wole zaprzędkowe.	26 Maja z powodu wysokiej du- szności tracheotomija. 5 Czerwea wycięcie wola (Czerney). 1 Sier- pnia niska tracheotomija celem usunięcia obrzmienia zapalnego w krtani, bez skutku. Ponieważ chora nie mogła oddechać bez kaniuli, przeto 25 Stycznia roz- szczepiono krtani (fissura), celem zniesienia zwężenia. W krtani przemieszczenie chrząstek nalew- kowych ku przodowi.	Od 1877.

Darujcie mi Szanowni Panowie, że nadużyłem Waszego czasu i cierpliwo-
ści, racząc Was suchemi cyframi i tablicami statystycznymi. Kwestyja leczenia
mechanicznego zwężenia krtani nie daje się rozwiązać lub wyjaśnić w kilku słowach.
Zasluguje ona na uwagę, nietylko ze względu na chorych, lecz także jako jedna
z najtrudniejszych metod leczniczych całej chirurgii krtaniowej. Każdym wy-
nikiem dodatnim, uzyskanym na tej mozolnej drodze, lekarz słusznie szczycić się
może.

Rozumie się samo przez się, że metoda ta skuteczną być może tylko
w pewnych postaciach zwężenia krtani, naturalnie, jeżeli prowadzoną będzie
przez lekarza posiadającego niezbędny do tego zasób techniki laryngo-chirurgicz-
nej. Może ona być użyta w przypadkach niezbyt długo trwających, zwężeni-
ach kształtu niecylicyrycznego, a rozpocząć ją należy dopiero po ustaniu obja-
wów zapalnych i przy braku gorączki.

Ogólne jej wyniki dają się streścić w następujących wnioskach:

1). Stosunkowo skąpe wyniki dodatnie tej metody są zwykle następstwem
braku cierpliwości i wytrwałości ze strony chorego, niekiedy ze strony
lekarza.

2) Przypadki dodatnie, między innymi spostrzeżenia L a b u s'a i S z e p a-
r o w i c z a, dowodzą, że prowadząc leczenie energicznie, a mimo to ostrożnie,
uzyskać można zupełne wyleczenie, t. j. usunięcie rurki tracheotomicznej nawet
w przypadkach zwężenia zastarzałych, będących skutkiem zapalenia ochrzęstnej
po tyfusie lub ospie.

3) Objawy zapalne, występujące w razie zbyt szybkiego rozszerzania, wy-
magają przerwy w leczeniu.

Stopień zwężenia.	Przed lub po tracheotomii.	L e c z e n i e.	Czas trwania leczenia.	Wyniki odnośnie do głosu i oddechu.	Czy rurka wyjęta?	Uwagi.
Zupełne za- rośnięcie.	Tracheotomi- ja 1876.	Rozeście błony po uspie- niu chorego przez otwór w tchawicy odpowiednim nożem i wprowadzenie od dołu rozszerzadła dwu- dzielnego, przymocowane- go do kaniuli.	Parę tygodni.	Oddech i głos prawidłowe.		Wypuszczony z roz- szerzadłem.
Zwężenie wysokiego stopnia.	Tracheotomi- ja po raz 1-y 26/V, po 2-gi 1/VIII; laryn- go fissura 25/I 78.	Rozszczepienie krtani bez skutku; rozszerzanie lami- naryją również bez skutku; wyleczenie otrzymano przez wprowadzenie do krtani tamponu gumowego w kształcie litery T, który po wprowadzeniu nady- mano.	Okolo 3 mie- sięcy 27/II — 12/IV 78.	Głos ochry- pły, lecz wy- rażny.	Wyjęto rur- kę 13/I 79.	Tampon wprowa- dzono przez otwór na szyi.

4). W razie obecności walków bliznowych, zrostów, lub bujającej ziarniny, czy to w krtani czy w tchawicy, należy przed rozpoczęciem rozszerzania takowe zniszczyć i usunąć przy pomocy odpowiednich chirurgicznych rękoczynów. Możemy je wykonać albo od góry (przez usta), albo od dołu (przez otwór w tchawicy), jakkolwiek metoda pierwsza zasługuje na pierwszeństwo. Niedostateczne uwzględnienie wymienionych punktów zdaje się być w wielu przypadkach powodem ujemnych wyników leczenia.

5). Daleko posunięte zwężenia, formy cylindrycznej, wywołane w skutek zapalenia ochrzęstnej, połączonego ze zgorzelą (*necrosis*) i wydzieleniem się kawałka chrząstki, nie nadają się do tej metody leczenia. Usunąć je można tylko za pomocą laryngotomii lub częściowego wycięcia krtani.

6). Słupki *Schroettera* niekiedy zastąpić można przy rozszerzaniu zwężonej krtani zgłębnikami metalowymi *Beniquie* różnej grubości. W razie gdy przeprowadzenie słupków *Schroettera* przez zwężenie natrafia na znaczne trudności, możemy je sobie ułatwić przy pomocy cienkiej rurki *Belocq'a*, a mianowicie: wprowadzamy ją przez ranę po tracheotomii i przez zwężoną krtani aż do ust, przywiązujemy słupek za pomocą jedwabnego sznurka do guzika, znajdującego się na końcu sprężyny, a pociągając za sznurek łatwo nam przyjdzie przeprowadzić słupek przez miejsce zwężone (*Herिंग*).

7). Metoda mechanicznego leczenia zwężeń krtani stanowi znakomity postęp w dziedzinie chirurgii krtaniowej, ustalenie zaś i rozwój tej metody jest wielką zasługą *Schroettera*¹⁾.

1) Opis tej metody znajdzie czytelnik w Pamiętniku Tow. lek. Warszaw. z r. 1878.

PRZEGLĄD LITERATURY KRAJOWEJ.

O podbiegnięciach krwi ze stanowiska sądowo-lekarskiego. Podał D-r Henryk Kowalski
Tarnów. 1881 r.

Podbiegnięcia krwi stanowią jedną z najczęstszych zmian, występujących po obrażeniach cielesnych. Interesować one muszą każdego lekarza ze względów sądowo-lekarskich. Niezaprzeczoną więc przysługę oddał D-r Kowalski lekarzom sądowym i prawnikom, zestawiając w jedną całość rozrzucone wiadomości o tym przedmiocie, tembardziej, że uzupełnił je dodaniem własnych doświadczeń i spostrzeżeń.

W kilku poddziałach swej pracy rozważa autor kolejno określenie podbiegnięć krwawych, ich miejsce, kształt, barwę, przekrój (na trupie), sposób powstawania, skutki; a nakoniec odnosi je do obecnie obowiązującej ustawy karnej austriackiej.

Podbiegnięciem krwi nazywa autor każdy krwotok wewnętrzny z zebraaniem się krwi w przestrzeniach tkankowych. Te z podbiegnięć, które przeświecają przez zewnętrzne okrywy ciała, bez względu na barwę (czerwoną, wiśniową, siną, zielonawą, żółtą), zowie sińcami (siniakami).

Takie podbiegnięcia krwawe wszędzie mogą powstać, gdzie tylko tkanki zawierają naczynia krwionośne. Oprócz innych względów położenie sińca ważne i z tego powodu, że niekiedy może ono objaśnić pochodzenie pewnych zmian jednoczesnych, jak np. siniec w skórze głowy i równie dawne lub nieco świeższe zmiany w mózgu albo w oponach; siniec na klatce piersiowej i zapalenie opłucnej z tejże samej strony i t. d.

Kształt i wielkość podbiegnięć krwawych bywają rozmaite. Mogą być one małe i duże, a nadto okrągławe, owalne, czworokątne, rozlane, w postaci pręg, smug i pasów. Kształt sińca może dać pojęcie o rodzaju narzędzia użytego przy obrażeniu, np. okrągławe pochodzą od narzędzi tępych, jak kamień, gałka od laski; czworokątne od rzuconej książki, kałamarza, cegły; podłużne od uderzenia kijem, postronkiem, płazem szabli; palczaste od ręki i t. d. Usadowienie i kształt sińców na szyi u osób nagle zmarłych naprowadza na myśl o uduszeniu lub powieszeniu. Gdy z prawej strony szyi widać jeden siniec większy, a z lewej 1—4 sińców mniejszych w kierunku osi ciała, to domyślamy się gwałtu przez uduszenie ręką.

Barwa podbiegnięć krwawych bywa początkowo czerwoną, karmazynową, wiśniową, siną, a nawet czarną. Następnie zmienia się na niebieskawą ciemno-żółtą, jasno-żółtą, a wreszcie znika bez śladu. Mniejsze sińce przechodzą te zmiany w 1½ do 3, większe w 3 do 8 tygodni. Zmiana więc barwy sińców, zależna od przemian wstecznych wylanej krwi i przeobrażania się jej barwników, może dać niejaką wskazówkę o czasie, w którym nastąpiło uszkodzenie. Prawdziwe sińce od podrabianych, np. karminem wstrzykniętym pod skórę, można odróżnić brakiem wskazanej przemiany zabarwienia i stosunkowo szybkim znikaniem, jeżeli wstrzyknięty barwnik był płynny.

Barwa świeżego sińca bardzo zależy od grubości pokładów, leżących nad wylaną krwią. Wylewy do warstwy Malpighiego są żywej czerwonej barwy, do miazdzy skóry — ciemno-czerwono-wiśniowej, do tkanki łącznej podskórnej — sinej. Jeżeli zaś wylana krew dostaje się pod grubszą warstwę tkanki łącznej podskórnej, pomiędzy mięśnie i t. d., to siniec wcale nie występuje. Na barwę sińca wpływa także stopień i rozległość zniszczenia samych tkanek. Im większa ilość tkanki jest zmiażdżona i zmieszana z krwią, tem ciemniejszą jest barwa sińca, aż wreszcie czarna.

Przekrój sińca służy do wykazania różnicy pomiędzy plamą pośmiertną a sińcem powstałym za życia. Plamy pośmiertne tworzą się na częściach trupa znaj-

dujących się najniżej. Na miejscu plam trupich krew mieści się w naczyniach i po przecięciu z nich wypływa; tymczasem w sinicach znajduje się w przestrzeniach tkankowych. Barwa sinica zależy od czasu jego trwania, w plamach zaś pośmiertnych od barwy krwi trupa. Tak np. plamy pośmiertne posiadają odcień jasnoczerwony, gdy człowiek umarł z zatrucia tlenkiem węgla, utonął lub umarł z zamarznięcia.

Najzwykłej powstają podbiegnięcia krwi skutkiem mechanicznego uszkodzenia całości tkanin. Najłatwiej to następuje, gdy niezbyt gruba warstwa miękkich części leży na twardej podstawie. Przy braku takiej podstawy siniec nie powstaje nawet po silnych uderzeniach np. na ścianie brzusznej po kopnięciu kopytem końskim. Sam mechanizm uszkodzenia może być rozmaity. Siła uszkadzająca może działać czynnie, biernie, a także przez pośrednictwo jakiegoś ciała trzeciego np. sinice u płodu po uderzeniach w brzuch matki, uszkodzenia (kontuzyje) za pomocą silnie wstrząśniętego powietrza przez kule, odłamki granatu i t. d. Dalej sinice mogą występować na miejscu przyłożenia siły albo w oddaleniu, jak np. na skórze twarzy, na łącznicy, na okostnej czaszki, pod oplucną i na osierdziu przy dłuższem uciśnięciu szyi. Wymienione też odległe wynaczynienia krwi muszą wzbudzać podejrzenie uduszenia. Jak pokazują doświadczenia autora, takie wynaczynienia powstają u uduszonych skutkiem daremnych wysiłków klatki piersiowej do oddechania (działa jak sucha bańka) i skutkiem zwiększonej siły ssącej prawego serca.

Podbiegnięcia krwi w siatkówce, w ciele szklistem, powstają przy uderzeniach w samo oko, ale także skutkiem silnego traumatycznego wstrząśnienia czaszki po uderzeniach, po spadnięciu ze znacznej wysokości i t. d.

Obok podbiegnięć krwi, będących rezultatem obrażeń cielesnych, bywają inne, które powstają z innych przyczyn, jako to:

1). Skutkiem podziałania innych mechanicznych wpływów, a mianowicie od ukąszenia pcheł, pijawek, przystawienia suchych baniek, skutkiem działania nagle rozrzedzonego powietrza, podczas ciężkiego porodu, kaszlu, wymiotów, skakania, dźwigania ciężarów i t. d.

2). Skutkiem zwątlenia naczyń w przebiegu tyfusu, ospy, żółtego zaniku wątroby, ropnicy, gnileca, choroby Verlhof'a; przy zatruciu fosforem (stłuszczenie ścianek naczyńmowych).

3). Skutkiem mocnego rozciągnięcia tkanek np. ścian jamy brzusznej: pręgi, czasami krwawe.

4) Na kończynach i brzuchu skutkiem puchliny przy chorobach płuc, serca, nerek.

5). Skutkiem zwiększonego bocznego ciśnienia krwi w układzie żylnym.

Sinice powstałe z przyczyn wyliczonych anatomicznie nie różnią się wcale od tworzących się skutkiem obrażeń mechanicznych. Każdy więc lekarz celem uniknięcia pomyłek, które nieraz wydały rezultaty bardzo przykre dla osób trzecich, powinien zwracać uwagę na to, czy siniec nie jest:

1) znamieniem, to jest plamą od urodzenia istniejącą;

2) czy takowy nie powstał wskutek pomazania skóry farbą, albo też skutkiem podskórnego wstrzyknięcia krwi lub innego kolorowego płynu;

3) czy takowy nie jest plamą pośmiertną i dalej

4) czy siniec nie jest wynikiem przyczyn powyżej pod numerami 1 do 5-go wymienionych, a różnych od zwykłych mechanicznych obrażeń.

Następstwa podbiegnięć krwi są dwojakie: a) podmiotowe i b) przedmiotowe.

Podmiotowem następstwem jest ból, który bywa fizyczny i psychiczny. Mocny ból fizyczny potęguje cierpienie, a nadto uderzenie, sprawiające wielki ból w niektórych okolicach ciała (np. w brzuchu), może się stać przyczyną natychmiastowej śmierci. Ciężki ból psychiczny u osób wykształconych, z pełnem poczuciem honoru, pomimo nawet braku bólu miejscowego, może być przyczyną

czasowej utraty łaknienia i dłuższej lub krótszej niezdolności do pracy zawodowej. Uderzenie, bolesne jako „czyn ze szczególniejszemi mękami dla uszkodzonego na ciele połączony”, obciąża zbrodnię uszkodzenia ciała. Sądy o stopniu bólu najczęściej orzekają na podstawie wrażenia odniesionego z twierdzeń uszkodzonego, a jednak ocenianie bólu, przynajmniej fizycznego, tylko lekarzom pozostawione być winno. Także tylko lekarz odróżnić może ból istotny od udanego. Udany ból rozpoznać można po następujących cechach:

- 1) zdrowy wygląd badanego;
- 2) brak gorączki, język czysty, apetyt dobry, sen naturalny;
- 3) odnoszenie bólu nie do pewnych punktów lub kierunków, któremi nerwy czuciowe przebiegają. Iecz przeciwnie do całych części ciała;
- 4) brak blizny skórnej lub kostnej, któraby gałązki nerwowe uciskać mogła;
- 5) sprzeczność zeznań świadków z twierdzeniami uszkodzonego, odnośnie do sposobu życia i wykonywania zajęć.

