

CHOROBY NOSA,

JEGO ZATOK, ¹¹¹³²

oraz

JAMY NOSO-GARDZIELOWEJ.



PODREĆZNIK

DLA LEKARZY I STUDENTÓW

napisał

Dr. Jan Sędziak,

członek czynny Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego,
członek korespondent Towarzystwa Lekarskiego w Krakowie, oraz
Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu,
członek Towarzystwa laryngologicznego w Londynie,
członek korespondent Towarzystw laryngo-rhino-otologicznych
we Francji i Ameryce.

(z 84 rysunkami i 1-g tablicą).

WARSZAWA

Druk K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.

Nakładem autora.

1897.

Prof. Dr. K. Twardowski

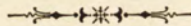
CHOROBY NOSA,

JEGO ZATOK,

oraz

11132

JAMY NOSO-GARDZIELOWEJ.



PODREČZNIK

DLA LEKARZY I STUDENTÓW

napisał

Dr. Jan Sędziak,

członek czynny Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego,
członek korespondent Towarzystwa Lekarskiego w Krakowie, oraz
Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu,
członek Towarzystwa laryngologicznego w Londynie,
członek korespondent Towarzystw laryngo-rhino-otologicznych
we Francji i Ameryce.

(z 84 rysunkami i 1-a tablicą).

II. f. 6.

WARSZAWA

Druk K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.

Nakładem autora.

1897.

11132



Дозволено Цензурою.
Варшава, 24 Апрелья 1897 г.

PAN 11132



H-123876

**K
18.12.60
A. 006**

B. szefowi

Dr. Med. Alfredowi Sokołowskiemu,

oraz

Prof. Dr. Pieniążkowi i Radzcy Dr. Koehlerowi

w dowód

wysokiego szacunku i poważania

poświęca

tę pracę

Autor

PRZEDMOWA.

W ostatnich czasach daje się zauważyć olbrzymi rozwój w dziedzinie chorób nosa, zwłaszcza zaś jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej. Świadczą o tem całe szeregi mniejszych, lub większych prac, *resp.* monografij, mających na celu dokładne rozpoznanie, jakoteż racjonalne leczenie spraw chorobowych, mało, lub wcale dotąd nieznanych. Jednocześnie przekonano się, że cierpienia te częstokroć znajdują się w ścisłym związku przy czynowym z ogólnymi cierpieniami ustroju. Że wspomnę tu tylko t. zw. nerwice odruchowe [astma etc.], mające względnie dość często swoje źródło w cierpieniach jam nosowych i które w wielu razach jedynie przez usunięcie tych ostatnich uleczonemi być mogą.

Stąd wynika potrzeba bliższego zapoznania się lekarzy, zajmujących się ogólną medycyną, z najnowszymi postęпами w dziedzinie rinologii. O potrzebie tej dawno już pomyślano zagranicą. Od pierwszej pracy B. FRAENKEL'a, traktującej o chorobach nosa upłynęło lat 20.

W przeciągu owego czasu ogłoszono w samych Niemczech przeszło 14 podręczników chorób nosa; również pokaźna ich ilość ujrzała światło dzienne w Anglii, Ameryce, Francji etc.

U nas natomiast dotąd brak jest zupełny takiego dzieła, które by w sposób przystępny zapoznało lekarzy niespecjalistów, oraz studentów¹⁾ z najnowszymi zdobyczami w dziedzinie chorób nosowych.

¹⁾ W Warszawskim Uniwersytecie rhino-laryngologia nie jest wykładaną.

Już od lat 2 nosiłem się z myślą napisania takiego podręcznika *resp.* wypełnienia luki w naszym piśmiennictwie specjalnem¹⁾ i powoli w tym celu zbierałem materiały. Różnorodne jednak przeszkody stawały dotąd na przeszkodzie urzeczywistnieniu tej myśli.

Przy opracowaniu niniejszego dzieła starałem się z jednej strony przedstawić możliwie dokładnie obecny stan naszej wiedzy w dziedzinie chorób nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej, z drugiej zaś strony miałem na uwadze to, że dzieło moje przeznaczonem jest przede wszystkim dla użytku lekarzy niespecjalistów, oraz studentów i dla tego to starałem się uwolnić go od zbytniego balastu teoretycznego, zwracając główną uwagę na stronę praktyczną. I tak z literatury obcej podałem tylko najgłówniejsze [przeważnie najnowsze] prace, któremi się przy pisaniu niniejszego podręcznika posiłkowałem, natomiast naszą, nawiasowo mówiąc względnie dość bogatą [153 prace] literaturę rhinologiczną całkowicie uwzględniłem. Sądziłem, że nie bez korzyści będzie dla czytelnika, jeżeli pracę moją poprzedzę krótkim rysem historycznym rozwoju rhinologii od czasów najdawniejszych, aż do ostatniej zwłaszcza chwili.

Uważałem również za bardzo pożyteczne podręcznik mój zaopatrzyć w możliwie liczne rysunki, przeważnie z innych zaczerpnięte podręczników i monografij, a które zdaniem mojem najlepiej ułatwiają zrozumienie danej kwestyi, zwłaszcza specjalnej. Wprawdzie przez to koszt wydawnictwa o wiele się zwiększył, sądzę jednak, że wartość dzieła na tem tylko zyskać mogła.

¹⁾ W roku zeszłym [1896] w drugim wydaniu BIEGAŃSKIEGO Dyagnostyki różniczkowej chorób wewnętrznych dr SOKOŁOWSKI podał b. dobrą, treściwą dyagnostykę chorób górnego odcinka dróg oddechowych, która rzecz prosta tylko w części wypełnia tą lukę, podobnie jak i doskonały podręcznik chirurgii szczegółowej [1886] prof. RYDYGIERA, w którym między innymi i chorobom nosa poświęcono odpowiedni rozdział. Wreszcie cenny również podręcznik prof. PIENIĄŻKA z Krakowa poświęcony jest tylko chorobom krtani i tchawicy.

Po krótkim tym wstępie puszczam moją książkę w świat z ufnością, że znajdzie ona pobłażliwość i przychylne przyjęcie wśród prasy i czytelników. Jeżeli podręcznik niniejszy nie odpowie w zupełności wszystkim wymaganiom, temu ideałowi, jaki sobie wytworzyłem, jeżeli będą w nim pewne braki, o czym nie wątpię, to przypisać je należy trudnościom samego przedsięwzięcia; jedno wszakże na moje usprawiedliwienie dodać mogę, że nie żałowałem ani czasu, ani trudu, ani wreszcie kosztów, by praca moja choć w części przyczyniła się do rozwoju naszego piśmiennictwa specjalnego. Jeżeli cel ten osiągnę, będzie to dla mnie najwyższem wynagrodzeniem moralnem.

Warszawa, w Styczniu 1897 roku.

Dr Jan Sędziak.

SPIS RZECZY.

Przedmowa.	str.
Krótki historyczny rys rozwoju nauki o chorobach nosa, jego zatok, oraz jamy noso-gardzielowej	1

C Z Ę Ś Ó I.

Rozdział I.

Anatomia nosa, jego zatok, oraz jamy noso-gardzielowej	5
A. Jama nosowa.	—
a) zewnętrzny nos	—
kości	6
chrząstki	—
b) właściwe jamy nosowe	7
wewnętrzna ścianka [przegroda nosowa]	8
górną [strop nosa]	9
dolną [dno jam nosowych]	—
boczna <i>resp.</i> zewnętrzna [muszle i przewody nosowe]	10
B. Zatoki boczne nosa	13
HIGHMOR'a	—
czołowe	16
sitowe	—
klinowe	17
C. Jama noso-gardzielowa.	18

Rozdział II.

Histologia	20
A. Nos.	—
a) <i>regio respiratoria</i>	—
b) — <i>olfactoria</i>	21
B. Zatoki boczne nosa	23
C. Jama noso-gardzielowa.	—

Rozdział III.

	str.
System naczyniowy nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej. Nerwy	24
A. Naczynia	—
a) tętnice	—
b) żyły	—
c) t. zw. ciała jamiste	25
d) naczynia chłonne	—
B. Nerwy	—
a) <i>n. trigeminus</i>	—
b) — <i>olfactorius</i>	26
c) — <i>sympathicus</i>	—

Rozdział IV.

Nieco z historii rozwoju [embryologia] nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej.	27
--	----

Rozdział V.

Fizjologia nosa, jego zatok oraz jamy nosogardzielowej	29
a) nos i jama nosogardz., jako początek dróg oddechowych	—
b) nos, jako narząd powonienia	31
c) nos i jama nosogardziel., jako część aparatu głosowego	33
d) nos, jako punkt wyjścia nerwów odruchowych	—
e) znaczenie jam bocznych nosa	34

C Z Ę Ś Ć II.

Rozdział I.

Badanie nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej	35
a) uwagi ogólne, dotyczące oświetlenia, oraz instrumentów, używanych przy badaniu jam nosowych	—
b) <i>rhinoscopia ant.</i>	39
c) — <i>post.</i>	43
d) <i>palpatio</i>	47
e) sondowanie	—
f) prześwietlanie	49

Rozdział II.

Ogólna symptomatologia chorób nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej	51
a) niedrożność jam nosowych i jej następstwa	—
b) wydzielina nosowa	53

Rozdział III.

str.

Ogólna i miejscowa terapia chorób nosa, jego zatok, oraz jamy noso-gardzielowej	54
a) szprycowanie nosa.	55
b) t. zw. kąpiele nosowe.	59
c) pulweryzacje	62
d) inhalacje i insuflacje.	64
e) pędzlowania	65
f) mięsienie drgawkowe błon śluzowych	67
g) ogólne i miejscowe znieczulenie. Chloroform [bromek etylu]. Kokaina	70
h) anty i aseptyka	73
i) środki żrące [lapis, kwas chromny, kwas trójchloroctowy]	75
k) galwanokaustyka	—
l) elektroliza	80
m) leczenie ogólne	81

C Z E Ś Ó III.

Szczegółowa patologia i terapia chorób nosa, jego zatok, oraz jamy noso-gardzielowej.

A. CHOROBY NOSA.

Rozdział I.

Wrodzone i nabyte wady nosa	84
I. <i>Atresiae et synechiae</i>	85
II. <i>Deviationes (cristae, spinae) septi nasi</i>	86
III. Zapadanie się skrzydeł nosa	93

Rozdział II.

Sprawy zapalne ostre	94
I. <i>Rhinitis catarrhalis acuta</i>	—
<i>Coryza neonatorum</i>	100
II. <i>Rhinitis purul. acuta (blenorhoea acuta nasi)</i>	101
III. <i>Erysipelas nasi</i>	102
IV. <i>Rhinitis phlegmonosa (perichondritis septi narium abscedens)</i>	104
V. <i>Rhinitis gangraenosa</i>	107
VI. — <i>diphtheritica</i>	108
VII. — <i>fibrinosa s. crouposa</i>	109

	str.
VIII. Sprawy zapalne na błonie śluzowej nosa w przebiegu ostrych wysypek [odra, szkarlatyna, ospa], influenza etc.	112

Rozdział III.

Sprawy zapalne przewlekłe	114
I. <i>Rhinitis catarrhalis chr.</i>	—
A. <i>Rhinitis catarrhalis chr. diffusa simplex</i>	115
B. <i>hypertrophica.</i>	—
C. <i>atrophicans</i>	123
a) <i>simplex</i>	—
b) <i>foetida s. ozaena</i>	124
II. <i>Rhinitis caseosa</i>	132
III. <i>Rhinitis sicca ant.</i>	134
IV. <i>Blenorrhoea</i> STOECK'a.	135

Rozdział IV.

Cierpienia konstytucjonalne nosa	137
I. Syfilis	—
II. Gruźlica	144
III. Wilk	147
IV. Nosacizna (<i>malleus</i>)	148
V. Trąd (<i>lepra</i>)	149
VI. Twardziel nosa (<i>rhinoscleroma</i>)	150

Rozdział V.

Cierpienia skórne nosa.	—
I. <i>Eczema narium</i>	152
II. <i>Comedones</i>	153
III. <i>Acne rosacea</i>	154
IV. <i>Naevus vasculosus</i>	155
V. <i>Sycosis narium</i>	—
VI. <i>Seborrhoea nasi</i>	156
VII. <i>Congelatio</i>	—

Rozdział VI.

Nowotwory nosa	—
A. Łagodne	157
I. Polipy.	—
II. Włókniaki	165
III. Brodawczaki	—

	str.
IV. Naczyniaki	165
V. Chrzęstniaki i kostniaki	166
VI. Chłoniaki, tłuszczaki, torbiele etc.	—
B. Złośliwe:	—
I. Mięsaki	167
II. Raki	—

Rozdział VII.

I. Obrażenia nosa	168
II. Ciała obce (<i>Rhinolity</i>)	169
III. Grzybica (<i>mycosis</i>)	171
IV. Krwawienia nosowe (<i>epistaxis</i>)	172
V. <i>Ulcus perforans septi narium</i>	176

Rozdział VIII.

Zaburzenia nerwowe	—
I. W obrębie nerwu trójdzielnego (<i>n. trigeminus</i>)	177
a) <i>anaesthesia</i>	178
b) <i>hyperaesthesia</i>	—
c) <i>hypoesthesia</i>	—
d) <i>paraesthesia</i>	—
II. W obrębie nerwu węchowego (<i>n. olfactorius</i>)	178
a) <i>anosmia</i>	—
b) <i>hyperosmia</i>	179
c) <i>hyposmia</i>	—
d) <i>parosmia</i>	—
e) <i>cacosmia subjectiva</i> — <i>allotriosmia</i>	180

Rozdział XI.

Nerwice odruchowe pochodzenia nosowego	181
I. Dychawica oskrzelowa (<i>Asthma bronchiale</i>)	183
II. Kaszel nerwowy — <i>Tussis convulsiva</i> , kichanie, skurcz głośni	185
III. Nieżyt nosa nerwowy (<i>rhinitis vasomotoria</i>). Gorączka sienna	—
IV. Periodyczne obrzmiewanie ciał jamistych. Zacerwie- nienie i obrzęk końca nosa (<i>pseudoerysipelas</i>)	187
V. Bóle głowy	—
VI. Zmora nocna, skurcz twarzy, skurcz mięśni podnieb- nych, zaburzenia oczne [łzawienie etc.], zawroty gło-	

	str.
wy, wymioty, epilepsia, <i>glycosuria</i> , ślinotok, <i>morbus Basedovi</i> , <i>enuresis nocturna</i>	188

B. CHOROBY JAM BOCZNYCH NOSA.

WSTĘP.

Ogólne uwagi, dotyczące etyologii, symptomatologii, badania, oraz leczenia spraw chorobowych w zatokach bocznych nosa	191
---	-----

Rozdział I.

Wady wrodzone i nabyte	203
T. zw. pęcherze kostne	204

Rozdział II.

Sprawy zapalne ostre	—
I. <i>Sinusitis catarrhalis acuta</i>	205
II. — <i>purulenta</i> —	206

Rozdział III.

Sprawy zapalne przewlekłe	—
I. <i>Sinusitis catarrhalis chronica</i>	208
<i>Hydrops (antri Highmori)</i>	—
II. <i>Sinusitis purulenta chr. (empyemata sinuum lateralem nasi)</i>	209
a) <i>sinusitis pur. chr. maxillaris (empyema antri Highmori)</i>	210
b) — — — <i>frontalis</i>	214
c) <i>cellulitis ethmoidalis pur. chr.</i>	217
d) <i>sinusitis pur. chr. sphenoidalis</i>	219
e) kombinowane ropienia w jamach bocznych nosa	220
III. Cierpienia konstytucjonalne jam bocznych nosa	221
a) syfilis	—
b) gruźlica	—

Rozdział IV.

Guzy	222
Ciała obce	223

C. CHOROBY JAMY NOSO-GARDZIELOWEJ.

Rozdział I.

Wady wrodzone i nabyte	225
----------------------------------	-----

Rozdział II.

Sprawy zapalne ostre	—
I. <i>Rhinitis post. s. rhino-pharyngitis acuta catarrhalis</i>	227
II. <i>Pharyngo-tonsillitis follicularis s. lacunaris acuta.</i>	229
III. <i>Phlegmone retro(post)nasale s. tonsillitis et peri-tonsillitis pharyngealis abscedens</i>	230
IV. <i>Erysipelas retro(post)nasale</i>	—
V. <i>Diphtheritis</i>	231
VI. <i>Rhinitis post. crouposa s. fibrinosa.</i>	232

Rozdział III.

Sprawy zapalne przewlekłe	232
I. <i>Rhinitis post. catarrhalis chr. diffusa simplex</i> . .	232
II. — — — — <i>atrophicans sicca</i>	234
a) <i>simplex.</i>	—
b) <i>foetida s. ozaena</i>	—
III. <i>Bursitis catarrhalis (morbus Tornwaldti)</i>	236
IV. <i>Blenorrhoea Stoerki.</i>	237
V. <i>Tonsillitis caseosa pharyngealis.</i>	—

Rozdział IV.

T. zw. wyrośla adenoidalne	238
--------------------------------------	-----

Rozdział V.

Ciepienia konstytucjonalne	—
a) gruźlica	256
b) syfilis	—
c) twardziel (<i>rhinoscleroma</i>).	258

Rozdział VI.

Guzy w jamie noso-gardzielowej	259
A. Łagodne	—
a) pseudo noso-gardzielowe polipy	—
b) typowe polipy jamy noso-gardzielowej	261
c) t. zw. <i>Chonenrandpolypen</i>	—

VIII

	d) brodawczaki	str.
	e) naczyński	264
	f) chrzęstniaki	—
B.	Złośliwe	—
	a) mięsaki	—
	b) raki	—
	Grzybica jamy noso-gardziłowej	266

WAŻNIEJSZE POMYŁKI.

<i>str.</i>	<i>wiersz:</i>	<i>wydrukowano:</i>	<i>czytaj:</i>
23	1 od góry	BOWE	Bow-
32	7 " "	<i>olfactoria</i>	<i>olfactoria</i>
145	15 " "	LANGHAUS'a	LANGHANS'a

KRÓTKI RYS ROZWOJU NAUKI

o chorobach nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej.

Rozwój rinologii idzie w parze z rozwojem laryngologii, której jest młodszą siostrzycą. Początek jej datuje się również od wiekopomnego odkrycia laryngoskopu przez GARC'A, TUERCK'A i CZERMAK'A w połowie bieżącego stulecia [1854 — 1858], jakkolwiek już w czasach starożytnych [u Egipcyan, a zwłaszcza u najznakomitszych przedstawicieli szkół Asklepiadejskiej i Aleksandryjskiej t. j. HIPPOKRATES'A i GALEN'A] znajdują się wzmianki o niektórych cierpieniach nosa [śmierdzący katar, polipy etc.].

W kwestyi anatomii nosa, oraz jego zatok wielce zasłużył się prof. Wittenbergskiego Uniwersytetu — SCHNEIDER [1655], którego nazwą ochrzczono po dziś dzień błonę śluzową, pokrywającą jamy nosowe (*membrana Schneideri*) i który pierwszy ostatecznie obalił dotychczas panującą teorię GALEN'A, według której jamy nosowe komunikują z mózgiem, otrzymując od tego ostatniego śluz. Również on pierwszy dowiódł, że jamy boczne nosa są próżne.

W dalszym ciągu FALLOPIA, HIGHMOR, MORGAGNI, COWPER, i inni mniej, lub więcej przyczynili się do rozwoju rinologii.

Jednak, jak już wspominałem, dopiero w drugiej połowie bieżącego stulecia zaczyna się prawdziwy rozwój w dziedzinie chorób nosa, zwłaszcza zaś jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej.

Zasługą jest mianowicie CZERMAK'a, że zapomocą lusterka kartaniowego zbadał po raz pierwszy jamę nosogardzielową (*rhinoscopia posterior*). VOLTOLINI z Wrocławia wiele też przyczynił się do rozszerzenia naszych wiadomości co do rozpoznania, oraz leczenia [zastosowanie galwanokaustyki] różnorodnych cierpień nosogardzielowych.

Z dalszym rozwojem rhinologii związane są ściśle nazwiska STOERK'a, SCHNITZLER'a, a zwłaszcza B. FRAENKEL'a — obecnego prof. laryngologii w Berlinie, który w roku 1876 ogłosił w ZIEMSEN'a zbiorowym dziele pierwszą monografię, traktującą o chorobach jam nosowych.

Tenże autor, jeden z pierwszych wynalazł wziernik — dotąd używany do badania jam nosowych od przodu (*rhinoscopia anterior*).

Anatomia nosa znajduje w ZUCKERKANDL'u prof. wiedeńskim znakomitego badacza, którego odnośne prace (*Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge 1882—1892*) stanowić będą zawsze podstawę naszej wiedzy anatomicznej specjalnej.

Odkrycie przez MEYER'a — specjalisty chorób usznych w Kopenhadze na początku 7-go dziesiątka bieżącego wieku, t. zw. wyrośli adenoidalnych w jamie nosogardzielowej, t. j. przerostu migdałka gardzielowego — znanego powszechnie pod nazwą *tonsilla Luschki* na cześć znakomitego anatoma, który pierwszy twór ten opisał [1868] — przyniosło nieocenione korzyści przy leczeniu różnorodnych cierpień, będących następstwem tych wyrośli [głuchota, zaburzenia intelektualne etc.], jednając swojemu twórcy wiekopomną sławę, której wyrazem jest obecnie, stawiany w miejscu urodzenia autora — pomnik zbiorowemi siłami specjalistów [rhinologów i otiatrów] świata całego.

Wprowadzenie do rhinologii w r. 1884 kokainy przez JELLINEK'a, asystenta prof. SCHROETTER'a w Wiedniu — stanowi epokę w rozpoznawaniu, oraz leczeniu operacyjnem różnorodnych cierpień jam nosowych. Śmiało rzec można, że dopiero od tego czasu, a więc mniej więcej w okresie ostatniego dziesięciolecia datuje się ów kolosalny postęp rhinochirurgii — tak jak od czasu zastosowania chloroformu — t. zw. wielka chirurgia święci dopiero największe swoje tryumfy.

Ważny stosunek niektórych cierpień ogólnych ustroju do zmian w nosie — mianowicie kwestya t. zw. nerwic odrucho-

wych pochodzenia nosowego [astma, migrena etc.] również jest nabytkiem ostatnich czasów. W kierunku tym zasłużyli się VOLTOLINI, B. FRAENKEL, zwłaszcza zaś HACK prof. we Freiburgu, którego teoria powstawania nerwie zwrrotnych na początku 8-go dziesiątka bieżącego stulecia narobiła w swoim czasie wiele hałasu.

Jakkolwiek wiele z tej teorii obecnie się nie utrzymało; to jednak dużej zasługi odmówić temu autorowi nie można, choćby z tego względu, że on to głównie pobudził innych do dalszych w tym kierunku badań.

Szczególnie jednak rozwinęła się w ostatnim dziesięcioleciu nauka o cierpieniach jam bocznych nosa [HIGHMOR'a, czołowych, sitowych i klinowych]. Nazwiska ZIEM'a, SCHECH'a, GRUENWALD'a, SCHAEFFER'a, LICHTWITZ'a, CHIARI'ego, HAJEK'a, KILLIAN'a i innych ściśle związane są z tym rozwojem.

Ważnem jest również zwrócenie uwagi na stosunek, zachodzący między cierpieniami nosa, a zaburzeniami ocznymi [ZIEM].

I anatomia opisowa, oraz patologiczna zyskuje w dalszym ciągu prócz ZUCKERKANDL'a szereg nowych, dzielnych pracowników, że wymienię tu tylko B. FRAENKEL'a, ONODI'ego, KILLIAN'a, HAJEK'a i wielu innych, do których również zaliczyć należy u nas DMOCHOWSKIEGO.

Jak bardzo w ostatnich czasach rozwinęła się rhinologia świadczą o tem najlepiej prócz mnóstwa mniej, lub więcej obszernych prac, traktujących o chorobach jam nosowych — całe szeregi cennych monografij i podręczników chorób nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej. Tych ostatnich ogłoszono dotąd około 40, z tych prawie połowa w języku niemieckim.

Prócz tego w wielu krajach powstały stowarzyszenia laryngo-rhinologiczne [u nas również — niestety! istniało ono zaledwie lat parę], mające na celu rozwój naszej specjalności, która nawet dzięki niestrudżonym pracownikom na tej niwie [SEMON, B. FRAENKEL etc.] zyskała dla siebie samodzielną sekcję na ostatnich zjazdach międzynarodowych.

Wzrastający coraz bardziej zastęp specjalistów laryngo-rhinologów, jakoteż coraz bardziej zwiększająca się produkcja prac, traktujących o chorobach górnego odcinka dróg oddechowych — wywołała potrzebę wydawania specjalnych czasopism, bądź to czysto referencyjnych, do których przedewszystkiem zaliczyć należy niezbędny dla każdego specjalisty laryngo-

rhinologa *Int. Centr. für Laryng. u. Rhin.*, wydawany przez jednego z najdzielniejszych przedstawicieli naszej specjalności, prof. SEMON'a w Londynie — bądźto dla prac oryginalnych (*Archiv für Laryng. u. Rhin.* — prof. B. FRAENKEL'a w Berlinie), wreszcie mieszanych, po większej części poświęconych również chorobom usznym, ściśle związanym z rhinologią. Tych ostatnich w każdym języku po kilka wychodzi.

Ścisły związek, zachodzący niejednokrotnie między cierpieniami ogólnymi ustroju, a zmianami na błonach śluzowych górnego odcinka dróg oddechowych, na który coraz bardziej w ostatnich czasach zaczynają zwracać uwagę — nasunął HAUG'owi z Monachium, oraz BRESGEN'owi z Frankfurtu nad Menem, myśl wydawania [niezależnie jeden od drugiego] odczytów klinicznych z dziedziny chorób nosa, gardła i uszów, mających za przedmiot związek tych ostatnich z cierpieniami ogólnymi ustroju.

U nas od paru lat wychodzi pod redakcją D-ra KRAJEWSKIEGO bardzo starannie wydawany „Przegląd Chirurgiczny“, poświęcony między innymi i rhinologii.

Oto jest mniej więcej treściwy rys historyczny stopniowego rozwoju, jaki rhinologia przechodziła od czasów najdawniejszych aż do ostatniej chwili.

Jakkolwiek, jak już wspomniałem na wstępie — nie posiadamy dotąd w naszej literaturze specjalnego podręcznika, traktującego o chorobach nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej, to jednak posiadamy wiele bardzo cennych prac i monografij [HERYNGA, SOKOŁOWSKIEGO, WRÓBLEWSKIEGO, DMOCHOWSKIEGO i wielu innych], których dokładną listę na końcu tego dzieła podaję.

CZĘŚĆ I.

ROZDZIAŁ I.

Anatomia nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej¹⁾.

A. Jama nosowa, podzielona za pomocą przegrody (*septum nasi*) na 2 mniej, lub więcej symetryczne połowy, leży między jamą czaszkową i jamami ocznymi z jednej, a jamą ustną z drugiej strony.

Za pomocą przednich otworów (*nares*) komunikuje ona z zewnętrznym powietrzem, ku tyłowi zaś za pomocą t. zw. *choan* z jamą nosogardzielową.

Dzielimy nos na 2 główne części: a) nos zewnętrzny i b) właściwe jamy nosowe.

W zewnętrznym nosie odróżniamy następujące części: a) korzeń (*radix nasi*) t. j. część zawartą między obydwoma kątami ocznymi; b) koniec (*apex nasi*) — dalej między nimi leżącą część c) grzbiet (*dorsum nasi*), kończący się poniżej czoła t. zw. d) siodłem (*sella nasi*)—wreszcie boczne części t. zw. e) skrzydła (*alae nasi*). Te ostatnie zaczynają się od brzozy skrzydlatej (*sulcus alaris*), kończąc się w zewnętrznym kącie otworu przedniego nosa (*nares*). Brzoza nosowargowa (*sulcus naso-labialis*) oddziela skrzydła nosa od okolicy policzko-wargowej.

¹⁾ W opracowaniu tej części posiłkowałem się głównie wyczerpującą monografią prof. MIHALKOVICS'a z Buda-Pesztu (*Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Handbuch d. Laryng. u. Rhin. v. Heymann 1896—III B. I L.*), oraz znakomitem dziełem prof. O. ZUCKERKANDL'a z Wiednia (*Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge. B. I. 1882—B. II. 1892*).

Zewnętrzne [przednie] otwory nosa t. zw. nozdrza (*nares*) odgraniczone są od środkowej części za pomocą mostka (*ponticulus nasi*), którego część swobodnie wystająca nosi nazwę ruchomej przegrody (*septum mobile nasi*). Górna część zewnętrznego nosa przechodzi z boku w okolice policzka, tworząc kąt nosotwarzowy (*angulus naso-facialis*), nieco wyżej zaś bruzdę noso-powiekową (*sulcus naso-palpebralis*).

W utworzeniu nosa zewnętrznego przyjmują udział: a) części miękkie [skóra i mięśnie], b) kości, oraz chrząstki. Do ostatnich przedewszystkiem należą:

1) kości nosowe (*ossa nasalia*), połączone ze sobą za pomocą szwu (*sutura internasalis*), w którym znajdują się w różnych punktach kosteczki (*ossa internasalia*). Oprócz tego ZUCKERKANDL opisał jeszcze inne kosteczki na dolnej powierzchni kości nosowych (*ossicula subnasalia*).

2) czołowe wyrostki górnej szczęki (*processus frontales maxillae superioris*), mające na wewnętrznej powierzchni dwie płaskie listwy dla przyczepu muszki nosowych (*crista conchalis sup. et inf.*) — wreszcie

3) część międzyszczękowa (*pars prae(inter)maxillaris s. incisiva max. sup.*), której brzeg górny ku środkowi z obu stron się podnosi, tworząc listwę (*crista praemaxillaris s. incisiva*), przechodzącą ku przodowi w dolną oś nosową (*spina nasalis inf.*).

Ościec nosa przedstawia ku przodowi otwór o formie gruszkowatej (*apertura pyriformis*), utworzony z dolnego brzegu kości nosowych, wyrostków czołowych szczęki górnej i górnego brzegu (*margo pyriformis*) części międzyszczękowej.

Otwór gruszkowaty pokryty jest dachem chrząstkowym, po części utworzonym z chrząstki przegrodowej (*cartilago septi narium*) głównie zaś z obrączki chrząstkowej (*annulus cartilagineus aperturae narium* -- Meyer).