Przedmiotowe skutki bywają różne. Zwykle mają one przebieg pomyślny. Czasami wszakże skutki te bywają cięższe. Podbiegnięcia np. krwi w siatkówce, w ciele szklistem oka mogą się skończyć częściową lub zupełną ślepotą; wynaczynienia krwi w mózgu, w rdzeniu, mogą niekiedy być przyczyną natychmiastowej śmierci i t. d.

Wyłożywszy wszystko to, co poprzedziło, autor stara się odnieść podbiegnięcia krwi do obowiązującej ustawy karnej austriackiej. Podciąga je pod odpowiednie artykuły prawne i, rzecz prosta, podciągnięcie to wypada rozmaicie, stosownie do ważności uszkodzenia w danym razie. Podbiegnięcia krwi zależnie od skutków, jakie za sobą pociągają, pozostają w związku z całym prawie ustawodawstwem karnem. Słusznie jednak powiada autor, że przy takim kwalifikowaniu danych przypadków do pewnych artykułów, lekarz napotyka znaczne trudności. Trudności te pochodzą z jednej strony—z przyczyny niewłaściwości dzisiejszych określeń jakości uszkodzenia w obecnej ustawie karnej i z drugiej strony—z braku stanowczości, gdzie lekarz ma zaliczyć okres wyzdrowiania chorego; do choroby, czy do zdrowia.

Teraźniejszy ustawowy podział uszkodzeń cielesnych, na ciężkie i lekkie, nie da się usprawiedliwić ze stanowiska nauki lekarskiej. Lekarz, który może tylko stwierdzić fakt obrażenia i wskazać możliwe tegoż następstwa, musi wazyć uszkodzenia cielesne ze względu na terminologiję prawniczą. Tymczasem mały siniac wielkości centa, który powinien być uważany za lekkie uszkodzenie ze względu na swoje skutki, może stanowić uszkodzenie groźniejsze niż 15 sińców wielkości jaja, jakie za ciężkie obrażenie brać należy. Główną tu wadą, podług autora, jest niedokładna definicyja ciężkiego uszkodzenia ciała. Myśli on, że ustawa karna wówczas dla lekarzy sądowych byłaby najodpowiedniejszą, gdyby określała uszkodzenie ciężkie przez wyliczenie utraconych członków, narządów, nabytych chorób i zbroczeń organizmu z uszkodzenia wynikających.

Wobec takiej ustawy lekarz sądowy potrzebowałby tylko rozpoznać chorobę lub zbroczenie ustroju i takowe nazwać, przez co sędzia miałby zaraz podstawę do wymierzenia rodzaju kary. Ponieważ jednak choroby, oznaczone jednym nazwiskiem, przedstawiają się bardzo rozmaicie ze względu na czas trwania, natężenie i t. d., przeto i takie postępowanie w myśl ustawy nie odpowiadałoby sprawiedliwości. Należałoby więc stopień kary zastosować do średniego przebiegu lżejszych chorób chirurgicznych i karę więzienia naznaczać nie od 8-miu dni nadwreżenia zdrowia lub niezdolności do pracy zawodowej, lecz od 14 dni, to jest najdłuższego terminu przebiegu lżejszych chorób chirurgicznych. Autor mniema, że zmiana taka w przyszłej ustawie karnej, oparta na podwalinach umiejętnego rokowania w lżejszych chorobach, nie sprzeciwi się bynajmniej zamiarowi prawodawcy, chcącemu karać więzieniem tylko cięższe

choroby, wynikłe z uszkodzenia, a lekarzowi sądowemu da swobodę i pewność w postępowaniu.

Kończąc swą pracę, autor porusza jeszcze pytanie, które lekarz wobec sądu dosyć często spotyka, a mianowicie: czy właściwe leczenie, zastosowane zaraz po uszkodzeniu ciała, może mieć wpływ na zmniejszenie skutków uszkodzenia, a skutkiem tego i na zmniejszenie odpowiedzialności za uszkodzenie? W obecnym czasie, mianowicie też po zastosowaniu antyseptycznych sposobów opatrywania, nie ulega wątpliwości, że skutki uszkodzenia znakomicie mogą być złagodzone, ale czy takie złagodzenie wpływa na złagodzenie skutków prawnych, na to rozmaicie zapatrują się sędziowie i obrońcy. Jedni twierdzą, że winni odpowiadać powinni za wszystkie skutki, wynikające z uszkodzenia, z wyjątkiem tych, jakie chorzy umyślnie sami spowodują. bądź-to przez złe leczenie się, bądź-to przez używanie środków jątrzących; inni zaś przyjmują udzielenie właściwej pomocy lekarskiej uszkodzonemu ze strony sprawcy za okoliczność wielce łagodzącą stopień kary. Ostatnie mniemanie autor uważa za sprawiedliwe, choćby dla tego, że w rezultacie przyczynia się ono do zaoszczędzenia funduszków państwa przez krótsze żywienie i okrywanie winnych w więzieniach, a nadto stanowi hamulec dla tych uszkodzonych na ciele, którzy celem wywołania surowszej kary dla sprawców, umyślnie zaniedbują leczenie albo też podtrzymują chorobę.

Z powyższego widać treść rozprawy. Zbiera w niej autor wszystko, co wiadomo o podbiegnięciach krwi i niektóre, więcej wątpliwe punkta rozstrzyga własnymi doświadczeniami i spostrzeżeniami. Niektóre z tych doświadczeń i spostrzeżeń, przyczyniają się do rozszerzenia zakresu naszych wiadomości. Stanowi to prawdziwą zasługę pracy. Zre-sztą cała rozprawa jest napisana jasno i w tonie czysto naukowym. W ogóle autor robi wrażenie biegłego lekarza sądowego, który w razie potrzeby umi zrećcznie posłużyć się i eksperymentem.

D-r Przewoski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Od 1 Kwietnia r. b. wychodzi tu zacznie tygodnik popularny, poświęcony naukom przyrodniczym, p. t. „Wszechświat“. Kierunek naukowy objęli: prof. D-r Chałubiński, D-r L. Dudrewicz, mag. St. Kramsztyk, mag. A. Słósański, inż. J. Słowikowski, prof. Trejdosiewicz i prof. Wrześniowski. Redaktorem odpowiedzialnym będzie Br. Znатовicz, wydawcą Eug. Dziewulski.

— Podług jednodniowego spisu ludności, odbytego w d. 9 Lutego (28 Stycznia r. b.), Warszawa liczy mieszkańców 387,183, a mianowicie mężczyzn 184,893 i kobiet 202,290.

Berlin. Wydział lekarski Towarzystwa Naukowego Akademików Polaków w Berlinie rozpoczął działalność swą dnia 1 Grudnia zeszłego roku i liczył w początku 18-tu członków. W czasie półroczia wystąpił jeden, tak iż obecnie należy do wydziału 17-stu. Posiedzenia odbywały się raz na tydzień, na których zajmowano się odczytami i wykładami terminologicznymi polskimi. W czasie od 1 Grudnia do końca półroczia następujący koledzy wygłosili swe odczyty: 1) kol. Spychalski „O ciepłocie ustroju zwierzęcego“. 2) kol. Trzeiński „Ogólny pogląd na anatomiję porównawczą przewodu pokarmowego“. 3) kol. Wróblewski „O cholery indyjskiej“. 4) kol. Jankowski „O koltunie“. 5) kol. Kołodziej „O torbielach i torbielakach jajnikowych i o owaryjotomii, czyli sposobie ich wyluszczenia“. 6) kol. J. Paniewski „Ogólny pogląd na historyję medycyny do końca wieku 17-go“. 7) kol. Pomorski „Pogląd anatomiczny na kanał pachwinowy i udowy“. Oprócz odczytów tych miewano na każdym posiedzeniu wykłady z anatomiją, celem przyswajania sobie terminologii polskiej. Biblioteka medyczna, dość szczupła w początku, powiększyła się o kilka dzieł, które wydziałowi przesłano, mianowicie składa Wydział p. D-r Wicherkiewiezowiz Poznania, p. D-r Wasserzugowiz Warszawy i p. Przepięrzyńskiemu z Hroczenia, niniejszem serdeczne dzięki.

Do zarządu wydziału na czas półroczu zimowego należeli kol. Fr. Janowski jako prezes, kol. K. Wróblewski jako pisarz i kol. K. Spychalski jako skarbnik. Na przyszłe półroczu letnie wybrano kol. A. Kołodzieja prezesem, kol. K. Wróblewskiego pisarzem i kol. J. Trzcienieckiego skarbnikiem.

— Na wzór niemieckiego towarzystwa do chirurgii (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie), odbywającego coroczne zjazdy w Berlinie podczas feryj Wielkanocnych, zawiązało się Towarzystwo do medycyny wewnętrznej (Deutsche Gesellschaft für innere Medizin). Powstanie swe winno ono profesorowi tutejszemu Leydenowi, który na okólnik, rozesłany do wszystkich profesorów klinik chorób wewnętrznych i wybitniejszych lekarzy niemieckich, a zapraszając do połączenia się w Towarzystwo, mające na celu uprawianie i przyczynianie się do postępu wszystkich gałęzi medycyny wewnętrznej, odebrał odpowiedzi bardzo przychylne i zachęcające. Postanowiono więc, aby odbywał się corocznie kongres członków niemieckiego towarzystwa do medycyny wewnętrznej. Pierwszy zjazd nastąpi w Sierpniu lub Wrześniu r. b. w Wiesbaden.

Lwów. Zmarł 25 Lutego r. b. w 83 roku życia D-r Szezyński Maciejowski, były lekarz sztabowy wojsk polskich, b. prezes Towarzystwa lekarzy Galicyjskich.

Graz. Profesorem anatomii opisowej na tutejszym wydziale lekarskim został D-r Zuckerkandl.

Praga. Klebs przyjął zaproszenie na profesora anatomii patologicznej do Zurychu, mimo petycyi Niemców, iżby w tak ciężkich czasach dla żywiołu niemieckiego w Czechach nie opuszczał dotychczasowego stanowiska.

Wiedeń. Zmarł tu 2 Marca r. b. w 58 r. życia prof. kliniki chorób wewnętrznych D-r Ducheck.

— Tutejsza gmina postanowiła mającą się otworzyć w bliskości Allgemeines Krankenhaus nową ulicę nazwać: „Skodagasse“.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

Ewald. O trawieniu, tóm. L. A. Anders'a. Odbitka z Medycyny. 1882.

ODPOWIEDŹ.

W-mu D-r W. B. w Płochinie. O epidemijach tyfusu wysypkowego w Polsce nikt dotąd nie pisał.

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się dla wszystkich Prenumeratorów prospekt na czasopismo p. t. „Wszechświat“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Ogłoszenia.

PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

wydawany pod redakcją **E. Klinika**

Zeszyt I za rok 1882 wyszedł z druku i zawiera:

1. Rosenthal A. O zmianach mózgu przy chorobach zakaźnych.
2. Rumiszewicz K. Przetwianie błony żrenicznej.
3. Erlicki A. O budowie pnia nerwu słuchowego.
4. Stankiewicz Władysław. Bąblowiec wątroby.
5. Klinika E. O działaniu naśtołu w chorobach skórnych.
6. Protokoły posiedzeń Towarzystwa od dnia 4 Października 1881 r. do 1 Stycznia 1882 r.
7. Dunin T. Przypadek znieczulenia połowicznego u histeryczki.
8. Żórawski M. O zmianach kości ciemieniowej, wywołanych zmianami objętości mózgowia.
9. Zapisy dobrowolne b. wychowawców Uniwersytetu Warszawskiego dla Towarzystwa Lekarskiego.

1—1

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. St. Jerzykowski. Ostre całkowite wyciowanie macicy. — II. T. Hering. O wynikach mechanicznego leczenia zwężeń krtani. (Rzecz czytana na 7-ym Zjeździe międzynarodowym lekarskim, odbytym w Londynie w Sierpniu r. 1881). (Dokończenie). — Przegląd literatury krajowej. O podbiegnięciach krwi ze stanowiska sądowo-lekarskiego. Podał H. Kowalski. Tarnów. 1881 r. Opisał E. Przewoski. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcyi. — Odpowiedź. — Dodatek. — Ogłoszenia.

I. Ostre całkowite wyciowanie macicy.

Podał D-r **Stanisław Jerzykowski** z Poznania.

Jeśli nietylko całe ciało maciczne przechodzi przez ujście zewnętrzne macicy, ale nadto wyciowuje się szyjka maciczna aż do ujścia zewnętrznego, a nawet samo ujście zewnętrzne, natenczas wyciowanie macicy zowiemy całkowitem (*inversio uteri completa*). Cierpienie to zdarza się nader rzadko tak poza okresem połogowym, jak i w czasie tegoż. Najdawniejszym tego rodzaju przypadkiem, znanym w literaturze, jest spostrzegany przez Wiel'a¹⁾ Winkel²⁾ na 6000 porodów widział wprawdzie kilka przypadków wtłoczenia (*depressio*) macicy, ale ani jednego całkowitego wyciowania; w Dublińskim zakładzie położniczym Denham na 100.000 porodów spostrzegał tylko jeden jedyny przypadek tego rodzaju. Według Madden'a³⁾ obserwowano w *Rotunda Hospital* w Dublinie na 198,883 porodów w czasie od 1745—1868 roku tylko jeden przypadek ostrego całkowitego wyciowania macicy. W ogóle wyciowania macicy, wliczając do tychże także najlżejsze stopnie wtłoczenia (*depressio*), należą do rzadszych cierpień, bo według dotychczasowych spostrzeżeń przypada przecięciowo na 2000 porodów jedno wyciowanie; po największej części znajdujemy je u kobiet, które wielekroć rodziły, chociaż dosyć często zdarza się i u pierwiastek. Godnem jest wzmianki, że u tej samej kobiety może się powtórzyć wyciowanie.

Spostrzegany przezemnie przypadek ostrego całkowitego wyciowania macicy dotyczył 42-letniej A. Machowej, żony dozorczy przy drzewie, osoby chudej

¹⁾ Stalpart van der Wiel. *Observations rares d'anatomie et de médecine*, trad. p. Planque. Paris 1780. t. I. p. 277.

²⁾ *Pathologie u. Therapie des Wochenbettes*. p. 125.

³⁾ *Dublin Journal of medicine, sciences*. Novbr. 1870.

i licznymi porodami znacznie wycienzonej. Jako panna zawsze zdrowa, poszła za mąż w 20-tym roku życia swego i 15 porodów odbyła prawidłowo; następnie 3 razy porodziła przedwcześnie, poczem znowu 2 prawidłowe przebyła porody przy przedostatnim (2 lata temu) porodzie łożysko było tak mocno przyrośnięte, iż je musiałem oddzielić, ostatni zaś, a z rzędu 22-gi poród nastąpił dnia 2 Września r. b. Z powodu położenia pośladowego poród trwał dość długo i trzeba było tak z powodu mocnego osłabienia rodzącej, jak z powodu słabości tonów serca dziecka rozwiązanie przyspieszyć przez wydobyć dziecka za nóżki. Gdy mniej więcej w 20 minut po porodzie łożysko nie odklejało się samodzielnie, ręką wprowadzoną do macicy przekonałem się, iż łożysko w większej połowie było silnie przyrośnięte do przedniej ściany macicznej. Z dość znaczną trudnością trzeba było zresty pojedynczo paznogciami przerywać; w końcu udało się wydostać łożysko całkowicie. Przy rękoczynie tym przekonałem się, że ściany maciczne były tak zcieńczone i wiotkie, mianowicie w okolicy dna macicznego, iż wprowadziwszy rękę w pierwszej chwili sądziłem, że mam do czynienia z rozdarciem macicy, i że palcem dochodzę do wewnętrznej powierzchni także nader podatnych i zwioteczalnych powłok brzusznych.

Zaledwem łożysko wydobyl, gdy chora nagle głośny wydała krzyk, dostała mdłości i skłonności do wymiotów, wpadła w zemdlenie; twarz jej była zimna kończyny chłodne i mimo bardzo nieznacznego krwawienia stała się tak słabą, iż słowa wymówić nie mogła. Przytem tętno słabe, spieszne, oddech utrudniony. Zrazu sądziłem, że się macica rzeczywiście rozdarła, ponieważ tak groźne objawy co dopiero przytoczone, jak i powyżej wspomniane zcieńczenie ścian macicznych przemawiały bardzo za tem przypuszczeniem. Szukając jednakże bliżej przyczyny tego nagłego upadku sił i badając macicę przez powłoki brzuszne, nie znalazłem pomiędzy spojeniem łonowem a pępkiem owej twardej kuli, dochodzącej w tym czasie prawie aż do wielkości głowy dziecięcej; z pochwy zaś wychodził gaz okrągławy, bolesny i za dotknięciem łatwo krwawiący. Palcem, wprowadzonym pomiędzy ściany pochwowe a powierzchnię zewnętrzną guza, można się było dobrze przekonać, że także szyjka z ujściem zewnętrznym była wynicowana, brzegi ujścia wywrócone i zwrócone ku górze, nadto opadła górna część pochwy; sam guz był bardzo wielki i miękki, zdaje się wypełniony pętlami jelit; rozpoznanie żadnej nie ulegało wątpliwości.

Podawszy chorej śpiesznie wina, zastrzykawszy podskórnym dwiema szpryckami eteru siarczanego, przystąpiłem natychmiast do odprowadzenia macicy, co przy jej znacznym zwioteczeniu nie mogło być trudnem. W tym celu opróżniwszy pęcherz moczowy zacząłem grzbietem palców zwolna ale silnie naciskać na dno macicy, przyczem wkrótce cały organ prawie nagle przyjął prawidłowe położenie. Ponieważ skurcz macicy był nader słaby i po odprowadzeniu zaczął się nieco krwotok ukazywać, przeto wprowadzonej do jamy macicy ręki nie wydobylem wcale, lecz około kwadransa pozostawiłem wewnątrz i przez powłoki brzuszne ugniatłem brzuch silnie, w kierunku ku ręce wewnątrz się znajdującej. Dopiero w kwadrans mniej więcej pojawiły się silniejsze skurcze macicy, pod wpływem których zwioteczalny organ ściągnął się wystarczająco i krwotok ustał zupełnie. Zaleciwszy okłady lodowe na brzuch i także przestrzykiwanie do pochwy, opuściłem chorą, która

też w tym czasie przyszła nieco do siebie, chociaż ogólne osłabienie było jeszcze wielkie. Do wewnątrz polecilem wino i co godzinę 0,5 sporyszu.

Jeszcze tego samego dnia wieczorem chora doznała silnego wstrząsającego i godzinę trwającego dreszczu; dreszcz ten poprzedziły bóleści w brzuchu. Dnia następnego rano (t. j. 3 Września) bóleści zwiększyły się znacznie i dolegały tak przy poruszeniach oddechowych jak i przy obmacywaniu brzucha, mianowicie zaś za dotknięciem macicy; brzuszne powłoki napięte i twarde, oddech powierzchowny, szybki, tętno 112, ciepłota $39,0^{\circ}$ C. Wieczorem tegoż dnia ciepłota $40,5^{\circ}$ C. tętno 124, pełne i twarde. Prócz silnego łaknienia skarży się chora na nudności i razporaz wymiotuje. Nie ulegało tedy wątpliwości, że przyszło do zapalenia otrzewnej, powlekającej macię, oraz otrzewnej brzusznej. Dnia 4 Września odgłos poprzednio tympanityczny staje się przytłumionym po bokach macicy i powyżej koleców kości biodrowych, przychodzi do wymiotów mas żółciowo zabarwionych, brzuch wzdyma się mocno; ciepłota wieczorem $41,2^{\circ}$ C. Dnia 5-go i 6-go obraz choroby nie zmienia się znacznie i zapalenie otrzewnej zdaje się nie posuwać dalej; dnia 6-go Września ciepłota wieczorem dochodzi tylko do $40,0^{\circ}$ C. i spada dnia następnego do $38,0^{\circ}$ C., wśród silnych potów. Równocześnie ustąpiły znacznie bóleści, przykre napięcie brzucha i duszność; chora zaczęła nieco zasypiać, nudności i wymioty ustaly także. Od tej chwili wysięk zaczął szybko się zmniejszać i chora mniej więcej w trzy tygodnie mogła być uważaną za wyleczoną.

Rzadki ten przypadek nasuwa nam kilka jeszcze uwag co do tego cierpienia. Najpierw nie wytłumaczonem jest dotychczas dokładnie zkad pochodzi ów nagły upadek sił, owo drobne nitkowate tętno, zemdlenie, występujące także przy bardzo małych krwotokach, niepokój, a nieraz i szybka śmierć, bez znaczniejszych obrażeń części rodnych. Co do nagłych przypadków śmierci przy wyciowaniu, to, zdaniem Olsena, mają one być spowodane przez dostanie się powietrza do żył. Wszakżeż przypuszczenie to nie jest prawdopodobnem; przez wyciowanie bowiem macicy żyły nie tylko podlegają mocnemu uciskowi, lecz nadto załamują się w miejscu wywrotu tak, iż przejście powietrza w splocie wicinowatym (*plexus pampiniformis*) lub macicznie-pochwowym jest raczej utrudnionem. Więcej prawdopodobieństwa ma to twierdzenie, że powyższych objawów przyczyną jest ta okoliczność, iż przez drażnienie, *resp.* ugniecenie spółczulnych włókien macicy i jajowodów, nerwy naczynioruchowe żył lub serca podlegają porażeniu na drodze odruchowej bezpośrednio z mlecza pancerzowego, albo też pośrednio przez ośrodek naczynioruchowy rdzenia przedłużonego. W tym jednakże względzie potrzeba jeszcze dalszych spostrzeżeń klinicznych.

Przyczyny, powodujące wogóle wyciowanie macicy, są znane. W opisanym przypadku głównym powodem było bez wątpienia zwiotczenie macicy, a mianowicie znaczne zcieńczenie ścian, ciągnące się od górnego brzegu łożyska ku dnu macicy. W ogóle cały organ musiał być mocno zwiotczały, a nawet i szyjka temu cierpieniu podległa, ponieważ w przeciwnym razie byłoby przyszło tylko do wyciowania niezupełnego. To zaś znaczne zwiotczenie szyjki mogło być wywołane przez długie pozostawanie przodujących pośladków w jednym i tem samym miejscu, przez co szyjka rozciągnęła się nienaturalnie. Prócz zwiotcze-

nia, *resp.* porażenia macicy, zdają się przy wyciowaniu odgrywać także pewną rolę przeciwoznaczekowe ruchy tego organu.

Rokowanie przy tem cierpieniu należy uważać za niepomyślne, śmierć bowiem może łatwo nastąpić w bardzo krótkim czasie. Według Cross'e'go ¹⁾ w 104 przypadkach wyciowania macicy nastąpiło zejście śmiertelne 80 razy, między temi 72 razy zaraz po porodzie. W przypadkach z nowszej literatury śmiertelność jest znacznie mniejsza; Winkela ²⁾ np. w 54 przypadkach spostrzegł tylko 12 razy zejście śmiertelne. Daleko lepszem jest rokowanie, skoro się cierpienie zaraz rozpozna, ponieważ odprowadzenie jest pewniejsze i łatwiejsze, a nawet choroby następce przychodzą rzadziej. I w naszym przypadku, mimo groźnych objawów przy wyciowaniu i nie mniej groźnego zapalenia otrzewnej, szybkie odprowadzenie macicy przyczyniło się bez wątpienia niemało do tak szczęśliwego rezultatu.

Co do leczenia ostrego wyciowania macicy, to należy jak najspieszniej takową odprowadzić, co w pierwszej chwili udaje się dość łatwo i w naszym przypadku pomyślnym uwieńczone zostało skutkiem. Wogóle odprowadza się w ten sposób, iż wyciowaną macicę wpycha się najprzód do pochwy, poczem dłoń ręki przykładą się do dna macicy, pozostałe zaś palce przypadają na górną część wyciowanej macicy; następnie przyłożywszy rękę wolną na powłoki brzuszne, ścisną się silnie macicę i ostrożnie wsuwa końcem wyprostowanych palców tak, iżby najpierw weszły do jamy te części, które najpóźniej wypadły przez usta maciczne, a więc części, leżące w ujściu macicznym. Jeżeli przy wyciowanej macicy znajduje się jeszcze łożysko, to należy je oddzielić i usunąć, ponieważ przeszkadza odprowadzeniu.

Po odprowadzeniu najlepiej pozostawić rękę niejaki czas w jamie, aż się macica nie skurczy należycie, co się przyspiesza przez silne uchwycenie dna przez powłoki brzuszne, pocieranie tegoż, jako też przez dotykanie wewnętrznych ścian macicy palcami wewnątrz się znajdującymi, co także w opisanym przypadku stosować było trzeba. Jeśli się nie przestrzega tych przepisów, to łatwo może się macica ponownie wyciować. Ażeby podtrzymać skurek macicy, zaleca się nadto pęczek lodowy na brzuch, kolpeurynter wypełniony wodą lodową do pochwy, lub przestrzykiwania lodowe, prócz tego podskórne zastrzykiwania ergotyny aż do 0,2 w ciągu godziny. Po odprowadzeniu jeszcze przez dłuższy czas winna położnica zachować poziome położenie i unikać wszelkiego napięcia tłoczni brzusznej.

Jeśli mimo ponownych łagodnych prób nie udało się odprowadzić macicy, to należy ją wsunąć do pochwy i wprowadzić do niej kolpeurynter z wodą lodową; tym sposobem wystawia się dno macicy na ciągłe ciśnienie, które samo już nieraz sprawiło, że macica prawidłowe odzyskała położenie, jak tego dowodzą przypadki spostrzegane przez Bockenthal'a, T. Smith'a i Schroeder'a. W razie nieudania się odprowadzenia Meissner ³⁾ zaleca całe dno macicy

1) Cannstatt's Jahresb. 1847. Schmidts. Jahrb. T. 52. pag. 55.

2) W miejscu przytoczonym str. 123.

3) Die Frauenzimmerkrankheiten. Leipzig. 1842. T. I. pag. 435.

tak uchwycić obiema rękami, iżby rozszerzone palce z wyjątkiem palców wielkich objęły całą wycięwaną macicę. Palce zaś wielkie przykładają się na najniższą część guza i—cisnąc na takowy—stara się macicę wepchnąć do wewnątrz przy tego rodzaju rękoczynie zaleca się położnicy położenie poprzeczne.

Krwotoki, niekiedy bardzo znaczne, ustają najpewniej po odprowadzeniu macicy. Jeśli łożysko jest jeszcze częściowo przyczepione do wycięwanej macicy, krwotok tak silny, iż go konieczni natychmiast powstrzymać należy, a próby odprowadzenia bezskuteczne, to należy łożysko zupełnie oddzielić i na miejsca krwawiące przyłożyć gąbkę, zmaczaną w wodzie lodowej, w occie, lub roztworze półtorochlorku żelaza. Skoro się krwotok zmniejszy, trzeba natychmiast ponownie przystąpić do odprowadzenia macicy.

Dalszą przeszkodę w odprowadzeniu macicy może tworzyć mocny skurcz ust macicznych. W takim razie, jeśli położnica nie straciła wiele krwi, zaleca się upust krwi, nacieranie ust macicznych maścią z belladony, do wewnątrz zaś podawanie dużych dawek makowca, proszków *Do v e r'a* lub podskórne zastrzykiwanie morfiny. Gdy środki te nie doprowadzają do pożądanego celu, to palcami jednej ręki, wprowadzonemi pomiędzy ujście maciczne, a wycięwaną macicę, należy starać się rozszerzyć ujście, drugą zaś ręką tłoczy się na dno maciczne. A gdy i te starania są bezowocne, to trzeba przystąpić do krwawego rozszerzenia ujścia macicznego i naciąć drobno brzegi ust za pomocą noża lub nożyczek. Jak sobie postąpić, gdy wszystkie powyższe środki pozostają bez skutku i wycięwanie macicy przechodzi w stan przewlekły, o tem nie wspominam na tem miejscu, ponieważ miałem zamiar przytoczyć kilka uwag tylko co do ostrego wycięwania macicy.

II. O WYNIKACH MECHANICZNEGO LECZENIA ZWĘŻEŃ KRTANI.

(Rzecz czytana na 7-ym Zjeździe międzynarodowym lekarskim, odbytym w Londynie w Sierpniu 1881)

Przez D-ra **Teodora Heringa**.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 9).

Metoda 2.

Leczenie mechaniczne zwężeń krtani, po dokonanej uprzednio tracheotomii.

W 1871 roku **Trendelenburg** podał i wypróbował metodę leczenia zwężeń krtani, za pomocą cynowych stożków różnej grubości, wprowadzanych przez usta. Niezależnie od niego **Schroetter**, pracując w tym samym kierunku, prowadząc na pewnej liczbie chorych swoje doświadczenia, próbował dokonać rozszerzenia krtani za pomocą trójkątnych cynowych słupków. Po wydoskonaleniu tej metody, podał on odpowiednie narzędzia własnego pomysłu, a wyniki swoich poszukiwań pomieścił w znanej pracy, ogłoszonej w 1876 roku ¹⁾.

¹⁾ L. Schroetter. Beitrag zur Behandlung der Larynxstenosen. 1876.

Przy leczeniu zwiężenia krtani po tracheotomii posługiwano się dotąd trzema odrębnymi metodami:

A) Rozszerzanie mechaniczne po dokonanej laryngotomii za pomocą pręcików cynowych lub osobnych rurek, wprowadzanych przez ranę na szyi.

B) Rozszerzanie rozmaitemi narzędziami, wprowadzanemi przez ranę po tracheotomii.

C) Rozszerzanie za pomocą narzędzi, wprowadzanych do krtani przez usta (Metoda S c h r o e t t e r'a).

A) Rozszerzanie mechaniczne po dokonanej laryngotomii za pomocą pręcików cynowych lub osobnych rurek, wprowadzanych przez ranę na szyi.

Próby tego rodzaju, acz wykonane przez Trendelenburg'a z wynikiem względnie dobrym, nie pozwoliły jednak na usunięcie stanowcze rurki tracheotomicznej. Stanowiły one podstawę dalszej metody tegoż autora, o której powyżej wspomniałem, t. j. wprowadzania stożków cynowych przez usta. Dupuis w jednym przypadku zwiężenia bliznowego dolnego odcinka krtani posługiwał się w celu rozszerzenia kaniulą w kształcie litery T i na tej drodze otrzymał wynik zadawalniający.