Rozróżniamy w tej ostatniej dwie większe i kilka mniejszych chrząstek. Do pierwszych należą:

1) boczna chrząstka nosa (*cartilago nasi lateralis*) — niewłaściwie dawniej trójkątną (*cartilago triangularis*) zwana. Jest ona zrosnięta z taką chrząstką strony przeciwnej, a także z brzegiem przednim chrząstki przegrody nosa, przez co tworzy się na grzbiecie nosa trójkątna płaszczyna (*planum triangulare*).

Górny brzeg bocznej chrząstki nosa jest nieco pokryty kością nosową i czołowym wyrostkiem szczęki górnej, dolny zaś

2) większą chrząstką skrzydła nosa (*cartilago alaris major*), która pokrywa większą część zewnętrznego otworu nosa. Składa się ona z dwóch odnóg, łączących się u wierzchołka nosa pod kątem. Boczna odnoga chrząstki skrzydlatej (*crus laterale*) jest większa i leży wyżej, jak środkowa (*crus mediale*). Do mniejszych chrząstek nosa zewnętrznego należą:

3) mniejsze chrząstki skrzydlate (*cartilagines alares minores*) w ilości 2 — 3, czasami zaś jako jedna podłużna — uważane są jako cząstki większej chrząstki skrzydlatej;

4) wreszcie często znajdują się poniżej mniejszych chrząstek skrzydlatych w błonie włóknistej, wypełniającej braki w skrzydle nosowem cząsteczki chrzęstne (*cartilagines sesamoideae*).

Właściwe jamy nosowe. Część jamy nosowej, utworzona przez chrząstki nosa zewnętrznego tworzy t. zw. przedsionek (*vestibulum nasi*). Ciągnie się on od przednich otworów nosa aż do miejsca, odpowiadającego otworowi gruszkowatemu. W miejscu tem błona śluzowa nieco wystaje, tworząc t. zw. *limen nasi*. Od tego to miejsca zaczynają się z obu stron właściwe jamy nosowe, kończące się od tyłu choanami, zapomocą których łączą się z jamą nosogardzielową. Wystający dolny brzeg bocznej chrząstki nosa dzieli przedsionek na górny węższy i dolny szerszy odcinek, w tym ostatnim znajduje się na wewnętrznej powierzchni skrzydła nosa płaska wklęsłość (*fossa vestibuli*).

Po za przedsionkiem nosa znajduje się duża trójkątna powierzchnia między przednimi końcami średniej i dolnej muszli t. zw. *atrium meatus nasi medii* (SCHWALBE). Ku przodowi poniżej stropu i po za korzeniem nosa błona śluzowa tworzy wyniosłość łączącą się z przednim końcem średniej muszli — jest to t. zw. *agger nasi* [MEYER].

Każda jama nosowa za pomocą wystających wzdłuż bocznej ścianki muszli nosowych — dzieli się na 3 kanały (*meatus nasi sup. medius et inf.*), które łączą się ze wspólnym, wzdłuż przegrody nosa przebiegającym kanałem (*meatus nasi communis*). Przejście to zwie się *aditus meatus nasi* [DISSE].

W górnej części nosa poniżej stropu ogólny przewód przechodzi w najwęższą część jamy nosowej, gdzie rozgałęzia się nerw węchowy. Jest to t. zw. *fissura olfactoria* [MEYER], tylna część tej szczeliny nosi nazwę *recessus spheno-ethmoidalis*,

ku przodowi zaś kończy się pod korzeniem nosa łukowatą brózdą (*carina nasi*—MERKEL).

Rozróżniamy w każdej jamie nosowej 4 ścianki: 1) wewnętrzną, 2) górną — czyli t. zw. strop nosa, 3) dolną [t. zw. dno jamy nosowej]—wreszcie 4) boczną *resp.* zewnętrzną.

Wewnętrzną ściankę jam nosowych tworzy przegroda nosa (*septum nasi*). Dzieli się ona na trzy części: 1) tylną kostną *septum osseum*, 2) średnią chrząstkową—*septum cartilagineum* i 3) najbardziej ku przodowi położoną, najwyższą, część błoniastą—*septum membranaceum*. Pierwsza składa się:

1) z t. zw. lemieszka (*vomer*). Jest to blaszka kostna formy czterokątnej: dolny brzeg [grubszy] łączy się z listwą podniebienną (*crista palatina*), tworząc ku przodowi z listwą międzyszczękową t. zw. *sulcus praevomeris* [ZUCKERKANDL]. Górny brzeg po bokach zaopatrzony jest w 2 skrzydła (*alae vomeris*), przylegające do dolnej powierzchni ciała [trzonu] kości klinowej. Tylny brzeg lemieszka wklęsły leży swobodnie pośrodku między tylnymi otworami nosa (*choanae*). Wreszcie najdłuższy przedni brzeg łączy się ku górze i tyłowi z pionową blaszką kości sitowej, od dołu zaś i ku przodowi z chrząstką przegrody nosa.

2) z blaszki pionowej kości sitowej (*lamina perpendicularis ossis ethmoidei*). Jest to cienka blaszka kostna formy pięciokątnej, której górny najdłuższy brzeg zrosnięty jest z blaszką sitową (*lamina cribrosa*), przedni krótki z kolcem czołowym (*spina nasalis ossis frontis*), oraz z listwą, utworzoną przez brzegi środkowe kości czołowych (*crista nasalis*), dolny dochodzi do *crista sphenoidalis*, dolno przedni łączy się z chrząstką przegrody nosa, wreszcie dolno-tylny leży na lemieszku.

Część chrząstkowa przegrody nosa (*pars cartilaginea septi nasi*) składa się z chrząstki przegrody nosa (*cartilago septi nasi s. quadrangularis*). Forma jej nierównomiernie czterokątna, tylny brzeg przechodzi bezpośrednio w blaszkę pionową kości sitowej, dolny przylega do lemieszka. Często między ten ostatni i *lamina perpendicularis ossis ethmoidei* odchodzi od chrząstki przegrody nosa długi na 4 — 6 mm. wyrostek *processus sphenoidalis septi cartilaginei* [KOELLIKER].

Przedni brzeg dochodzi do *spina nasalis ant.*, gdzie pod kątem tępym przechodzi w górny brzeg, który się ciągnie do *crista nasalis*.

Chrzątka przegrody nosa najcieńszą jest w okolicy przed-sionka, najgrubszą zaś w miejscu połączenia z pionową blaszką kości sitowej. Wogóle grubość jej zwiększa się w kierunku od przodu ku tyłowi. Prócz tego w miejscu, odpowiadającym przedniemu końcowi muszli średniej znajduje się ograniczone zgrubienie chrząstki t. zw. *tuberculum septi nasi* [ZUCKERKANDL].

W tylnej części przegrody nosa często [31% KILLIAN] znajdują się skośne równoległe fałdy (*plicae septi*).

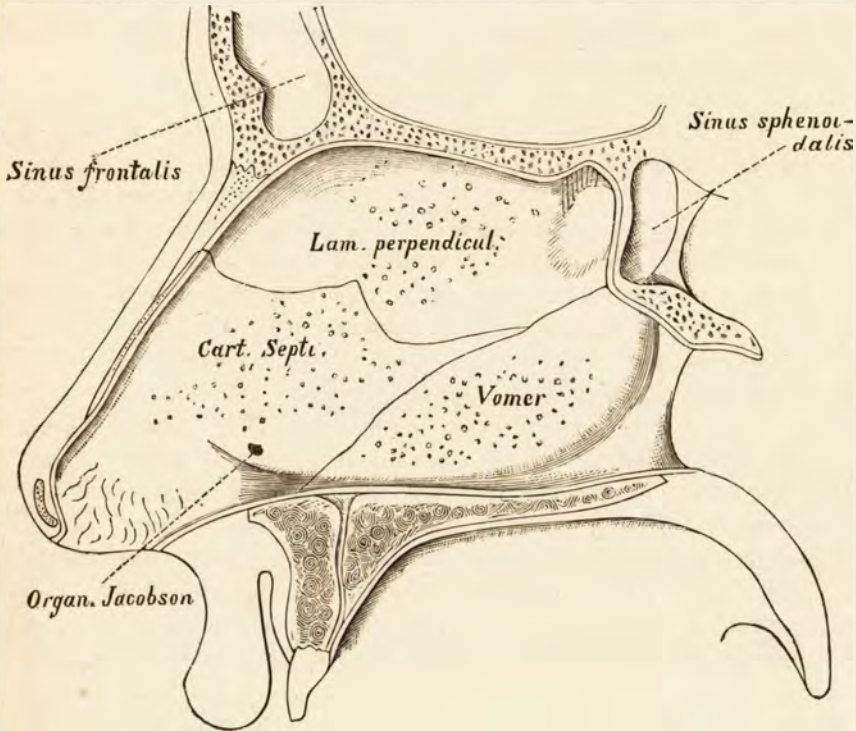


Fig. 1. Przegroda nosowa wraz z błoną śluzową [według MERKEL'a].
[Granice między 3-ma głównymi częściami przegrody są oznaczone liniami].

Obok *canalis nasopalatinus* między listwą międzyszczękową, a dolnym brzegiem lemiesza znajduje się często mała chrząstka (*cartilago vomero-nasalis Jacobsoni*), mająca 2–5 mm. długości. W bliskości błona śluzowa tworzy wzniesienie na 4 mm. długie (*torus Jacobsoni*). Kierunek jego nieco skośny od przodu ku tyłowi i górze.

Wzniesienie to zawiera ślepo kończący się nabłonkowy kanał 0,5 — 1 mm. w średnicy mający, długi 2,28 — 8,43 mm. [ANTON]. Otwór jego nieco szerszy, często śluzem pokryty, można jakoby za życia sondować [POTIQUET¹⁾]. Całość przedstawia zaczątek (*rudimentum*) t. zw. organu JACOBSON'a (*organum vomero-nasale Jacobsoni*), którego istnienie u ludzi wykazali MERKEL i ANTON. W przednio dolnej części *septi cartilaginei* na granicy części błoniastej znajduje się t. zw. *locus Kiesselbachii* ważny ze względu na często występujące w tem miejscu zmiany w naczyniach [rozszerzenia], będące źródłem czasami bardzo obfitych krwawień nosowych.

Górna ścianka jam nosowych składa się z 3 części:

1) nosoczołowej, która łukowato przechodzi w odcinek sitowy, tworząc t. zw. *fornix nasi*.

2) sitowej — t. zw. *lamina cribrosa* t. j. poziomej blaszki kości sitowej, zaopatrzonej w 2 rzędy podłużnych otworków dla środkowych i bocznych pęczków nerwu węchowego. Najbardziej ku przodowi położony otwór służy dla nerwu sitowego. Wreszcie

3) z części klinowej, której górny odcinek, odgraniczający od tyłu *recessus sphenoidalis* jest utworzony przez t. zw. *concha sphenoidalis* [BERTINI].

Dno jam nosowych utworzonym jest głównie przez wyrostek podniebny górnej szczęki (*processus palatinus maxillae sup.*), od przodu przylega doń część międzyszczękowa (*os intermaxillare*), od tyłu zaś pozioma blaszka kości podniebiennej (*lamina horizontalis ossis palatini*). Dolna ścianka najcieńszą jest w środkowej części wyrostka podniebnego.

Na 2 — 2 $\frac{1}{2}$ ctm. po za przednim otworem nosa w bliskości przegrody znajduje się z każdej strony wejście do kanału nosopodniebnego (*canalis nasopalatinus*), który wspólnie otwiera się do jamy ustnej po za środkowymi zębami siecznymi (*dentes incisivi*).

Boczna *resp.* zewnętrzna ścianka jam nosowych jest najbardziej skomplikowaną. Z części kostnych uczestniczą w jej utworzeniu kość sitowa, dolna muszla nosa, górna szczeka

¹⁾ Des épaissements de la portion antéro-inférieure de la cloison nasale. Rôle des os sousvomériens et des cartilages de JACOBSON. Arch. de Laryng. V. V N. 6 i V. VI—Nr. 1.

[powierzchnia nosowa], pionowa blaszka kości podniebiennej i skrzydlaty wyrostek kości klinowej (*processus pterygoideus ossis sphenoidi*).

T. zw. sitowy labirynt przez części sąsiednie nosa uzupełnia braki w swych ściankach, przedstawiając zupełnie wykształcone komórki (*cellulae ethmoidales*), mające nawet czasami dodatkowe (*cellulae maxillares, palatinae*). Po bokach oddzielone są od oczodołów za pomocą cienkiej blaszki kostnej (*lamina papyracea*).

Pod przednim końcem średniej muszli odchodzi od środkowej blaszki sitowej t. zw. wyrostek haczykowaty (*processus uncinatus*), przylegający do dolnej części otworu zatoki szczękowej górnej (*apertura sinus maxillaris*), często za pomocą krótkiego wyrostka łączy się on z dolną muszlą nosową. Od górnego brzegu *conchae inf.* odchodzi w bok wyrostek (*processus maxillaris*), zamykający dolną część otworu zatoki HIGHMOR'a. Prócz tego daje on jeszcze inne wyrostki (*processus lacrimalis, ethmoidalis*) do odpowiednich kości. Powierzchnia nosowa szczęki górnej największy przyjmuje udział w utworzeniu bocznej ścianki jam nosowych.

Ku tyłowi przylega doń *pars perpendicularis ossis palatini*, która na części wewnętrznej posiada dwie listwy dla przyczepu muszel nosowych (*cristae conchales*).

Najważniejszą częścią bocznej ścianki jam nosowych stanowią t. zw. muszle nosowe (*conchae nasi*), oraz między nimi zawarte kanały (*meatus nasi*).

Rozróżniamy ich 4 — mianowicie:

1) dolną muszlę (*concha inf. s. os turbinatum*). Jest ona najdłuższa [40—50 mm.], mniej za to wysoka, jak średnia — mianowicie ma w średnicy 12 — 15 mm. Przedni jej nieco zastrzony koniec jest pokryty na parę mm. błoną śluzową — tylny dochodzi aż do choan. Kierunek prawie równoległy do dna jamy nosowej [nieco jest ona wygięta z wypukłością ku górze].

Pomiędzy dolną muszlą a dnem nosa znajduje się dolny przewód (*meatus nasi inf.*), w którego przednim, węższym odcinku [30—35 mm. po za tylnym brzegiem przednich otworów nosa], otwiera się kanał nosołzowy (*canalis naso-lacrimalis*). W środkowej części ścianka kostna najbardziej jest cienka, to więc miejsce najczęściej też nadaje się do próbnego przekłócia przy empyemacie zatoki HIGHMOR'a.

2) średnią muszlę (*concha media*). Jest ona 30—40 mm. długa — do 16 mm. wysoka. Kierunek jej od przodu i góry ku dołowi i tyłowi. Przedni prostopadły swobodny brzeg długości 10—12 mm. przechodzi mniej więcej pod kątem prostym w dolny poziomy brzeg, dochodzący również jak i tylny koniec muszli dolnej do choan. Najwięcej ku przodowi położony odcinek, utworzony przez obie części — nosi nazwę *operculum meatus na-*

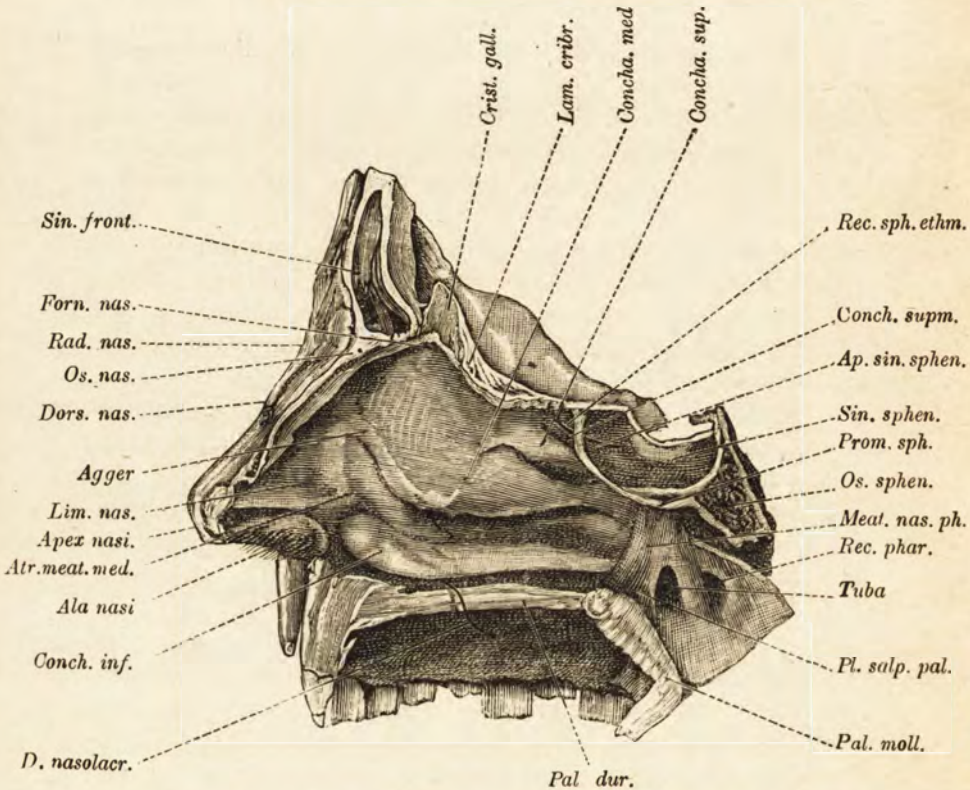


Fig. 2. Boczna ścianka jam nosowych [według MIHALKOVICS'a].
[do przewodu nosołzowego i zatoki klinowej wprowadzone są sondy].

rium med. [SCHWALBE]. W środkowej części muszla najczęściej jest skręcona.

Między dolną i średnią muszlą leży najważniejszy środkowy przewód nosa (*meatus nasi medius*), gdyż za pomocą niego to właśnie komunikuje większa część jam bocznych nosa [HIGHMO-

r'a, czołowych, przednich i średnich sitowych] z jamami nosa. Mianowicie na jego zewnętrznej ścianie pod średnią muszlą znajduje się t. zw. szczelina półksiężycowa (*hiatus semilunaris*—ZUCKERKANDL), przebiegająca łukowato [z wypukłością ku dołowi] z góry i od przodu ku tyłowi i na dół. Szerokość około 2 mm., długość 20 mm. Prowadzi ona do zagłębienia (*infundibulum Boyer*), mającego kilka mm., w którym znajdują się otwory niektórych zatok nosa [od przodu czołowej i sitowych — od tyłu zaś HIGHMOR'a]. Pomiędzy *hiatus semilunaris* a przyczepem średniej muszli — znajduje się pęcherzykowata wypukłość t. zw. *bulła ethmoidalis* [ZUCKERKANDL] — jest to po prostu ścianka nosowa większej [średniej] komórki sitowej. Stanowi ona od góry granicę *hiatus semilunaris* [dolną jest wyżej wspomniany *processus uncinatus ossis ethmoidei*].

Pomiędzy przednim brzegiem tego ostatniego i dolną muszlą nosa znajduje się przednia jamka, a pomiędzy nią i *hiatus semilunaris*—obszerniejsza tylna. Są to t. zw. *vordere und hintere Nasenfontanelle* [ZUCKERKANDL]. Jamy te zwykle pokryte są błoną śluzową—czasami jednak [ZUCKERKANDL w każdym 9 -- 10-ym przypadku, a z czem i moje odnośne badania na trupach się zgadzają], znajduje się w tylnej jamie jeden, lub więcej otworów dodatkowych (*ostium maxillare accessorium Giralde's'a*)—[właściwy otwór nosi nazwę: *ostium verum*] łączących zatoki HIGHMOR'a z jamami nosowymi.

3) Powyżej średniej muszli znajduje się górna (*concha sup.*) długa 15—16 mm., wysoka 5—6 mm. Pomiędzy nią i średnią muszlą leży górny przewód nosa (*meatus nasi sup.*). Jest on krótki i wąski, tak że robi wrażenie raczej bruzdy.

Do niego otwierają się tylne komórki sitowe. Zatoka klinowa nie komunikuje bezpośrednio z górnym przewodem nosa, lecz za pośrednictwem nieco wyżej leżącego *recessus sphenothmoidalis*.

4) Oprócz tych 3 głównych muszel dość często [80% u dorosłych — ZUCKERKANDL], znajduje się jeszcze 4-ta najwyżej położona (*concha suprema Santorini*).

B. Zatoki boczne nosa. Odróżniamy następujące jamy boczne nosa.

1) szczękową górną, 2) czołową, 3) t. zw. komórki sitowe—wreszcie 4) klinową.

Najważniejszą jest pierwsza, t. j. jama szczękowa górna (*sinus maxillaris*), inaczej zatoką HIGHMOR'a (*antrum Highmori*) zwana. Ma ona kształt trój- [według innych cztero]

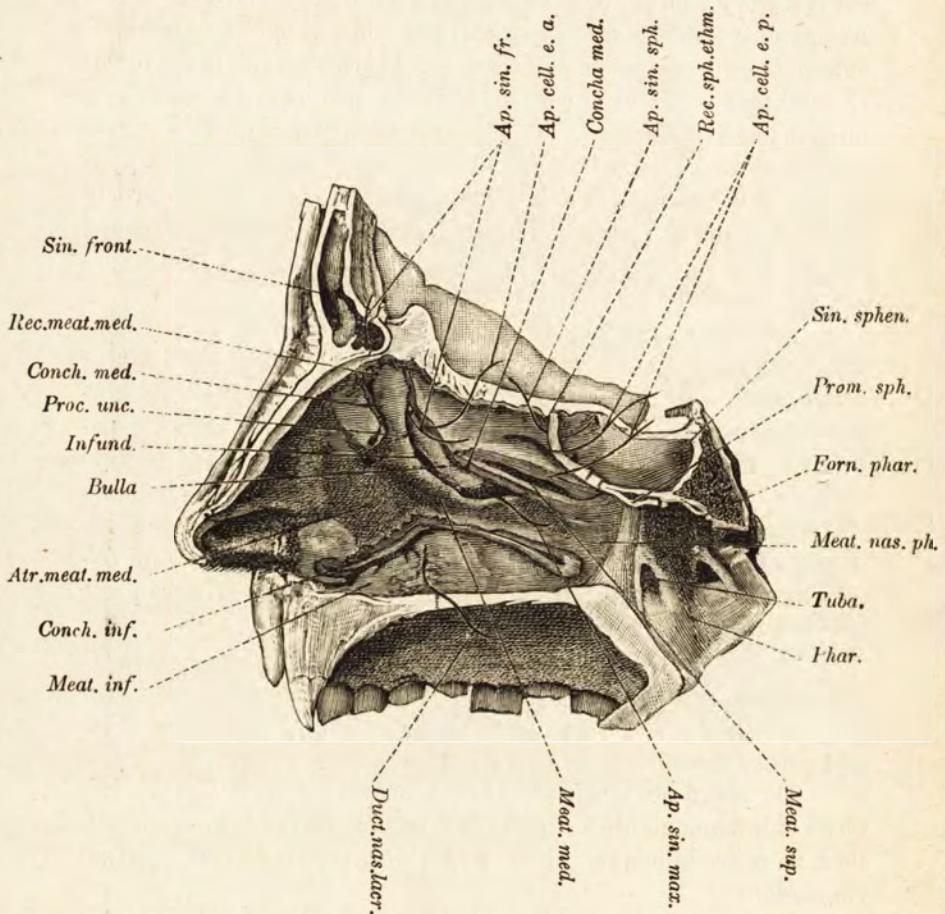


Fig. 3. Boczna ścianka jam nosowych po usunięciu średniej i dolnej muszel [według MIHALKOVICS'a].
[do otworów jam bocznych nosa wprowadzone są sondy].

ściennej piramidy z podstawą skierowaną ku jamie ocznej według jednych, lub ku jamie nosowej według innych [ZUCKERKANDL].

Według DMOCHOWSKIEGO ¹⁾ jest to raczej nieprawidłowy sześciocian, w którym odróżniamy następujące ścianki:

1) przednią — jedynie dostępną dla bezpośredniej palpacji. Od góry graniczy ona z oczodołem, od dołu przechodzi w wyrostek zębowy. Na środku i na zewnątrz pod *foramen infraorbitale* posiada ona zagłębienie t. zw. *fossam caninam*, w którym to miejscu niektórzy [DÉSALUT etc.] otwierają jamę HIGHMOR'a przy ropiceniu jej zajęciu.

2) górną, którą stanowi dolna ściana oczodołu. Jest ona najcieńszą — zwykle pochyłą od tyłu ku przodowi i zawiera *canalis infraorbitalis*, przez który przechodzi nerw podoczodołowy.

3) tylną, która według innych autorów jest połączeniem ściany zewnętrznej z wewnętrzną. Odpowiada ona miejscu przylegania *processus palatini ossis sphenoidalis* do górnej szczęki [t. zw. *Gaumenbeinbucht* — ZUCKERKANDL'a].

4) dolną, odpowiadającą zagłębieniom zębowemu i podniebiennemu [*Recessus alveolaris et palatinus* — ZUCKERKANDL ²⁾]. Na niej często spotykamy jedną, lub kilka kostnych wyniosłości, co zależy od wpuklenia się korzeni zębowych.

Ważnym jest stosunek tych ostatnich do dna zatoki HIGHMOR'a. Najbliżej znajdują się kolejno korzenie 2-go i 1-go *molaris*, następnie 2-go *buccalis s. praemolaris*. Tym sposobem najważniejsze miejsce dla perforacji odpowiada jednemu z 3 wymienionych zębów [zwykle stosujemy ją w okolicy 1-go *molaris*]. Przebijamy wtedy najpierw zbitą blaszkę zębodołu, następnie mniej lub więcej grubą warstwę gąbczastą, wreszcie zbitą blaszkę dolnej ścianki *antri Highmori*, wraz z pokrywającą ją błoną śluzową.

5) zewnętrzną, która leży między górną, dolną, tylną i przednią ścianami — wreszcie najważniejszą:

6) wewnętrzną ściankę, która stanowi jednocześnie zewnętrzną ściankę nosa. Jest ona najgrubszą od dołu, potem w miarę zbliżania się do przyczepu dolnej muszli staje się coraz cieńszą. W środkowym przewodzie nosa jest ona w wielu miej-

¹⁾ Przyczynek do etyologii i anatomii patologicznej spraw zapalnych w jamie HIGHMOR'a. [Pam. Tow. Lek. 1894].

²⁾ Tenże autor odróżnia jeszcze dwa mniej ważne zagłębienia — mianowicie *recessus infraorbitalis et zygomaticus*.

scach pozbawiona kostnych części [t. zw. *Fontanelle* — ZUCKERKANDL'a]. Na ścianie wewnętrznej znajduje się otwór, łączący zatokę HIGHMOR'a z jamą nosową za pośrednictwem, jak to już wspominałem — t. zw. *hiatus semilunaris resp. infundibulum*.

Otwór ten (*foramen s. ostium verum antri Highmori*) leży wysoko w bliskości stropu jamy [tem się tłomaczy trudny odpływ wydzieliny przy ropieniu w tej zatoce].

Forma jego zwykle okrągła, czasem owalna — wielkość przecięciowo 2 — 3 mm. Jak już wspominałem czasami jama HIGHMOR'a bezpośrednio komunikuje z jamą nosową za pośrednictwem t. zw. *foramina s. ostia accesoria GIRALDES'a*, znajdujących się w opisanej wyżej *hintere Fontanelle* ZUCKERKANDL'a. Wtedy — rzecz prosta — odpływ ropy z zatoki HIGHMOR'a jest znacznie ułatwiony.

W samej jamie HIGHMOR'a często znajdują się kostne listwy, błoniaste przegrody etc. Te ostatnie niekiedy prawie zupełnie dzielą jamę na 2 i więcej mniejszych jam [ZUCKERKANDL, GRUBER]. Rzecz prosta, że utrudnia to w wysokim stopniu leczenie cierpień [empyematów] tej zatoki.

Drugą niemniej ważną jamą boczną nosa jest t. zw. zatoka czołowa (*sinus frontalis*). Leży ona w kości czołowej nad korzeniem nosa. Objętość jej różna — dochodzi czasem do 50 mm. wysokości i 35 mm. szerokości. Bywają jednak i bardzo małe, a nawet brak ich czasem. Przegroda [czasem 2] *septum sinuum frontaliuum* — dzieli jamę czołową na dwie po większej części nierówne połowy. Forma zatoki czołowej — trójściennej piramida z wierzchołkiem w części czołowej *ossis frontis*, podstawą u dołu w przedłużeniu brzegu nadoczodołowego.

Przewód jamy czołowej (*ductus naso-frontalis*) leży nieco z boku w najgłębszym miejscu dna i bezpośrednio otwiera się w najwyższą część lejka sitowego (*infundibulum*). Długość jego różna — czasami jest to po prostu otwór (*apertura sinus frontalis* — MIHALKOVICS]. Światło jego może być mniej, lub więcej znacznie zwężonem przez komórki sitowe, uciskające przewód od przodu, a boku, lub od tyłu, co utrudnia naturalnie sondowanie tej zatoki.

T. zw. komórki sitowe (*cellulae ethmoidales*) wypełniają przestrzeń między boczną ścianką jamy nosa, a jamami ocznymi. Od tych ostatnich oddzieloną jest za pomocą t. zw. *lamina papyracea*.

Od strony nosa są one niezupełnie pokryte, tu też znajdują się ich otwory (*aperturae cellularium ethmoidalium*). Odróżniamy następujące komórki: *cellulae ethmoidales anteriores, mediae et posteriores*. Wspominałem już, że pierwsze dwie odkrywają się do t. zw. *infundibulum*, ostatnie zaś do górnego przewodu nosa. Odróżniamy przytem właściwe komórki sitowe, oraz takie, które są utworzone przy współudziale innych kości, od których biorą też nazwę, a więc: *cellulae frontales, lacrymales, maxillares, sphenoidales*, wreszcie *palatinae*.