B) Rozszerzanie mechaniczne od dołu, przez otwór po tracheotomii, za pomocą zgłębników, cewników, rozszerzań, działających na zasadzie śruby, tamponów gumowych.

Trudności, nasuwające się niejednokrotnie przy wprowadzaniu do krtani narzędzi przez usta, naprowadziły wielu lekarzy na myśl, aby probować rozszerzania od dołu, t. j. przez otwór w tchawicy. Metodą tą posługiwali się: L i s t o n, C z e r m a k, B u s c h, W i k t o r v. B r u n s i wielu innych, lecz wyniki ich były niezbyt zadawalniające, lub nawet ujemne.

Lepsze rezultaty otrzymano w drugim szeregu prób, przy których używane były osobne rozszerzadła lub woreczki gumowe. Zaliczam do tej kategorii spostrzeżenia: P a r o n y, S t o e r k'a, B r a u n'a, (Nr. 98, 99, 100) pomieszczone w tablicy IV-ej. W 2 przypadkach rezultat był zadawalniający i kaniula okazała się zbyteczną (Nr. 98 i 100); w 1 przypadku chorego wyleczonego odesłano z zaleceniem dalszego używania przyrządu. (Nr. 99). Do tej kategorii zaliczyć również trzeba usiłowania rozszerzania za pomocą rozmaitych przyrządów, wymyślonych i probowanych przez G e r h a r d t'a, P a w ł a B r u n s'a, B u r o w'a i innych, których wyniki były albo ujemne, albo też nie zostały ogłoszone. Opiszem tych narzędzi w tém miejscu zająć się nie możemy.

Przeglądając szereg spostrzeżeń, powyżej w skróceniu podanych, przyjdziemy do wniosku, że sposób rozszerzania zwiężeń krtani od dołu zbyt pośpiesznie został odrzuconym i potępionym. Jakkolwiek stosunki anatomiczne krtani każą oddać pierwszeństwo metodzie rozszerzania przez usta, jako najracjonalniejszej, są jednak pewne okoliczności, które przemawiają za użyciem metody rozszerzania przez ranę po tracheotomii. Przedewszystkiem trzeba tu uwzględnić, że podczas kiedy metoda rozszerzania od góry wymaga skończonej techniki w wykonywaniu wszelkich rękoczynów, wewnątrz krtani skutecznie się

mających, a zatem użytą być może tylko przez specjalistów — metoda rozszerzania od dołu przeprowadzoną być może przez każdego chirurga, obeznanego z użyciem zwierciadła krtaniowego, Dobre wyniki, które na tej drodze otrzymał Jelenffy¹⁾, posługując się w przypadku zwężenia krtani przyżeganiem za pomocą ciasta wiedeńskiego, dodatnie rezultaty Stoerk'a, Paron'y, Braun'a, skłaniają nas do większego uwzględniania tej metody, niż to dotąd miało miejsce, i pomimo niektórych ujemnych wyników, do wypróbowania jej w odnośnych przypadkach.

C) Rozszerzanie zwężeń krtani z góry, przez usta za pomocą cewników, zgłębników metalowych, rozszerzadeł mechanicznych osobnych i świeczek cynowych (Metoda Schrötter'a za pomocą t. z. „Zimbolzen“).

W 1863 r. Oertel opisał wielce interesujący przypadek zwężenia krtani (N. 95) powstałego po tyfusie; w przypadku tym posługiwał się przy rozszerzaniu krtani trójgraniastymi żelaznymi różnej grubości słupkami i bardzo dobre otrzymał wyniki.

Schrötter również używał słupków, o trójkątnym przecięciu, przy leczeniu zwężeń przewlekłych i dziś metoda jego w powszechnym znajduje się użyciu. W niedawno ogłoszonej drukiem pracy, traktującej o wycięciu krtani, Paweł Bruns²⁾ wypowiada swe przekonanie o wartości leczniczej metody Schrötter'a, opierając się na 5 własnych spostrzeżeniach. Przyznaje on wprawdzie, że przy jej pomocy można uzyskać stopniowe rozszerzenie zwężenia, nawet daleko posuniętego, tak, że chory oddechać może swobodnie przy zatkanej rurce tracheotomicznej, w każdym jednak razie leczenie to, zdaniem Bruns'a, wymaga długiego czasu, miesięcy, czasami całych lat, jest bardzo przykrem dla chorych i niezupełnie wolnym od niebezpieczeństwa, gdyż przy energiczniejszym rozszerzaniu pojawić się mogą: podrażnienie zapalne, bóle, obrzęk, ropnie i gorączka.

Z prywatnego listu, jaki otrzymałem od prof. Burów'a, pozwalam sobie przytoczyć następujące zdanie, co do wartości mechanicznego leczenia zwężeń krtani metodą Schrötter'a. „Posługiwałem się tą metodą wielokrotnie, zarówno rurkami kauczukowymi, jak i słupkami cynowymi, nigdy jednak nie otrzymałem wyniku zadawalniającego. Zwężenie daje się wprawdzie nieco rozszerzyć, lecz w przypadkach daleko posuniętych, gdzie przyszło już do wykonania tracheotomii, rurka nie mogła być ostatecznie usunięta“. W tym samym duchu w ostatnich czasach odzywał się o tej metodzie i prof. Roser.

Jeżeli teraz rozpatrzemy się w zebranych przeze mnie materyjale, t. j. 36 spostrzeżeniach zwężeń krtani, leczonych metodą Schrötter'a, t. j. z początku słupkami cynowymi, później zaś rurkami z kauczuku, dojdziemy do odmiennych nieco wniosków.

1) Jelenffy. Wiener med. Wochenschrift. 1876. Nr. 9 u. 10. Zur Therapie der Larynxverwachsungen.

2) Paul v. Bruns. Berliner klin. Wochenschrift. 1880. N. 38 u. 39.

Metoda Schroettera, była stosowaną przy:

Perichondritis idiopathica	16 razy
Perichondritis po tyfusie	8 „
Perichondritis syphilitica	5 „
Perichondritis po ospie	2 „
Przy zwężeniu zapalnym	2 „
Przy zwężeniu błoniastym	1 „
Chorditis hypertrophica inferior	1 „
Catarrhus chronicus (papillomata)	1 „
Razem	36 razy

Na 36 przypadków zwężenia, 31 było spowodowanych przez zapalenie ochrzęstnej (*perichondritis*). W 8 przypadkach końcowym wynikiem leczenia było usunięcie zupełne rurki tracheotomicznej; w 10 przypadkach krtani rozszerzoną została do prawidłowych rozmiarów, głos znakomicie się poprawił, rurki tracheotomicznej nie można jednak było wyjąć. W 4 innych przypadkach, w których leczenie mechaniczne pozwoliło usunąć rurkę, po pewnym czasie nastąpiło ponowne zwężenie, które zmusiło do powtórzenia przecięcia w dawniejszej bliznie. W pozostałych 14 przypadkach leczenie nie dało żadnego rezultatu, lub nieznaczną tylko poprawę.

W ogóle uzyskano na 36 przypadków:

zupełne wyzdrowienie (kaniula została usunięta)	w 8 przypadkach
rozszerzenie zupełne krtani bez możliwości usunięcia rurki „ 10 „	„ 10 „
wynik ujemny	„ 18 „
Razem	36 przypadków.

(Patrz Tablica III-a).

Z 8 przypadków, zakończonych wyzdrowieniem, widzimy, że co do wieku chorych, liczyli oni od 4 do 26 lat; co do czasu trwania zwężenia przed rozpoczęciem leczenia, to wynosił on od 3 miesięcy do 2 lat; widzimy wreszcie, że leczenie trwało od 3 tygodni do 1 roku i tylko w przypadkach, prowadzonych przez Labusa, wynosiło średnio 3 miesiące.

W 18 przypadkach zwężeń, wywołanych przez zapalenie ochrzęstnej, w których nie otrzymano pożądanego skutku, przy stosowaniu metody Schroettera, czas, użyty do leczenia, wynosił średnio od 1 do 1½ miesiąca. Ten stosunkowo krótki okres czasu, w którym stosowano leczenie mechaniczne, zdaje się być główną przyczyną ujemnych wyników leczenia.

Niektórzy chorzy nie pozwolili wyjąć rurki, z obawy powrotu zwężenia, pomimo że krtani ich rozszerzoną była dostatecznie, a głos zyskał na czystości i mocy.

Tablica III. Wyniki dodatnie leczenia metodą Schroetter'a.

Nazwisko autora.	N ^o bież.	Rozpoznanie.	Czas trwania zwięzienia przed leczeniem.	Czas trwania leczenia.	Wiek chorych.	U w a g i.
Labus.	65	Perichondritis ericoidea. (Po tyfusie).	3 miesiące po tracheotomii.	3 miesiące.	28	Wyleczona od 7 lat. Przebyła ciężę bez recydywy.
—	67	Perichondritis ericoidea et arytenoidea sinistra (Po ospie).	2 lata po tracheotomii.	2½ miesiąca.	27	Przebyła ciężę bez powrotu choroby. Dotąd zdrowa zupełnie.
—	68	Perichondritis ericoidea. (Idiopathica).	1 rok po tracheotomii.	3 miesiące.	16	Wyleczenie zupełne i trwałe jak o tem doniósł mi autor w liście z d. 27 Sierpnia 1881.
—	69	Perichondritis erico arytenoidea. (Po tyfusie).	1½ roku po tracheotomii.	4 miesiące.	16	
Szeparowicz.	74	Laryngitis cum infiltratione plastica. (Po krupie).	8 miesięcy.	4 tygodnie.	4	Wyzdrowienie zupełne. (Wiadomość listowna z d. 9 Czerwca 1881 zarówno jak i Nr. 76).
—	76	Chorditis vocalis hypertrophica inferior.	3 miesiące.	7 miesięcy.	14	
—	79	Catarrhus chronicus laryngis. Papillomata diffusa.	1 rok.	3 tygodnie.	6	Rurka tracheotomiczna została wyjętą. Po 2 miesiącach recydywa, którą znowu zdołano usunąć za pomocą rur Schroetter'a. Dalszy przebieg nie wiadomy.
Kiesebbach.	90	Perichondritis po tyfusie. (Polipy krtani).	2 lata.	11 miesięcy.	17	Rezultat ostateczny osiągniętym został przy pomocy specjalnej rurki, która wywierała ucisk na wystającą część ściany tchawicy.

Oprócz 36 przypadków, leczonych metodą Schroetter'a, pomieściłem na tablicy IV-ej trzy spostrzeżenia N. 91, 92, 93, w których dla leczenia zwięzonej krtani posługiwano się świeczkami zwykłymi (*bougies*) metalowymi, lub wałkami z twardego kanczuku. Do tej kategorii zaliczam obserwacje Stoerk'a, Asch'a, Weinlechner'a i niezmiernie zajmujące próby Reyher'a¹⁾, których opisem jednak w tem miejscu zająć się nie mogę. W trzech przypadkach rurka tracheotomiczna okazała się zbytęzną i została wyjętą. Wreszcie IV-a tablica mieści również 4 spostrzeżenia, w których rozszerzanie uskuteczniłono osobnemi przyrządami, podanemi przez autorów, wprowadzanemi przez usta; tu zaliczam 1 przypadek Navratil'a, 1 Oertel'a, 2 Whistler'a. (N. 94, 95, 96, 97).

Tablica ta wykazuje, że uzyskano na tej drodze: wyzdrowienie w 3 przypadkach, poprawę w 1 przypadku.

U jednego chorego (Whistler'a) rurka tracheotomiczna została wyjętą.

¹⁾ Reyher. Archiv für klinische Chirurgie. Tom 19. 1876.

TABLICA 4. WYNIKI LECZENIA ZWĘŻEŃ

№ bieżący	A U T O R. Źródło.	Płeć, nazwisko, wiek.	ROZPOZNANIE.	Przyczyna i ważniejsze objawy.	Czas trwania zwężenia.
55	Schroetter. Beitraege zur Behandlung der Larynxstenosen. 1876.	Fuerst Adela. lat 17.	Zapalenie ochrzęstnej po tyfusie.	Tyfus w 1871 r.; tracheotomija z powodu zwężenia. Wałeczki bliźnowate na tylnej ściance krtani, jakoteż wychodzące z brzegu prawej struny prawdziwej.	Od zimy 1871.
56	—	Nemeth. 24. Mężcz.	Zapalenie ochrzęstnej przymiotowe.	Utrudnione połykanie od 1866 r. Chrypka i brak tchu od 1869. Tracheotomija 1870.	Od 1870.
57	—	Juhaes Teresa. 46.	Samoistne zapalenie ochrzęstnej chrząstki nalewkowej i obrączkowej.	13/VIII 1867 nagły napad duszenia się, skutkiem czego tracheotomija. Wyjęto rurkę 8-go dnia. 13/VIII 1871 z takiegoż powodu tracheotomija poraz wtóry.	Od 13/VIII 1871.
58	—	Schuller Samuel. 24.	Zapalenie ochrzęstnej po tyfusie.	Tyfus 1872 r., w następstwie którego zrobiono tracheotomiję.	Od 1872.
59	—	Brabanetz. 16 Mężcz.	Zapalenie ochrzęstnej po tyfusie brzuszynym.	1872 tyfus; 31/XII laryngotomija; więzadła głosowe mało ruchome.	Od 1872.
60	—	Kopatschka. 35. Kob.	Zapalenie ochrzęstnej przymiotowe.	Chrypka od 1871. W Sierpniu 1871 tracheotomija z powodu zwężenia.	Od 1871.
61	—	Olbrich. 30. Kob.	Zapalenie ochrzęstnej po ospie.	Tracheotomija 10/IV 1872 z powodu zwężenia spowodowanego przez obrzmienie obu strun prawdziwych i przedniej ścianki krtani.	Od 1874.
62	—	Ondrasch. 38. Kob.	Zapalenie ochrzęstnej przymiotowe.	Laryngotomija w Sierpniu 1874. Owrzodzenia przymiotowe i bliźny w gardzieli; chora wykaszała obumarły kawałek chrząstki.	Od 1874.
63	—	Ostapowits. 22. Mężcz.	Obrzmienie zapalne.	Przyjęty 1875 r. Na jesieni 1874 tracheotomija. Obrzmienie prawdziwych i wrzekomych strun głosowych.	Od 1874.
64	—	F. M. Nauzeziel. 47.	Zapalenie ochrzęstnej.	?	Od 1875.

KRTANI PO DOKONANEJ TRACHEOTOMII.

Stopień zwężenia.	Przed lub po tracheotomii.	Leczenie.	Czas trwania leczenia.	Wyniki odnośnie do głosu i oddechu.	Czy rurka wyjęta?	U w a g i.
Przechodzi cewnik angielski N. 7.	Tracheotomi-ja 1871 r.	Rozszerzanie Schr. słupkami cynowymi (Zinnbolzen).	Od 20/XII 72 do końca Stycznia 1874, t. j. 1 rok.	Głos i oddech prawidłowy.	Rurka pozostawiona na życzenie chorej.	Leczenie było przerywane na kilka miesięcy i tak w 1873 r. na 3 mies.
Przechodzi cienki cewnik angielski 30/XII 1875.	Tracheotomi-ja 1870 r.	Rozszerzanie S. słupkami cynowymi.	Od 7/XI 72 d. 11/VI 74, t. j. 2 lata.	Głosnia prawidłowej objętości. Głos ochryply, ale silny.	?	Leczenie przerywane było na parę mies.
Głosnia w kształcie szczeliny szerokości jednej linii.	Tracheotomi-ja po raz wtóry 13/VIII 71.	Rozszerzanie S. słupkami cynowymi.	Od 18, I 73 do VI 75, t. j. 3 lata.	Głosnia prawidłowej wielkości. Głos nieco ochryply.	Rurki nie wyjęto.	Leczenie przerywane było na czas dłuższy.
Głosnia szer. 1½ mm.	Tracheotomi-ja w 1872 r.	Rozszerzanie S. słupkami cynowymi.	Od 15/X 73 do 15/VII 74 t. j. 11 mies.	Głosnia normalnych rozmiarów.	Rurki niewyjęto, lecz ją zatkało.	11 Stycznia 74 chory przypadkowo połknął słupek i nitkę które odeszły po 3 dniach.
Głosnia szer. 1 mm.	Tracheotomi-ja 1872.	Rozszerzanie S. słupkami cynowymi.	Od 6/X 73 do 9/VI 74, t. j. 10 miesięcy.	Struny ruchome; głosnia prawidłowa. Przy bieganiu znaczny brak tchu.	Rurkę zostawiono, ale ją zatkało.	
Głosnia silnie zwężona w kształcie szczeliny.	Tracheotomi-ja 1872.	Rozszerzanie S. słupkami cynowymi.	13/XI 73 do 26/III 74, t. j. 4 miesiące.	Głosnia przepuszcza N. 50 słupka S.	Rurki nie wyjęto.	Mimo świeżego zapalenia ochrząstki leczenie mechaniczne prowadzono dalej z dobrym skutkiem.
Dość szeroka szczelina trójkątna.	Tracheotomi-ja 1874.	Rozszerzanie S. słupkami cynowymi.	Od 4/VI 74 do 13/VII 75 1 rok ½ miesiąca.	Przechodzi najgrubszy numer rurki Schroetter'a.	Rurki nie wyjęto.	W skutek leczenia świeżego zapalenia ochrząstki, mimo to bez szkody je kontynuowano.
Głosnia grubości pióra.	Tracheotomi-ja 1874.	Rozszerzanie S. słupkami cynowymi. Leczenie specyficzne.	Od 13/X 74 do 15/VII 75, t. j. 8 mies.	Głosnia normalnych rozmiarów.	Rurki nie wyjęto.	Błoniasta listewka na przedniej ściance tchawicy przeszkodziła wyjęciu rurki.
Szpara w głosni prawie nie dostrzegalna.	Tracheotomi-ja 1874.	Rozszerzanie S. słupkami, potem rurkami.	Od 8/IV 75 do VII 75, t. j. 8 miesięcy.	Głosnia przepuszcza N. 19 słupka S.	Rurki nie wyjęto.	Dalszy przebieg nie wiadomy.
?	?	Rozszerzanie słupkami cynowymi Schroetter'a.	Od 15/IV 75 1 miesiąc.	13/VII 75 przechodzi słupek cynowy. Znaczna poprawa głosu.	?	Znajduje się w leczeniu.

№ bieżący	A U T O R. Źródło.	Płeć, nazwisko, wiek.	ROZPOZNANIE.	Przyczyna i ważniejsze objawy.	Czas trwania zwiężenia.
65	Schroetter. tamże.	— Stara kobieta	Zapalenie ochrzę- stnej.	Nie podane szczegóły.	Od 1875.
66	Labus. Annali universali di medicina. 1876. Mi- lano. Il catheteri- simo e la dilatazio- ne meccanica nella stenosi della laringe.	— Kobieta. 28.	Zapalenie ochrzę- stnej chrząstki pier- ścieniowej.	Tyfus. 5/IX 1873 chrypka, trudne polykanie, duszność. 6/IX trache- otomija. Ogromne obrzmienie prawdziwych i wrzekomych strun; lewa połowa krtani nieruchoma.	2 miesiące.
67	Labus. tamże.	— Kobieta. 27.	Zapalenie ochrzę- stnej chrząstki o- brączkowej i nalew- kowej.	Ospa. W okresie zdrowienia tru- dność polykania, chrypka. W 3 miesiące potem duszność. Tra- cheotomija. Silne obrzmienie le- wej chrząstki nalewkowej i lewej połowy krtani, która jest nieru- chomą.	Od początku leczenia do tracheotomii 2 lata.
68	Labus. listowne doniesienie.	— Mężcz. 16.	Zapalenie ochrzę- stnej chrząstki obrączkowej.	Zaziębienie. Stopniowo w 3 mie- siące powstaje chrypka i ciężki od- dech, potem napady duszenia się, które zmuszają do tracheotomii.	3 miesiące.
69	Labus. listowne doniesienie.	— Kobieta. 16.	Zapalenie ochrzę- stnej chrząstki obrą- czkowej i nalew- kowej.	Po tyfusie. Tracheotomija.	1½ roku po tracheotomii.
70	Ganghofner. Prager med. Wo- chenschrift. 1873. Nr 45.	— Mężcz. 40.	Przymiotowe zapa- lenie ochrzęstnej z obrzękiem zapalnym wchodu krtani.	Zastarzały przymiot. Blizny i zni- szczenie w gardzieli. Wzmoczenie duszności po wprowadzeniu cew- nika elastycznego.	Nie oznaczo- no.
71	Koch. Bulletin de la socié- té des sciences mé- dicales du Grand- Duché de Luxem- bourg. 1879.	— Mężcz. 18.	Zapalenie ochrzę- stnej po tyfusie.	W czasie tyfusu powstała chryp- ka i kaszel. Stopniowo wzrastają- ce objawy zwiężenia zmusiły do tracheotomii. Struny się prawie stykają, pozostawiając między so- bą wąską szczelinę.	Rok 1.
72	Semon. Monatschrift für Ohrenheilkunde. 1879.	— Mężcz. 27.	Zwiężenie krtani przez rodzaj przepo- ny; wtórne zrośnię- cie się więzadeł.	Zamach na swoje życie brzytwą, z rozerznięciem krtani na wysoko- ści chrząstki obrączkowej i otwar- ciem krtani.	Okolo 5 mies.

Stopień zwężenia.	Przed lub po tracheotomii.	Leczenie.	Czas trwania leczenia.	Wyniki odnośnie do głosu i oddechu.	Czy rurka wyjęta?	U w a g i.
?	?	—	1½ roku.	W ciągu pół roku rozszerzono do N.16.	—	Przypadek znajduje się w leczeniu.
Wdech prawie niemożliwy. Wydech bardzo utrudniony.	Po tracheotomii.	Rozszerzanie słupkami cynowymi S.	3 miesiące (III, IV i V 1874).	Głos mocny lecz nieczysty. Oddech swobodny.	W 5 miesięcy po rozpoczęciu leczenia wyjęto kańnię.	Dotychczas nie było recydywy. Połóg odbyła szczęśliwie.
Wdech niemożliwy. Wydech z lekkim świstem.	2 lata po tracheotomii.	Rozszerzanie słupkami cynowymi.	2½ miesiąca (III, IV i V 1874).	Oddech swobodny. Głos mocny lecz nieczysty.	W 9 miesięcy po rozpoczęciu leczenia wyjęto rurkę.	W czasie leczenia chora była w cięży, i dlatego zwlekano z wyjęciem rurki. Dotychczas zdrowa
Zupełne zwężenie po tracheotomii.	W rok po tracheotomii.	Tak samo leczono jak w poprzednim przypadku.	3 miesiące.	Taki sam rezultat.	Rurkę wyjęto.	Zupełne wyzdrowienie według wiadomości prywatnej, doszłej mnie 26 Lipca 1881.
Zupełne zwężenie.	Tracheotomija.	Leczenie jak w poprzednim przypadku.	4 miesiące.	Leczenie nieukończone, lecz poprawa tak znaczna, że chory może oddechać z zatkniętą rurką.		Według wiadomości listownej rurkę wyjęto; zupełne wyzdrowienie.
Zwężenie najwyższego stopnia, grozi uluszeniem się.	Po tracheotomii.	Przetwory jodowe i rżęciowe. W 4 tygodnie po tracheotomii rozszerzanie rurkami S. zniszczenie ziarniny galwanokauterem.	6 tygodni.	Wynik ujemny; rozszerzania słupkami cynowymi próbowano wkrótce przed opuszczeniem zakładu przez chorego.	Nie wyjęto.	
Szpara 2—3 mm. szerokości.	Po tracheotomii.	Rozszerzanie słupkami cynowymi S. aż do N. 17.	20 posiedzeń.	Pomimo łatwości wprowadzenia słupków, wynik co do zwężenia prawie żaden.	Nie wyjęto.	
Zupełne zamknięcie.	Natychmiast zrobiono tracheotomiję. 5 miesięcy potem tyreo- tomija i wy- cięcie błony.	Wprowadzanie z początku grubszych, następnie cieńszych elektrodów główkowatych.	Okolo 4 tygodni, po kilkara- razy dziennie.	Powolne kolistę zwężenie skutkiem zrośnięcia się części. Wynik ujemny.	Nie wyjęto.	

№ bieżący	A U T O R. Źródło.	Płeć, nazwisko, wiek.	ROZPOZNANIE.	Przyczyna i ważniejsze objawy.	Czas trwania zwiężenia.
73	Szeparowicz. Przegląd Lek. N. 14 15, 16, 17, 18, 19, 20 1880 r. N. 14 do 16 1881 r.	Feige Reiter. 20. Kob.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stwardnie- niem.	Duszność i chrypka. (Co do obra- zu wziernikowego i przyczyn patrz sposzczenie 19, Schroettera).	1½ roku.
74	—	Kinelówna. 4.	Nacieczenie plasty- czne (Rozrost tkan- ki łącznej podślu- zowej).	Po krupie; obrzmienie i zaczerwie- nienie strun wrzekomych, które zakrywają struny prawdziwe. Obrzmienie raczej plastyczne (twarde) niż surowicze.	8 miesięcy.
75	—	Terech. 19. Mężcz.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stwar- dzeniem W Lutym 81 na no- wo przyjęty z ostrem zapaleniem ochrzę- stnej chrząstki nalew- kowej, po zazię- bieniu (Przymiot?)	W 1875 r. zaziębienie. 1878 przy- miot. Obraz wziernikowy jak przy chondritis vocalis hypertro- phica inferior. Głos i oddech = 0.	Powrót od 4 lat z czasową poprawą. Od 2 lat zupełne stałe zwięże- nie.
76	—	Rosenstock. 14. Mężcz.	Chondritis vocalis inf. hypertrophica w kształcie zwięże- nia błoniastego.	Niewiadoma przyczyna. Pod stru- nami zwiężenie błoniaste z otwo- rem. Górny odeinek krtani praw- idłowy.	3 miesiące.
77	—	Szczęch. 20. Mężcz.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stwardnie- niem. Nieżyt krtani. Brodawczaki roz- siane.	Przyczyna niewiadoma. Z powodu trudności nie do pokonania przy badaniu można było tylko zauwa- żyć obecność zwiężenia wnętrza całej krtani i narodzi.	Od roku.
78	—	Szust. 14. Mężcz.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stwardnie- niem. Nieżyt prze- wlekły. Brodawcza- ki rozsiane. Owrzo- dzenia.	Przyczyna nieznaną. Chrypka, od- dech stenotyczny. Guziki brodaw- kowate, zaczerwienienie i obrzmie- nie ścian bocznych. Owrzodzenie nagłośni.	2 miesiące.
79	—	Dzieweczka. 6-letnia.	Nieżyt krtani rozla- ny przewlekły. Bro- dawczaki rozsiane.	Przyczyna niewiadoma. Objawy zwiężenia. Chrypka. Znaczne za- czerwienienie i obrzmienie strun wrzekomych, które się ze sobą stykają.	Rok.
80	Listowne zawiado- mienie.	Finger. 16. Mężcz. Recydywa 15/VII 1880.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stwardnie- niem (?) Rozrost tkanki łącznej. Brodawczaki roz- rzucone.	Prawdopodobnie po błonicy. Nie- żyt krtani. Obrzmienia i owrzo- dzenia prawej ścianki bocznej. Nagłośnia zgrubiła, wewnątrz krtani obrzmiałe zaczerwienione.	Kilka tygo- dni, wielokro- tne powroty. Parę tygodni.

Stopień zwężenia.	Przed lub po tracheotomii.	Leczenie.	Czas trwania leczenia.	Wyniki odnośnie do głosu i oddechu.	Czy rurka wyjęta?	U w a g i.
Znaczne zwężenie.	Tracheotomija 1875.	Rozszerzanie angielskimi cewnikami od N. 6 i angielskimi świeczkami przetykowymi do N. 8.	6 tygodni.	Oddech tak dalece się poprawił, że można było wyjąć rurkę. Głos mocny, lecz nieczysty.	Wyjęto.	W 2 miesiące potem śmierć (9/VII 76) z zaduszenia. Ta sama chora leczona była przez Schroetter'a i opisana pod N. 19 jego kazuistyki.
Zupełne zwężenie.	Tracheotomija przed 8-ma miesiącami.	Rozszerzanie angielskimi cewnikami od N. 4—12.	4 tygodnie.	Głos dotychczas nieczysty. Oddech prawidłowy.	Wyjęto.	
Zupełne zwężenie.	Tracheotomija poraz 1-y w 75 r. po 2-gi 76 r.	Rozszerzanie słupkami cynowymi, w 4 miesiące później rurkami Sehr..	6 miesięcy do 15/V 79.	Oddech normalny. Głos mocny, lecz nieczysty.	Nie wyjęto.	Chory nie chciał dać sobie wyjąć rurki, i nosił ją 1 1/2 roku zatkaną.
Zwężenie wysokiego stopnia.		Rurkę odetknięto. Leczenie przeciwprzymiotowe. Rozszerzanie rurkami S. N. 4—8 potem nacięcia błony śluzowej w części nalewkowej.		Prawie zupełnie swobodny oddech przy zatkniętej rurce.		Jeszcze w leczeniu.
Bardzo znaczne.	Tracheotomija 21/II 78.	Rozszerzanie słupkami cynowymi S. od N. 4—12, potem rurkami od N. 5—7.	?	Prawie normalny oddech	Rurkę wyjęto 19/V 79.	Przez 1/2 roku nie zauważono powrotu zwężenia.
Wysokiego stopnia.	1878 tyreotomija z powodu brodawczaków. 28/III tracheotomija.	Rozszerzanie naprzemian słupkami i rurkami Schroetter'a do N. 12.	17 tygodni.	Wynik niezupełny. Po zatknięciu rurki chory może oddychać tylko 15 m. Głos nieczysty.	Nie wyjęto.	Brak dalszych szczegółów.
Średniego stopnia.	29/IV tyreotomija, wprowadzono kaniulę.	Rozszerzanie rurkami S. od N. 1—8, potem słupkami cynowymi od N. 1—14.	2 miesiące i 2 tygodnie.	Nieżył już rezultat zepsuty węższej został przez zbyt pospieszne postępowanie.	Nie wyjęto.	Brak dalszych szczegółów.
Wysokiego stopnia.	1878 tracheotomija.	W 10 miesięcy po tracheotomii rozpoczęto rozszerzanie rurkami S. od N. 1—4.	3 tygodnie.	Swobodny oddech poprawa w głosie. Po 2 miesiącach recydywa, usunięta rurkami S-a bez tracheotomii.	Wyjęto rurkę.	W pół roku po tem znowu recydywa; tracheotomija. Dalszy przebieg nieznanym.
Wysokiego stopnia.	Tracheotomija 24/XI 79.	Rozszerzanie rurkami S. od N. 1—6.	1 miesiąc.	Zupełne wyleczenie.	Rurka wyjęta.	Patrz tuż poniżej.
Umiarkowane.	Tracheotomija poraz wtóry 20/X 80.	Rurki S. à demeure.		Chory wypuszczony z kaniulą z powodu odleżyny wywołanej przez rurki S.	Nie wyjęto.	Wiadomość listowna