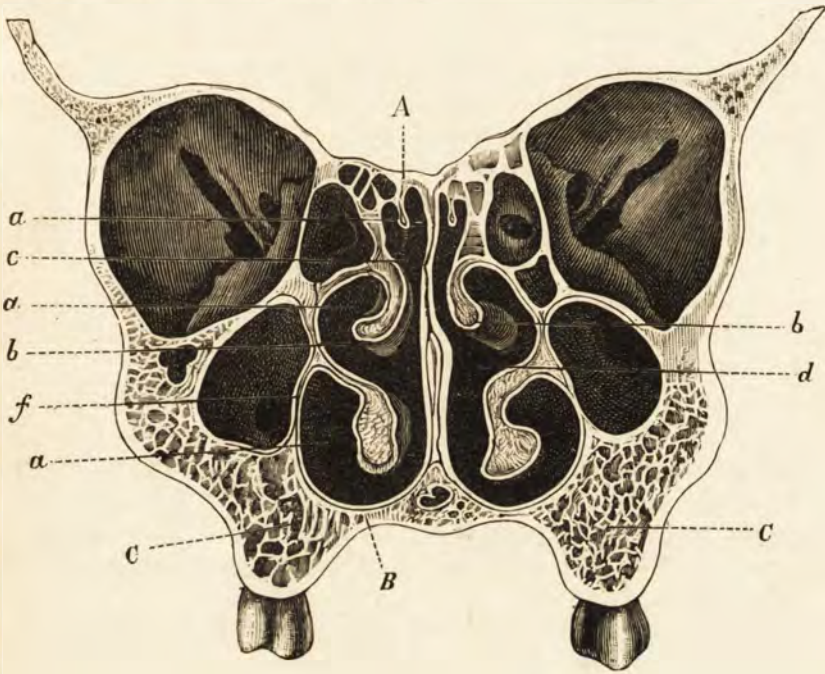


Fig. 4. Cięcie poprzeczne przez tylny odcinek jam nosowych [według ZUCKERKANDL'a]. A. Strop, B. Dno, f. Zewnętrzna ścianka jamy nosa. C. *Spongiosa proc. alveol.* aaa — 3 przewody nosowe, b) średnia muszla, c) *fissura olfactoria*, d) *regio respiratoria*.

Forma, jakoteż wielkość oddzielnych komórek sitowych bywa różną. Mogą one dochodzić do 22 mm. długości i 13 mm. szerokości [ZUCKERKANDL]. Ilość ich także bywa różną [od 5—8].

Zatoka klinowa (*sinus sphenoidalis*) bywa również różnej wielkości [do 20 mm. wysokości, 28 mm. długości i 60 szerokości]

kości, licząc [obie jamy — MIHALKOVICS]. Przednia i górna ścianka cienkie; dolna i tylna zawierają mniejszą lub większą ilość substancji gąbczastej. *Septum sinuum sphenoidalium* rzadko leży symetrycznie — niekiedy od niego odchodzi wyrostek, dzielący całą jamę na 3 mniejsze. Na cięciu pionowym — forma jamy zaokrąglona, czterokątna, na cięciu zaś poziomem każda połowa — trójkątna.

Apertura (foramen-ostium) sinus sphenoidalis znajduje się w przedniej ścianie — prowadzi on do *recessus sphenothmoidalis*, za pośrednictwem którego jama klinowa komunikuje z jamami nosowymi. Wysokie położenie [powyżej środkowej części przedniej ścianki], jakoteż nieznaczące wymiary tego otworu [do 2 mm.], stanowią przeszkodę do odpływu wydzieliny *resp.* ropy — zwłaszcza w normalnem położeniu głowy.

C. Jamą nosogardzielową (*cavum pharyngonasale*) stanowi górną, czyli nosową część jamy gardzielowej (*pars nasalis pharyngis*), od której niezupełnie oddzieloną jest miękkim podniebieniem, wyjąwszy stan napięcia tego ostatniego.

Rozróżniamy:

1) górną ściankę, przylegającą do podstawy czaszki. Jest ona mocno zrosnięta z *fibrocartilago basilaris* i ciągnie się od brzegu choan do t. zw. *tuberculum pharyngeum*, przechodząc łukowato

2) w tylną ściankę — od *tuberculum pharyngeum* do dolnego brzegu przedniego łuku pierwszego kręgu szyjowego (*atlas*), wreszcie 3) boczne ścianki jamy nosogardzielowej, zawierające w przednim odcinku wyloty gardzielowe trąbek EUSTACHIUSZA (*ostia pharyngea tubae*). Forma tych ostatnich trójkątna — niekiedy owalna. Wystają one nieco do światła jamy, wskutek czego między otworami tymi, a tylną ścianką jamy nosogardzielowej tworzą się z każdej strony zagłębienia t. zw. jamy ROSENMUELLER'a (*Recessus pharyngis laterales* — TOURNAI).

Ostium pharyngeum tubae odgraniczony jest od przodu i tyłowi wargami (*labium ant. et post.*), które ku dołowi przechodzą — przednia w *plica salpingo palatina*, kończącą się w górnej powierzchni miękkiego podniebienia, tylna zaś w *plica salpingo-pharyngea*, idącą po bocznej ścianie gardzieli.

Długość jamy nosogardzielowej od tylnego końca *septi nasi* do *tuberculum pharyngeum* wynosi według LUSCHKI przecięciowo 2 ctm, szerokość [między obydwoma ujściami tub] — 35 mm. Wreszcie wysokość — 18 mm. [naturalnie zależy ona od rozmia-

rów t. z. migdałka gardzielowego]. Objętość jamy nosogardzielowej wynosi 14 ctm.

Górna ścianka jamy wraz z większą częścią tylnej ścianki tworzy t. zw. strop gardzieli (*fornix pharyngis*). Jest on siedliskiem niezwykle ważnego dla rinologa tworu t. zw. migdałka gardzielowego (*tonsilla pharyngealis* s. *Luschki* s. *tonsilla tertia*). Błona śluzowa, pokrywająca strop gardzieli [mięśni niema tam wcale], dochodzi do znacznej grubości [do 8 mm.]. U dzieci jest ona miękka — szaroczerwona i rozszczepiona przytem na pojedyncze listwy przez podłużnie przebiegające liczne brózdy. Powierzchnia tych listw jest również nierówna, przedstawia liczne wyniosłości i zagłębienia. Często i listwy rozpadają się na cząstki, a to dzięki szparom, łączącym podłużne brózdy.

Tym sposobem powstaje t. zw. migdałek gardzielowy, stanowiący górną część t. zw. limfatycznego pierścienia połykowego [WALDEYER].

U dorosłych zagłębienia te mniej lub więcej się wygładzają — zwykle jednak pozostaje jedna głęboka środkowa szpara, która przez zrośnięcie otaczających ją fałd przemienia się w rozporkowaty otwór, prowadzący do ślepego woreczka. Otwór ten, leżący mniej więcej w środkowej części [i nieco ku tyłowi] migdałka gardzielowego zwie się *recessus pharyngeus medius* (*Ganghofner*), lub *bursa pharyngea* [SCHWABACH]. Jakkolwiek MEYER, a następnie LUSCHKA, w ostatnich zaś czasach KILLIAN pod *bursa pharyngea* rozumieją twór, niezależny od *tonsilla pharyngea* — mianowicie ku tyłowi od tego

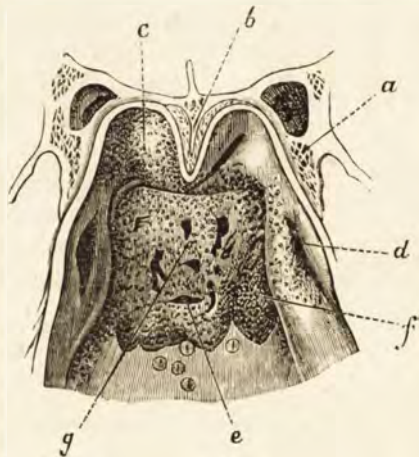


Fig. 5. Strop oraz boczne ścianki jamy nosogardzielowej [według LUSCHKI]. a—*proc. pterygoid*, b—*vomer*, c—tylny koniec stropu nosa, d—wylot trąbki EUSTACHIUSZA, e—otwór *bursae pharyngeae*, f—*fovea Rosenmuelleri*, g—tkanka adenoidalna (*tonsilla Luschki*).

ostatniego położony. Dosięga on do podstawy czaszki, będąc jakoby *rudimentum hypophyseos* [LUSCHKA]. Zdarza on się rzadko [4 razy na 30 — DISSE].

ROZDZIAŁ II.

Histologia ¹⁾.

A. Nos. Wewnętrzna powierzchnia chrząstek nosowych, czyli t. zw. *vestibulum nasi*, pokryta jest błoną śluzową, która w otworach nosowych (*nares*) ma charakter skóry, a więc również wyściela ją nabłonek płaski — zawiera gruczoły łojowe, oraz włosy (*vibrissae*).

W dalszym ciągu właściwe jamy nosowe wyściela już prawdziwa błona śluzowa (*membrana mucosa nasi Schneideri*). W części węchowej jest ona cieńsza, brunatna, lub szara, w części zaś oddechowej grubsza i czerwona. Między dolną częścią (*pars respiratoria*), a górną (*pars olfactoria*) znajduje się błona przejściowa (*Uebergangszone* — ZUCKERKANDL), która jest jeszcze pokryta płaskim nabłonkiem, nie zawiera już jednak ani gruczołów łojowych, ani włosów.

Błona śluzowa części oddechowej pokryta jest wielowarstwowym nabłonkiem stożkowatym, którego najbardziej powierzchowne najdłuższe komórki zawierają migawki (fig. 6 a a). Kierunek tych ostatnich ku choanom.

Pomiędzy komórkami migawkowemi znajdują się zwykle w większej ilości komórki bez migawek t. zw. kielichowate (*Becherzellen*) (b). Według obecnie panującego poglądu powstają one z przemiany



Fig. 6. Nabłonek części oddechowej nosa [według STÖRER'a].

¹⁾ Posiłkować się tu będę oprócz wyżej cytowanego dzieła ZUCKERKANDL'a — głównie wyczerpującą monografią prof. SCHIEFFERDECKER'a z Bonn [Histologie der Schleimhaut der Nase und ihrer Nebenhöhlen. — W Handbuch der Lar. u. Rhin. HEYMANN'a — III. B. I. L.].

śluzowej komórek nabłonkowych migawkowych. Średnia warstwa nabłonka składa się z komórek wrzecionowatych (c), wreszcie najniższa, najgłębiej położona — z okrągłych (d).

Pod nabłonkiem znajduje się tkanka łączna t. zw. stroma, będąc oddzieloną od niego za pomocą t. zw. *membrana propria s. hyalina* (*basement membrane*). W tej ostatniej znajdują się t. zw. *Basalkanälchen*—HEIBERG, SCHIEFFERDECKER]. Zadaniem ich jest ułatwiać przenikanie leukocytów, oraz prawdopodobnie utrzymywać stale w wilgoci nabłonek, dzięki wydzielinie i tym sposobem wspólnie z migawkami niedopuszczać do infekcyi.

W błonie śluzowej znajdują się w wielkiej ilości gruczoły gronkowate (*glandulae acinosae*) — przytem albo w powierzchniowych tylko jej warstwach, lub głębiej, dochodząc do *periosteum*.

Co się tyczy charakteru tych gruczołów, to zdania są podzielone: HEIDENHAIN uważa je za surowicze, KLEIN rozróżnia surowicze i śluzowe. PAULSEN natomiast nazywa je gruczołami o mieszanym nabłonku. STOEHR zaś po prostu mieszanymi gruczołami. O ile się jednak zdaje są to zwykle śluzowe gruczoły [SCHIEFFERDECKER].

Bezpośrednio pod *membrana propria* w stromie znajdują się leukocyty, czasami w tak wielkiej ilości, że przypominają po prostu tkankę adenoidalną, lub t. zw. torebki [follikuły] limfatyczne [STOEHR, ZUCKERKANDL].

Według obecnie istniejących poglądów utrzymała się teoria SCHULTZE'go, że błona śluzowa części węchowej nosa zawiera:

1) wielkie komórki stożkowe t. zw. *Stützzellen* (a) — nazewnętrz położone i, o wiele delikatniejsze, między nimi leżące właściwe komórki węchowe t. zw.

2) *Sinneszellen s. Riechzellen* (b), stanowiące średnią warstwę nabłonka. Te ostatnie z włóknami nerwu węchowego znajdują się w bezpośrednim związku i uważane są za obwodowe komórki węchowe, z których włókna nerwu węchowego biorą swój początek — wreszcie.

3) drobne komórki, stanowiące najgłębszą warstwę—t. zw. *Basalzellen* — prawdopodobnie grają one rolę zastępczych komórek (*Ersatzzellen*).

Co się tyczy pierwszych komórek, to zawierają one owalne jądro, żółty barwnik [nie zawsze—SCHIEFFERDECKER] — na powierzchni zaś t. zw. *membrana limitans olfactoria* (c).

Czasami zaopatrzoną jest ona jeszcze w wyniosłość (α), co do której znaczenia dotąd nic pewnego nie wiadomo. Komórki węchowe przeciwnie posiadają jądro okrągłe, otoczone niewielką ilością protoplazmy. Nad *membrana limitans* zaopatrzone są one we włoski w ilości 6—8 [t. zw. *Riechhörchen*]. Przy pomocy metody posrebrzania [GOLGI] występuje wyraźnie połączenie węchowych komórek z włóknami nerwowymi.

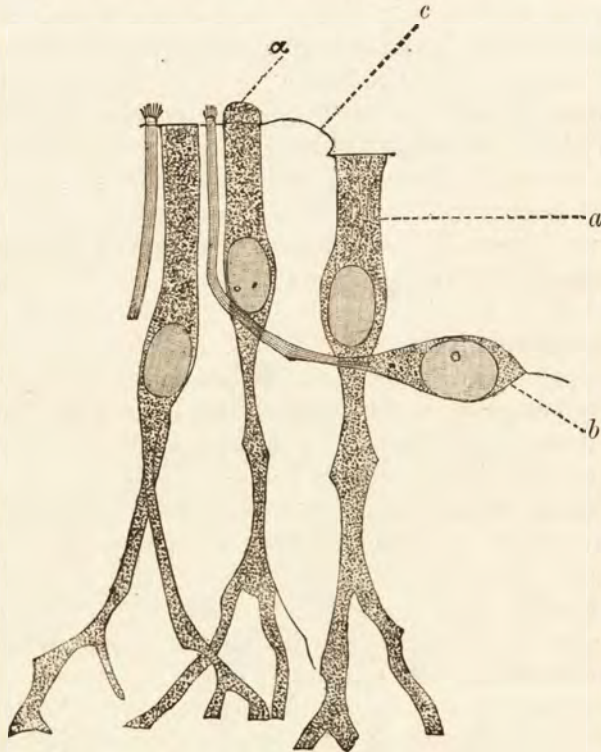


Fig. 7. Nabłonek części węchowej nosa [według SCHIEFFERDECKER'a].

Oprócz powyższych istnieją jeszcze w nabłonku części węchowej pigmentowane i niepigmentowane komórki [*Glockerkzellen* — SUCHANNEK, *Schellenzellen*—BRUNN], co do których jednak nic pewnego jeszcze powiedzieć się nie da.

Regio olfactoria nie posiada nabłonka migawkowego, jakkolwiek nie wszyscy się z tem zgadzają [LUSCHKA, HENLE etc.].

Gruzoły części węchowej są to t. zw. *glandulae tubulosae Bowermani*. Dotąd nie rozstrzygnięto, czy są one surowicze [DOGIEL], lub mięsane [PAULSEN].

Co się tyczy tkanki łącznej [stroma], to różni się ona od tej jaką posiada *regio respiratoria* — przedewszystkiem brakiem *bassament membrane*, dalej większą ilością leukocytów, elastycznych włókien zato mniej [SCHIEFFERDECKER].

B. Jamy boczne nosa. Błona śluzowa pokrywająca jamy boczne nosa różni się od nosowej [części oddechowej] przedewszystkiem swoją cienkością, oraz ubóstwem naczyń i gruczołów. Nabłonek takiż sam, t. j. wielowarstwowy — cylindryczny, migawkowy. Kierunek migawek ku wylotom (*ostia*), łączącym zatoki boczne z jamami nosa. Gruzoły, jak to wykazał dla zatoki HIGHMOR'a DMOCHOWSKI¹⁾ — śluzowe z długimi, skośnymi przewodami — t. zw. guzików limfatycznych niema.

Budową sitowych komórek zajmował się ostatnimi czasy specjalnie HAJEK²⁾. Oprócz błony śluzowej z powyżej opisanymi własnościami — odróżnia on w osłcu kostnym t. zw. przestrzenie śpikowe (*Markräume*), komunikujące z głębokimi częściami błony śluzowej.

C. Jama nosogardzielowa. Błona śluzowa jamy nosogardzielowej stanowi do pewnego stopnia dalszy ciąg części oddechowej jam nosowych. Pokrywa ją również nabłonek wielowarstwowy stożkowaty migawkowy. Kierunek migawek ku części ustnej (*pars oralis pharyngis*). W błonie podśluzowej, oddzielonej również od nabłonka za pomocą *membrana propria* — znajduje się kolosalna masa leukocytów, tak że w pewnych miejscach [na stropie, w *foveae Rosenmülleri* i naokoło *ostia tubae*] — znajduje się formalna tkanka limfatyczna [adenoidalna] nawet z t. zw. guziczkami (*folliculi*) limfatycznymi. Gruzołów śluzowych również dość znaczna ilość znajduje się w błonie śluzowej jamy nosogardzielowej — wreszcie najgłębszą warstwę stanowi t. zw. *fibrocartilago basilaris*.

¹⁾ l. c.

²⁾ Ueber die pathologischen Veränderungen der Siebbeinknochen im Gefolge der entzündlichen Schleimhauthypertrophie und der Nasenpolypen Arch. f. Lar. B. IV. H. 3.

ROZDZIAŁ III.

System naczyniowy nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej. Nerwy.

System naczyniowy nosa, zwłaszcza żylny, doskonale przez ZUCKERKANDL'a opracowany, jest niezwykle rozwinięty.

Grubsze pnie tętnicze rozpadają się na cieńsze mięszone, te ostatnie zaś przechodzą w sieć włoskowatą, umiejscowioną w *periosteum* naokoło gruczołów i pod nabłonkiem [w warstwie adenoidalnej]. Z naczyń włoskowatych dostaje się krew do sieci żylniej, która na dolnej muszli, dolnym brzegu i tylnym końcu średniej i górnej muszli — w t. zw. *tuberculum septi* (SCHIEFFER-DECKER), wreszcie po części prawdopodobnie i w przednio-dolnym odcinku przegrody chrząstkowej nosa (t. zw. *locus Kieselbachii*) — ma charakter tkanki jamistej (*plexus cavernosus*).

Z sieci żylniej wreszcie odchodzą odprowadzające krew żyły.

Co się przedewszystkiem tyczy tętnic, to nos zewnętrzny zaopatruje w krew tętniczą *art. maxillaris ext.* dająca w swoim przebiegu dwie gałązki do skrzydeł nosa (*ramus alaris sup. et inf.*), i jedną większą do grzbietu (*a. dorsalis nasi*).

Przednia część przegrody zaopatrzona jest w krew po części za pomocą tętnic zewnętrznego nosa, po części przez *a. ethmoidalis ant.* (od *art. ophthalmica*), tylny odcinek przegrody od *art. sphenopalatina* [gałązka *a. maxillaris inf.*].

Właściwe jamy nosowe otrzymują krew tętniczą z zewnętrzej i wewnętrznej tętnicy szczękowej. *Art. maxillaris int.* daje *a. nasalis post. lat.*, zaopatrującą większą część bocznej ścianki [muszle dolną i średnią—przewody dolny, średni i górny z zawartymi w nich otworami bocznych jam nosa — wreszcie te ostatnie]. Komunikuje ona z *art. ethmoidalis* (od *a. ophthalmica resp. carotis int.*), wreszcie z *art. septi* (od *a. max. ext.*).

Jama nosogardzielowa otrzymuje krew tętniczą od *carotis ext.* (*a. pharyngea ascendens i descendens*, wreszcie *a. vidiana* od *a. palatina descendens resp. maxillaris int.*).

Żyły zewnętrznego nosa zbierają się w *v. dorsales et laterales nasi*, które wpadają do *v. angularis*.

Gruba sieć żylna przegrody po części wpada do *v. ethmoidales (ant. et post.)*, prócz tego komunikuje z żyłami twardej opony mózgu i *sinus longitudinalis*.

Wreszcie co się tyczy żył bocznej ścianki jam nosowych [muszel], to jak już wspomniałem tworzą one zupełnie odrębny — niezwykle ważny układ t. zw.

ciała jamiste (*corpora cavernosa*)—*Schwelkkörper*— [ZUCKERKANDL]— analogiczne do pewnego stopnia do *corpora cavernosa urethrae*. Składają się one z dwóch warstw: 1) dolnej [t. zw. *lacunäre Schicht*—ZUCKERKANDL], przylegającej do kości. Składa się ona z dużych pni żylnych prostopadle do powierzchni przebiegających, oraz wielokrotnie ze sobą się łączących, oraz 2) z przylegającej doń górnej cieńszej warstwy (t. zw. *Rindenschicht*). Składa się ona z węższych, równoległe do powierzchni przebiegających naczyń. Ścianki naczyń zawierają dużo włókien mięsnych. Przestrzenie międzynaczyniowe wypełnione są tkanką łączną i gruczołami.

Żyły jamy nosogardzielowej wlewają się do *v. jugularis ext.* lub *v. facialis communis*, lub wreszcie *v. facialis post.*

Naczynia limfatyczne błony śluzowej jam nosowych pod postacią gęstej sieci, a następnie większych pni opróżniają się w kierunku podniebienia i gardzieli— ostatecznie w gruczoły szyjowe (*glandulae cervicales profundae sup. et inf.*). Za pomocą otworów *laminae cribrosae* znajdują się one w połączeniu z przestrzenią podoponową i podpajęczynową [KEY i RETZIUS]. Wyżej opisane t. zw. *Basalcanälchen* w błonie śluzowej nosa według SCHIEFFERDECKER'a znajdują się w bezpośrednim związku z prawdziwymi naczyniami chłonnymi, lub z plazmatycznymi przestrzeniami tkanki łącznej.

Naczynia chłonne jamy nosogardzielowej opróżniają się w *glandulae faciales profundae*.

B. Nerwy. Do mięśni nosa zewnętrznego (*m. procerus Santorini*, *depressor septi mobilis*, *levator alae nasi* z podłużnych, oraz *m. triangularis et dilatator narium*, czyli znany pod ogólną nazwą *m. nasalis* — z poprzecznych mięśni) idą *rami buccales n. facialis*. Nerwy skórne pochodzą od 1-ej gałęzi (*n. ethmoidalis*) i 2-iej gałęzi (*n. infraorbitalis*) nerwu trójdzielnego. Pierwszy zaopatruje grzbiet i wierzchołek, drugi boczne części nosa [skrzydła].

Przegroda nosa oprócz nerwu węchowego zaopatrzoną jest w nerwy czuciowe od *n. trigeminus (ethmoidalis)* w przedniej części i *nasopalatinus Scarpae* od 2-iej gałęzi— w większej części tylnej).

Wreszcie nerwy bocznej ścianki jam nosowych — również w przedniej części pochodzą od *n. ethmoidalis* [1-sza gałąź], w tylnej zaś części od 2-ej gałęzi nerwu trójdzielnego (*n. nasales post. sup et inf.*),

W błonie śluzowej *regionis respiratoriae* — włókna nerwowe według RETZIUS'a — przebiegają bezpośrednio pod nabłonkiem mniej lub więcej równolegle. W niektórych miejscach dają gałązki, wchodzące mniej lub więcej prostopadle do warstwy nabłonkowej między komórki, dzieląc się wielokrotnie aż do pasa migawkowego (*Flimmersaum*).

Oprócz nerwu trójdzielnego — w górnej t. zw. węchowej części jam nosowych rozgałęzia się *n. olfactorius* — nerw węchowy. Mianowicie przez *lamina cribrosa* posyła on około 20 gałązek (t. zw. *fila olfactoria*) — do *regio olfactoria nasi*, które znajdują się w bezpośrednim związku z wyżej opisanymi komórkami węchowymi (*Riechzellen*) błony śluzowej tej okolicy.

Włókna nerwowe sympatyczne otrzymuje nos od *ganglion sphenopalatinum*. Przebiegają one wspólnie z nerwami 2-ej gałęzi nerwu trójdzielnego i dzielą się na: 1) naczynioruchowe (*n. vasomotorii*) — ZUCKERKANDL, ASCHENBRANDT i 2) wydzielnicze (*n. secretorii*) PREVOST, ASCHENBRANDT.

Jamy boczne nosa ubogie są w nerwy [podobnie, jak i w naczynia]. Pochodzą one również od I-ej i 2-ej gałęzi *n. trigemini* (*n. alveolares* dla *antrum Highmori*, *ethmoidales* — dla jamy czołowej i przednich komórek sitowych, dla klinowej zaś zatoki i tylnych komórek sitowych — *n. nasales lat. sup.*, oraz *rami orbitales* dla tych ostatnich).

Jama nosogardzielowa otrzymuje nerwy:

1) od *trigeminus*, który daje *n. pharyngei* dla górnej ścianki i okolic trąbki EUSTACHIUSZA.

2) od *glossopharyngeus* (*r. pharyngeus*).

3) liczne gałązki od *n. vagus et accessorius* — wreszcie 4) od *n. sympathicus*.

ROZDZIAŁ IV.

Nieco z historii rozwoju. (embryologia) nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej ¹⁾.

Zaczątek narządu węchowego stanowi parzyste zgrubienie listka zewnętrznego (*ektodermi*) po bokach bieguna czołowego jamy czaszkowej [t. zw. pole nosowe — His]. Wskutek tego tworzy się między niemi owalna jama węchowa (*Riechgrube*), zawierająca od dołu zaczątek organu JACOBSON'a.

Jama ta w dalszym ciągu się zagłębia, tworząc t. zw. kieszeń nosa (*Nasentasche*), której ścianki wystają na powierzchni twarzy, jako środkowy i boczny nosowy, lub czołowy wyrostki. Ten ostatni od *processus zygomaticus* oddziela się za pomocą *sulcus nasolacrymalis*. Z środkowego zaś tworzą się ku dołowi z obu stron t. zw. *processus globulares* [His] — pośrodkowa część zwie się *area infranasalis*, nad nią zaś *area triangularis* [His]. Te ostatnie dają początek grzbietowi i przegrodzie nosa — boczne zaś wyrostki — skrzydłom nosowym. Z *processus globulares* tworzy się górna warga.

Wejście do t. zw. kieszeni nosowej tworzy następnie zewnętrzne otwory nosa, które u zarodków 15 — 16 mm. długości przedstawiają się, jako podłużne szpary, zwrócone ku przodowi z powodu braku wierzchołka nosa, który dopiero w ostatnich miesiącach stopniowo się wykształca.

Jamy nosowe pierwotne tworzą się z kieszeni nosowej (*Nasentasche*) za pomocą t. zw. pierwotnego podniebienia [DURSY] — *palatum praemaxillare* [MIHALKOVICS], w następstwie dopiero tworzą się t. zw. wtórne jamy nosowe — dzięki wtórnemu podniebieniu, któremu daje początek *proc. maxillaris* (t. zw. *palatum maxillare* — MIHALKOVICS).

U 15—16 mm. długich zarodków — wkrótce po utworzeniu *nares* tworzą się od tyłu t. zw. pierwotne choany, komunikujące z przewodem nosogardzielowym [DURSY].

W tym okresie pierwotna jama nosowa przedstawia się, jako łukowato-zakrzywiony przewód. Nad *palatum praemaxil-*

¹⁾ Posiłkowałem się głównie wyżej wymienioną monografią MIHALKOVICS'a, oraz KILLIAN'a „Zur Anatomie der Nase menschlichen Embryonen“. Arch. f. Laryng. B. II — III i IV — 1896.

lare ku górze przylega doń część sitowa, składająca się z grubej warstwy mesenchymy, która ku tyłowi od pierwotnych choan daje zaczątek ciała klinowemu.

Aż do końca 2-go miesiąca jama nosowa jest otoczona mesenchymą. Jest to t. zw. skórny okres, który w 4-ym miesiącu przechodzi w t. zw. chrząstkową fazę.

Muszle tworzą się pierwotnie, jako obrzemia błony słuzowej, do których następnie boczne blaszki chrząstkowe t. zw. *Seitenlamellen* [KILLIAN] posyłają wyrostki.

Początkowo wszystkie muszle pokryte są nabłonkiem węchowym, następnie dopiero dolna i średnia otrzymują zwykły nabłonek stożkowy [oddechowy].

Chrząstkowe główne muszle u zarodka znajdują się w ilości 5—6 [KILLIAN]. Środkowa muszla za pomocą brzozy sagittalnej—rozdzielona jest na dwie części. Również na miejscu górnej muszli są dwie (*concha suprema s. Santorini*).

Po chrząstkowym wreszcie — następuje kostne stadium jam nosowych, przyczem kości, otaczające jamę nosową — powstają w dwojaki sposób:

- 1) przez enchondralne skostnienie [kości sitowe, dolna muszla]—co w 5-ym miesiącu ma miejsce,
- i 2) przez tkankołącznowe skostnienie — pozostałe kości [już w 3-im miesiącu].

Pierwsze zaczątki zatok bocznych nosa spotykamy już u zarodka, lecz ukształtowanie ich zupełne następuje dopiero w kilka lat po urodzeniu.

Początkowem stadium służy zagłębienie nabłonka między główne muszle kości sitowej [dla zatoki szczękowej górnej już w połowie 3-go miesiąca]; ta ostatnia dopiero jednak po wyrżnięciu się zębów mlecznych rozszerza się nieco w kierunku *proc. alveolaris*. W 5—6-ym roku forma jamy HIGHMOR'a z okrągłej zmienia się na trójścienną piramidę, ostatecznie jednak dopiero po 7-ym roku życia wykształca się zupełnie.

Zaczątek zatoki czołowej datuje się w 5 — 6 miesiącu [STEINER] — jeszcze do 4-go roku życia jest ona nieznaczna, a nawet w okresie dojrzałości płciowej wymiary jej nie przekraczają wielkości grochu.

Pierwsze zaczątki kości sitowej znajdują się w przedklinowej mezenchymie. Następnie rozwija się chrząstkowa *os ethmoidum*—skostnienie zaś następuje znacznie później [po urodzeniu].

Zatoka klinowa ma swój początek nieco wcześniej—mianowicie już w 3-im miesiącu życia zarodkowego. Dopiero jednak w 6—7-ym roku tworzy ciało klinowe ściankę jamy.

Jama nosogardzielowa. Z t. zw. pierwszej bruzdy skrzelowej [między dolną szczęką i pierwszym łukiem skrzelowym] powstaje u góry tuba EUSTACHIUSZA, z drugiej zaś jama ROSENUELLER'a i rzadko występujące t. zw. uchyłki (*diverticula*) jamy nosogardzielowej.