№ bieżący	A U T O R. Źródło.	Płeć, nazwisko, wiek.	ROZPOZNANIE.	Przyczyna i ważniejsze objawy.	Czas trwania zwiężenia.
81	Szeparowicz. Tamże.	Tułówna. 21. Kob.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stward- nieniem	Przyczyna niewiadoma. Obrzmi- enie bocznych części krtani; wrze- kome i prawdziwe struny złane w jedno.	2 lata.
82	—	Sobków. 34. Mężcz.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stward- nieniem.	Przyczyna niewiadoma. Boczne ścianki krtani zgrubiałe, struny obrzmięte. Przedni kąt między- strunowy i część nalewkowa zgrubiałe.	Od 2 lat zwię- żenie. Tyreo- tomija w Sier- pniu recydy- wa.
83	—	Pietrakiewicz 34. Kob.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stwardnie- niem. Brodawkowa- te narośle.	Wilk (?) Przymiot (?) Owrzodze- nia w nosie, na wargach; w gar- dzieli blizny. W krtani zwyro- dzenie bliznowate błony śluzowej.	?
84	— według prywatnej wiadomości z K wie- tnia 1881 r.	Skibiński. 26. Mężcz. Z powodu re- cydywy przy- jęty 26/VII.	Zapalenie ochrzę- stnej ze stwardnie- niem. Blizny po o- wrzodzeniu. Blizna po zgorzeli chrząstek nalew- kowych.	Przymiot. Chrypka i duszność. Struny zupełnie zniszczone. Na wysokości chrząstki obrączkowej zwiężenie pierścieniowate. Krtani prawie całkiem wypełniona ziarniną, która wyrasta z dołu (od rany) ku górze. Wałki bli- znowate w okolicy chrząstek nalewkowych.	Paromiesięcy Kilka lat.
85	Sokołowski A. Medycyna 1881.	— Mężcz. 23.	Zapalenie ochrzę- stnej.	Przyczyna niewiadoma; przymiot i gruźlica wykluczone. Chrypka od 1878. Od 1879 ciągle wzmagają- jąca się duszność. Od 1880 r. wy- raźne objawy zwiężenia. Stan ogólny dobry.	2 lata.
86	Hering	Żelazowski. 24.	Zapalenie ochrzę- stnej chrząstki obrą- czkowej i ankiloza stawu obrączko-na- lewkowego po ty- fusie.	1878 r. po tyfusie duszność, chryp- ka, trudne polykanie. 3/IV 1878 tracheotomija. Z powodu zwię- żenia nie można wyjąć rurki. Duży guzik bliznowaty na przedniej po- wierzchni tylnej ścianki krtani. Obrzmienie średniej części chrzą- stki obrączkowej. Ankiloza obu stawów nalewkowych. Struny prawdziwe zgrubiałe, zbliżone, nieruchome; przy wdęchu, przy fonacyi otwór w tylnej części 3 mm. szeroki. Mówi przy pomocy strun wrzekomych.	Od 1880.

Stopień zwięzienia.	Przed lub po tracheotomii.	Leczenie.	Czas trwania leczenia.	Wyniki odnośnie do głosu i oddechu.	Czy rurka wyjęta?	U w a g i.
Wysokiego stopnia.	15/II 78 tracheotomija.	Rozszerzanie rurkami S. od N. 1—6.	3 miesiące	Oddech wolny. Mówi i oddecha przy zatkniętej rurce.	Nie wyjęto.	Jeszcze w obserwacji.
Wysokiego stopnia	Z początku leczony bez tracheotomii, później 22/VI 80 tracheotomija.	Rozszerzanie rurką Schr. N. 1, po tracheotomii i rurkami od N. 1—3.	2 tygodnie	Wynik niepomyślny. (1878 dokonana tyrotomija z powodu chorditis voc. inf. hyp. Zatem poprawa trwała 2 lata)	Nie wyjęto.	
Umiarkowany.	1/IX tracheotomija.	Rozszerzanie z początku rurkami S.. W nocy duszność, która zmusiła do tracheotomii.		Leczenie z powodu oporu chorej przerwano.	Nie wyjęto.	
Wysokiego stopnia.	Z początku bez tracheotomii 1878	Rozszerzano cewnikami angielskimi i świeczkami przelykowemi do N. 18.	5 tygodni.	Oddech swobodny.	Nie wyjęto.	Patrz tuż poniżej.
Zatkanie zupełne.	tracheotomija Tracheotomija.	Rozszerzanie rurkami S. od N 1—6; potem słupkami cynowemi od N. 1 do 12 aż do 5/IX 81.	8 tygodni.	Wprowadzanie jest łatwe lecz po wyjęciu słupków znowu powstaje zwięzienie bliznowate. Mowa lepsza.	Nie wyjęto.	Wynik niepomyślny świadczy zdaniem autora że przy gotowych bliznach, rozszerzanie pozostaje bez skutku.
Na początku leczenia przechodzi elastyczny zgłębnik krtaniowy średniej grubości.	Leczenie przed i po tracheotomii.	Od 1/XII 80 kateteryzacja krtani codziennie przez 14 dni po 2—3 minuty. Oddech lżejszy. Od 25/XII wprowadzano rurkę S. N. 1 co dzień aż do N. 2. 10/I. Po 8 dniowem leczeniu duszność i skurez krtani. 25/II tracheotomija; 10/III rozszerzanie N. 1. od końca Marea N. 2, aż do 25/IV.	7 tygodni przed i 6 po tracheotomii.	Ostateczny wynik. Głos nieco mniej ochrypły. Duszność nieznaczna.	Rurka zostawiona, lecz po zatkaniu jej oddech swobodny.	Szczególony kształt nagłośni. jej długość i przechylenie w tył, a do tego zupełna sztywność bardzo przeszkadzały przy leczeniu mechanicznem.
Umiarkowanego stopnia. Szezelina 3 mm. szeroka.	Po tracheotomii.	Rozszerzanie słupkami cynowemi N. 2—10.	3 tygodnie.	Głos nieco lepszy; oddech trudny przy zamknięciu rurki.	Nie wyjęto.	Leczenie przerwano z powodu obrzmienia zapalnego części nalewkowej.

N. bieżący	A U T O R. Źródło.	Płeć, nazwisko, wiek.	ROZPOZNANIE.	Przyczyna i ważniejsze objawy.	Czas trwania zweżenia.
87	Hering.	Trubecki. 35. Mężcz.	Zweżenie przymiotowe krtani z powodu zapalenia ochrzęstnej chrząstki tarczowej i obrączkowej.	W 1866 przymiot. 1876 obrzmienie zapalne okolicy krtani; ropienie, przetoki, które po 3 latach zagoiły się. Od 2 lat chrypka, od roku trudne polykanie, duszność, która doprowadziła w Sierpniu 1880 r. do tracheotomii. Bliznowate zgrubienie przedniej ścianki krtani. Struny zbliżone przez skurczenie części międzynałwkowej; sztywność w stawach nalewkowych. Obrzmienie strun wrzekomych i fałd nalewko-nagłośniowych.	Od roku.
88	—	Haneman. 38. Mężcz.	Zapalenie ochrzęstnej chrząstki obrączkowej.	Tyfus 1878. potem chrypka, duszność 1879 r. tracheotomija. W krtani na przedniej powierzchni tylnej ścianki gruba blizna, przebiegająca w poprzek ku lewej chrząstce nalewkowej. Ankiloza obu chrząstek nalewkowych. Szczelina 1½ mm. szeroka. Z dolnej powierzchni struny lewej wyrasta guzik, jeszcze bardziej powiększający zweżenia.	Od 2 lat.
89	—	Korfaaty. 31. Mężcz.	Zapalenie ochrzęstnej i zgorzel chrząstki obrączkowej.	Przed 11 laty przymiot; przed 2 laty psoriasis palmaris. Przed 1 rokiem zapalenie okostnej mostka (gumma). We Wrześniu 80 r. chrypka, potem duszność. W Styczniu 81 wykaszał chory kawałek chrząstki obrączkowej uległej zgorzeli. Pomimo leczenia antyprzymiotowego powiększenie się duszności, tak że w Lutym autor był zmuszony dokonać tracheotomii. W krtani struny zbliżone do siebie na 2 mm. Guziki bliznowate w części międzynałwkowej. Struny prawdziwe mało zmienione. Ankiloza obu stawów obrączko-nalewkowych.	Od 4 miesięcy.
90	Kieselbach. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1880. T. XIII. Listopad.	Kary. 17. Kob.	Zapalenie ochrzęstnej po tyfusie. Polipy.	1878 r. tyfus, od tego czasu chrypka i duszność, która doprowadziła do tracheotomii. W krtani obrzmienie prawej chrząstki nalewkowej, fałdy nalewko-nagłośniowej i prawej struny wrzekomej. Prawa chrząstka nalewkowa nieruchoma; ze struny głosowej ledwie widać brzeżek. Lewa struna głosowa owrzodzona na powierzchni górnej i na brzegu. Polip w lewej kieszonce Morgagniego, drugi w przednim kącie strun. Naprost otworu tracheotomicznego na tylnej ścianie tchawicy wypuklenie błony śluzowej, składające się z 2 guzików.	Od 1878.

Stopień zwężenia.	Przed lub po tracheotomii.	L e c z e n i e.	Czas trwania leczenia.	Wyniki odnośnie do głosu i oddechu.	Czy rurka wyjęta?	U w a g i.
Szczelina 1½ mm. szeroka	Tracheotomija. VIII. 1880.	Jodek potasu; próby przejścia zwężenia zgłębnikami; nacięcia przez usta i przez otwór po-tracheotomiczny; zniszczenie galwanokautyczne blizn, dwukrotnie przedsiębrane.	6 tygodni.	Wynik żaden	Nie wyjęto.	Rozszerzanie przez otwór potracheotomiczny również bez skutku.
1½ mm. szer.	Tracheotomija. 1879.	Rozszerzanie z początku zgłębnikami, potem słupkami cynowymi S. aż do N. 9. Skutkiem leczenia świeże zapalenie ochrzęstnej, gorączka, ból, obrzmienie; z tego powodu leczenie przerwane. Słupki pozostawiano na 2 — 5 godzin w krtani.	4 miesiące.	Wynik ujemny.	Nie wyjęto.	Chory źle znosił próby rozszerzania przez otwór potracheotomiczny, gdyż po nich natężało się zapalenie.
Zwężenie wysokiego stopnia.	Tracheotomija. 1/II 80.	Leczenie specyficzne. 25/V wprowadzono zgłębnik przez otwór potracheotomiczny; następnie zgłębniki Beniqué'go od N. 15—20 przez usta.	Chory znajduje się w leczeniu.	Znaczna poprawa w oddechu i głosu.	Nie wyjęto.	
Średniego stopnia	Tracheotomija 1878.	Wyjęto polip sposobem Voltolini'ego (gąbką); przyżeganie owrzodzeń argenticum; rozszerzanie słupkami cynowymi od N. 5—15. Potem rurkami S-a Guzewatość na tylnej ścianie tchawicy naciskano kaniulą tracheotomiczną, odpowiednio urządzoną.	11 miesięcy V 79—IV 80.	Otwór potracheotomiczny zagojony. Głos wyraźny lecz ochrypły. Chory mówi za pomocą strun wrzekomych.	Wyjęto.	Kaniula tracheotomiczna miała okienko zwrócone ku tyłowi; okienko to opatrzone było rodzajem klapki, która otwierając się za pomocą szrubki wywierała lekki nacisk na części obrzmiate.

W. bieżący	A U T O R. Źródło.	Płeć, nazwisko, wiek.	ROZPOZNANIE.	Przyczyna i ważniejsze objawy.	Czas trwania zweżenia.
91	Stoerk Karol. Klinik der Krank- heiten des Kehl- kopfes. 1880.	Chłopiec. 4½ letni.	Zweżenie po bło- nicy.	1877 tracheotomija z powodu bło- nicy. Nacieczenie plastyczne w krtani, do której wchód przedsta- wia się w postaci małego wąż- kiego lancetowatego otworu. Granulacyje pod strunami.	Od ¾ lat.
92	Morris J. Asch. Archives of Laryn- gology. New -York. T. I N. 1 str. 62.	— 35. Kobieta.	Zweżenie krtani po przymiocie (?)	Nie przyznaje się do tego, żeby przechodziła przymiot. Zupelny bezgłos, wysoka duszność. Zni- szczenie i zgrubienie nagłośni i łańd nagłośnio-nalewkowych. Części te zmienione do niepo- znania.	Od 3 lat w leczeniu.
93	Weinlechner. Streszczenie w Wie- ner med. Woch. 1878 N. 12.	?	Zweżenie po tyfusie. Zapalenie ochrzę- stnej (?)	?	?
94	Navratil. Laringologische Beitraege. 1871 str. 96.	— 22. Mężcz.	Zapalenie krtani przerostowe, prze- ważnie strun wrze- komych.	Ogromne obrzmienie strun wrze- komych w skutek zapalenia tkanki łącznej podśluzowej. Zwię- żenie. Tracheotomija.	—
95	Oertel. Monatsschrift f. Oh- renheilkunde. 1876. N. 3.	— 30. Mężcz.	Zapalenie ochrzę- stnej i zgorzel po tyfusie.	1863 r. tyfus, po nim chrypka bez- głos, trudne polykanie, duszność. 1864 tracheotomija (w Stycznju). Szczelina stoi wukos. Przemie- szczenie chrząstek Santori- ni'ego i Wrisberg'a z powodu zgorzeli chrząstki pierścieniowa- tej. Zgrubienie lewej struny. Bli- znowate sznurki w części nalew- kowej.	2 miesiące.
96	W. Mac Neil Whistler. Archives of Laryn- gology. New-York. T. I N. 4.	— 31. Kobieta.	Zweżenie przymio- towe.	Mały guzik na strunie głosowej lewej. Znaczna duszność, owrzo- dzenia gardzieli; zapalenie o- chrzęstnej, owrzdzenia w krtani, Zweżenie skutkiem zrośnięcia się strun wrzekomych. Zamknięcie głośni.	2 miesiące.
97	—	— 33. Mężcz.	Zweżenie przymio- towe.	1869 Przymiot. W 1873 gumata na goleni i ból gardła. 1874 obrzmie- nie nagłośni. Duszność. Owrzo- dzenie w części nalewkowej. Bez- głos. Wnętrze krtani zakryte.	Parę mie- sięcy.
98	Parona. Giornali della R. Academia di medi- cina di Torino 1879. Wiadomość prywa- tna od Prof. Labus'a z Medyjanu.	— 52. Kob.	Zapalenie ochrzę- stnej przerostowe.	Chrypka, duszność. Poprawa po jodku potasu. W rok potem po- gorszenie. 1878 tracheotomija w Maju. Tyreotomija we Wrześniu 1878. Przymiot prawdopodobnie przebyty w 17 roku.	½ roku.

Stopień zwężenia.	Przed lub po tracheotomii.	Leczenie.	Czas trwania leczenia.	Wyniki odnośnie do głosu i oddechu.	Czy rurka wyjęta?	U w a g i.
Wysokiego stopnia.	Po tracheotomii.	Przyżeganie azotanem srebra, rozszerzanie angielskimi świeczkami 2 razy dziennie.	Kilka tygodni.	?	Wyjęto.	
Krtani zupełnie niedrożna.	Po tracheotomii.	Leczenie przeciwprzymiotowe. Rozzerwanie zrostów zgłębnikiem. Miejscowe stosowanie jodu z gliceryną; potem dopiero rozszerzanie giętkimi zgłębnikami metalowymi.	Okolo 6 miesięcy.	Oddech wolny. Głos przywrócony lecz ochryply.	?	
?	?	Rozszerzanie słupkami cynowymi Trendelenburga i świeczkami gutaperkowymi własnego pomysłu.	?	Wyleczony.	?	Chory zmarł 1878 z gruźlicy. Na preparacie stwierdzono wyleczenie zwężenia
Wysokiego stopnia.	Po tracheotomii.	Rozszerzanie najprzód cewnikami, — bez skutku, potem rozszerzałem dwudzielnym.	Parę tygodni.	Znaczna poprawa oddechu.	Nie wyjęto.	
Wysokiego stopnia.	Po tracheotomii.	Zniszczenie guzowatości bliznowatych i fałd kwasem chromnym. Rozszerzanie paleczkami żelaznymi (2 — 8 mm. grubości), później rozszerzałem własnego pomysłu.	6 tygodni.	Oddecha dobrane po zamknięciu rurki. Głos mocny.	Nie wyjęto.	Oertel pierwszy zaczął używać rozszerzadła trójdzielnego.
Wysokiego stopnia.	Bez tracheotomii.	Leczenie przeciwprzymiotowe. Rozszerzanie za pomocą osobnego rozszerzadła trójdzielnego.	Okolo 4 miesięcy.	Oddech wolny. Głos ochryply lecz wyraźny.	—	Po 2 latach nie było objawów powrotu cierpienia.
Wysokiego stopnia.	Po tracheotomii.	Leczenie przeciwprzymiotowe. Miejscowo stosowano chlorek cynku. Zwężenie rozdzielono własnym narzędziem; a następnie rozszerzano.	Okolo roku.	Oddech i głos zupełnie dobre.	Wyjęto rurkę po roku.	
Prawie zupełnie zwężenie.	Tracheotomija. V. 1878.	Po tyreotomii przez ranę wprowadzano zgłębniki elastyczne od N. 8—12; potem rozszerzano rozszerzałem Weiss'a.	5 miesięcy.	Oddech swobodny.	Wyjęto.	Przypadek ogłoszony w miesiąc po wyjęciu rurki.

Wzrost	AUTOR. Źródło.	Płeć, nazwisko, wiek.	ROZPOZNANIE.	Przyczyna i ważniejsze objawy.	Czas trwania zwiężenia.
99	Stoerk. Wien. Med. Woch. 1879. N. 46.	Weltman. 7. Mężcz.	Zarośnięcie krtani po błonicy.	1876 po błonicy duszność. Tra- cheotomija. Zupelne zamknięcie krtani poniżej strun za pomocą przegrody z błony śluzowej, któ- ra nakształt kopuły przykrywa tehawicę. Struny prawdziwe i wrzekome ruchome.	Od 3 lat.
100	Braun. Centralblatt f. Chir. 1880 N. 51.	Werle. 30. Kob.	Zwężenie krtani i tehawicy powstałe skutkiem nacisku na krtani przez wole zaprzędkowe.	26 Maja z powodu wysokiej du- szności tracheotomija. 5 Czerwea wycięcie wola (Czeruy). 1 Sier- pnia niska tracheotomija celem usunięcia obrzmienia zapalnego w krtani, bez skutku. Ponieważ chora nie mogła oddechać bez kaniuli, przeto 25 Stycznia roz- szczepiono krtani (fissura), celem zniesienia zwężenia. W krtani przemieszczenie chrząstek nalew- kowych ku przodowi.	Od 1877.

Darujcie mi Szanowni Panowie, że nadużyłem Waszego czasu i cierpliwo-
ści, racząc Was suchemi cyframi i tablicami statystycznymi. Kwestyja leczenia
mechanicznego zwężenia krtani nie daje się rozwiązać lub wyjaśnić w kilku słowach.
Zasluguje ona na uwagę, nietylko ze względu na chorych, lecz także jako jedna
z najtrudniejszych metod leczniczych całej chirurgii krtaniowej. Każdym wy-
nikiem dodatnim, uzyskanym na tej mozolnej drodze, lekarz słusznie szczycić się
może.

Rozumie się samo przez się, że metoda ta skuteczną być może tylko
w pewnych postaciach zwężenia krtani, naturalnie, jeżeli prowadzoną będzie
przez lekarza posiadającego niezbędny do tego zasób techniki laryngo-chirurgicz-
nej. Może ona być użyta w przypadkach niezbyt długo trwających, zwężeni-
ach kształtu niecylicyrycznego, a rozpocząć ją należy dopiero po ustaniu obja-
wów zapalnych i przy braku gorączki.

Ogólne jej wyniki dają się streścić w następujących wnioskach:

1). Stosunkowo skąpe wyniki dodatnie tej metody są zwykle następstwem
braku cierpliwości i wytrwałości ze strony chorego, niekiedy ze strony
lekarza.

2) Przypadki dodatnie, między innymi spostrzeżenia L a b u s'a i S z e p a-
r o w i c z a, dowodzą, że prowadząc leczenie energicznie, a mimo to ostrożnie,
uzyskać można zupełne wyleczenie, t. j. usunięcie rurki tracheotomicznej nawet
w przypadkach zwężenia zastarzałych, będących skutkiem zapalenia ochrzęstnej
po tyfusie lub ospie.

3) Objawy zapalne, występujące w razie zbyt szybkiego rozszerzania, wy-
magają przerwy w leczeniu.

Stopień zwężenia.	Przed lub po tracheotomii.	L e c z e n i e.	Czas trwania leczenia.	Wyniki odnośnie do głosu i oddechu.	Czy rurka wyjęta?	Uwagi.
Zupełne za- rośnięcie.	Tracheotomi- ja 1876.	Rozcięcie błony po uspie- niu chorego przez otwór w tchawicy odpowiednim nożem i wprowadzenie od dołu rozszerzadła dwu- dzielnego, przymocowane- go do kaniuli.	Parę tygodni.	Oddech i głos prawidłowe.		Wypuszczony z roz- szerzadłem.
Zwężenie wysokiego stopnia.	Tracheotomi- ja po raz 1-y 26/V, po 2-gi 1/VIII; laryn- go fissura 25/I 78.	Rozszerepienie krtani bez skutku; rozszerzanie lami- naryją również bez skutku; wyleczenie otrzymano przez wprowadzenie do krtani tamponu gumowego w kształcie litery T, który po wprowadzeniu nady- mano.	Okolo 3 mie- sięcy 27/II — 12/IV 78.	Głos ochry- pły, lecz wy- raźny.	Wyjęto rur- kę 13/I 79.	Tampon wprowa- dzono przez otwór na szyi.

4). W razie obecności walków bliznowych, zrostów, lub bujającej ziarniny, czy to w krtani czy w tchawicy, należy przed rozpoczęciem rozszerzania takowe zniszczyć i usunąć przy pomocy odpowiednich chirurgicznych rękoczynów. Możemy je wykonać albo od góry (przez usta), albo od dołu (przez otwór w tchawicy), jakkolwiek metoda pierwsza zasługuje na pierwszeństwo. Niedostateczne uwzględnienie wymienionych punktów zdaje się być w wielu przypadkach powodem ujemnych wyników leczenia.

5). Daleko posunięte zwężenia, formy cylindrycznej, wywołane w skutek zapalenia ochrzęstnej, połączonego ze zgorzelą (*necrosis*) i wydzieleniem się kawałka chrząstki, nie nadają się do tej metody leczenia. Usunąć je można tylko za pomocą laryngotomii lub częściowego wycięcia krtani.

6). Słupki *Schroettera* niekiedy zastąpić można przy rozszerzaniu zwężonej krtani zgłębnikami metalowymi *Beniquie* różnej grubości. W razie gdy przeprowadzenie słupków *Schroettera* przez zwężenie natrafia na znaczne trudności, możemy je sobie ułatwić przy pomocy cienkiej rurki *Belocq'a*, a mianowicie: wprowadzamy ją przez ranę po tracheotomii i przez zwężoną krtani aż do ust, przywiązujemy słupek za pomocą jedwabnego sznurka do guzika, znajdującego się na końcu sprężyny, a pociągając za sznurek łatwo nam przyjdzie przeprowadzić słupek przez miejsce zwężone (*Herिंग*).

7). Metoda mechanicznego leczenia zwężeń krtani stanowi znakomity postęp w dziedzinie chirurgii krtaniowej, ustalenie zaś i rozwój tej metody jest wielką zasługą *Schroettera*¹⁾.

1) Opis tej metody znajdzie czytelnik w Pamiętniku Tow. lek. Warszaw. z r. 1878.

PRZEGLĄD LITERATURY KRAJOWEJ.

O podbiegnięciach krwi ze stanowiska sądowo-lekarskiego. Podał D-r Henryk Kowalski
Tarnów. 1881 r.

Podbiegnięcia krwi stanowią jedną z najczęstszych zmian, występujących po obrażeniach cielesnych. Interesować one muszą każdego lekarza ze względów sądowo-lekarskich. Niezaprzeczoną więc przysługę oddał D-r Kowalski lekarzom sądowym i prawnikom, zestawiając w jedną całość rozrzucone wiadomości o tym przedmiocie, tembardziej, że uzupełnił je dodaniem własnych doświadczeń i spostrzeżeń.

W kilku poddziałach swej pracy rozważa autor kolejno określenie podbiegnięć krwawych, ich miejsce, kształt, barwę, przekrój (na trupie), sposób powstawania, skutki; a nakoniec odnosi je do obecnie obowiązującej ustawy karnej austriackiej.

Podbiegnięciem krwi nazywa autor każdy krwotok wewnętrzny z zebraaniem się krwi w przestrzeniach tkankowych. Te z podbiegnięć, które przeświecają przez zewnętrzne okrywy ciała, bez względu na barwę (czerwoną, wiśniową, siną, zielonawą, żółtą), zowie sińcami (siniakami).

Takie podbiegnięcia krwawe wszędzie mogą powstać, gdzie tylko tkanki zawierają naczynia krwionośne. Oprócz innych względów położenie sińca ważne i z tego powodu, że niekiedy może ono objaśnić pochodzenie pewnych zmian jednoczesnych, jak np. siniec w skórze głowy i równie dawne lub nieco świeższe zmiany w mózgu albo w oponach; siniec na klatce piersiowej i zapalenie opłucnej z tejże samej strony i t. d.

Kształt i wielkość podbiegnięć krwawych bywają rozmaite. Mogą być one małe i duże, a nadto okrągławe, owalne, czworokątne, rozlane, w postaci pręg, smug i pasów. Kształt sińca może dać pojęcie o rodzaju narzędzia użytego przy obrażeniu, np. okrągławe pochodzą od narzędzi tępych, jak kamień, gałka od laski; czworokątne od rzuconej książki, kałamarza, cegły; podłużne od uderzenia kijem, postronkiem, płazem szabli; palczaste od ręki i t. d. Usadowienie i kształt sińców na szyi u osób nagle zmarłych naprowadza na myśl o uduszeniu lub powieszeniu. Gdy z prawej strony szyi widać jeden siniec większy, a z lewej 1—4 sińców mniejszych w kierunku osi ciała, to domyślamy się gwałtu przez uduszenie ręką.

Barwa podbiegnięć krwawych bywa początkowo czerwoną, karmazynową, wiśniową, siną, a nawet czarną. Następnie zmienia się na niebieskawą ciemno-żółtą, jasno-żółtą, a wreszcie znika bez śladu. Mniejsze sińce przechodzą te zmiany w 1½ do 3, większe w 3 do 8 tygodni. Zmiana więc barwy sińców, zależna od przemian wstecznych wylanej krwi i przeobrażania się jej barwników, może dać niejaką wskazówkę o czasie, w którym nastąpiło uszkodzenie. Prawdziwe sińce od podrabianych, np. karminem wstrzykniętym pod skórę, można odróżnić brakiem wskazanej przemiany zabarwienia i stosunkowo szybkim znikaniem, jeżeli wstrzyknięty barwnik był płynny.

Barwa świeżego sińca bardzo zależy od grubości pokładów, leżących nad wylaną krwią. Wylewy do warstwy Malpighiego są żywej czerwonej barwy, do miazdzy skóry — ciemno-czerwono-wiśniowej, do tkanki łącznej podskórnej — sinej. Jeżeli zaś wylana krew dostaje się pod grubszą warstwę tkanki łącznej podskórnej, pomiędzy mięśnie i t. d., to siniec wcale nie występuje. Na barwę sińca wpływa także stopień i rozległość zniszczenia samych tkanek. Im większa ilość tkanki jest zmiażdżona i zmieszana z krwią, tem ciemniejszą jest barwa sińca, aż wreszcie czarna.

Przekrój sińca służy do wykazania różnicy pomiędzy plamą pośmiertną a sińcem powstałym za życia. Plamy pośmiertne tworzą się na częściach trupa znaj-

dujących się najniżej. Na miejscu plam trupich krew mieści się w naczyniach i po przecięciu z nich wypływa; tymczasem w sinicach znajduje się w przestrzeniach tkankowych. Barwa sinica zależy od czasu jego trwania, w plamach zaś pośmiertnych od barwy krwi trupa. Tak np. plamy pośmiertne posiadają odcień jasnoczerwony, gdy człowiek umarł z zatrucia tlenkiem węgla, utonął lub umarł z zamarznięcia.

Najzwykłej powstają podbiegnięcia krwi skutkiem mechanicznego uszkodzenia całości tkanin. Najłatwiej to następuje, gdy niezbyt gruba warstwa miękkich części leży na twardej podstawie. Przy braku takiej podstawy siniec nie powstaje nawet po silnych uderzeniach np. na ścianie brzusznej po kopnięciu kopytem końskim. Sam mechanizm uszkodzenia może być rozmaity. Siła uszkadzająca może działać czynnie, biernie, a także przez pośrednictwo jakiegoś ciała trzeciego np. sinice u płodu po uderzeniach w brzuch matki, uszkodzenia (kontuzyje) za pomocą silnie wstrząśniętego powietrza przez kule, odłamki granatu i t. d. Dalej sinice mogą występować na miejscu przyłożenia siły albo w oddaleniu, jak np. na skórze twarzy, na łącznicy, na okostnej czaszki, pod opłucną i na osierdziu przy dłuższem uciśnięciu szyi. Wymienione też odległe wynaczynienia krwi muszą wzbudzać podejrzenie uduszenia. Jak pokazują doświadczenia autora, takie wynaczynienia powstają u uduszonych skutkiem daremnych wysiłków klatki piersiowej do oddechania (działa jak sucha bańka) i skutkiem zwiększonej siły ssącej prawego serca.