U zarodka błona śluzowa na stropie gardzieli tylko w ciągu pierwszych 3 miesięcy jest gładką, poczem zaczynają się na niej brózdki, dzielące ją na liczne segmenty.

Jest to zaczątek t. zw. *tonsillae pharyngealis s. Luschki*, która zupełnie się formuje w pierwszym roku po urodzeniu, dochodząc do najwyższego rozwoju między 12 a 16 rokiem życia. U zarodka, a także zaraz po urodzeniu kształt otworu gardzielowego trąbki EUSTACHIUSZA jest owalny. T. zw. *Tubenwulst* wystaje mało, stąd i *fovea Rosenmülleri* mało jeszcze jest wykształcona.

ROZDZIAŁ V.

Fizjologia nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej ¹⁾.

Nos *resp.* jamy nosowe stanowią:

- 1) początek dróg oddechowych —
- 2) organ powonienia —
- 3) część składową aparatu głosowego [rezonator] wreszcie
- 4) punkt wyjścia różnorodnych nerwów odruchowych. Wszystkie te funkcje z wyjątkiem drugiej są wspólne i dla jamy nosogardzielowej.

a) Nos i jama nosogardzielowa, jako początek dróg oddechowych.

Co się tyczy pierwszej funkcji nosa i jamy nosogardzielowej — to jest ona bardzo ważną, gdyż:

¹⁾ Posiłkowałem się głównie wyczerpującą monografią prof. GAULE'a w Zürichu „*Physiologie der Nase und ihrer Nebenhöhlen*“ Handbuch der Lar. n. Rhin. HEYMANN—B. III—L. 2.

1) wdechane powietrze, przechodząc przez te jamy, się ogrzewa i to w stosunku odwrotnym do ciepłoty zewnętrznego powietrza [najmniej o 30° C, jak to ASCHENBRANDT i KAYSER dowiedli eksperymentalnie].

2) nabiera odpowiedniej wilgoci [wyżej wymienieni autorowie utrzymują, że następuje tu zupełne nasycenie parami wodnymi—według BLOCH'a zaś tylko w $\frac{2}{3}$ częściach]—wreszcie

3) służą one do oczyszczania wdechanego powietrza z pyłu, którego jedna część zatrzymuje się w jamach nosowych, druga osiada na tylnej ścianie nosogardzieli—*vis à vis* choan.

Według KAYSER'a i BLOCH'a mała część dostaje się i do głębszych odcinków dróg oddechowych. Zatrzymaniu temu sprzyja oprócz włosów, znajdujących się przy wejściu do nosa (t. zw. *vibrissae*), przedewszystkiem śluz, stale pokrywający błonę śluzową jam nosowych. Do eliminacji zaś pyłu tego służą migawki, których kierunek, jak wiadomo, jest ku choanom, skąd zostają wykrztuszone, lub też przy oczyszczaniu nosa wraz ze śluzem usunięte.

Oprócz mechanicznego wpływu, jaki wydzielina nosowa wywiera na zawarte cząsteczki pyłu w powietrzu, wdechanem przez nos, zdaje się ona w stanie prawidłowym również posiadać i chemiczny wpływ — mianowicie działać ma zabójczo na bakterye, w powietrzu zawarte [WURTZ i LERMOYEZ, dalej ST. CLAIR THOMSON i HEWLETT — wreszcie SCHIEFFERDECKER, natomiast KLEMPERER nie podziela tego zdania — sądzi on, że najwyżej można tu mówić o hamującym wpływie wydzieliny].

Tem się tłumaczy zdaje się fakt, że powietrze przez nos wydechane nie zawiera drobnoustrojów [TYNDALL, STRAUSS], podczas gdy z powietrzem dostają się do jam nosowych całe masy niewinnych, a nawet chorobotwórczych bakteryj (*bac. tuberculosi*—STRAUSS).

W jaki sposób i jaką drogą dostaje się powietrze do jam nosowych?

Za pomocą skurczu mięśni oddechowych zwiększa się objętość klatki piersiowej, wskutek tego następuje zmniejszenie się ciśnienia w jamach nosowych—mianowicie wtedy, gdy powietrze z tych ostatnich skieruje się ku płucom.

Dla wyrównania ujemnego ciśnienia w jamach nosowych—zaczyna napływać powietrze z zewnątrz. Gdy działanie aspiracyjne płuca ustaje, wstrzymuje się również odpływ powietrza

przez choany, a wtedy napływające od zewnątrz powietrze wyrównywa różnicę w ciśnieniu.

Przy wydechaniu ma się odwrotnie: zwiększenie ciśnienia w płucach udziela się jamom nosowym, poczem następuje wyrównanie ciśnienia w tych ostatnich przez wypływ powietrza na zewnątrz. Tym sposobem powietrze w jamach nosowych jest w ustawicznym ruchu.

Jaką drogę odbywa ono w jamach nosowych?

Pierwotnie sądzono, że wdechane powietrze przechodzi przez dolny i średni przewody nosa, a więc część oddechową, do części węchowej zaś dostaje się tylko za pośrednictwem t.zw. wtórnych prądów.

Dzięki jednak nowszym badaniom — KAYSER'a, a zwłaszcza PAULSEN'a ¹⁾ [na trupie], a co następnie potwierdzili FRANKE ²⁾ i SCHEFF, okazało się, że prądy powietrza przeważnie odbywają się w środkowym przewodzie nosa, a tylko w nieznacznej części w górnym. — Wdechane przez nos powietrze całą masą kieruje się początkowo ku górze, dochodząc do grzbietu nosa, przepływa następnie w górze wzdłuż stropu jam nosowych, poczem łukowato opuszcza się ku tyłowi [do choan]. Według DANZIGER'a ³⁾ gra tu także pewną rolę budowa nosa i gardła.

b) Nos, jako organ powonienia. Pewne materye, dzięki nieznanym nam dotąd własnościom są w stanie podrażnić końcowe gałązki nerwu węchowego, przyczem otrzymują się wrażenia węchowe.

Jednocześnie w większości przypadków następuje podrażnienie gałązek nerwu trójdzielnego.

Dalej większa część tego, co nazywamy smakiem danej substancji jest właściwie czuciem węchowym, dochodzącem

¹⁾ Używał on czerwonych papierków lakmusowych, które nalepiał na ściankach jam nosowych, poczem przepuszczał pary amoniakalne. W ten sposób po niebieskiem zabarwieniu mógł przekonać się o drodze, jaką powietrze przechodzi. Oprócz tego przepuszczał on w innych przypadkach pary kwasu osmowego, od których, jak wiadomo, brunatnieją tkanki zwierzęce.

²⁾ Experimentelle Untersuchungen ueber Luftdruck, Luftbewegung und Luftwechsel in der Nase und ihren Nebenhöhlen. Arch. f. Lar. 1894—B. I. p.230.

³⁾ Untersuchung ueber die Luftbewegung in der Nase während des Athmens. Monat. f. Ohrenheil. 1896—7.

nosa za pomocą choan (t. zw. *gustatorisches Riechen-Zwaardemaker*). Czucie węchowe ma też wielkie znaczenie w odżywianiu przy wyborze pożywienia, kiedy materye pachnące, z tego ostatniego się wydobywające, przenikają do nosa z prądem wdechanego powietrza.

Co się tyczy drogi, jaką pachnące materye z powietrza dochodzą do naszej świadomości, to tylko zupełnie wiadomą jest ona dla *regio olfactoria*. Ta ostatnia, jak wiadomo, nie jest zbyt znaczną [według BRUNN'a zajmuje ona 257 mm., z tych 124 przypada na zewnętrzną ściankę i 133 na przegrodę] i składa się z oddzielnych wysepek [SUCHANNEK]. Dalsza droga nie jest zupełnie jasną. Prawdopodobnie przenikają one dalej przez warstwę śluzu, stale pokrywającą nabłonek części węchowej, oraz t. zw. *membrana limitans olfactoria*—za pośrednictwem kanalików węchowych do komórek węchowych. Następnie podrażnienie węchowe przenosi się na *bulbus olfactorius* i centralny aparat.

Nie ulega obecnie wątpliwości, że przeniesienie pobudzenia węchowego na odległość—nie następuje ani przez powietrze ani eter, lecz za pośrednictwem materyalnych cząsteczek, które powstają z materyi pachnących.

Te ostatnie przechodzą do powietrza pod 4-ma postaciami: 1) jako właściwe gazy, 2) jako para, 3) jako płynne cząsteczki [mgła], wznoszące się z pary wodnej, wreszcie 4) jako pył.

Przyczem trzy ostatnie nie posiadają samodzielnego ruchu, lecz unoszone są prądem powietrznym.

W jaki sposób jednak dostają się te cząsteczki do okolicy węchowej nosa, trudno coś stanowczego orzec. ZWAARDEMAKER przypuszcza tu diffuzję, GAULE zaś wraz z BRAUN'em i CLASEN'em — sądzi, że ruchy tych cząsteczek ułatwiają prądy powietrzne, zawarte w jamach bocznych nosa.

Również nie jest zupełnie pewnem, w jaki sposób następuje podrażnienie komórek węchowych—*resp.* w jaki sposób powstaje uczucie węchowe?

Istnieje tu kilka hipotez: 1) gazowa, 2) ruchowa [LIÉ-GEAIS], 3) t. zw. *Aetherschwingungstheorie* [ZWAARDEMAKER], wreszcie najprawdopodobniejsza, 4) chemiczna [HAYERAFT], według której istnieje pewien i to znaczny paralelizm między zapachem a chemicznymi własnościami danej substancyi.

Co się tyczy klasyfikacyi zapachów, to według LINNE'go odróżniamy: *odores aromatici, fragrantés, ambrosiaci, alliacei, hircini, tetri i nausei*.

ZWAARDEMAKER zebrał następujące pewne specyficzne energie czucia węchowego: rezedo-wanilowy i siarko-bromowy zapachy, dalej swędy (*brandige*), wreszcie zapachy fekalne.

Dla mierzenia siły węchu ZWAARDEMAKER wymyślił przyrząd t. zw. *olfactometr*, polegający na zasadzie, że każda substancja przy stałej ciepłocie i jednakowej właściwości powierzchni i przepływającego nad nią powietrza, oddaje ilość materyj pachnących — proporcjonalną do tejże powierzchni.

Składa się on z cylindra, zrobionego z substancyi pachnącej [kauczuk etc.], na który nasunięta jest szklanna rura. Przy powolnem wysuwaniu tej ostatniej — następuje proporcjonalne zwiększenie zgęszczenia materyi węchowej, co daje się z łatwością obliczyć na podziałkach rury szklanej, której przedni zagięty koniec wkłada się do nosa.

ARONSOHN przekonał się, że po pewnym czasie [15 sekund] następuje znaczne osłabienie węchu wskutek zmęczenia — po kilku zaś minutach zupełnie takowy ustaje.

Przytem dla przywrócenia węchu potrzebną jest przerwa, wynosząca najmniej 1 minutę.

c) Nos i jama nosogardzielowa, jako części aparatu głosowego.

Przy tworzeniu się dźwięków nosowych jama nosowa i nosogardzielowa odgrywają ważną rolę, przyczem następuje odzielenie tej ostatniej od jamy gardzielowej — dzięki temu, że:

1) miękkie podniebienie unosi się ku górze wskutek skurczu mm. *levatorés et tensorés veli palatini* i

2) zbliża się doń *vis à vis* leżąca na tylnej ściance gardzieli wyniosłość t. zw. *Passavant'sche Wulst* — wskutek skurczu *musc. cephalopharyngei*.

d) Nos, jako punkt wyjścia odruchów.

Odruchy, mające swoje źródło w jamach nosowych [a części i jamie nosogardzielowej], mogą być trojakiiego rodzaju: ruchowe, wydzielnicze i naczynioruchowe; te ostatnie zaś: *vasodilatatores et vaso-constrictores*.

Z pierwszych najważniejszym jest kichanie. SANDMANN wykazał, że nerwica ta przeważnie występuje w okolicy nerwu sitowego [t. zw. *Reiz-zonen* SANDMANN'a — mianowicie średnia

Choroby nosa.

i dolna muszla, oraz odpowiedni odcinek przegrody nosa] — i dla tego uważa on *n. ethmoidalis*, jako nerw *κατ' ἐξοχὴν* służący dla kichania (*Niessnerv*).

Oprócz kichania istnieją jeszcze inne ruchowe nerwice: a więc kaszel nerwowy, skurcz głośni etc.

Co się tyczy naczynioruchowych odruchów, to odróżniamy (*François Frank*) 3 rodzaje:

1) odruchy z nerwów czuciowych nosa na nerwy naczynioruchowe nosa, 2) odruchy z nerwów czuciowych nosa na naczynia innych narządów, wreszcie 3) odruchy z nerwów czuciowych innych narządów na naczynia nosa.

e) Znaczenie jam bocznych nosa.

Co się tyczy funkcji i znaczenia jam bocznych nosa, to do ostatnich czasów zdania są podzielone. I tak, jedni [HYRTL] utrzymywali, że dostarczają one jamom nosowym śluz, nie dopuszczają więc do wysychania błony śluzowej. Według innych [LUSCHKA] są one rezerwoarem ogrzanego i wilgotnego powietrza. Najwięcej jednak rozpowszechnioną jest hipoteza MUELLER'a, według której jamy boczne nosa przez zmniejszenie ciężaru ościca twarzowego ułatwiają ruchy czaszki. Wprawdzie zmniejszenie to — według BRAUNE i CLASEN'a nie jest znacznem, wynosi bowiem zaledwie 1%. I w jamach bocznych nosa, jak to wykazały doświadczenia BRAUNE'a i CLASEN'a ma miejsce różnica w ciśnieniu — czyli, że i w nich następuje stale wpływ i wpływ powietrza.

CZĘŚĆ II.

ROZDZIAŁ I.

Badanie nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej.

Badanie jam nosowych dokonywa się za pomocą odpowiedniego światła, oraz odpowiednich przyrządów.

Co się tyczy pierwszego, to tylko badanie zewnętrznego nosa [jego formy, zabarwienia], oraz wejścia do nosa (*introitus nasi*) można wykonać przy zwykłym świetle dziennym, *resp.* słonecznym, które ma tą wyższość nad sztucznym, że pozwala widzieć normalne zabarwienie tkanek *resp.* błony śluzowej jam nosowych.

Najwięcej pod tym ostatnim względem zbliżonem do słonecznego jest światło elektryczne, które też obecnie bardzo często zagranicą [np. u SCHMIDT'a we Frankfurcie nad Menem etc.] jest używanem. U nas jeszcze byłoby zbyt kosztowną rzeczą używanie stale elektryczności do badania, a to z powodu braku centralnego oświetlenia w mieście. Tym sposobem ja np. ograniczam użycie elektryczności jedynie do celów specjalnych [prześwietlanie, masaż etc.].

Drugie miejsce po elektrycznym należy się światłu gazowemu — zwłaszcza z modyfikacją AUER'a, dalej idzie oświetlenie naftowe, w ostatecznym zaś razie i zwyczajną świecą musimy się zadawałniać,

Zaznaczę tu *à priori*, że wszystkie te źródła światła sztucznego dają nieco więcej różowe zabarwienie błony śluzowej, niż normalnie.

Co się tyczy światła elektrycznego, to do wytwarzania go zaczęto w ostatnich czasach używać prawie wyłącznie [zagra-

nicą], a po części już i u nas] t. zw. akkumulatorów, t. j. suchych—przenośnych zazwyczaj aparatów.

Mój akkumulator ze znanej berlińskiej fabryki HIRSCHMANN'a pochodzący, składa się z 6 elementów, zaopatrzone jest przytem w t. zw. *rheostat*, t. j. przyrząd do regulowania siły światła.

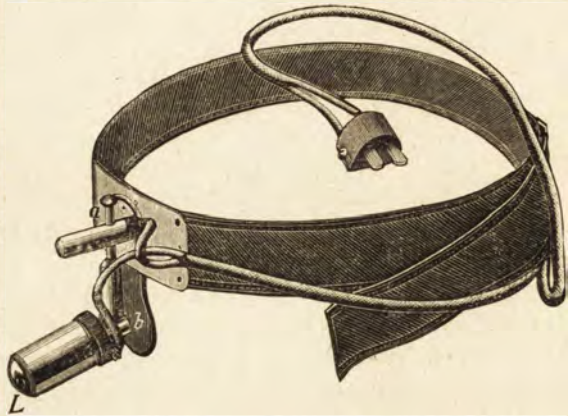


Fig. 8. Kuttner'owska lampka czołowa.

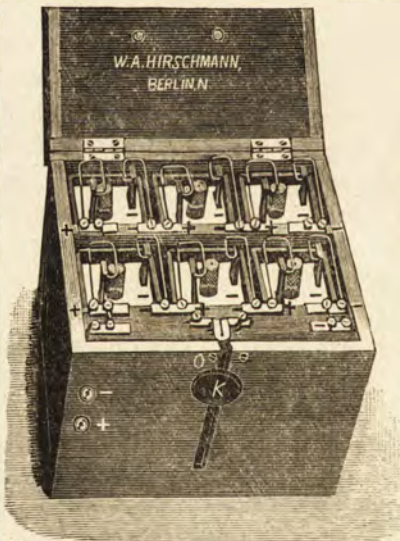


Fig. 9. Akkumulator HIRSCHMANN'a.

Akkumulatory takie raz nabite [naładowane na sucho elektrycznością za pomocą dynamo - maszyny centralnej stacyi, lub w braku takowej prywatnie] mogą służyć od kilku tygodni do paru miesięcy, co zależy od mniej, lub więcej częstego użycia aparatu—poczem należy ponownie „nabić“ aparat. Akkumulatory takie są bardzo wygodne, gdyż nie wymagają częstego —

ambarasownego przygotowania płynów — są przytem przenośne i względnie niezbyt drogie. Do badania elektrycznością używam t. zw. Kuttner'owskiej lampki czołowej, którą się nakłada na głowę, jak zwykły reflektor.

Światło gazowe, tam gdzie niema jeszcze oświetlenia elektrycznego w mieście — np. u nas jest niezbędnem. Przyczem można używać zwykłej lampy z nałożonym na szkło cylindrem z *papier maché*, lub glinki, z wykrojonym pośrodku i ku dołowi owalnym, lub okrągłym otworem dla koncentrowania siły światła.

W ostatnich czasach wchodzi w użycie — już i u nas t. zw. Auer'owskie oświetlenie, które ze względu na białe światło, zbliżonem jest do elektrycznego. Oprócz większego natężenia światła, jakie Auer'owska modyfikacya daje — należy jeszcze podnieść inne jej zalety, do których należą: oszczędność na gazie, mniejsze promieniowanie ciepła, co zarówno dla badającego, jakoteż i badanego nie jest bez znaczenia, zwłaszcza podczas operacyi. Jedyną ujemną stroną Auer'owskich lamp jest to, że używane w nich t. zw. koszulki często się psują i muszą być zastąpione innymi. Zdarza się to jednak tylko przy nieostrożnem obchodzeniu się z lampą — mianowicie przy mocniejszych poruszeniach, po za tem taka koszulka może służyć dłuższy czas [miesiące całe].

Ostatecznie sprawienie nowej koszulki nie pociąga za sobą zbyt wielkich kosztów [1 rubel].

Nie potrzebuję dodawać, że lampa gazowa zwykła, czy też Auer'owska winna być zaopatrzoną w regulator, oraz w śrubę, pozwalającą lampę podnosić, lub obniżać.

W dwojaki sposób można używać światła do badania jam nosowych, albo bezpośrednio np. elektryczne, lub też za pośrednictwem t. zw. reflektorów np. przy gazowem, lub naftowem oświetleniu. Reflektor przy tem może być, albo stałym, przytwierdzonym do lampy, lub oddzielnie na głowie badającego umieszczonym. Ten ostatni sposób ja osobiście uważam za praktyczniejszy, gdyż pozwala nam między innymi łatwiej wykonywać badanie, zwłaszcza zaś operacyę. Przy stałym reflektorze w tych razach, mając obie ręce zajęte — nie możemy nakierować go, jeżeli chory się ruszy i światło z pola operacyjnego się zeslizgnie.

Reflektorów używamy wklęsłych, SCHMIDT radzi większe ze znaczną odległością ogniskową [30—35 ctm.], gdyż pozwalają

one na badanie w większej odległości od chorego [20—24 ctm.], co ułatwia użycie instrumentów przy operacjach.

Reflektor taki, zaopatrzony w centralny otwór, zwykle okrągły [czasami owalny] na taśmie przytwierdza się do czoła, skierowując go tak, by oko [najczęściej lewe — ZARNIKO] badającego patrzeć mogło przez ów otwór. Jest to t. zw. reflektor z Kramer'owską opaską, powszechnie na kontynencie używany.



Fig. 10. Reflektor KRAMER'a.

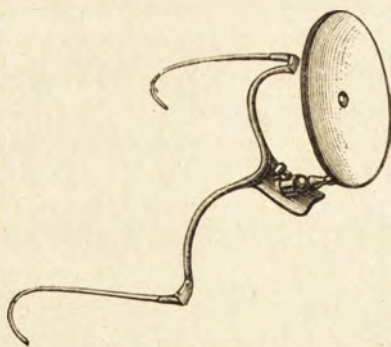


Fig. 11. Reflektor MACKENZIE'ego.

W Anglii natomiast najczęściej używanym jest o wiele praktyczniejszy reflektor MACKENZIE'ego w modyfikacji LENNOX BROWN'a — w formie okularów, a który ja również najchętniej używam.

Zalety tego ostatniego są następujące: w jednej chwili można go zdjąć i włożyć na powrót — taśmę zaś należy za każdą razą przymocowywać do głowy, którą przytem mniej lub więcej silnie uciska, co u osób, skłonnych do bólów głowy nie jest bez znaczenia. Tego wszystkiego niema w Mackenzie'owskim reflektorze.

Również ja, podobnie, jak prof. JURASZ w Heidelbergu, nie trzymam się powszechnie przyjętego zwyczaju — patrzenia przez otwór centralny, lecz reflektoru używam jedynie do oświetlenia, trzymając go ku górze na czole, patrząc zaś bezpośrednio obydwoma oczami.

Zdaniem mojem jest to dogodniejsze, ma jednak jedną ujemną stronę, t. j. że nie zasłania oka od możliwej infekcyi przez wykrztuszoną przez chorego wydzielinę. Zresztą jest to kwestya podrzędna i zależy od przyzwyczajenia badającego.

Samo badanie odbywa się w sposób następujący: chorego sadowimy na specjalnem krześle [niektórzy używają w tym celu ruchomych foteli—w rodzaju tych, jakich dentyści używają, które jednak SCHMIDT, zdaniem mojem, słusznie gani. Ja używam specjalne *ad hoc* skonstruowane krzesło z wysokimi plecami, mające w górnej części rodzaj poduszczeni, przeznaczonej do podtrzymywania głowy]. Dla zwyczajnego badania zresztą najzupełniej wystarczy zwykłe krzesło.

Lampę należy stawiać po prawej stronie chorego na wysokości mniej lub więcej ucha [inaczej prawem ramieniem będzie nam zasłaniał światło]. *Vis à vis* chorego siedzi badający [prof. SCHROETTER w Wiedniu bada i operuje chorych w stojącej pozycyi, co jest jednak — zwłaszcza przy operacyach zbyt utrudzającym].

Jakkolwiek i tu zwykłe krzesło wystarcza, najlepiej jednak, gdy badający siedzi na okrągłym taboreciku, który można wykręcić, lub wkręcić *resp.* umożliwić badającemu wyższą lub niższą, stosownie do potrzeby, pozycyę.

Za pomocą czołowego reflektora rzucamy światło tak, aby jaknajlepiej oświecało części chore, które chcemy badać, a więc jamy nosowe, jamę ustną [przy badaniu jamy nosogardzielowej]. W początkach właściwe skierowanie światła nie należy do zbyt łatwych, szybko jednak nabiera się odpowiedniej wprawy.

Podręczne instrumenty do badania *resp.* operacyi najlepiej mieć pod ręką—po prawej stronie. Bardzo odpowiedni, praktyczny przyrząd do podręcznych narzędzi przedstawia podstawka HARTMANN'a.

Rhinoscopia anterior. Dokładne zbadanie nosa i jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej jest możliwem, jedynie przy pomocy specjalnych instrumentów, do których przedewszystkiem należą wzierniki nosowe (*specula nasi*), lusterko krtaniowe etc. Pierwsze służą do badania jam nosowych od przodu t. zw. *rhinoscopia ant.*

Ilość wzierników nosowych jest bardzo znaczna; każdy z rhinologów ma swój ulubiony instrument. Najwięcej

rozpowszechnione są *specula* B. FRAENKEL'a, DUPLAY [modyfikacya VOLTOLINI'ego], KRAMERA [modyfikacya HARTMANN'a i CHOLEWY], JURASZA, THUDICHUM'a, SCHNITZLER'a i wielu innych.

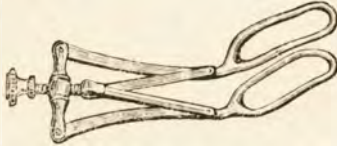


Fig. 12. Wziernik nosowy B. FRAENKEL'a.



Fig. 13. Wziernik DUPLAY [VOLTOLINI'ego].



Fig. 14. Wziernik KRAMER'a [HARTMANN'a].



Fig. 15. Wziernik JURASZA [parzysty].

Co się mnie osobiście tyczy, to w ostatnich czasach prawie wyłącznie używam dwóch: JURASZA i DUPLAY—i te bardzo zalecam.

Są one, zdaniem mojem, zupełnie wystarczające.

JURASZA wziernik nosowy ma tę przedewszystkiem zaletę, że jest bardzo prosty, a co za tem idzie i tani. — Można go prosto zrobić samemu ze szpilki podwójnej, której końce pod kątem mniej, lub więcej prostym zagiąć należy.

Należy mieć 2, lub 3 wielkości — mianowicie dla dzieci i dorosłych.

Do wielkich dalej zalet tego wziernika należy ta, że jest w użyciu stanowczo najdelikatniejszy ze wszystkich, jak mnie o tem codzienne naucza doświadczenie. Chorzy nerwowi i dzieci doskonale znoszą badanie jam nosowych za pomocą wziernika JURASZA. Jeszcze na jedną okoliczność chciałbym

zwrócić uwagę, oto przy użyciu tego wziernika nie zasłaniamy sobie przedniego odcinka przegrody nosa, która, jak się o tem wkrótce dowiemy, często przedstawia zmiany patologiczne [rozszerzenie naczyń etc.]. Wszystkie inne wzierniki z wyjątkiem może jednego Fraenkel'owskiego są pozbawione tej zalety. Dodajmy do tego, że badanie to jest tak delikatne, że nie sprawdza żadnych obrażeń na błonie śluzowej, zwłaszcza przegrody nosa skłonnej w ogóle do krwawień — również jest ono absolutnie bezbolesnem, co np. przy bolesnych nadżarciach (*rhagades*) u wejścia do nosa nie jest bez znaczenia, a czego o pozostałych wziernikach nosowych powiedzieć nie można.

Tym sposobem dla celów diagnostycznych — zwłaszcza dla pierwszego, że się tak wyrażę — „z gruba“ — powierzchownego badania najzupełniej wziernik JURASZA wystarcza.

Zastosowanie zupełnie proste — jak dwa ekartery [rozszerzacz] trzymane w dwóch rękach.

Dla dokładniejszego jednak badania, zwłaszcza głębszych części np. zatok bocznych nosa *resp.* ich otworów, jest on niewystarczający. Również dla celów operacyjnych nie można go użyć z tej prostej racji, że wymaga [jako parzysty instrument] dwóch rąk.

W obu tych ostatnich razach, zdaniem mojem najodpowiedniejszym jest wziernik DUPLAY, którego również należy mieć parę wielkości.

Przy wprowadzeniu tego ostatniego należy zachować pewne ostrożności; mianowicie: niezbyt głęboko go wkładać [mniej więcej do przedniego końca dolnej muszli], dalej niezbyt silnie i powoli go rozszerzać, starając się jaknajmniejszy wywierać ucisk na przedni odcinek przegrody nosa, która w tem miejscu często daje powód, do mniej, lub więcej znacznego krwawienia.

Z pozostałych wzierników używam czasami THUDICHUM'a [głównie w Anglii rozpowszechnionego], mianowicie przy operacjach w przednim odcinku jam nosowych, najmniej bowiem zasłania on pole operacyjne.

Nieźle są wreszcie wzierniki KRAMER'a, oraz bardzo, zwłaszcza w Niemczech, używany — jeden z pierwszych wzierników, mianowicie B. FRANKEL'a.

Samo badanie jam nosowych dokonywa się w sposób następujący: oświeciwszy sobie nos w sposób wyżej opisany — wprowadza się doń jeden z wyżej wymienionych wzierników —

następnie przez odpowiednie ruchy głowy chorego, oraz badającego *resp.* reflektora [w celu dokładniejszego oświetlenia jam nosowych] — bada się kolejno, to części więcej ku przodowi, to ku górze, to wreszcie ku tyłowi położone.

Przedewszystkiem widzi się w perspektywicznym skróceniu muszlę dolną nosa, głównie zaś jej przedni koniec pod postacią mniej, lub więcej wystającego z boku czerwonego wału (*a*), oraz jej wewnętrzną powierzchnię (*a'*), dalej *vis à vis* leżącą część przegrody nosa (*s*), część przednią dna i dolny przewód



Fig. 16. Obraz [normalny] widziany za pomocą rhinoskopii przedniej [według GRUENWALD'a].



Fig. 17. Wziernik nosowy ZAUFAL'a. Wziernik [jest to zwykły wziernik uszny —

nosa (*c*) Następnie kierując wzienik nieco ku górze, widzimy również z boku leżącą przednią część muszli średniej (*b*) — i w perspektywie dolną powierzchnię (*b'*), oraz przewód środkowy nosa (*d*), jedno z najważniejszych miejsc — najczęstsze siedlisko różnorodnych spraw chorobowych [polipy, ropienie, etc.].

Co się tyczy górnej muszli, oraz górnego przewodu nosa — wogóle części węchowej (*regio olfactoria*), to w większości przypadków są one dla zbadania ściślego niedostępne, chociaż BERGEAT¹⁾ jest przeciwnego zdania.