Podbiegnięcia krwi w siatkówce, w ciele szklistem, powstają przy uderzeniach w samo oko, ale także skutkiem silnego traumatycznego wstrząśnienia czaszki po uderzeniach, po spadnięciu ze znacznej wysokości i t. d.

Obok podbiegnięć krwi, będących rezultatem obrażeń cielesnych, bywają inne, które powstają z innych przyczyn, jako to:

1). Skutkiem podziałania innych mechanicznych wpływów, a mianowicie od ukąszenia pcheł, pijawek, przystawienia suchych baniek, skutkiem działania nagle rozrzedzonego powietrza, podczas ciężkiego porodu, kaszlu, wymiotów, skakania, dźwigania ciężarów i t. d.

2). Skutkiem zwątlenia naczyń w przebiegu tyfusu, ospy, żółtego zaniku wątroby, ropnicy, gnileca, choroby Verlhof'a; przy zatruciu fosforem (stłuszczenie ścianek naczyńmowych).

3). Skutkiem mocnego rozciągnięcia tkanek np. ścian jamy brzusznej: pręgi, czasami krwawe.

4) Na kończynach i brzuchu skutkiem puchliny przy chorobach płuc, serca, nerek.

5). Skutkiem zwiększonego bocznego ciśnienia krwi w układzie żylnym.

Sinice powstałe z przyczyn wyliczonych anatomicznie nie różnią się wcale od tworzących się skutkiem obrażeń mechanicznych. Każdy więc lekarz celem uniknięcia pomyłek, które nieraz wydały rezultaty bardzo przykre dla osób trzecich, powinien zwracać uwagę na to, czy siniec nie jest:

1) znamieniem, to jest plamą od urodzenia istniejącą;

2) czy takowy nie powstał wskutek pomazania skóry farbą, albo też skutkiem podskórnego wstrzyknięcia krwi lub innego kolorowego płynu;

3) czy takowy nie jest plamą pośmiertną i dalej

4) czy siniec nie jest wynikiem przyczyn powyżej pod numerami 1 do 5-go wymienionych, a różnych od zwykłych mechanicznych obrażeń.

Następstwa podbiegnięć krwi są dwojakie: a) podmiotowe i b) przedmiotowe.

Podmiotowem następstwem jest ból, który bywa fizyczny i psychiczny. Mocny ból fizyczny potęguje cierpienie, a nadto uderzenie, sprawiające wielki ból w niektórych okolicach ciała (np. w brzuchu), może się stać przyczyną natychmiastowej śmierci. Ciężki ból psychiczny u osób wykształconych, z pełnem poczuciem honoru, pomimo nawet braku bólu miejscowego, może być przyczyną

czasowej utraty łaknienia i dłuższej lub krótszej niezdolności do pracy zawodowej. Uderzenie, bolesne jako „czyn ze szczególniejszemi mękami dla uszkodzonego na ciele połączony”, obciąża zbrodnię uszkodzenia ciała. Sądy o stopniu bólu najczęściej orzekają na podstawie wrażenia odniesionego z twierdzeń uszkodzonego, a jednak ocenianie bólu, przynajmniej fizycznego, tylko lekarzom pozostawione być winno. Także tylko lekarz odróżnić może ból istotny od udanego. Udany ból rozpoznać można po następujących cechach:

- 1) zdrowy wygląd badanego;
- 2) brak gorączki, język czysty, apetyt dobry, sen naturalny;
- 3) odnoszenie bólu nie do pewnych punktów lub kierunków, któremi nerwy czuciowe przebiegają. Iecz przeciwnie do całych części ciała;
- 4) brak blizny skórnej lub kostnej, któraby gałązki nerwowe uciskać mogła;
- 5) sprzeczność zeznań świadków z twierdzeniami uszkodzonego, odnośnie do sposobu życia i wykonywania zajęć.

Przedmiotowe skutki bywają różne. Zwykle mają one przebieg pomyślny. Czasami wszakże skutki te bywają cięższe. Podbiegnięcia np. krwi w siatkówce, w ciele szklistem oka mogą się skończyć częściową lub zupełną ślepotą; wynaczynienia krwi w mózgu, w rdzeniu, mogą niekiedy być przyczyną natychmiastowej śmierci i t. d.

Wyłożywszy wszystko to, co poprzedziło, autor stara się odnieść podbiegnięcia krwi do obowiązującej ustawy karnej austriackiej. Podciąga je pod odpowiednie artykuły prawne i, rzecz prosta, podciągnięcie to wypada rozmaicie, stosownie do ważności uszkodzenia w danym razie. Podbiegnięcia krwi zależnie od skutków, jakie za sobą pociągają, pozostają w związku z całym prawie ustawodawstwem karnem. Słusznie jednak powiada autor, że przy takim kwalifikowaniu danych przypadków do pewnych artykułów, lekarz napotyka znaczne trudności. Trudności te pochodzą z jednej strony—z przyczyny niewłaściwości dzisiejszych określeń jakości uszkodzenia w obecnej ustawie karnej i z drugiej strony—z braku stanowczości, gdzie lekarz ma zaliczyć okres wyzdrowiania chorego; do choroby, czy do zdrowia.

Teraźniejszy ustawowy podział uszkodzeń cielesnych, na ciężkie i lekkie, nie da się usprawiedliwić ze stanowiska nauki lekarskiej. Lekarz, który może tylko stwierdzić fakt obrażenia i wskazać możliwe tegoż następstwa, musi wazyć uszkodzenia cielesne ze względu na terminologiję prawniczą. Tymczasem mały siniac wielkości centa, który powinien być uważany za lekkie uszkodzenie ze względu na swoje skutki, może stanowić uszkodzenie groźniejsze niż 15 siniaków wielkości jaja, jakie za ciężkie obrażenie brać należy. Główną tu wadą, podług autora, jest niedokładna definicyja ciężkiego uszkodzenia ciała. Myśli on, że ustawa karna wówczas dla lekarzy sądowych byłaby najodpowiedniejszą, gdyby określała uszkodzenie ciężkie przez wyliczenie utraconych członków, narządów, nabytych chorób i zbroczeń organizmu z uszkodzenia wynikających.

Wobec takiej ustawy lekarz sądowy potrzebowałby tylko rozpoznać chorobę lub zbroczenie ustroju i takowe nazwać, przez co sędzia miałby zaraz podstawę do wymierzenia rodzaju kary. Ponieważ jednak choroby, oznaczone jednym nazwiskiem, przedstawiają się bardzo rozmaicie ze względu na czas trwania, natężenie i t. d., przeto i takie postępowanie w myśl ustawy nie odpowiadałoby sprawiedliwości. Należałoby więc stopień kary zastosować do średniego przebiegu lżejszych chorób chirurgicznych i karę więzienia naznaczać nie od 8-miu dni nadwreżenia zdrowia lub niezdolności do pracy zawodowej, lecz od 14 dni, to jest najdłuższego terminu przebiegu lżejszych chorób chirurgicznych. Autor mniema, że zmiana taka w przyszłej ustawie karnej, oparta na podwalinach umiejętnego rokowania w lżejszych chorobach, nie sprzeciwi się bynajmniej zamiarowi prawodawcy, chcącemu karać więzieniem tylko cięższe

choroby, wynikłe z uszkodzenia, a lekarzowi sądowemu da swobodę i pewność w postępowaniu.

Kończąc swą pracę, autor porusza jeszcze pytanie, które lekarz wobec sądu dosyć często spotyka, a mianowicie: czy właściwe leczenie, zastosowane zaraz po uszkodzeniu ciała, może mieć wpływ na zmniejszenie skutków uszkodzenia, a skutkiem tego i na zmniejszenie odpowiedzialności za uszkodzenie? W obecnym czasie, mianowicie też po zastosowaniu antyseptycznych sposobów opatrywania, nie ulega wątpliwości, że skutki uszkodzenia znakomicie mogą być złagodzone, ale czy takie złagodzenie wpływa na złagodzenie skutków prawnych, na to rozmaicie zapatrują się sędziowie i obrońcy. Jedni twierdzą, że winni odpowiadać powinni za wszystkie skutki, wynikające z uszkodzenia, z wyjątkiem tych, jakie chorzy umyślnie sami sprowadzają, bądź-to przez złe leczenie się, bądź-to przez używanie środków jątrzących; inni zaś przyjmują udzielenie właściwej pomocy lekarskiej uszkodzonemu ze strony sprawcy za okoliczność wielce łagodzącą stopień kary. Ostatnie mniemanie autor uważa za sprawiedliwe, choćby dla tego, że w rezultacie przyczynia się ono do zaoszczędzenia funduszków państwa przez krótsze żywienie i okrywanie winnych w więzieniach, a nadto stanowi hamulec dla tych uszkodzonych na ciele, którzy celem wywołania surowszej kary dla sprawców, umyślnie zaniedbują leczenie albo też podtrzymują chorobę.

Z powyższego widać treść rozprawy. Zbiera w niej autor wszystko, co wiadomo o podbiegnięciach krwi i niektóre, więcej wątpliwe punkta rozstrzyga własnymi doświadczeniami i spostrzeżeniami. Niektóre z tych doświadczeń i spostrzeżeń, przyczyniają się do rozszerzenia zakresu naszych wiadomości. Stanowi to prawdziwą zasługę pracy. Zre-sztą cała rozprawa jest napisana jasno i w tonie czysto naukowym. W ogóle autor robi wrażenie biegłego lekarza sądowego, który w razie potrzeby umi zrećcznie posłużyć się i eksperymentem.

D-r Przewoski.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Od 1 Kwietnia r. b. wychodzi tu zacznie tygodnik popularny, poświęcony naukom przyrodniczym, p. t. „Wszeehświat“. Kierunek naukowy objęli: prof. D-r Chałubiński, D-r L. Dudrewicz, mag. St. Kramsztyk, mag. A. Słósański, inż. J. Słowikowski, prof. Trejdosiewicz i prof. Wrześniowski. Redaktorem odpowiedzialnym będzie Br. Znатовicz, wydawcą Eug. Dziewulski.

— Podług jednodniowego spisu ludności, odbytego w d. 9 Lutego (28 Stycznia r. b.), Warszawa liczy mieszkańców 387,183, a mianowicie mężczyzn 184,893 i kobiet 202,290.

Berlin. Wydział lekarski Towarzystwa Naukowego Akademików Polaków w Berlinie rozpoczął działalność swą dnia 1 Grudnia zeszłego roku i liczył w początku 18-tu członków. W czasie półroczia wystąpił jeden, tak iż obecnie należy do wydziału 17-stu. Posiedzenia odbywały się raz na tydzień, na których zajmowano się odczytami i wykładami terminologicznymi polskimi. W czasie od 1 Grudnia do końca półroczia następujący koledzy wygłosili swe odczyty: 1) kol. Spychalski „O ciepłocie ustroju zwierzęcego“. 2) kol. Trzeiński „Ogólny pogląd na anatomiję porównawczą przewodu pokarmowego“. 3) kol. Wróblewski „O cholery indyjskiej“. 4) kol. Jankowski „O koltunie“. 5) kol. Kołodziej „O torbielach i torbielakach jajnikowych i o owaryjotomii, czyli sposobie ich wyluszczenia“. 6) kol. J. Paniewski „Ogólny pogląd na historyję medycyny do końca wieku 17-go“. 7) kol. Pomorski „Pogląd anatomiczny na kanał pachwinowy i udowy“. Oprócz odczytów tych miewano na każdym posiedzeniu wykłady z anatomiją, celem przyswajania sobie terminologii polskiej. Biblioteka medyczna, dość szczupła w początku, powiększyła się o kilka dzieł, które wydziałowi przesłano, mianowicie składa Wydział p. D-r Wicherkiewiezowiz Poznania, p. D-r Wasserzugowiz Warszawy i p. Przepieczyńskiemu z Hroczenia, niniejszem serdeczne dzięki.

Do zarządu wydziału na czas półroczu zimowego należeli kol. Fr. Janowski jako prezes, kol. K. Wróblewski jako pisarz i kol. K. Spychalski jako skarbnik. Na przyszłe półroczu letnie wybrano kol. A. Kołodzieja prezesem, kol. K. Wróblewskiego pisarzem i kol. J. Trzcienieckiego skarbnikiem.

— Na wzór niemieckiego towarzystwa do chirurgii (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie), odbywającego coroczne zjazdy w Berlinie podczas feryj Wielkanocnych, zawiązało się Towarzystwo do medycyny wewnętrznej (Deutsche Gesellschaft für innere Medizin). Powstanie swe winno ono profesorowi tutejszemu Leydenowi, który na okólnik, rozesłany do wszystkich profesorów klinik chorób wewnętrznych i wybitniejszych lekarzy niemieckich, a zapraszając do połączenia się w Towarzystwo, mające na celu uprawianie i przyczynianie się do postępu wszystkich gałęzi medycyny wewnętrznej, odebrał odpowiedzi bardzo przychylne i zachęcające. Postanowiono więc, aby odbywał się corocznie kongres członków niemieckiego towarzystwa do medycyny wewnętrznej. Pierwszy zjazd nastąpi w Sierpniu lub Wrześniu r. b. w Wiesbaden.

Lwów. Zmarł 25 Lutego r. b. w 83 roku życia D-r Szezyński Maciejowski, były lekarz sztabowy wojsk polskich, b. prezes Towarzystwa lekarzy Galicyjskich.

Graz. Profesorem anatomii opisowej na tutejszym wydziale lekarskim został D-r Zuckerkandl.

Praga. Klebs przyjął zaproszenie na profesora anatomii patologicznej do Zurychu, mimo petycyi Niemców, iżby w tak ciężkich czasach dla żywiołu niemieckiego w Czechach nie opuszczał dotychczasowego stanowiska.

Wiedeń. Zmarł tu 2 Marca r. b. w 58 r. życia prof. kliniki chorób wewnętrznych D-r Ducheck.

— Tutejsza gmina postanowiła mającą się otworzyć w bliskości Allgemeines Krankenhaus nową ulicę nazwać: „Skodagasse“.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

Ewald. O trawieniu, tóm. L. A. Anders'a. Odbitka z Medycyny. 1882.

ODPOWIEDŹ.

W-mu D-r W. B. w Płochinie. O epidemijach tyfusu wysypkowego w Polsce nikt dotąd nie pisał.

Do dzisiejszego N-ru „Gazety Lekarskiej“ dołącza się dla wszystkich Prenumeratorów prospekt na czasopismo p. t. „Wszechświat“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Ogłoszenia.

PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

wydawany pod redakcją **E. Klinika**

Zeszyt I za rok 1882 wyszedł z druku i zawiera:

1. Rosenthal A. O zmianach mózgu przy chorobach zakaźnych.
2. Rumiszewicz K. Przetwianie błony żrenicznej.
3. Erlicki A. O budowie pnia nerwu słuchowego.
4. Stankiewicz Władysław. Bąblowiec wątroby.
5. Klinika E. O działaniu naśtołu w chorobach skórnych.
6. Protokoły posiedzeń Towarzystwa od dnia 4 Października 1881 r. do 1 Stycznia 1882 r.
7. Dunin T. Przypadek znieczulenia połowicznego u histeryczki.
8. Żórawski M. O zmianach kości ciemieniowej, wywołanych zmianami objętości mózgowia.
9. Zapisy dobrowolne b. wychowawców Uniwersytetu Warszawskiego dla Towarzystwa Lekarskiego.

1—1