Również wbrew twierdzeniu ZARNIKO i tylna ścianka gardzieli, t. j. części jamy nosogardzielowej, po bokach i *vis à vis* choan położone, rzadko tylko i to mojem zdaniem jedynie w pewnych stanach patologicznych [mianowicie przy zanikowym niezycie nosa. przy którym jamy nosowe są anormalnie szerokie] są możliwe do zbadania od przodu, t. j. za pomocą *rhinoscopia ant.*

ZAUFAL w tym celu wymyślił specjalny

¹⁾ Ueber die Sichtbarkeit der oberen Nasenmuschel (*concha ethmoidalis media*) in nicht atrophischen Nasenhöhlen.—Monat. f. Ohrenheil. 1896. 6.

pod postacią lejka — tylko przynajmniej 3 razy odeń dłuższy]. Jednak i on nie zawsze prowadzi do celu.

Co się tyczy przeszkód przy rhinoskopii przedniej, to do nich przedewszystkiem należą:

1) włosy u wejścia do nosa się znajdujące (*vibrissae*). Są one czasami bardzo rozwinięte — wystarcza zwykle odchylić je na stronę lub głębiej wsadzić wziernik. Czasami jednak wypada je przyciąć nożyczkami.

2) wyższe stopnie skrzywień przegrody nosa. W tych razach najodpowiedniejszym jest wziernik DUPLAY, którym staramy się — o ile to jest możliwem, odchylić wypukłą część przegrody

3) obrzmienie błony śluzowej nosa, *resp.* przedniego końca muszli dolnej. Zwykle wystarcza tu użycie kokainy.

4) t. zw. polipowate muszle, jako też polipy, które należy operacyjnie usuwać — wreszcie i

5) wydzielina [śluz, ropa, krew] może nam utrudniać badanie i dla tego należy ją za pomocą przeszprycowania, lub watą usunąć.

Rhinoscopia posterior. Badanie jamy nosogardzielowej dokonywa się za pomocą t. zw. *rhinoskopii* tylnej. Polega ona na zastosowaniu lusterka krtaniowego. Najczęściej w użyciu jest — MICHEL'a, lub modyfikacya B. FRAENKEL'a. Choć zdaniem mojem najzupełniej wystarczają zwykłe, przy badaniu używane lusterka.

Co do wielkości samego lusterka, to zdania są podzielone. Większość rhinologów, do których i ja należę, używa najmniejszych [N. 0 lub 1], inni natomiast [zwłaszcza w Anglii] chętniej stosują lusterka większego formatu [Nr. 3, a nawet 4], motywując tem, że w większem lusterku więcej i dokładniej się widzi.

Jest to niewątpliwie słusznem i ma swoje znaczenie, np. przy wykonywaniu pod kontrolą lusterka operacyj w jamie nosogardzielowej [np. galwanokaustyczne przypalenie tylnych końców muszel] — niestety tylko nie zawsze chorzy znoszą większe lusterko. Najważniejszą przeszkodą jest wrażliwość języeczka, który łatwiej ominąć, stosowując małe lusterko. Wrażliwość tę jednak można znieść za pomocą kokainy i dlatego to ja osobiście do celów dyagnostycznych używam chętniej małe, przy operacjach zaś w jamie nosogardzielowej — większe lusterka.

Oprócz lusterka krtaniowego w wielu razach przy badaniu jamy nosogardzielowej — zwłaszcza zaś przy operacjach —

musimy się uciec do innych sposobów, mających przedewszystkiem na celu zwiększenie objętości jamy nosogardzielowej, co jest ważnem przy wprowadzeniu instrumentów [pętli etc.].

Że przytem możliwem jest w tych razach dokładniejsze badanie różnych odcinków jamy nosogardzielowej, toż się samo przez się rozumie. Cel ten osiągamy przez odsunięcie ku stronie języczka, oraz odciągnięcie ku przodowi całego miękkiego podniebienia, co się dokonać daje za pomocą t. zw. haka podniebiennego, po raz pierwszy przez VOLTOLINI'ego zastosowanego. Jego instrument, którego rysunek tu podaję, znalazł powszechnie zastosowanie. Z licznych modyfikacyj zasługuje na uwagę t. zw. samo trzymający się hak podniebienny pomysłu M. SCHMIDT'a, który ja czasami przy operacyach używam, choć wyznać muszę, że w większości przypadków — zwłaszcza przy badaniu — użycie haka podniebiennego uważam za zbyteczne.



Fig. 18. Hak podniebienny VOLTOLINI'ego.

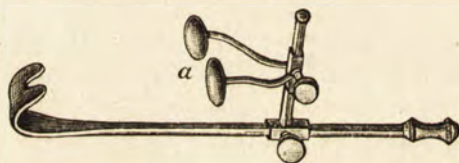


Fig. 19. Hak podniebienny M. SCHMIDT'a.
(a — części, przylegające do *fossa canina*).

Badanie jamy nosogardzielowej. Bez kwestyi badanie nosa lusterkiem od tyłu (*rhinoscopia post.*) bynajmniej do łatwych nie należy, lecz przy pewnej wprawie można go prawie zawsze wykonać; wyjątek naturalnie stanowią przede-wszystkiem dzieci, u których wogóle i badanie krtani stosunkowo bardzo rzadko jest możliwem. Również przeszkodę przy badaniu tem stanowi nadmierna wrażliwość błony śluzowej jamy

ustnej i gardzielowej, choć ta ostatnia przeszkoda przy zastosowaniu kokainy zwykle usunąć się daje.

Rhinoscopia post. wykonywa się w sposób następujący: oświetliwszy doskonale jamę ustną, lewą ręką uciskamy szpatłem językowym [najlepszy zdaniem mojem jest Fraenkel'owski, lub Tuerck'a, czasami przy operacyach mianowicie, chcąc mieć wolne ręce, posilkuję się samotrzymającym się szpatłem Ash'a, lub jeszcze lepiej SCHLESINGER'a. W tym ostatnim jednocześnie

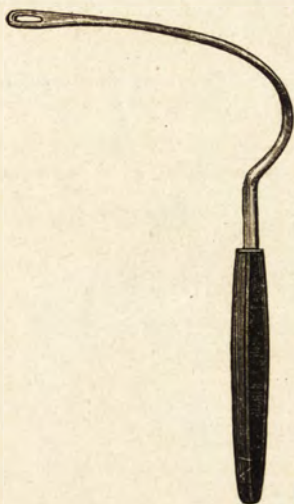


Fig. 20 Szpatel językowy
FRAENKEL'a.



Fig. 21. Szpatel językowy Tuerck'a.

jest przytwierdzone i lustro krtaniowe] język, który chory powinien trzymać za zębami, poczem ogrzane uprzednio lustro [sprawdzić jego ciepłość — na własnej dłoni — nie na twarzy, jak to niektórzy mają w zwyczaju czynić — a co może się stać źródłem fatalnej dla nich infekcyi! | wprowadzamy prawą rękę



Fig. 22. Szpatel językowy wraz z lustrem do badania nosa od tyłu SCHLESINGER'a.

ostrożnie do *isthmus faucium*, starając się nie dotknąć języczka i stawiamy mniej lub więcej poziomo, opierając go lekko o tylną ściankę gardzieli

Choremu zalecić należy oddychać przez nos, lub wymawiać *q*, wtedy przy pewnych ruchach *resp.* zmianach położenia lusterka można zobaczyć mniej lub więcej dokładnie wszystkie części jamy nosogardzielowej, przedewszystkiem więc choany z tylnym brzegiem przegrody nosowej (*vomeris*), dzielącym tylny otwór nosa na dwie zwykle symetryczne połowy — dalej po bokach od przegrody — tylne końce muszel średnich [ku górze]

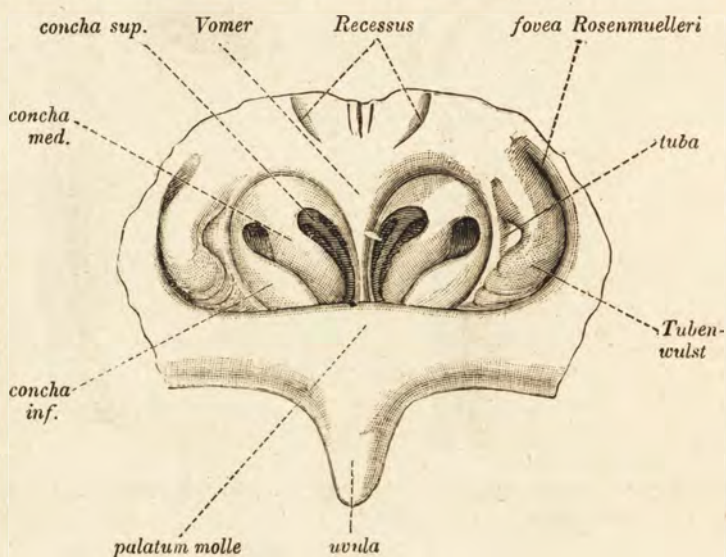


Fig. 23. Obraz, widziany za pomocą rhinoskopii tylnej.
[według SCHMIDT'a].

i dolnych [u dołu w lusterku], oraz między nimi zawarty przewod nosowy średni. Górnej muszli i tu podobnie, jak przy *rhinoscopia ant.* zazwyczaj nie widać — lub ślad takowej. Dalej przy zupełnie poziomem położeniu lusterka, widzimy kolejno strop gardzieli z normalnym, lub przerosłym migdałkiem gardzielowym [LUSCHKA'i] perspektywicznie, dalej po bokach leżące wyloty gardzielowe trąbek EUSTACHIUSZA t. zw. *Tubenwulst*, oraz ku tyłowi od nich leżące *foveae Rosenmülleri*.

Palpatio. W wielu razach — zwłaszcza u dzieci *rhinoscopia post.* jest niemożliwą — wtedy należy uciec się do innej metody — mianowicie do badania palcem, czyli t. zw. palpacyi. Niektórzy przekładają ją nad badanie lusterkiem [ZIEM] — ja jednak osobiście podzielam pogląd SCHMIDT'a, że wszędzie, gdzie tylko jest to możliwem, należy wykonywać *rhinoscopiam posterio-*rem, tem więcej, że badanie palcem jamy nosogardzielowej bynajmniej do przyjemnych nie należy. Podczas tego aktu należy zachować pewne ostrożności, ażeby nie być ugryzionym w palec, co u dzieci zwłaszcza niesfornych, bardzo często się zdarza. Ja postępuję zwykle w ten sposób, że lewy wskaźiciel owijam dość grubo w chustkę, lub ręcznik, lub zakładam metaliczną [kolankowatą] ochronę [służy mi ona również przy operacyach wyrosła adenoidalnych].

Tak zaopatrzony palec wkładam między zęby lewej strony [stoję przytem z tyłu chorego]. Jednocześnie wkładam wskaźiciel prawej ręki, uprzednio dobrze zdezynfekowany, między zęby prawej strony chorego do jamy nosogardzielowej i szybko staram się w sytuacji zorientować, badając kolejno strop, choany etc. Zwykle chodzi tu o małe dzieci, u których podejrzewamy wyrosła adenoidalne. Nie należy zapominać, że w czasie badania, choćby ono trwało bardzo krótko, jednak wysoce dla chorych przykrego, ci ostatni [dziecko, a nawet i starsze osoby] instyktownie się bronią, starając się przede wszystkim wyciągnąć z ust palec badającego i dla tego to należy jednocześnie kazać otaczającym osobom — podczas badania szybko chwytnąć za ręce i nogi dziecka i tym sposobem uniemożliwić mu obronę.



Fig. 24. Przyrząd, zabezpieczający palec badającego od ugryzienia.

Sondowanie. Oprócz palpacyi — przy badaniu zwłaszcza jam nosowych nieodzownem, bardzo ważnem jest użycie zgłębnika.

Jakkolwiek każda sonda najzwyczajniejsza może w tych razach być zastosowaną, ja jednak najchętniej [podobnie, jak i ZAR-

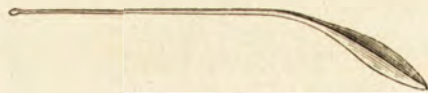


Fig. 25. Sonda nosowa.

NIKO | używam długiej, dającej się w każdym kierunku nagiąć, sondy [HARTMANN'a].

Ma ona przytem tę dobrą stronę, że nie jest prostą, nie zaślania więc pola operacyjnego. Tak czy owak, za pomocą zglębnika jedynie możemy się przekonać o konsystencji danego ciała, zwłaszcza zaś o cierpieniach chrząstek i kości (*caries*), co jest niezmiernie ważnem i dla tego w każdym zwłaszcza podejrzanym przypadku cierpienia jam nosowych użycie sondy zastosowaniem być winno.

W ostatnich czasach KATZENSTEIN¹⁾ z Berlina podał nowy sposób badania jamy nosogardzielowej bezpośrednio (t. zw. *Autoscopia*). Polega ona na tem, że u chorego w leżącej pozycji ze zwieszoną głową — hakiem odciąga się podniebienie miękkie ku przodowi — a wtedy gołem okiem jakoby można widzieć kolejno: guz PASSAVANT'a, strop gardzieli, wejście do tub i *foveae Rosenmülleri*. Przednich części natomiast (*septum et conchae*) nie widać.

Wreszcie w paru słowach wspomnę o zastosowaniu elektrycznego światła do badania jamy nosogardzielowej. Do tej ostatniej mianowicie wprowadza się za pomocą specjalnego aparatu lampkę elektryczną, poczem bada się od przodu za pomocą wziernika nosowego lub *vice versa* — t. j. do jamy nosogardzielo-

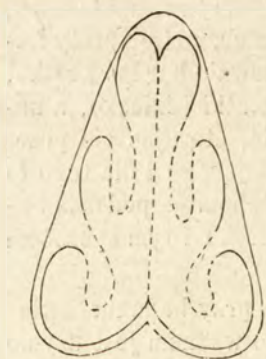


Fig. 26. Szemat nosa od przodu.

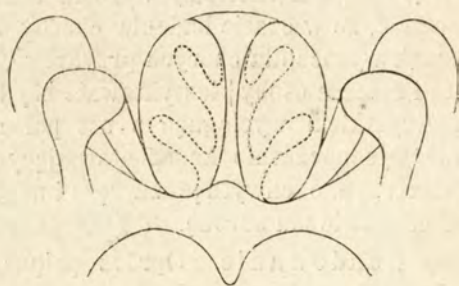


Fig. 27. Szemat nosa od tyłu resp. jamy nosogardzielowej.

wej wprowadza się lampkę elektryczną lecz przez nos, poczem bada się ją za pomocą rhinoskopii tylnej.

¹⁾ Die Autoscopie des Nasenrachenraumes. Arch. f. Lar. B. V. — p. 203.



Pozycja chorego i lekarza przy badaniu nosa od przodu (rhinoscopia ant.)
resp. przy operacyi.

Na zakończenie niech mi wolno będzie przedstawić szematy jam nosowych i jamy nosogardzielowej, których oddawna używam dla notowania zmian, znajdujących przy badaniu nosa od przodu i od tyłu. Szematy takie [podobnie jak krtańowe, oraz uszne] uważam za bardzo pożyteczne.

Raz przygotowane modele kauczukowe, mogą służyć na zawsze. Odbijam je w specjalnej *ad hoc* przygotowanej księdze, w której notuję dane, dotyczące anamnezy, oraz specjalnego badania i leczenia [stan ogólny, płuca *resp.* narządy wewnętrzne, jamy nosowe, nosogardziel, jama ustna, gardło i krtań, przelyk, wreszcie uszy]. Tego rodzaju drukowane książki uważam również za niezbędne.

Badanie jam bocznych nosa [HIGHMOR'a, czołowych, sitowych, oraz klinowych] dokonywa się za pomocą sondowania *resp.* próbnego szprycowania, oraz za pomocą t. zw. prześwietlenia.

Obecnie zajmę się tylko tą ostatnią metodą, gdyż o sondowaniu mówić będę w części specjalnej, a to z tej racji, że rękoczyn ten, a zwłaszcza t. zw. próbna kateteryzacja służy jednocześnie i do celów leczniczych.

Prześwietlenie. Dla rozpoznania pewnych cierpień [empyematów] jam bocznych nosa [zwłaszcza HIGHMOR'a, oraz czołowych, a po części i sitowych] używamy w ostatnich czasach t. zw. metody prześwietlenia (*transluminatio*).

Po raz pierwszy zastosował ją w powyższym celu VOLTO-LINI z Wrocławia, następnie HERYNG i VOHSEN.

Wielu autorów [GOTTSTEIN, ZIEM] nazywa tą metodę kosztowną zabawką (*kostspielige Spielerei*) — niesłusznie jednak, o czym zresztą szczegółowo mówić będę przy rozpoznawaniu empyematów *antri Highmori*.

Dla wykonania prześwietlenia potrzebnym jest:

1) specjalny aparat [HERYNGA], składający się ze szpatla językowego z umieszczoną na końcu lampką elektryczną, zaopatrzoną w ochronę metalową [dla zatoki HIGHMOR'a] (a), w gumową (b) zaś dla zatoki czołowej — i połączony z nim zapomocą drutów.

2) aparat elektryczny — najlepiej akkumulator.

Sama procedura odbywa się w sposób następujący: w absolutnie ciemnym pokoju wprowadza się [dla zbadania zatok HIGHMOR'a] — szpatel wraz z lampką do jamy ustnej, zaleciwszy choremu dokładnie ścisnąć go wargami [nie zębami!], a to w celu

nie dopuszczania światła na zewnątrz przez otwarte usta — następnie rozpalamy lampkę w jamie ustnej [ku czemu służy kontakt (c), przyczem w normalnych warunkach zatoki HIGHMOR'a po obu stronach jednakowo prześwietlają [różowe] światło],

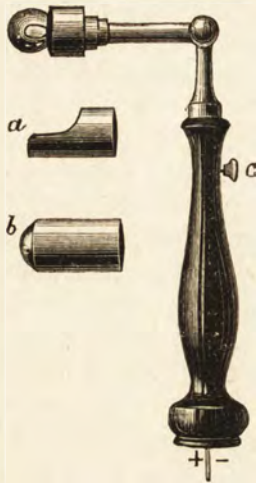


Fig. 28. Aparat HERYNGA do prześwietlania jam bocznych nosa.

w razie zaś zajęcia jednej z nich sprawą chorobową [a więc najczęściej ropną] — strona ta będzie się przedstawiała mniej lub więcej zupełnie ciemną — czyli że nie będzie w tych razach prześwietlala. Rzecz prosta, że w razie zajęcia obu zatok — z obu stron będziemy mieli ciemne plamy. Przy badaniu zatok czołowych lampkę z gumową ochroną umieszczamy w wewnętrznym kącie oka [zaleciwszy choremu uprzednio go zamknąć!], przyczem zarysy zatok czołowych się uwydatnią mniej, lub więcej wyraźnie w stanie normalnym — natomiast przy obecności np. ropnia nie będą prześwietlały [ciemne punkta].

W obu razach, t. j. zarówno przy prześwietlaniu zatok HIGHMOR'a, jak i czołowych — chorzy żadnych absolutnie nieprzyjemnych sensacyj [ani bólu, ani nawet uczucia ciepła] nie doznają; tym sposobem jest to rękoczyn najzupełniej niewinny, i w każdym przypadku — nawet u dzieci, zastosowanym być może, tem więcej, że nie wymaga dłuższego nad parę minut czasu.

Przy prześwietlaniu *antri Highmori* należy również zwrócić uwagę na stan dolnej powieki, oraz źrenic, które w warunkach normalnych również prześwietlają [DAVIDSON].

Wreszcie dla ścisłości należy mi jeszcze wspomnieć o próbach, jakie zupełnie ostatnimi czasy wykonywał SCHIEER ¹⁾

¹⁾ A propos de la Photographie des cavités des fosses nasales et du larynx au moyens des rayons de Roentgen. Arch. inter. de Laryng. d'otol. et de rhin. V. IX — N. 6. 1896.

z Berlina w celu zastosowania promieni ROENTGEN'a do fotografowania jam nosowych *resp.* jego zatok.

ROZDZIAŁ II.

Ogólna symptomatologia chorób nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej.

I. Do najważniejszych objawów, wspólnych dla wielu cierpień nosa, oraz jamy nosogardzielowej należą zaburzenia w oddechaniu, czyli t. zw. niedrożność nosa.

Może być ona jedno, lub obustronna, całkowita, lub częściowa. O niedrożności nosa możemy przekonać się w sposób prosty: należy choremu zatkać jedną dziurkę nosa—przez drugą zaś kazać dmuchnąć i *vice versa*. W sposób więcej ścisły można się o tem przekonać za pomocą t. zw. nalotu oddechowego (*Athembeschlag*—ZWAARDEMAKER'a ¹⁾), który polega na tem, że na podstawione lusterko chory wydecha powietrze, przyczem tworzy się określonej formy nalot, z pary utworzony.

Przyczyny zatkania nosa mogą być różnorodne. Już w samym wejściu do nosa może tkwić przyczyna całkowitej, lub częściowej niedrożności jam nosowych. Zwłaszcza ważnem jest tu t. zw. zapadanie się skrzydeł nosa (*Ansaugen der Nasenflügel*), na co M. SCHMIDT ²⁾ głównie zwrócił uwagę.

Dalej najczęstszą przyczyną niedrożności nosa — zwykle jednostronnej są różnego rodzaju skrzywienia przegrody nosowej. Również częstemi są sprawy przerostowe na muszlach [głównie dolnej — mianowicie jej tylnych i przednich końców], dalej guzy [polipy etc.], ciała obce, wreszcie często gęsta, ze strupów się składająca, wydzielina [przy t. zw. zanikowym niezycie nosa *resp.* ozenie].

Taka niedrożność jam nosowych—zwłaszcza znaczna i długotrwała może mieć mniej, lub więcej poważne następstwa dla organizmu.

¹⁾ Athembeschlag, als Hilfsmittel zur Diagnose. Arch. f. Lar. 1894. B. I. p. 174.

²⁾ Deut. med. Wochenschrift. 1892.

Następstwa te są różnorodnej natury: przede wszystkim u ssawców nie pozwala ono na prawidłowe ssanie *resp.* odżywianie się, przytem dzieci takie się „zatykają“ t. j. momentalnie nie są w stanie, ani wciągnąć, ani wypuścić powietrza, zanosząc się po prostu od płaczu i krzyku.

U dzieci jakoteż u dorosłych zatkanie nosa wywołuje w nocy sen niespokojny, rodzaj duszącej zmory (*Alpdruck* — *pavor nocturnus*), wreszcie chrapanie, które po większej części zależy od tego, że chorzy tacy śpią z ustami otwartymi, przyczem powietrze wprowadza w drganie zwiotczone miękkie podniebienie.

Jako dalsze następstwo spania z ustami otwartymi należy zaznaczyć występowanie nadmiernej suchości w jamie ustnej i gardzielowej (*pharyngitis sicca s. atrophicans*) — w ogóle usposobienie do chorób gardła.

Całkowite, lub częściowe zatkanie jam nosowych może być powodem różnorodnych spraw chorobowych w tych ostatnich [zapalenie błony śluzowej jam nosowych — rozkładanie się zatrzymanej wydzieliny — stąd *foetor* etc.], oraz w głębszych [dolnych] odcinkach dróg oddechowych [katary krtani, oskrzeli, wreszcie płuc], gdyż wdechane przez usta powietrze pozbawionem jest owej niezbędnej ciepłoty, oraz wilgoci, jakie są następstwem przejścia przez jamy nosowe. Nie zapominajmy również, że w razach tych przenikać łatwiej mogą i chorobotwórcze zarazki, które tu znajdują dla siebie wygodniejszy grunt (*locus minoris resistentiae*), gdyż powietrze przez usta wdechane pozbawionem jest owego filtru, jaki przedstawiają jamy nosowe.

W dalszym ciągu lata całe trwające zatkanie nosa, warunkowane np. obecnością wyrosli adenoidalnych, powoduje cały szereg zaburzeń ogólnych, a więc upadek ogólnego odżywiania, bladość twarzy i błon śluzowych, niedostateczny rozwój górnej szczęki [KOERNER, LIEBE, WALDOW¹⁾], a także i klatki piersiowej, oraz skrzywienie kręgosłupa [ZIEM²⁾], dalej zmiany w fizjonomii [charakterystyczny np. dla wyrosli adenoidalnych, głupekowaty wygląd twarzy z wiecznie otwartymi ustami — t. zw. *facies adenoidea*].

1) Untersuchungen ueber die Kiefermissbildungen in Folge von Verlegung der Nasenathmung. Arch. f. Laryng. B. III. p. 239.

2) Ueber Verkrümmung der Wirbelsäule bei obstruierenden Nasenleiden. Monat. f. Ohrenheilk. 1890. N. 5.

W dalszym ciągu zaczyna cierpieć i sfera intelektualna: pamięć słabnie, zdolności się zmniejszają, występuje często t. zw. *aprosopia nasalis* [GUY], t. j. niezdolność skoncentrowania uwagi na dany przedmiot — pewien rodzaj roztargnienia. Dołącza się niechęć do pracy, apatia, czasami dochodzi do idiotyzmu. Chorzy tacy często narzekają na bóle głowy — uczucie ucisku na tył głowy, stają się neurasthenikami, hypochondrykami, czasami nawet przyłącza się *mania suicidii*.

Jeszcze w innym kierunku zatkanie nosa *resp.* sprawy chorobowe, w nim się rozwijające, mogą ujemnie wpływać — mianowicie w kierunku uszów za pośrednictwem trąbki EUSTACHIUSZA [wciągnięcie błony bębenkowej *resp.* niezbyt tychże trąbek — dalej *otitis acuta media*, z jej następstwami: przedziurawieniem błony bębenkowej, zajęciem wyrostka sutkowego etc.], prowadzące do mniej, lub więcej znacznego upośledzenia słuchu, oraz w kierunku oczu — za pośrednictwem kanału nosołzowego [łzawienie, *conjunctivitis etc.* [ZIEM]¹⁾.

Również i zaburzenia w mowie mogą być następstwem niedrożności nosa. Wiadomo, że jamy nosowe, oraz nosogardzielnia mają duże znaczenie, jako rezonatory przy tworzeniu się głosu. Wskutek zatkania od przodu mowa przyjmuje charakter nosowy, przy zatkaniu od tyłu [np. przez wyrośla adenoidalne], rezonans się zmniejsza, mowa staje się bezdźwięczną [t. zw. *totte Sprache* MEYER'a].

Wreszcie w wielu razach t. zw. jąkanie znajduje się w związku z zaburzeniami w nosie i nosogardzieli [KAFEMANN, KARUTZ, PLUDER].

II. Do ważnych również objawów ogólnych, występujących przy różnorodnych cierpieniach nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej, należą zmiany w wydzielinie nosa. Takowe mogą być ilościowe i jakościowe.

Zmniejszona wydzielina występuje w samym początku niezytu ostrego nosa, oraz w t. zw. zanikowym niezycie nosa.

O wiele częściej mamy do czynienia ze zwiększoną wydzieliną nosa. Występuje ono przedewszystkiem przy ostrym niezycie

¹⁾ Vide również pracę LUBLINER'a: „O cierpieniach dróg łzowych, zależnych od zбоcezeń w jamach nosowych. „Przegląd chirurg.“ 1895, t. II z. IV.

cie nosa, jakoteż w przewlekłym rozlanym, przerostowym niezycie, wreszcie przy obecności polipów w jamach nosowych etc. Przytem ilość dziennie używanych chustek może dochodzić do niebywałych rozmiarów [kilkanaście i więcej].

Na szczególną uwagę zasługuje t. zw. *hydrorrhoea nasalis*, t. j. wielkie ilości płynu wodnistego, jakie u niektórych [nerwowych najczęściej] osób spotykamy. Jest to t. zw. *coryza vasomotoria s. nervosa*. Czasami objaw ten jest następstwem pewnych cierpień zatok bocznych nosa (t. zw. *hydrops antri Highmori*).

Co się tyczy zmian jakościowych wydzieliny nosowej, to przedewszystkiem polegają one na zmianie zwykłego charakteru śluzowego na śluzoropny, lub czystoropny (t. zw. *pyorrhoea nasalis*) -- ten ostatni występuje przy t. zw. empyematach zatok bocznych nosa, o czem szczegółowo mówić będziemy w części specjalnej.

Często wydzielina zasycha, tworząc strupy. Jest ona wtedy brudno-zielona, gęsta, cuchnąca [np. przy ozenie].

Wydzielina taka, będąc w noey podczas snu bezwiednie polykaną, może spowodzić zaburzenia w trawieniu -- zasychając zaś od tyłu w nosogardzieli wywołuje co rano formalne dławienie się, czasami połączone z wymiotami.

III. Oprócz zaburzeń oddechowych, oraz w wydzielinie nosowej, bywają jeszcze zaburzenia węchowe, wspólne dla różnorodnych cierpień nosa, jego zatok; wreszcie nos, oraz jama nosogardzielowa, mogą być powodem całego szeregu t. zw. nerwic odruchowych, jako to kaszlu, astmy etc.

Również do objawów, mniej, lub więcej często towarzyszących tym cierpieniom, należą: pryszczycza (*eczema*), *sycosis*, obrzmienie gruczołów chłonnych etc. z ogólnych zaś stosunkowo dość rzadko gorączka.

ROZDZIAŁ III.

Ogólna i miejscowa terapia chorób nosa, jego zatok oraz jamy nosogardzielowej.

Zanim przystąpię do opisu różnorodnych metod stosowania środków leczniczych przy cierpieniach nosa, jego zatok, oraz

jamy nosogardzielowej, wspomnę tu w paru słowach o bardzo prostej, a jednak ważnej kwestyi, mianowicie o wycieraniu nosa.

Powszechnie jest przyjętem jednoczesne mocne wycieranie obu dziurek nosa, przyczem możliwą jest aspiracya śluzu, *resp.* w nim zawartych bakteryj [ropotwórczych] do trąbek EUSTACHIUSZA, co może wywołać ropne zapalenie ucha średniego. Racyonalne oczyszczanie nosa powinno się dokonywać w sposób t. zw. *à la paysanne*, polegający na tem, że jedną dziurkę nosa się uciska za pomocą, naturalnie chustki, jednocześnie zaś przez drugą, również w chustkę wydmuchuje zawartość danej jamy nosowej i *vice versa*. W większości przypadków z łatwością daje się to wykonać, przyczem niema tego nieprzyjemnego uczucia „pękania“ w uszach, jakie każdy z nas prawdopodobnie nie raz sam doświadczył, wycierając silnie obie połowy nosa jednocześnie.

Przechodząc do środków lekarskich, możemy je stosować pod różnorodnemi postaciami.

Do najprymitywniejszych, bardzo często, zwłaszcza dawniej, a po części i dziś jeszcze, używanych sposobów, należy t. zw. wciąganie płynów przez nos, albo po prostu z ręki albo ze szklanki. Sposób ten, jako nieracyonalny [koniec nosa przytem się macza, co przy użyciu niektórych środków np. *natrium bicarbonicum*, może stać się źródłem czerwienienia się jego], dalej nieprzyjemny [wywołuje krztuszenie się], wreszcie jako mogący niekiedy stać się szkodliwym [aspiracya płynu do trąbek EUSTACHIUSZA ¹⁾] — powinien raz na zawsze być zaniechanym.

Jedną tylko ma on dodatnią stronę, że jest prosty, nie wymaga żadnych specjalnych aparatów — tem się tłumaczy szerokie jego rozpowszechnienie w praktyce biednej.

Niektórzy [LERMOYEZ etc.] stosują czasami w celu oczyszczania jam nosowych od śluzu przedmuchiwanie za pomocą balonu POLITZER'a. Lecz i ten sposób z powyżej wymienionych względów nie może być zalecanym.

Szprycowanie nosa. Pozostaje więc w tych razach zastosowanie starej, jak świat metody, mianowicie: szprycowania jam nosowych (*irrigationes nasi*).

¹⁾ TRAUTMANN spostrzegł jeden przypadek, gdzie po wciągnięciu płynu do nosa wystąpiło ropne zapalenie ucha średniego — *meningitis* i śmierć.

Wymagają one już specjalnych aparatów. Do nich przede wszystkim należy stary, powszechnie znany t. zw. *douche WEBER'a*. Jest to rurka gumowa, której jeden koniec wkłada się do naczynia z płynem, umieszczonego wyżej, drugi zaś koniec, zakończony oliwką do nosa.



Fig 29. Sposób wykonywania irygacji nosa za pomocą t. zw. *douche WEBER'a* [według LERMOYEZ'a].

Dalej zwykły [wiszący] irygator — t. zw. Hegar'owski, ten ostatni może być używanym, naturalnie przy zmianie kanek, jednocześnie i przy cierpieniach innych narządów [kiszki prostej, macicy], wreszcie t. zw. angielska pompka gumowa [MICHEL'a], ta ostatnia bardzo przez ZARNIKO, LERMOYEZ'a i innych zachwalana.

Aparaty te szczególnie się nadają dla użytku chorych, gdyż nie wymagają obcej pomocy.

Dla lekarza natomiast najodpowiedniejszą w tych razach jest zwykła szpryca — najlepiej szklanna z tłokiem, np. HARTMANN'a,



Fig. 30. Zastosowanie pompki angielskiej [według LERMOYEZ'a].

Użycie wszystkich tych aparatów jest bardzo proste na pozór, a jednak wymaga koniecznie szczegółowych wskazówek

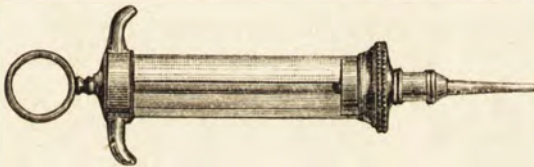


Fig. 31. Szpryca do nosa HARTMANN'a.

lekarza, inaczej rękoczyn ten nie będzie wykonanym dokładnie, to zaś może wywołać poważne, czasami wprost groźne dla chorego następstwa [głównie ze strony narządu słuchowego].

Ostrożności przy szprycowaniu nosa. Punkta, na które należy zwrócić uwagę chorego, są następujące: przede wszystkim należy zalecić przy kupnie, ażeby koniec irygatora *resp.* szprycy nie był zbyt grubym, oraz nie miał formy oliwki, które to dawniej najczęściej były w użyciu.

W przeciwnym razie będzie on zatykał zupełnie otwór nosowy, a wtedy płyn skierowany z mniej, ldb więcej znaczną siłą

przez jedno nozdrze — nie będzie mógł przez nią wylać się na zewnątrz, jeżeli z powodu zmian chorobowych w jamie nosogardzielowej lub drugiej jamie nosowej, nie wypłynie przez tę ostatnią, jak to normalnie powinno nastąpić. Co w takim razie wyniknie? Oto płyn ten będzie sobie szukał innego ujścia — mianowicie przez trąbkę EUSTACHIUSZA. co przy udziale ropotwórczych bakteryj może wywołać ni mniej, ni więcej, jak ropne zapalenie ucha średniego z jego następstwami [przedziurawieniem błony bębenkowej, zajęciem wyrostka sutkowego etc.]. Należy więc używać cienkich końców do irygatorów nosowych, oraz szprycować od strony zwężonej jamy nosowej.

Drugą kapitalną zasadą racjonalnego szprycowania nosa jest kierunek, w jakim należy go wykonać: pierwotnie wprowadzony do nosa [na jakiś 1 ctm.] koniec szprycy *resp.* irygatora powinien być zaraz skierowany poziomo, równoległe do dna jamy nosa — przytem nie skośnie, lecz zupełnie prosto, inaczej albo płyn dostanie się do zatok czołowych, wywołując mniej, lub więcej silny ból w tej okolicy, lub odbije się od bocznej *resp.* środkowejścianki nosa i również dostanie się do trąbki EUSTACHIUSZA.

Należy więc szprycowanie nosa wykonywać w kierunku poziomym, równoległe do dna jam nosowych.

Głowa chorego przytem nie powinna być zbyt ku dołowi, lub tyłowi pochyloną, lecz nieco ku przodowi.

Wtedy płyn, wstrzyknięty jedną stroną nosa wypłynie swobodnie przez drugą.

Dalej naczynie z płynem [w aparacie WEBER'a — w ogóle w irygatorach] nie powinno być umieszczonem zbyt wysoko — nie wyżej, jak 30—50 ctm. nad głową chorego — inaczej zbyt silny strumień również może ujemnie podziałać na ucho.

Wreszcie należy chorym zalecić oddechanie przez nos podczas aktu szprycowania, oraz zabronić rozmawiać lub robić ruchy połykowe w tymże czasie, wtedy bowiem trąbki EUSTACHIUSZA się otwierają i płyn łatwo doń przedostać się może.

Wreszcie należy chorym stanowczo zabronić wycierania nosa przynajmniej pół godziny po szprycowaniu.

Są to wszystko drobnostki, w obec jednak możliwości szkodliwych następstw [a w ostatnich czasach coraz częściej się sły-
szy o powikłaniach ze strony uszów, warunkowanych wadliwym
szprycowaniem — ja sam niejednokrotnie spostrzegałem tego
rodzaju przypadki], należy chorych drobiazgowo wtajemniczyć
w technikę tej procedury, a nawet o ile to jest możliwym —
ad oculos im ją zdemontrować.

Pomimo to jednak, pomimo zachowania wszystkich tych
ostrożności — czasami się zdarzyć może [zwłaszcza przy nienor-
malnie szerokich tubach], że płyn dostanie się do ucha, co wywo-
luje zaraz nieprzyjemne uczucie w uchu — czasami ból. W tych
razach należy zaraz zaprzestać dalszego szprycowania nosa,
oraz kilka razy zrobić ruch polykowy przy ściśniętym palcami
nosie, a gdy to nie pomaga — naturalnie — jaknajprędzej należy
zasięgnąć porady specjalisty otyatry.

W ostatnich zupełnie czasach ДАЛЕ z Christianii ¹⁾ w celu
uniknięcia tego niebezpieczeństwa zaleca prosty sposób oczysz-
czania nosa, mianowicie za pomocą zwykłych Nelaton'owskich
kateterów [dla dorosłych Nr. 15 — dla dzieci Nr. 12], zaopatrzo-
nych na końcach [u dorosłych na odległości 8 ctm., u dzieci na 5]
bocznymi otworami. Za pomocą zwykłego balonu wstrzykuje
się przez ów kateter płyn do nosa, który to płyn wypływa przez
boczne otwory i w ten sposób jakoby dokładnie, a co ważniejsza
bez obawy co do uszów oczyszcza jamy nosowe.

T. zw. kąpiele nosowe. Najlepszą, najwłaściwszą,
gdyż prostą i zupełnie bezpieczną metodą są zdaniem mojem
t. zw. kąpiele nosowe (*Nasenbäder* — SCHMIDT).

A priori tu zaznaczę że o wiele jest korzystniejszym, oraz
łatwiejszem do zrozumienia dla chorych, jeżeli się na sobie sa-
mym całą procedurę tych kąpiel pokaze, aniżeli rozdając cho-
rym przepis drukowany, jak to mianowicie widziałem u SCHMI-
DT'a we Frankfurcie nad Menem.

Metoda ta nie wymaga żadnych aparatów — wprawdzie
B. FRAENKEL zaleca w tym celu specjalną koneweczkę, jest to
jednak zdaniem mojem zupełnie zbyteczne.

¹⁾ Ein Apparat zur Ausspüllung der Nase. — Arch. f. Laryn. u. Rhin.
B. IV. H. 1.

Kąpiele nosowe *resp.* jamy nosogardzielowej wykonywają się w sposób następujący: chory *resp.* chora siada na zwykłym fotelu z oparciem tylnym niezbyt wysokim — z głową przechyloną nieco ku tyłowi i w jedną stronę [na lewo przy wlewaniu w prawą dziurkę nosa i *vice versa*].



Fig. 32. Aparat B. FRAENKEL'a do kąpieli nosowych.

Koniec nosa unosi się palcem nieco ku górze w celu łatwiejszego wiania płynu, co albo sam chory, lub ktoś z otoczenia dokonywają z pomocą po prostu zwykłej łyżeczki [z możliwie wązkim końcem]. Na parę sekund przed waniem należy zacząć śpiewać *e-e-e resp. hä* — i nie przerywać w tej pozycji [przechylenie ku tyłowi] dotąd, dopóki chorzy nie poczują, że im zaczyna braknąć tchu —

wtedy należy szybko pochylić głowę ku przodowi — zaprzestając śpiewać, a płyn spokojnie bez żadnego krztuszenia się wyleje się napowrót przez nos na podstawione *ad hoc* naczynie.

W ten sposób oczyszcza się doskonale jamy nosowe [dolny ich przewód], a zwłaszcza jamę nosogardzielową.

Jak już wspomniałem przy prawidłowo wykonanej kąpiei nosowej ani kropla nie przedostanie się do gardła, a to dzięki sztucznie wytworzonej [przy *e-e resp. hä*] ściance z miękkiego podniebienia, oddzielającej wtedy jamę nosogardzielową od gardzielowej.

W ten sam sposób postępuje się z drugą jamą nosową.

Należy procedurę tę powtórzyć kilkakrotnie, t. j. po 3 — 5 łyżeczek wlać do każdej jamy nosowej — resztą zaś płynu pozostałego w szklance [większa jej część] zalecam płukać gardło.

Jak długo trwać winna taka kąpiel nosa? Rozmaicie od paru sekund do 1 minuty i więcej, co zależy od ilości [zapasu] wciągniętego uprzednio powietrza.

Na podstawie własnego doświadczenia [stosuję bowiem tę metodę od lat kilku] mogę zaświadczyć, że w większości przypadków chorzy doskonale znoszą ten rękoczyn, który w wielu razach, wyjąwszy może ozonę, przy której dla usunięcia mocno przylegających strupów, potrzebną jest większa ilość płynu i silniejszy strumień — zupełnie okazał się wystarczającym, tak, że ja osobiście wyjątkowo tylko zalecam irygacje, a to głównie z racji możliwego niebezpieczeństwa dla uszów, czego t. zw. kąpiele

nosowe nie przedstawiają, będąc najzupełniej niewinnym reżymem.

Wspomnę tu jeszcze w paru słowach o innych metodach, używanych w celu oczyszczania jamy nosogardzielowej od śluzu.

Czasami [np. na klinice JURASZA w Heidelbergu] stosują w tym celu odpowiednio zagiętą strzykawkę, zaopatrzoną w kilka otworków, którą wprowadza się przez jamę ustną do nosogardzieli i płyn dany wstrzykuje. Niektórzy chorzy [np. jeden z leczących się u mnie tenorów] są w stanie doskonale oczyścić sobie jamę nosogardzielową, w sposób następujący: biorą oni nieco płynu do ust, trzymając przytem nieco ku tyłowi przechyloną głowę i wdychając przez nos powietrze, przyczem aspirują dany płyn ku górze — do jamy nosogardzielowej, następnie zaś wypuszczają przez nos wraz z wydechanem powietrzem. Jest to t. zw. metoda MOSLER'a.

Środki lekarskie, oraz ich stosowanie. Co się tyczy płynów, używanych do powyższych metod, a służących do oczyszczania nosa *resp.* jamy nosogardzielowej, to przedewszystkiem należy unikać takich, które ujemnie wpływają na nabłonek okolicy węchowej nosa: do takich zaś przedewszystkiem należy alun, dalej siarczan cynku, oraz kwas karbolowy. Pamiętam jeden przypadek, w którym wskutek pomyłki aptekarza [zamiast *aluminium acetico-tartaricum* — *alumen*] chory utracił powonienie.

Muszę tu również zauważyć, że i zwykła woda, którą bardzo wielu używa do wciągania do nosa zrana przy myciu — nie jest odpowiednia, gdyż również wywiera wpływ ujemny na nabłonek błony śluzowej nosa [LERMOYEZ].

Najwłaściwymi są w tych razach środki alkaliczne — śluz rozpuszczające (*resolventia*), do których przedewszystkiem należy chlorek sodu [t. zw. sól kuchenna] — dwuwęglan sodu (*natrium bicarbonicum*), boraks (*natrum biboricum*) etc.

MACKENZIE zaleca następującą mieszaninę:

Rp. *Natri bicarbonici*
„ *boracici*
„ *chlorati* aa 0,6
Sacchari albi 1,0

Mfpulv. Do pół szklanki wody — naraz wyszprycować.

Ze środków ściągających (*adstringentia*), najodpowiedniejszym, zdaniem mojem, jest *Aluminium acetico-tartaricum* — preparat bardzo przez SCHAEFFER'a z Bremen zalecany.

Stosujemy go w 25% — 50% roztworze wodnym, z czego od 10—30 kropeł wlewać do szklanki wody.

Wreszcie ze środków antyseptycznych najwięcej się nada-je kwas borny. Ten ostatni środek podobnie, jak i środki alka-liczne wyżej wymienione — najlepiej w praktyce biednej przepi-sywać nie w formie recepty, lecz *per se* ze składów aptecznych (np. *natrum bicarbonicum*), a to dla uniknięcia znacznych kosz-tów, niezbędnych przy długotrwałej i wymagającej dużych ilości lekarstw [np. przy ożeniu].

Zwykle jakies $\frac{1}{2}$ —1 łyżeczki takiego proszku wysypuje się do szklanki wody.

Jaką ciepłotę powinna posiadać ta ostatnia?

Jest to kwestya ważna: zbyt ciepła, również jak i zbyt zimna woda drażni błonę śluzową nosa, powodując nieprzyjem-ne, a nawet bolesne [zimny płyn] uczucie.

Najodpowiedniejszą do przestrzykiwań *resp.* kąpeli noso-wych — jest t. zw. letnia woda, t. j. przegotowana i ostudzona [ciepłoty mniej więcej 25° C.].

Co się tyczy ilości używanego do oczyszczania nosa, *resp.* jamy nosogardzielowej płynu, to zależy to od poszczególnych przypadków. Zwykle wystarcza szklanka [$\frac{1}{4}$ litra], czasami jednak np. przy ożeniu należy użyć znacznie większych ilości — mianowicie 1 litr i więcej.

Pulweryzacye. Oprócz powyżej opisanych sposobów [irrygacye, kąpiele nosowe] stosowania płynnych substancyj przy cierpieniach nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej—można je jeszcze używać w innej formie—mianowicie za pomocą t. zw. pulweryzacyj *resp. sprej'u*, t. j. rozpylania na zimno.

Z używanych w tym celu aparatów [może służyć zwykły rozpylacz, używany do wody kolońskiej, lub leśnej] za najlepsze uważam pulweryzatory SCHNITZLER'a [kauczukowo-szklanny] i HARTMANN'a [metalowo-szklanny].

W obu dodatnią stroną jest możliwość jednoczesnego za-stosowania zarówno do nosa, jakoteż do jamy nosogardzielowej, [a także i do krtani], przy założeniu odpowiednio zagiętej rurki. Pulweryzator HARTMANN'a zaś ma jeszcze tę wyższość, że za-opatrzone jest w przyrząd, pozwalający regulować ilość użytego płynu, co niekiedy np. przy użyciu środków droższych [kokainy] jest niezbędnem.

Obydwa aparaty zaopatrzone są w zwykły angielski balon podwójny.

W ogóle co do pulweryzacji muszę zauważyć, że niektórzy autorowie [SCHMIDT] zapatrują się na nie sceptycznie. Zdaniem

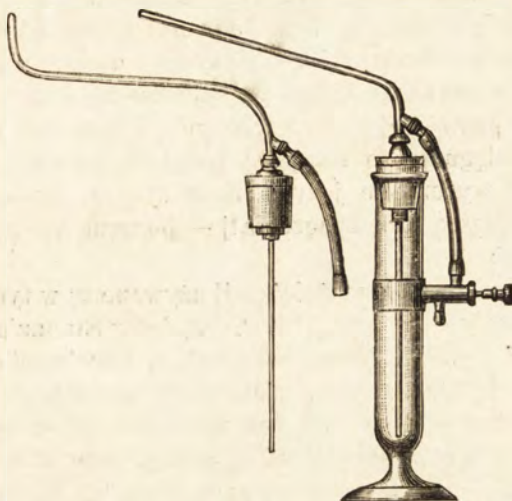


Fig. 33. Pulweryzator HARTMANN'a do nosa, oraz jamy nosogardzielowej.

mojem jednak pogląd ten nie jest słusznym. Przedewszystkiem części jam nosowych ku górze położone (*regio olfactoria*) za pomocą irrygacyj, *resp.* kąpeli nosowych nie mogą być należycie oczyszczone bez narażenia się na poważne niebezpieczeństwo dla zatok czołowych, a więcej jeszcze uszów. Tu więc tylko pulweryzacja może być zupełnie bezpiecznie zastosowaną.

Oprócz tego i przy operacjach w jamach nosowych — zwłaszcza w górnych ich odcinkach, oraz w jamie nosogardzielowej stosowanie kokainy za pomocą rozpyłań bardzo jest wskazanem: nie wywołuje ono bowiem krwawienia, co przy użyciu waty często się zdarza — wreszcie łatwiej tą drogą dostaje się płyn, *resp.* kokaina do różnych części nosa, częstokroć dla wacika małą, lub wcale niedostępną. Że na tem zyskuje bezboleśność operacji — nie potrzebuję mówić.

Inhalacye. O ile stosowanie środków lekarskich za pomocą inhalacyj częstem jest przy cierpieniach* krtani, o tyle przy cierpieniach nosa, oraz jamy nosogardzielowej, metoda ta ma bardzo tylko ograniczone zastosowanie. Przeważnie czasami tylko [przy zanikowym katarze jam nosowych, *resp.* ozenie] niektórzy autorowie ją stosują.

Użycie takie same, jak przy krtaniowych cierpieniach, a więc albo bez aparatu, lecz po prostu wlewając do szklanki *resp.* kubka wody wrzącej 10 — 20 kropel danego płynu [najlepiej balsamu peruwiańskiego ze spirytusem 1:2, lub *aa*, lub z dodatkiem podwójnej ilości terpentyny, i następnie przez lejek z papieru wciągając do ust parę [przy cierpieniach krtani należy zalecić wysunięcie języka na zewnątrz, inaczej para nie dojdzie do miejsca przeznaczenia!] — poczem należy ją przez nos wypuścić;

lub [w praktyce zamożniejszej] używane są w tym celu specjalne aparaty — najlepiej t. zw. inhalator SIEGLE'a.

Niektóre środki lotne, jak *menthol*, *Eucalyptol* etc. można użyć w inny jeszcze sposób, mianowicie na zimno na wacie po parę kropel do wążania, lub też stosowując specjalne aparaty, do których przedewszystkiem należą: obturator i inhalator KAFEMANN'a¹⁾, oraz respirator FELDBAUSCH'a. W tym ostatnim zamiast waty użytą jest bibuła.



Fig. 34. Respirator FELD-
BAUSCH'a.

Insuflacye. Nierównie częściej przy cierpieniach nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej stosują się t. zw. insuflacye, t. j. użycie środków pod postacią sproszkowaną.

W tym celu niezbędnym jest specjalny aparat [w ostateczności służyć może piórko gęsie — wreszcie można też używać proszek — jak tabakę do wążania] w rodzaju tego, jaki się używa dla proszku perskiego.

Dozkonalszym do nosa jest t. zw. insufflator KABIERSKY'ego. Do jamy zaś nosogardzielowej [*resp.* do krtani] używam również bardzo praktyczny mechaniczny insufflator [KRAUSE'go]. Do tego ostatniego niezbędnym jest podwójny zwykły balon angielski.

¹⁾ Nasenobturator und Inhalator. Arch. f. Lar. 1895.—B. II—p. 407.

Do najczęściej używanych proszków w formie wdmuchiwań należą: arystol, dermatol, iodol (*per se*), wreszcie preparaty sozo-iodolowe (*Kalium, Natrium per se, Zincum 1:10 Amyli*), zalecane szczególnie przez BRESGEN'a.

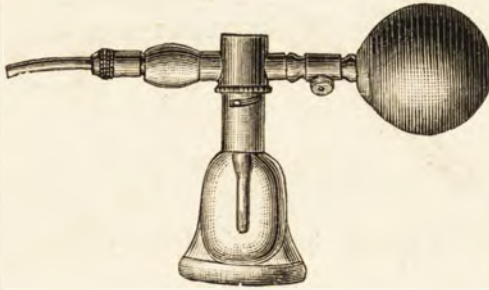


Fig. 35. Insuflator KABIEBSKY'ego.

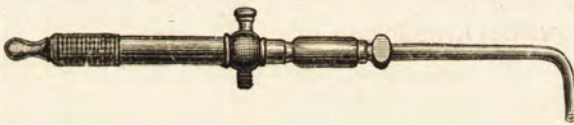


Fig. 36. Insuflator mechaniczny do jamy nosogardzielowej (*resp. krtani*).

Pędzłowania. Wreszcie płynne substancje można stosować jeszcze za pomocą pędzlowań. Dawniej powszechnie były w użyciu pędzelki włosiane [jeszcze w roku 1889 widywałem takowe na klinikach wiedeńskich i angielskich] zarówno do krtani, jak i nosogardzieli.

Przy dzisiejszym jednak stanie nauki o anty i aseptyce użycie ich jest niemożliwym, jest po prostu anachronizmem

Obecnie czy to do nosa, czy nosogardzieli [a także krtani] używamy stale jedynie pędzelków z waty i takie tylko zalecać mogą. Rzecz prosta, że po każdorazowym użyciu — wyrzuca się watę.

Do nosa użyć można zwykłej sondy, której koniec, zaopatrzonej w karby, służy do nawinięcia waty.

Choroby nosa.

5

Doskonałą jest pincetka HARTMANN'a [którą też używam i do wyjmowania ciał obcych z jam nosowych].

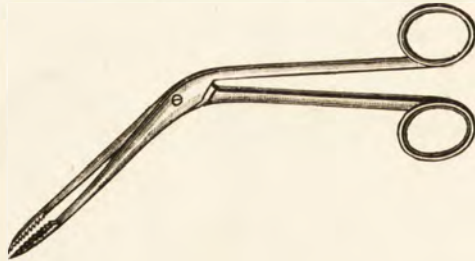


Fig. 37. Kleszczyki HARTMANN'a.

STOERK z Wiednia zaleca specjalne wałeczki z waty, przepojonej danym środkiem leczniczym, które chorzy wkładają do nosa *à demeure*.

Do jamy nosogardzielowej używam pincety, podobnej do Krauze'owskiej krtaniowej.



Fig. 38. Pinceta do jamy nosogardzielowej.

W ostatnich czasach B. FRAENKEL¹⁾ podaje w tym celu bardzo stosowny przyrząd.

Maśćcie. Wreszcie czasami—zwłaszcza przy cierpieniach nosa zewnętrznego (*eczema etc.*), a także po operacjach np. galwanokaustycznych stosujemy środki lecznicze pod postacią maści, które albo po prostu palcem, lub lepiej jeszcze za pomocą waty do jam nosowych wprowadzamy.

¹⁾ Tamponträger für den Naseurachen. Arch. f. Laryng. B. IV — H. 3. p. 426.

Ze środków w tym celu stosowanych — najczęściej w użyciu są rtęć, rezorcyna etc. Tę ostatnią zwłaszcza chętnie stosują pod następującą postacią:

Rp. *Resorcini*
Zinci oxidati
Acidi borici \widehat{aa} 1,0
Lanolini 15,0.
Mfunguentum.

Próbowano zamienić maście za pomocą t. zw. *bougies* — świeczek cylindryczno-konicznych z gliceryny, żelatyny i wody z dodatkiem leczniczych substancyj.

Słusznie jednak sposób ten nie znalazł zwolenników i został powszechnie zarzuconym, gdyż zanim nastąpiło rozpuszczenie się świeczki w nosie, takowa wpadała do gardła, wywołując objawy zaduszania.

Mięsienie drgawkowe. Przejście od leczenia objawowego cierpień nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej, nawiasowo mówiąc wielce niedostatecznego, jakim jest szprycowanie, wdmuchiwanie etc. środków farmaceutycznych — do najbardziej racjonalnego, jakim bez zaprzeczenia jest operacyjne leczenie — stanowi t. zw. mięsienie drgawkowe (*Vibrations-massage*—BRAUN, *Innere Schleimhautmassage*—LAKER), metoda stosunkowo nowa jeszcze, która jednak w ostatnich czasach zaczyna sobie zdobywać coraz więcej zwolenników.

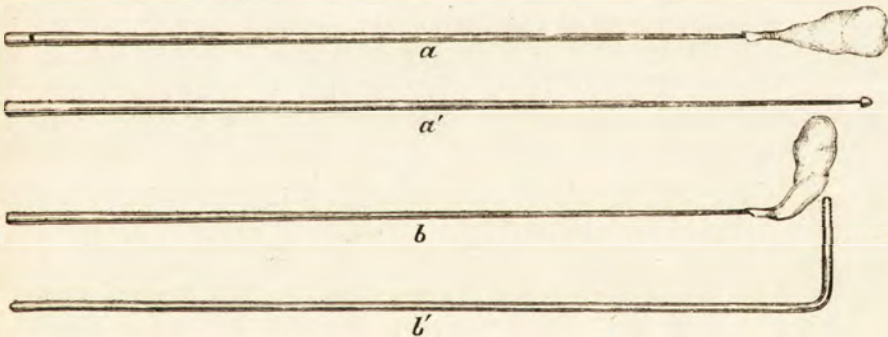


Fig. 39. Sondy same i z wata do mięsienia drgawkowego — *aa'* do nosa, *bb'* do jamy nosogardzielowej.

Metoda ta polega na wykonywaniu za pomocą specjalnych sond z nawiniętym na końcu wacikiem — na błonie śluzowej nosa

i nosogardzieli [a także w krtani i uszach] nieznacznych szybkich [przecięciowo do 300 — 400 na minutę] bardzo regularnych drgań (*vibrations*), oraz pocierań (*effleurages*).

Drgania te wywołane są skurczem mięśni ramieniowych, przyczem ruchy powinny się wytwarzać jedynie w stawie łokciowym — ręka natomiast i staw napięstkowy winny pozostawać zupełnie nieruchome.

Wacik macza się zwykle w jakimś [obojętnym zresztą] płynie. Zwykle do nosa [przy nieżycie ostrym, lub przewlekłym przerostowym], jako narządu więcej wrażliwego używam słabego [5%] roztworu kokainy, lub [przy ożeniu np.] mentolu [5 — 10%] w roztworze oleistym [oliwie, lub olejku migdałowym]. Do jamy nosogardzielowej najczęściej tego ostatniego.

Technika mięsienia drgawkowego. Sam rękoczyn wykonywam w sposób następujący: przekonawszy się uprzednio o zmianach w jamach nosowych — za pomocą *rhinoscopia ant.* — stosuję mięsienie drgawkowe na ślepo, stojąc *vis à vis* i nieco z prawej strony chorego [BRAUN stosuje go w siedzącej pozycji i pod kontrolą wziernika nosowego, co jednak utrudnia samą, i tak już z natury swej bardzo trudną, technikę].

Głowę chorego unieruchomia się za pomocą lewej ręki — koniec zaś nosa unosi lekko ku górze, poczem ostrożnie wprowadza sondę nosową, odpowiednio przygotowaną do jamy nosowej i wykonywa się wtedy w sposób wyżej opisany drgania, zaczynając od przedniego końca dolnej muszli, następnie nie przerywając szybkich, a jednocześnie delikatnych drgań przechodzi się przez całą długość dolnej muszli aż do jej tylnego końca, skąd na średnią muszlę [również tylny jej odcinek], dochodząc do jej przedniego końca.

Również za pomocą tej samej sondy [BRAUN używa do każdej jamy po kilka sond] wykonywam mięsienie pozostałych części, dotkniętych sprawą chorobową [np. przy rozlanym nieżycie], a więc średni i dolny przewód—dno, dalej przegrodę nosa, wreszcie bardzo ostrożnie [i to tylko z kokainą!] górną wężową część nosa.

W ten sam sposób postępuję z drugą jamą nosową, używwszy doń naturalnie świeżej sondy.

Rzecz prosta, że przy ograniczonych cierpieniach [przerostach muszel] stosuję mięsienie drgawkowe, podobnie jak BRAUN

jego twórca, mianowicie w pozycji siedzącej i pod kontrolą wziernika nosowego.

Jamę nosogardzielową tylko w ten ostatni sposób należy masażować, t. j. pod kontrolą światła i za pomocą odpowiednio zakrzywionej sondy kolejno wykonywa się mięsienia stropn, dalej bocznych części t. j. okolic trąbek EUSTACHIUSZA, oraz *foveae Rosenmülleri*, wreszcie tylnych końców muszel nosowych.

Czas trwania mięsienia drgawkowego wynosi od paru sekund do paru i więcej minut.

Ilość niezbędnych posiedzeń jest różną, co zależy od rodzaju i natężenia sprawy chorobowej — [od kilkunastu do kilkudziesięciu np. przy ozenie — przecięciowo zaś wystarcza 30].

Chorzy w większości przypadków szybko przyzwyczajają się do tego rękoczynu, tem więcej, że nie jest on bolesny, a co najważniejsza, że zwykle już po pierwszych mięsieniach czują mniej lub więcej znaczną poprawę.

Zresztą co do wartości leczniczej tej metody—będzie o tem mowa w części szczegółowej, traktującej o chorobach nosa, jego

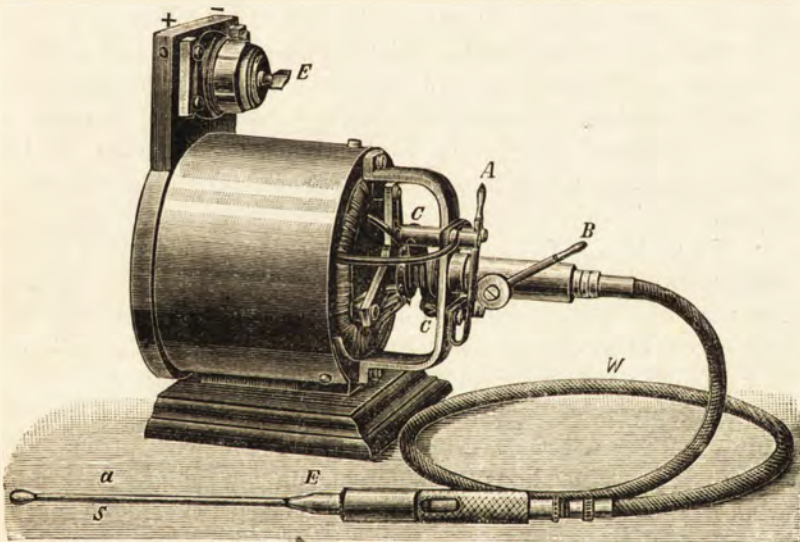


Fig. 40. Elektromotor HIRSCHMANN'a z sondą do mięsienia jam nosowych.

zatok, oraz jamy nosogardzielowej. Obecnie tylko jeszcze raz zaznaczę, że rękoczyn ten jest bardzo trudny do dokładnego wy-

konania — wymaga specjalnych studyów i przy częstem stosowaniu niezwykle jest dla lekarza męczącym.

I dla tego to ostatnimi czasy zaczęto zastępować ręczne mięsienie za pomocą specjalnych aparatów, do których przede wszystkim zaliczyć należy DAAE'go z Christianii, oraz elektromotor. Ten ostatni fabryki HIRSCHMANN'a z Berlina najchętniej stosuję, zarówno do nosa, jakoteż do zewnętrznego mięsienia krtani.

Operacyjne leczenie chorób nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej może być krwawe, lub bezkrwawe [żrące chemiczne środki, galwanokaustyka, wreszcie elektroliza].

W większości przypadków przy rhinologicznych operacjach, ogólne znieczulenie [chloroformowanie] nie jest koniecznem, wyjątek stanowi operacja wyrosli adenoidalnych u dzieci i to zwykle zastosowuje się w tych razach t. zw. pół narkoza.

W ostatnich czasach zamiast chloroformu zaczynają [głównie we Francji — LUBET BARBON, LERMOYEZ ¹⁾ etc.] — używać z powodzeniem bromek etylu (*aether bromatus purissimus*), za pomocą którego można w ciągu $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ min. już otrzymać zupełne uśpienie, które jednak bardzo krótko trwa [2—3 min.] i dla tego nadaje się przedewszystkiem do operacji wyrosli adenoidalnych, która jak wiadomo, nie wymaga długiego czasu [parę minut].

Ja osobiście nie jestem zwolennikiem tego środka, co do którego zresztą tu i owdzie zaczynają się odzywać głosy niechętnie.

Kokaina. W większości przypadków miejscowe znieczulenie zupełnie wystarcza. Otrzymuje się ono za pomocą kokainy, której wprowadzenie do laryngo-rhinochirurgii w roku 1884 przez JELLINER'a—assystenta prof. SCHROETTER'a w Wiedniu stanowi nową erę w naszej t. zw. małej chirurgii.

Kokainy należy używać jedynie z fabryki MERCK'a z Darmstadt, inne [SCHERING'a, JAFFE'go] mniej są pewne. Cena jej obecnie dzięki kolosalnemu rozpowszechnieniu uległa znacznej redukcji [początkowo kilkanaście rubli za 1 grm., obecnie 45 kop.].

Najlepiej [ze względów oszczędnościowych] kokainę wypisywać *per se* ze składów aptecznych i samemu roztwór odpowie-

¹⁾ Therapeutique des maladies des fosses nasales—des sinus de la face et du pharynx nasal. — 1896.

dni przygotować, co jest bardzo łatwym [napełnienie całej butelki gramowej wodą, mniej więcej odpowiada 20%—25%, t. j. takiej koncentracji, jaką zwykle do operacji używamy — przy czem rozpuszczenie kokainy następuje bardzo szybko — w parę minut.

Najczęściej stosujemy kokainę od 5 — 20%, a nawet 30% pod postacią pędzlowań, przyczem, jak już wspomniałem — używamy pędzelków z waty, które nie należy zbyt obficie zwilżać kokainą, gdyż nadmiar jej będzie spływał [przy operacjach w nosie] ku tyłowi do jamy nosogardzielowej, gdzie częstokroć wywołuje on bardzo nieprzyjemne dla chorych objawy — jako to: dławienie, uczucie ciała obcego. przytem łatwiej następuje ostre zatrucie. I dla tego to należy przedtem chorych o tej ewentualności uprzedzić i w razie poczucia smaku gorzkiego w ustach — zalecić chorym nie połykać śliny [z kokainą], lecz ją wypłuć. Należy również głowę chorych trzymać nachyloną nieco ku przodowi — przez co również nie dopuszczamy do spływania kokainy do jamy nosogardzielowej.

Watę z kokainą [w Anglii — jak wspomniałem chętniej stosują spray, ku czemu bardzo nadaje się wyżej wspomniany pulweryzator HARTMANN'a — SCHMIDT zaś radzi przy operacjach w jamie nosogardzielowej wdmuchiwanie sproszkowanej kokainy w stosunku 1 : 4 cukru] — należy pozostawić w jamie nosowej na kilka minut, poczem przekonać się za pomocą zgłębnika o zupełnym znieczuleniu [chorzy nie czują wtedy zupełnie dotknięcia]. Długość trwania znieczulenia bywa rozmaita do 20 minut i więcej — przecięciowo jakieś 10 min. Wstrzykiwań podśluzowych kokainy nawet przy operacjach na przegrodzie, jak to niektórzy autorowie zalecają — ja podobnie, jak i STOERK ¹⁾, HAJEK, LERMOYEZ i inni, nie stosuję, a to ze względu na możliwe objawy otrucia — zwykle pędzlowanie i w tych razach najzupełniej mi wystarczało.

Zamiast kokainy ST. HILAIRE zaleca antipirynę [30%], WRÓBLEWSKI zaś mieszaninę 20% *antipirini* + 10% *cocaini*. Inni [ROSENBERG] *menthol* — ostatnimi zaś czasy *gwajakol* [5% w oliwie] — LUCAS CHAMPIONNÉRE, LAURENS ²⁾ i GERONZI ³⁾.

¹⁾ Ueber Cocainanesthesie. Wien. med. Woch. 1896. — Nr. 44.

²⁾ Anesthésie par l'huile guajacolé. Ann. de mal. de l'oreil. 1896.

³⁾ Guajacolo come anestetico. Arch. ital. di Lar. 1896—3.

Zatrucie kokainą. Jakkolwiek przypadki śmiertelne od kokainy w naszej specjalności pomimo niezwykle szerokiego stosowania tego środka chyba wyjątkowo się zdarzają, to jednak ostre i to czasami dość alarmujące otrucia tym środkiem każdy z nas chyba niejednokrotnie miał sposobność spostrzegać.

Wspomina o nich SCHMIDT, ja również nieraz miałem z nimi do czynienia.

W lżejszych przypadkach występuje mniej lub więcej znaczne podniecenie, objawiające się gadulstwem (*loquacitas*), skłonnością do wywnężeń — pewnym rodzajem czułości [w paru przypadkach chorzy — skąd inąd intelligentni i z lepszej klasy — ku mojemu przerażeniu okazali chęć całowania mnie po rękach!] Również bladeść twarzy, poty, drżenie rąk, nudności, wymioty, zawroty głowy, a nawet zemdlenia są to dość pospolite, zwłaszcza u osób nerwowych, objawy, czasami jednak zdarzają się i groźniejsze.

Żywo mam w pamięci dwa tego rodzaju przypadki. W jednym z nich, dotyczącym 40-to kilkoletniej mężatki — notabene histeryczki — wkrótce po zapędzowaniu jamy nosowej 20% roztworem kokainy [STOERK — zdaniem mojem niesłusznie utrzymuje, że do nosa dostatecznym jest 5% roztwór kokainy] z powodu polipów, wystąpiły objawy ostrego obłądu. Chora zaczęła krzyczeć, że się dusi, drzeć na sobie ubranie, tarzać się po ziemi, wreszcie chciała wyskakiwać oknem. Wysokie niepokojący stan ten trwał kilkanaście minut poczem nastąpiło kilka godzin trwające silne osłabienie. Nawiasowo dodam, że na temże posiedzeniu — po znieczuleniu tą samą kokainą wyjąłem pętlą gorącą [galwanokaustyczną], oba przerosłe migdałki podniebienne u jej 10-cio letniej córeczki bez żadnych absolutnie objawów zatrucia.

Fakt ten nie można, zdaniem mojem, inaczej sobie tłumażyć, jak pewnym rodzajem idiosynkrazyi. Nie należy jednak zapominać i o tym fakcie, że błona śluzowa jam nosowych posiada wyższą nierównie zdolność wchłaniającą, jak inne, np. krtańniowa, gdzie też objawy zatrucia o wiele rzadziej, niż w nosie występują.

W drugim przypadku, dotyczącym 20-kilkuletniego chorego — również bardzo nerwowego — po zakokainowaniu [20% roztworem] muszel dolnych w celu galwanokaustycznego ich przypalenia z powodu astmy [podejrzenie na nerwicę zwrotną — pochodzenia nosowego], wystąpiły bardzo alarmujące objawy: i tu również chory zaczął krzyczeć, że się dusi, że umiera, błagał o kompres na serce — wino etc. Z trudnością udało mi się go uspokoić, poczem dokończyłem rozpoczętą operację.

W ogóle ilość zużytej na raz kokainy nie powinna przekraczać 0,05 grama, chociaż indywidualność gra tu wielką rolę. Operowałem przypadki, gdzie zmuszony byłem zużyć prawie

cały gramm 20%, rozworu — bez wywołania najmniejszych objawów zatrucia.

W razie ostrego otrucia kokainą zalecają powszechnie — jako *antidotum* — wdychanie par *amylnitritu*, ja jednak ani razu nie byłem zmuszony uciec się do tego środka, niezbyt zresztą bezpiecznego. Najczęściej wystarczało napięcie się zimnej wody, lub skroplenie nią twarzy, dalej eter do wężania, świeże powietrze — wreszcie w domu czarna kawa, wino, bromek sodu etc.

Niektórzy autorowie [LOEWENBERG, FINKELNBURG] wspominają o przewlekłym zatruciu kokainą wskutek używania przez czas dłuższy proszku z kokainą przy cierpieniach nosowych (*hay fever* etc.).

Anty- i aseptyka. Zanim przystąpię do opisu instrumentów, używanych przy operacjach rhinologicznych, chciałbym słów parę poświęcić anty- i aseptyce.

Już przy badaniu chorych należy nadzwyczajnie przestrzegać czystości używanych instrumentów, bardziej zaś, jeżeli zamierzamy wykonać jakiś zabieg operacyjny w nosie, jego zatokach, oraz jamie nosogardzielowej.

Instrumenta należy dokładnie zdezynfekować — osiągamy to w ten sposób, że zanurzamy je bezpośrednio przed i po każdym badaniu w naczynie z 5% kwasem karbolowym, 1% kreoliną — ten ostatni środek jest tańszy. LERMOYEZ zaleca *phenosalyl* [1%], zawierający kwas karbolowy, salicylowy i mleczny, oraz nieco mentolu. Po zdezynfekowaniu wycieramy je dokładnie czysto *ad hoc* przeznaczoną ściereczką [w Londynie dla każdego chorego używają oddzielnej, co jest bardzo pożądanem, lecz w praktyce trudnem do urzeczywistnienia].

Prócz tego dla zaraźliwych chorych [gruźlica, przymiot, błonica etc.] należy mieć oddzielne, różniące się formą, lub materiałem [rączką] instrumenta, jakkolwiek wyznaczyć należy, że nie zawsze przy pierwszym badaniu jesteśmy pewni, z czem mamy do czynienia — z chorobą zakaźną, lub nie.

Wszelkie instrumenta, zwłaszcza te, które mają być użytymi do operacji [np. kleszcze, skrobaczki do wyrosli adenoidalnych etc.] należy uprzednio wyjałowić — o ile naturalnie materiały, z którego zrobionym jest instrument, na to pozwala [w ostatnich czasach nawet galwanokautery są tak przygotowywane

B. FRAENKEL¹⁾] w gorącej wodzie, ku czemu służą t. zw. sterylizatory—najlepiej gazowe, choć mogą być ogrzewane i za pomocą benzyny etc. Zupełnie dobre w cenie około 15 rubli wyrabia u nas PEETZ [Nowy-Świat].

THOMSON²⁾ sądzi, że wszelka sterylizacja instrumentów jest zbyteczną i że najzupełniej wystarcza zanurzenie ich w 5% kwasie karbolowym, z czem jednak trudno się zgodzić [GRADE-NIGO, HELME etc.].

Co się tyczy dokładnej dezynfekcyi samego pola operacyjnego, t. j. jam nosowych, lub jamy nosogardzielowej, to już *à priori* można to uważać za rzecz niemożliwą do wykonania — po prostu za utopię — w obec takiej masy bakteryj, niewinnych i chorobotwórczych [STRAUSS znajdował w jamach nosowych u osobników zdrowych, mających styczność z suchotnikami — laseczniki gruźlicze], jakie się znajdują zarówno w zdrowych, a więcej jeszcze w chorobowo zmienionych, wyżej wymienionych jamach, które prócz tego obfitują w wielką ilość [różnorodnych zagłębień, że się tak wyrażę „zaułków“, które dokładne oczyszczenie jam nosowych czynią również wielce problematycznym.

Nie zapominajmy przytem, że wrażliwość błony śluzowej nosa nie dozwala na użycie dostatecznej koncentracji płynów antyseptycznych, przyczem gra też ważną rolę własność tejże błony śluzowej—silnie wchłaniająca [dwa razy więcej, jak w żołądku]. W ostatnich czasach, jak już wspominałem, niektórzy autorowie [WURTZ i LERMOYER, ST. CLAIR THOMSON i HEWLETT, SCHIEFFERDECKER, a ostatnimi zupełnie czasy PIAGET³⁾] utrzymują, że normalna wydzielina nosa ma posiadać własności bakteriobójcze. ST. CLAIR THOMSON, wychodząc nawet z tej zasady odrzuca wszelkie antyseptyczne oczyszczania nosa, zadawalnając się jedynie użyciem alkalicznych płynów.

Wspominałem też, że pogląd ten napotyka na poważnych oponentów [KLEMPERER, HAJEK], którzy najwyżej skłonni są

¹⁾ Aseptisches Instrumentarium für Galwanocaustik. Arch. f. Lar. 1895. B. II. p. 414.

²⁾ De l'antisepsie et des medecations intranasales. Ann. de mat. de l'oreil. 1896. I.

³⁾ Les moyens de defense des fosses nasales contre l'invasion microbienne. Ann. de mal. de l'oreil et N. 2—1897.

przyznać wydzielinie nosa wpływ hamujący na rozwój pewnych bakteryj. Co się mnie osobiście tyczy, to również nie przywiązuje wielkiej wagi do antyseptyki jam nosowych — jako niemożliwej do wykonania, zadawałniam się po prostu możliwie dokładnie oczyszczeniem nosa przed każdą operacją, najlepiej za pomocą 4^o/_o ciepłego roztworu kwasu bornego.

A teraz przechodzę do właściwych zabiegów operacyjnych. Zacznę od środków żrących (*caustica*).

Do nich przedewszystkiem należą:

1) *Lapis (Argentum nitricum)*, którego użycie *in substantia* nie jest bezpiecznem, gdyż łatwo może się kawałek ukruszyć i wpaść do dróg oddechowych. Lepiej już natopić go na zgłębnik. SCHMIDT radzi sposób następujący: część lapisu roztopić w małym porcelanowym tygielku, poczem zanurzyć koniec zgłębnika [nie ogrzanego!].

2) *Kwas chromny (Acidum chromicum)* również najlepiej według metody HERYNGA natopić na srebrnej sondzie [koniec sondy nieco ogrzany zanurzyć w kryształki kwasu chromnego, następnie wraz z paru przyklepionymi kryształkami ostrożnie ogrzewać nad lampką gazową, póki nie wytworzy się masa czerwono-brunatna].

Nie należy zapominać o trujących własnościach kwasu chromnego i nadmiar jego zubożniać roztworem sody.

3) O wiele bezpieczniejszy jest przez SREIN'a, EHRLMANN'a [z kliniki JURASZA w Heidelbergu], jakoteż przezemnie ¹⁾ zalecany kwas trójchloroctowy (*acidum trichloroaceticum*).

I tu najlepiej użyć kryształków na sondzie. W tym celu JURASZ, a także CHOLEWA zalecają specjalne instrumenty [zgłębniki], mające na końcu odpowiednie zagłębienia. Wszystkie powyższe środki można też użyć i w roztworach — za pomocą pędzelków z waty.

Dobrze jest po przypaleniu w jednej połowie nosa — wyszprycować go od strony przeciwnej [zdrowej], a to ażeby uniąknąć drażniącego działania na trąbkę EUSTACHIUSZA.

Wszystkie te jednak środki żrące w działaniu swoim ustępują galwanokautyce, która też w rhinochirurgii odgrywa pierwszorzędną rolę.

¹⁾ Kwas trójchloroctowy w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów. Gaz. Lek. 1890.

Najczęściej w użyciu będący galwanokaustyczny aparat BRUNS'a składa się z 2 elementów [węgle i cynki], które pogrą-

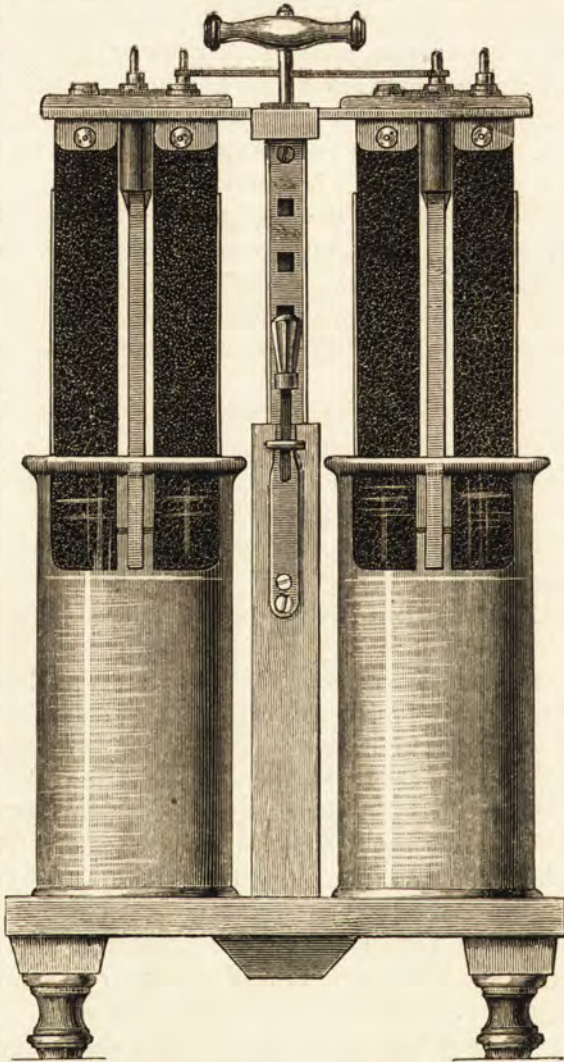


Fig. 41. Aparat galwanokaustyczny BRUNS'a.

żają się w odpowiednio przygotowane płyny, składające się z kwasu siarczanego i dwuchromianu potasu [na 4 litry płynu.

potrzebnego do jednego elementu, używa się 250 grm. *kali bichromici* i 500 grm. *acidi sulphurici anglicani* [1,33 ciężar gatunkowy], mocniejszy płyn zawiera podwójną ilość *kali bichromici*, t. j. 500 grm., oraz kwasu siarczanego 1000 grm. na taką samą ilość wody, t. j. do 4 litrów. Zwykle jeszcze dodaje się nieco [30 grm.] dwusiarku rtęci (*hydrargyri bisulphurici*).

Po każdorazowym użyciu należy elementy dobrze spłukać wodą — najlepiej za pomocą specjalnie *ad hoc* urządzonych blaszanych lub szklanych naczyń [kubelków].

W ten sposób zabezpiecza się elementy od psucia, tak, że taki aparat przy umiejętnem użyciu z nim obchodzeniu, może służyć na parę, a nawet kilka lat. Płyny również mogą służyć na kilka tygodni, a nawet miesięcy — stosownie naturalnie do mniej lub więcej częstego używania aparatu.

Należy też je mieć zawsze przykryte, ku czemu służy najlepiej zwykła tafla szklanna [do każdego słoja oddzielna].

Aparat BRUNS'a, jeśli się nie mylę — przeważnie u nas używany — ma swoje dobre strony, przedewszystkiem jest on dość tani [40 rubli] i przez tutejszych mechaników [HERBST] wykonanym być może.

Ma on jednak tą niedogodność, że nie jest przenośny, oraz że niema rheostatu, t. j. przyrządu, regulującego siłę prądu. Wskutek czego czasami platyna w kauterach, lub drut w pętli się przepala przy użyciu zbyt silnego strumienia. I dla tego to w ostatnich czasach zwłaszcza zagranicą zaczynają coraz częściej używać suchych przenośnych aparatów, zaopatrzonych w rheostat, t. j. t. zw. akkumulatorów, o czem już wspominałem. Mogą one służyć jednocześnie i do oświetlania, choć lepiej jest mieć oddzielne do tego ostatniego i do galwanokaustyki.

Drugą częścią niezbędną do galwanokaustycznej operacji, jest rączka, która z jednej strony za pomocą sznurów [przewodników] łączy się z aparatem, z drugiej zaś strony wstawiają się doń kautery, lub pętle.

Dawniej używano powszechnie 2 rączki [SCHECH'a]—jedna zwykła do kauterów, druga w formie rewolweru do pętli. Obecnie jednak przekonano się, że jest to zbyt cieżnym, ta ostatnia bowiem zupełnie wystarcza dla obu celów i dla tego nosi nazwę „uniwersalnej“.

Ja używam obecnie najchętniej udoskonalonej rączki KURTNER'a.

Co się tyczy kauterów, to wystarczają w zupełności następujące.

1) Z ostrym [platynowym] końcem — do brózd, oraz wkłówań [np. przy przypalaniu dolnej i średniej muszeli].

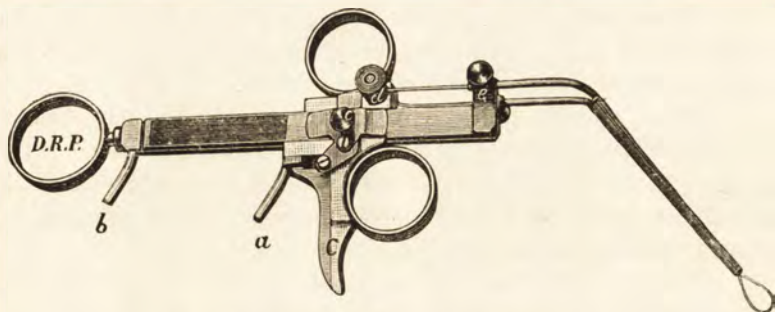


Fig. 42. Rączka uniwersalna KUTTNER'a.

2) Płaski do przegrody nosa [np. dla przypalania krwawiących, rozszerzonych naczyń części przedniej] — wreszcie

3) Główkowy—najodpowiedniejszy do jamy nosogardzielowej. Używają jeszcze t. zw. boczne kautery w celu uchronienia od przypalania zdrowych części, np. przegrody przy przypalaniu muszeli.

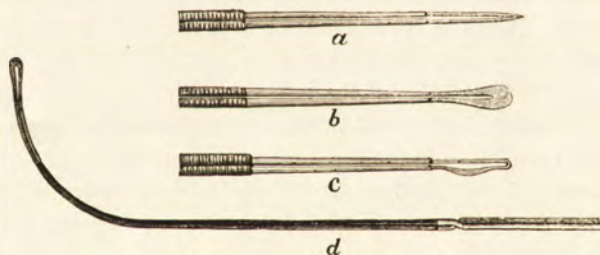


Fig. 43. Kautery do nosa i nosogardzieli — a) ostry, b) płaski, d) główkowy [do nosogardzieli], c) boczny.

Co się tyczy pętli, to składają się one z rurki podwójnej, w którą wkłada się zwykły drut żelazny [fortepianowy] —

platynowych nie używamy, raz że są zbyt drogie, powtóre że są niepraktyczne — gną się, co przy operacji np. polipów stanowi wielką przeszkodę.

Przy wykonywaniu operacyj galwanokaustycznych należy zachować pewne ostrożności.

1) wprowadzać kautery *resp.* pętle na zimno do jam nosowych — dopiero doszedłszy do miejsca przeznaczenia, powoli, ostrożnie rozpalać platynę *resp.* drut.

2) należy, zwłaszcza przy użyciu pętli, prąd co chwila przerywać, a to w celu uniknięcia krwawienia [w normalnych warunkach jest to operacja bezkrwawa — dzięki skrzepom, jakie się podczas przypalania w naczyniach wytwarzają].

Leczenie pooperacyjne. Po operacji galwanokaustycznej—zazwyczaj dzięki kokainie zupełnie niebolesnej, nieprzyjemnej tylko wskutek dymu *resp.* odoru, wydobywającego się przy paleniu tkanek, zwykle wkrótce [czasami już w parę godzin] występuje t. zw. reakcyjny katar, oraz tworzenie się t. zw. błon rzekomych.

Niekiedy jest on bardzo silnie wyrażony [z gorączką — w ogóle o tej ewentualności należy chorych uprzedzić] i na czas pewien psuje nam bezpośredni efekt operacji [przywrócenie drożności nosa], dopiero po dniach kilku błony [niekiedy bardzo grube], oddzielają się, lub umyślnie się je zdejmuje. Najlepiej najpierw je za pomocą sondy z wacikiem, zwilżonym słabym roztworem kokainy — podważyć, następnie zaś przekonawszy się, że nie krwawią, kleszczykami wydobyć.

Bezpośrednio po operacji zasypuję ranę *resp.* strup obficie arystolem, lub dermatolem — zatykam operowaną jamę nosową, a także ucho wata, do domu zaś zalecam maść z rezorcyną [niekiedy z dodatkiem kokainy]. Czasami dla zmniejszenia nieprzyjemnego dla chorych uczucia zatkania nosa — zalecam proszek z kokainy i mentolem do wążania *resp.* wdmuchiwanie. Niektórzy [BRESGEN] zalecają, jakoby dla prędszego gojenia się *resp.* oddzielenia błon—pędzlowanie 3% *methylenblau*. Jakiegos jednak wybitniejszego wpływu tego środka nie widziałem, przytem użycie jego jest wielce zarówno dla chorego, jak i dla lekarza—nieprzyjemnem [wala ręce—chustki].

Ważnem jest parokrotnie przynajmniej w ciągu tygodnia chorych widzieć, a to w celu niedopuszczenia do zrostów (*synechiae*), jakie dość często się zdarzają zwłaszcza po operacjach

galwanokaustycznych na przednich końcach dolnych muszel i odpowiednich odcinkach przegrody nosa.

Trzy takie przypadki miałem sposobność obserwować — z tych dwa operowałem.

Elektroliza. W wielu razach [zboczenia przegrody nosa, guzy w jamie nosogardzielowej etc.] skutecznie działa t. zw. elektroliza. KUTTNER, MOURE, u nas HERYNG obszernie o tej metodzie pisali. Najwięcej w użyciu są aparaty BRAUNSCHWEIG'a z Frankfurtu nad Menem, oraz HIRSCHMANN'a w Berlinie o 30 elementach, zaopatrzone w galwanometr i rheostat [warunek *sine qua non*]. Są one stosunkowo bardzo drogie [300 marek]. Metoda ta polega na zasadzie, że jeżeli oba bieguny galwanicznej baterji, kończące się w igłach platynowych — pogrążymy w żyjącą tkankę, to odciąga się od tkanki woda wskutek rozkładu tej ostatniej, jednym słowem tkanka ta ulega zgorzeli: na biegunie dodatnim następuje krzepnięcie (*coagulatio*) tkanki, na ujemnym zaś ta ostatnia rozplywa się.

Używamy jednobiegunowej [ujemnej], lub dwubiegunowej elektrolizy, wreszcie jednobiegunowej dodatniej [przy *synechiaie* między *septum* i muszlami].

Co parę dni należy robić pauzę w celu przekonania się o działaniu. Czas trwania posiedzenia wynosi 5 — 10 minut

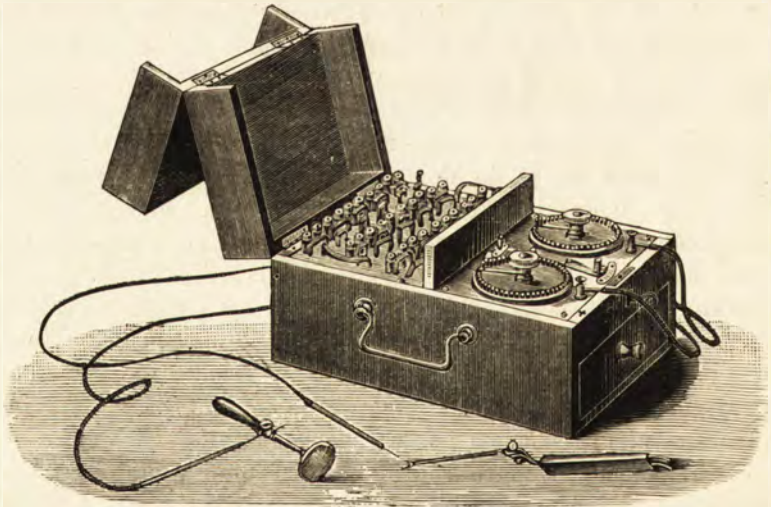


Fig. 44. Aparat do elektrolizy BRAUNSCHWEIG'a.

i dłużej. Siła strumienia zwykle wynosi 30—40 MA. Posiedzeń potrzeba od paru do 30-tu [przy włókniakach nosogardzielowych].

Ze względu na drogość instrumentów, dalej na czas długi stosowania, wreszcie ból — elektroliza znacznie niżej stoi od galwanokaustyki i dla tego to użycie jej jest bardzo ograniczonym.

O instrumentach, używanych przy t. zw. krwawych operacjach będzie mowa w specjalnej części.

Na zakończenie słów parę o szkodliwych następstwach, jakie niekiedy się trafiają przy zabiegach operacyjnych w jamach nosowych. Oprócz powyżej opisanых błon rzekomych [t. zw. wtórny krup nosa—SEIFERT], częstokroć z gorączką nawet przebiegających, zdarza się czasami t. zw. follikularne zapalenie migdałków (*tonsillitis follicularis*).

Przypadki tego rodzaju spostrzegalem w swojej praktyce przeważnie jednak po operacjach wyrosli adenoidalnych.

Śmiertelne przypadki po operacjach w nosie zdarzają się — rzecz dziwna, mając na uwadze bliskość jamy czaszkowej, oraz ścisły związek naczyniowy tej ostatniej z jamami nosowymi — stosunkowo rzadko. Zaledwie kilka tego rodzaju przypadków zdołał zebrać RETNI¹⁾. Po większej części zdarza się to po przypalaniu galwanokaustycznych muszli średniej. następstwem czego bywa czasami zapalenie opon mózgowych [LUBLINSKY].

Elektryzacja czy to w postaci stałego, czy przerywanego [faradyzacja] strumienia bardzo rzadko w chorobach nosa (*neuralgia supra et infraorbitalis*, o ile one nie zależą od zmian w zatokach nosowych etc.) — znajduje zastosowanie.

Leczenie ogólne. Ponieważ mała tylko część zaburzeń w jamach nosowych przedstawia czysto miejscowe cierpienia [polipy etc.], większość natomiast znajduje się mniej, lub więcej w ścisłym związku z zaburzeniami ogólnymi — należy więc obok leczenia miejscowego, bezwarunkowo zwrócić baczną uwagę na leczenie ogólne, częstokroć ważniejsze od pierwszego.

Najczęściej przy cierpieniach jam nosowych mamy do czynienia z t. zw. skrofulicznym skażeniem [żółzy], przeciwko któremu należy energicznie przeciwdziałać, stosując zwykłe w tych

¹⁾ Ueber Zufälle nach Nasenoperationen. Arch. f. Laryng. B. IV. H. 3. p. 143.

razach zalecane środki, a więc tran, preparaty iodowe, kąpiele słone *resp.* pobyt w Ciechocinku, Druskienikach, Rabce, Iwonicy, Kreuznach etc. — lub Busku, Solcu, przy zmianach na gruncie syfilitycznym. Niedokrwistość (*anaemia, chlorosis*)—dalej stany nerwowe (*neurasthenia, hysteria*) należy zwalczać za pomocą preparatów żelazistych, arsenikalnych — *per se*, lub w połączeniu ze sobą [wody Roncegno, Levico], przy jednoczesnym skrofulicznym usposobieniu wskazane są preparaty iodo-żelaziste [np. pig. BLANCARD'a], dalej odpowiednie kąpiele żelaziste [Krynica, Nałęczów, Francensbad, Elster etc.], lub pobyt nad morzem *resp.* kąpiele morskie [Połoga, Zoppot, Kołobrzeg, Ostenda, Trouville etc.]. Wreszcie w wielu razach racjonalnie przeprowadzona hydroterapia w odpowiednich zakładach [Nowe Miasto, Ojców, Zakopane, Kaltenleutgeben etc.] może być z mniejszą, lub większą korzyścią stosowana.

Przy cierpieniach nosogardzielowych [t. zw. suchy nieżyt połączony z takimże nieżytem gardzieli *resp.* krtani] można z powodzeniem stosować t. zw. kompresy rozgrzewające [PRIESSNITZ'a]. Należy tylko dobrze chorych objaśnić o sposobie ich użycia—inaczej zamiast korzyści, szkodę przynieść mogą. Chustkę w czworo złożoną należy umaczać w wodzie o ciepłocie pokojowej, następnie wyżąć i przyłożyć na przednią część szyi, na to położyć ceratkę, następnie zaś flanelkę, tak jednak, żeby ściśle przylegały, nie dopuszczając powietrza. Tak przygotowany, oraz umocowany na szyi kompres powinien leżeć noc całą, rano zaś po zdjęciu będzie wilgotny i ciepły [w przeciwnym razie t. j. jeżeli jest suchy i zimny—dowód, że źle był zastosowany i wtedy może nawet zaszkodzić].

Następnie po zdjęciu kompresu należy szyję dobrze obmyć wodą letnią, oraz wytrzeć do sucha. Późem można bez obawy wyjść bez owijania szyi.

Hygiena. Bardzo ważnem jest higieniczne zachowanie się, polegające na t. zw. hartowaniu się, co zwłaszcza u osób, wrażliwych na zimno jest wskazanem.

Hartowanie to jednak powinno się już zaczynać od najpierwszych lat — wkrótce po urodzeniu i polegać na umiejętnym zastosowywaniu wody zimnej — dalej na nieowijaniu szyi chustkami, co i dziś jeszcze u wielu osób, zwłaszcza dzieci widzieć można — nieużywaniu kaloszy, natomiast pożądanem jest noszenie długich butów.

Do higieny też należy umiejętne zastosowanie racjonalnej gimnastyki, oraz wszelkiego sportu, jako to: łyżwowania, wioślowania, jazdy konnej, mniej może jest odpowiednią ze względu na górny odcinek dróg oddechowych—jazda na bicyklu [w ostatnich czasach wprowadzają nawet nowy termin, dla określenia nieżyty krtani u jeżdżących na rowerach, t. zw. *laryngitis bicyclica*. W każdym razie jest to zapewne tylko następstwem nieumiarkowanego używania tego sportu].

W etiologii chorób górnego odcinka dróg oddechowych wielką rolę odgrywa palenie —zwłaszcza nadmierne, a po części i używanie napoi wysokowych. I dla tego to jak jedno, tak i drugie winno być surowo zakazane, a przynajmniej użycie tytoniu i alkoholu należy zredukować do *minimum*.

Przebywanie jaknajwięcej w atmosferze czystej—na świeżem powietrzu —unikanie zadymionych, zanieczyszczonych rozmaitemi wyliewami miejsc, powinno być bardzo zalecanem, gdyż w ten sposób można uniknąć wielu cierpień górnego odcinka dróg oddechowych, będących następstwem tych szkodliwości.

C Z E Ś Ć III.

Szczegółowa patologia i terapia chorób nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej¹⁾.

A) CHOROBY NOSA.

ROZDZIAŁ I.

Wrodzone i nabyte wady nosa.

I. Zupełny wrodzony brak nosa zewnętrznego należy do bardzo rzadkich. W literaturze istnieje jedyny przypadek tego rodzaju — mianowicie MAISONNEUVE'a, dotyczący 7-io miesięcznej dziewczynki, u której na miejscu nosa zewnętrznego znajdowały się tylko dwa okrągławe otwory, około 1 mm. w średnicy mające.

Częściej już spotykamy braki pojedynczych części, a więc kości nosowych, wyrostków nosowych górnej szczęki, dalej chrząstek nosa (*cart. alaris et triangularis* — ROSENFELD), muszel, wreszcie FIRNET opisał wrodzony brak całej przegrody nosa.

¹⁾ Przy opracowaniu tej części posiłkowałem się następującymi podręcznikami: MACKENZI'ego [1884 r.], MOLDENHAUER'a [1886], VOLTOLINI'ego [1888], SCHECH'a [1890], BRESGEN'a [1891], JURASZA [1891], MASSEI'ego [1892], RUAULT'a [1894], ZARNIKO'a [1894], SCHMIDT'a [1894], ROSENTHAL'a [1896], LERMOYEZ'a [1896] etc., wreszcie najnowszym, wyczerpującym, zbiorowym podręcznikiem HEYMANN'a obecnie wychodzącym [nieukończonym], prócz tego niektórymi specjalnymi monografiami, oraz pracami [zwłaszcza najświeższymi], które zostały w odpowiednich miejscach oddzielnie podane.

Dalej dość często zdarzają się szczeliny wrodzone nosa, jako ciąg dalszy analogicznego cierpienia warg i podniebienia [zajęcza wargą, wilcza paszcza].

LANDOW opisał niezmiernie ciekawy przypadek dotyczący 5-cio tygodniowego dziecka, u którego prawa połowa nosa była zupełnie wykształconą, natomiast lewej połowy było zupełnie brak.

Dotąd mówiliśmy o brakach wrodzonych, zdarza się jednak, aczkolwiek rzadko i nadmiar wrodzony (*abundantia*). I tak, BAUMGARTEN¹⁾ opisał niezwykle interesujący przypadek z podwójnym nosem zewnętrznym, podwójną przegrodą chrząstkową i 3-ma nozdrzami.

Podwójną przegrodę nosa spostrzegał również LEFFERTS, SCHECH zaś podwójną średnią muszlę.

Spostrzegano też wrodzone przedziurawienie przegrody, oraz muszel nosowych.

Oprócz braków bywają wrodzone zwężenia (*stenoses*), a nawet zupełne zarośnięcia (*atresiae*) — rzadziej przednich otworów nosa (*nares*). Zwykle bywają one błoniaste [LIEBE²⁾].

O wiele częściej *atresia* zdarza się od tyłu nosa, gdzie oprócz błoniastych bywają i kostne zarośnięcia choan³⁾.

Oprócz wrodzonych bywają i to wiele częściej nabyte wady nosa.

Co się przedewszystkiem tyczy zewnętrznego nosa, to należy tu t. zw. postać siodełkowata (*nez de mouton*, *Sattelnase*), najczęściej jako następstwo syfilitycznego cierpienia kości nosowych.

Dalej mniej lub więcej znaczne zwężenia lub całkowite zarośnięcia zarówno przednich, jak i tylnych otworów nosa, zniszczenia chrząstek [przegrody, muszel] również bardzo często zdarzają się wskutek przebytych cierpień, do których przedewszystkiem zaliczyć należy syfilis.

T. zw. *synechiaie*, t. j. błoniaste lub kostne zrosty, jakkolwiek mogą być wrodzone [ZUCKERKANDL], najczęściej jednak bywają nabyte.

1) *Nez antérieur double; deux cloisons cartilagineuses et trois narines.* Rev. de Lar. d'otol. et de rhin. 1894 — Nr. 1.

2) *Angeborene Verwachsung der Nasenoeffnungen.* Monat. f. Ohrenheil. N. 2—1896.

3) W naszej literaturze istnieją opisy tego rodzaju przypadków przez MODRZEJEWSKIEGO, oraz MEYERSONA.

Najczęstszem siedliskiem takich zrostów bywa przedni koniec dolnej muszli, oraz odpowiedni odcinek przegrody -- rzadziej spotykamy zrost średniej muszli [również przedniego jej odcinka] z miejscem, które nosi nazwę *tuberculum septi* [jeden taki przypadek, dotyczący 35-letniego mężczyzny, niedawno spostrzeżalem]. Zwykle bywają one z jednej tylko strony.

Jakkówek zrosty takie mogą być następstwem spraw wrzodziejących w jamach nosowych [syfilis, błonica]. to jednak najczęściej występują one po operacjach galwanokaustycznych, jak to między innymi miało miejsce w 3 moich przypadkach.

Objawy zwężeń *resp.* zarośnień otworów nosowych, jakoteż zrostów polegają przedewszystkiem na mniej, lub więcej wyrażonej niedrożności nosa.

Rozpoznanie w ogóle wad nosa nie przedstawia zwykle żadnych trudności. W wielu razach wystarczają już zewnętrzne oględziny (*inspectio*), w innych zaś np. przy zrostach pomaga nam *rhinoscopia ant. i post.*

Rokowanie w większości przypadków -- pomyślne. Zarośnięcie otworów nosowych, lub zrosty zwykle na drodze operacyjnej dają się usunąć -- podobnie, jak i inne wady [brak nosa, nos siodełkowaty etc.]. Te ostatnie, mianowicie za pomocą t. zw. plastycznych operacji.

Leczenie wrodzonych, a także nabytych wad w większości przypadków wchodzi w zakres chirurgii [t. zw. plastyczne operacje]. Co się tyczy zarośnień [błoniastych] przednich otworów nosa, to wymagają one również leczenia chirurgicznego [rozeście nożem, lub za pomocą galwanokaustyki]. Ważnem jest przytem następcze leczenie, mające na celu niedopuszczenie do ponownego zarośnięcia. W tym celu używamy różnorodne „*bougies*“.

Zrosty w jamach nosowych również usuwamy nożem, piłką Bosworth'a, lub zapomocą galwanokaustyki.

II. Do wad po części rozwojowych po części nabytych należą: skrzywienia (*deviationes*), oraz zgrubienia częściowe, t. j. oście (*spinæ*) i listwy (*cristæ*) przegrody nosa ¹⁾. Zaczniemy od pierwszych.

¹⁾ W naszej literaturze istnieją w tej kwestyi prace specjalne STANA i moja.

Skrzywienie przegrody nosa zdarza się niesłychanie często; śmiało rzec można, że niema prawie nosa, któryby posiadał idealnie prostą przegrodę, dzielącą go na 2 absolutnie równe — symetryczne połowy. Według JURASZA normalna asymetria nosa jest prawidłem.

Zarówno badania, przeprowadzone na suchych preparatach [czaszkach: ZUCKERKANDL—37.8%; MACKENZIE—77%], jakoteż na chorych [badając szczegółowo stan przegrody nosa u 200 chorych— znalazłem ją zaledwie w 33 przyp. względnie prostą— w pozostałych 167 była ona mniej, lub więcej skrzywioną—co stanowi 83,5%] niewątpliwie za tem przemawiają przypuszczeniem.

W wielu razach już sam zewnętrzny kształt nosa wskazuje na to cierpienie. Ciekawym jest fakt, że zboczenia przegrody nosa spotykają się w Europie o wiele częściej, jak u nieuropejskich narodów [ZUCKERKANDL].

Najczęściej skrzywieniu podlega część chrząstkowa przegrody (*septum cartilagineum*).

Za przykładem STOKER'a [po części] dzieje skrzywienia przegrody nosa na następujące typy:

1) łukowate (*deviatio arcualis*): jedna jama nosa [częściej prawa] wskutek wypukłości przegrody jest mniej, lub więcej zwężoną, druga natomiast, wskutek wklęsłości, rozszerzona. Jest to najczęstsza postać skrzywień.

2) kątowe (*deviatio angularis*): przegroda pod postacią mniej lub więcej ostrego brzegu wystaje do światła odpowiedniej [zwężonej] jamy. Forma ta jest rzadszą.

3) esowate (*deviatio sigmoidea*): przednia [lub górna] część przegrody np. wypukłona, a tylna [lub dolna] wklęsła ku prawej stronie i *vice versa*.

4) t. zw. przemieszczenie (*dislocatio*) części chrząstkowej przegrody, której brzeg przedni wystaje do światła jednej z nozdrzy.

5) t. zw. *Infractio deviation* — górna część przegrody w kierunku dolnej wkliniwana. Forma ta jest zbliżona do drugiej (*dev. angularis*). Przytem istnieje w tych razach jeszcze wysoko położona listwa (*crista*)—wreszcie

6) mieszane—nieprawidłowe postacie (*deviatio irregularis*), których trudno zaliczyć do tej, lub innej kategorii. Są one najczęstsze.

Obok skrzywień istnieją zwykle ograniczone zgrubienia przegrody nosa (*spinae, cristae*).

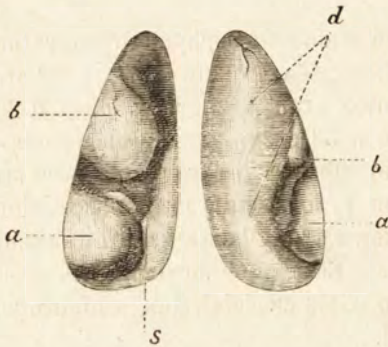


Fig. 45. *Deviatio septi arcualis sin. Spina septi dez.* [według GRUENWALD'a¹⁾]—*a. a. conchae inf. — b. b. conchae med. — d. deviatio septi — s. spina.*

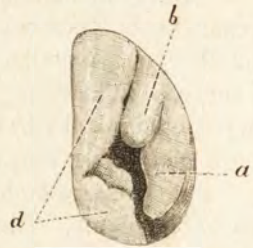


Fig. 46. *Infractio deviation (d)* Akkomodacya dolnej muszli lewej (*a*), muszla średnia (*b*) [według SCHECH'a].



Fig. 47. *Dislocatio septi cartilaginei (d)* ku stronie prawej [według ZUCKER-RANDL'a].

Te ostatnie t. j. oście (*spinae*) i listwy — grzebienie (*cristae*) zdarzają się bardzo często. Po większej części ość stanowi po prostu przedni koniec listwy, [t. zw. *Hakenfortsatz*—ZUCKERKANDL]. Ta ostatnia zwykle ciągnie się w kierunku od przodu ku tyłowi, mniej więcej poziomo — równoległe do dna jamy nosowej. Część jej przednia, chrząstkowa, tylna — kostna. Ta ostatnia odpowiada górnemu brzegowi lemiesza (*vomer*).

¹⁾ Atlas der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens u. der Nase 1894. München.

Spina najczęściej znajduje się w przednim odcinku *septi-vis à vis* przedniego końca muszli dolnej, na którą wywiera mniej lub więcej znaczny ucisk, co bardzo często staje się punktem wyjścia dla różnorodnych nerwic zwrotnych [astma, kaszel, migrena etc.].

Co się tyczy przyczyn zboczeń przegrody nosa, to dotąd panują jeszcze różnorodne poglądy. Najważniejszą bez zapreczenia przyczyną, jest nierównomierny rozwój pojedynczych części np. zbyt silny i szybki rozwój chrząstki przegrody nosa [ZUCKERKANDL, SCHECH, BERGEAT ¹⁾].

Jakkolwiek skrzywienia przegrody nosa spotykają się u małych bardzo dzieci [2—3 letnich], a nawet u noworodków [PATRZEK], to jednak najczęściej występują one dopiero po roku 7-ym, co jest w związku z 2-iem ząbkowaniem, oraz większym rozwojem szczęki górnej, jaki w tym okresie ma miejsce [nienormalnie wysokie położenie—wypuklenie podniebienia].

Druga teoria [ZIEM i inni] jest traumatyczna: dziecko zaczyna chodzić, przyczem bardzo często upada na nosek, powodując złamanie przegrody.

Inne teorye [spanie na jednej stronie, dłubanie palcem w nosie etc.] nie zasługują na bliższą uwagę. Natomiast ważnym jest ucisk na przegrodę nosa ze strony sąsiednich—zwłaszcza twardych części [np. t. zw. pęcherzy kostnych etc.].

Objawy skrzywień *resp.* zgrubień przegrody nosa polegają na zmniejszeniu, lub całkowitem zniesieniu drożności nosa—zwykle z jednej strony; dalej na mniej, lub więcej znacznem upośledzeniu wężu, na stałych nieżytach jam nosowych.

Stanowią one również przeszkodę dla wprowadzenia kate-
terów do trąbek EUSTACHIUSZA—w ogóle przy wykonywaniu głębszych operacyj w jamach nosowych. Wreszcie bardzo często są powodem różnorodnych nerwic zwrotnych [astma, migrena etc.].

Rozpoznanie zboczeń przegrody nosa nie jest trudnem—
a to dzięki zgłębnikowi, który wykazuje, że guz *resp.* obrzmienie pokryte normalną zazwyczaj błoną śluzową, jest konsystencyi chrząstkowatej, lub kostnej.

¹⁾ Die Aetiologie der Verbiegungen und Auswüchse am Gerüste des Nasenseptums. Monat. f. Ohrenheil. N. 11. 1896.

Rokowanie przy ościach, oraz listwach jest lepsze, przy skrzywieniach zaś przegrody—zwłaszcza znacznych—o wiele gorsze.

Leczenie rzecz prosta—jedynie racjonalne—operacyjne.

Przy ścianach *resp.* grzebieniach przegrody nosa używamy albo dłuta [CHOLEWY], pojedynczego lub podwójnego [SCHOETZ'a]

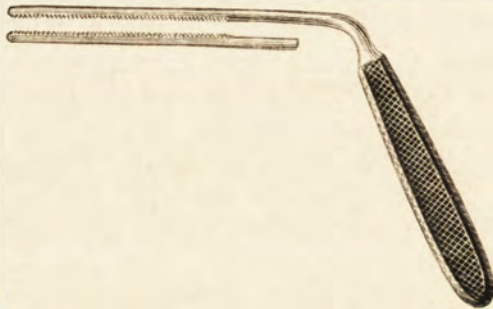


Fig. 48. Piłki Bosworth'a.



Fig. 49. Dłuto podwójne SCHOETZ'a.

lub jeszcze lepiej piłek, bądź to ręcznych [Bosworth'a, które ja najchętniej używam—należy przytem mieć ich dwie—jedną z zębami ku górze, drugą—ku dołowi], bądź poruszanych za pomocą elektromotoru, który w ostatnich czasach szczególnie jest zalecanym przez SPIESS'a, WOLFF'a ¹⁾, oraz SCHMIDT'a ²⁾ i innych.

SPIESS radzi w tym celu trepan, SCHMIDT piłkę, lub trepan.

Dotychczasowe moje próby również przemawiają za użyciem w tych razach elektromotoru.

¹⁾ Ein weiterer Beitrag zur Verwendung des Electromotors in der Rhinohirurgie. Arch. f. Lar. B. III. f. 385.

²⁾ Weitere Erfahrungen ueber die Behandlung der Unregelmässigkeiten der Nasenscheidewand mittels der electrisch getriebenen Sägen. Arch. f. Lar. B. V, p 14.

Co się tyczy samej techniki—to zdaniem mojem zbyt-
nem jest uprzednie oddzielanie błony śluzowej. Krwawienie
po większej części niezbyt znaczne—ból dzięki kokainie prawie
żaden. Cała operacya zwykle trwa bardzo krótko [parę minut].
Przy pomocy piłek Bosworth'a udawało mi się niejednokrotnie
wypilowywać listwy znacznych rozmiarów [5—6 ctm. długości—
1 1/2—2 szerokości].

Oprócz krwawej można też z mniejszem lub większem po-
wodem użyć w tych razach niekrwawej metody, t. j. wypale-
nia danej ości, lub listwy [to ostatnie trudniej] za pomocą gal-
wanokaustyki [płaskim. lub lepiej jeszcze ostrym kauterem ro-
bimy parę głębokich brózd, lub wkluwań].

Co się tyczy leczenia właściwych skrzywień przegrody no-
sowej, to już *a priori* wyznać muszę, że jest ono jednym z naj-
niewdzięczniejszych zadań dla rhinologa.

Tu już piłka lub galwanokaustyka nie wystarcza.

Probowano przy t. zw. *deviatio arcualis et sigmoidea*, a po
części *angularis* leczenia ortopedycznego t. j. wyprostowywania
przegrody nosowej. W tym celu JURASZ skonstruował na wzór
ADAMS'a przyrząd, składający się z 2 części: łyżek i właściwego



Fig. 50. Przyrząd JURASZA do wyprostowywania skrzywionej przegrody
nosa.

aparatu, który się wstawia do jam nosowych. Są to dwie meta-
lowe blaszki, które za pomocą śruby zbliżają się do siebie i wy-
prostowują [forsownie] między nimi umieszczoną skrzywioną
przegrodę nosa. Blaszki te zostawia się *in situ* [po odjęciu ły-
żek] na parę dni, stopniowo coraz silniej przykręcając śrubę,
poczem zastępuje się je odpowiednimi płytami z kości słonio-
wej [różnej wielkości i grubości].

Myśl teoretycznie niezła, nie daje jednak na praktyce świe-
tlnych rezultatów. Zarówno te przypadki, jakie widywałem
u JURASZA w Heidelbergu, jak i moje własne nie były zbyt za-

chęcające, przytem rękoczyn to nadzwyczaj bolesny, wymaga dłuższego czasu—często wytwarzają się odleżyny [SCHMIDT].

LANGE ¹⁾ również nie jest zbyt zbytnim zwolennikiem tej metody, którą stanowczo potępia ZARNIKO.

Przy t. zw. przemieszczeniu części chrząstkowej przegrody występujący brzeg tej ostatniej wycinamy nożem, lub nożyczkami—po odseparowaniu błony śluzowej.

Wreszcie przy znacznych skrzywieniach przegrody nosowej stosują się różnorodne metody krwawe:

I tak RUPPRECHT zaleca użycie instrumentu w rodzaju używanego na kolejach przy stemplowaniu biletów. W ten sposób następuje sztuczne przedziurawienie przegrody. Nie można powiedzieć, by to był bardzo szczęśliwy pomysł; jest to tylko paliatywny sposób—i przytem rzadko prowadzi do celu.

Do radykalnych sposobów należą z jednej strony metody P. HEYMANN'a, RETHI'ego, wreszcie ASH'a—mające wszystkie za zasadę nie dopuszczać do przedziurawienia przegrody.

We wszystkich na miejscu największej wypukłości robi się jedno cięcie lub więcej [nożem, lub galwanokauterem], otrzymując albo 2 trójkątne płyty [HEYMANN¹⁾, lub 4 ruchome kwadranty [RETHI]—odseparowuje błonę śluzową i wypukłe części przegrody za pomocą dłuta lub nożyczek wycina, lub jak to ma miejsce przy sposobie ASH'a, zalecanym świeżo przez GLEITSMANN'a ²⁾, po zrobieniu 2 cięć na krzyż [za pomocą specjalnych nożyczek ASCH'a] wprowadza się coś w rodzaju kleszczy ADAMS'a do sprowowania [są to 2 obturatory z kauczuku—z których większy przeznaczony do węższej jamy nosa] na 24—48 godzin, zmieniając codziennie w ciągu 5 tygodni. Samo się przez się rozumie, że z powodu bolesności oraz długości trwania tych krwawych rękoczynów najodpowiedniejszym będzie użycie chloroformu, gdyż kokaina w tych razach jest mało skuteczną.

Druga serya sposobów krwawych, mających na celu radykalne usunięcie zбочenia przegrody nosa [HARTMANN-PETERSEN'a, KRIEG'a, wreszcie SCHECH'a]—mniej sobie robi z pozosta-

¹⁾ Die Erkrankungen der Nasenscheidewand. HEYMANN's Handbuch der Lar. und rhin. B. III. L. V.

²⁾ Ueber Behandlung von Septumdeviationen mittels der Trephine und die Methode von Asch.—Arch. f. Lar. B. IV. H. 1.

waniem *in toto* przegrody. I tak SCHECH—po odseparowaniu błony śluzowej radzi wyciąć jaknajwiększą część [wystającą] chrząstki—przezem wytwarza się dość znaczny otwór w przegrodzie nosowej.

Metody HARTMANN-PETERSEN'a i KRIEG'a mało się od siebie różnią. W obu rezekuje się całą chrząstkę przegrody [po oddzieleniu błony śluzowej galwanokauterem i *raspatorium*] za pomocą nożyczek Cowpero'wskich i kostnych kleszczy.

Co się mnie tyczy, to również należę do tych, którzy w tych razach starają się [o ile to jest możliwem] o utrzymanie w całości przegrody nosa. Jeszcze raz jednak zaznaczę, że wszystkie te powyżej wymienione metody—nie dają zbyt pomyślnych rezultatów.

Ostatnimi wreszcie czasy zaczynają bardzo zachwalać przy leczeniu skrzywień przegrody nosa—elektrolizę [SCHMIDT, GAREL, MOURE etc.].

III. W paru słowach tylko wspomnę o zapadaniu się skrzydeł nosa (*Ansaugen der Nasenflügel*)—cierpieniu, o którym już nieco wspominałem przy ogólnej symptomatologii.

Na cierpienie to zwrócił baczniejszą uwagę SCHMIDT, który sam dotknięty jest tem cierpieniem.

I tu również przyczyna główna polega na wadzie rozwojowej [nienormalnie miękkie i cienkie chrząstki nosowe — stąd zmniejszona rezystencya skrzydeł nosa, które zapadają się, utrudniając dość znacznie oddechanie].

Czasami i porażenie nerwu twarzowego, dającego gałązki do mięśni nosowych—może być przyczyną tego cierpienia.

Bardzo charakterystycznym dla „zapadania się skrzydeł nosa“, które występuje najczęściej, gdy chorzy wchodzą na schody, lub górę, jakoteż w nocy—jest to, że chorzy tacy ułatwiają sobie oddechanie, odciągając palcami ku zewnątrz skrzydła nosowe [cierpienie zwykle bywa obustronnem], usuwając w ten sposób czasowo niedrożność nosa. Takie postępowanie zawsze im bezpośrednio przynosi ulgę.

Przypadków tego rodzaju spostrzegałem w swojej praktyce trzy [wszyscy mężczyźni].

O b j a w y polegają głównie na utrudnieniu w oddechaniu, oraz następstwach tego ostatniego.

R o z p o z n a n i e—łatwe na podstawie charakterystycznego wyglądu nosa zewnętrznego [wązki—skrzydła zapadnięte]—

oraz charakterystycznego pomagania sobie palcami przy oddechaniu.

Rokowanie niezbyt pomyślne—cierpienie radykalnie nie da się uleczyć.



Fig. 51. Przyrząd FELDBAUSCH'a przeciwko zapaleniu się skrzydeł nosa.

Leczenie polega na mechanicznym rozszerzaniu jam nosowych, najlepiej za pomocą specjalnego aparatu pomysłu FELDBAUSCH'a lub JANKAU'a ¹⁾, który chorzy wkładają sobie do nosa na noc, lub wchodząc na górę.

Jeden z moich chorych użył zwykłej spinki od kołnierzyka [nieco zmodyfikowanej], co jednak zwłaszcza w nocy nie jest bardzo bezpiecznym. Przy porażeniu nerwu twarzowego naturalnie wskazaną jest elektryzacja, oraz masaż.

ROZDZIAŁ II.

Sprawy zapalne ostre.

I. *Rhinitis catarrhalis acuta* pod postacią t. zw. ostrego nieżytu nosa (*coryza acuta*) występuje niezwykle często. Niema osoby, która by chociaż raz kilka nie miała do czynienia z tem, bądź co bądź—nieprzyjemnem cierpieniem.

Niektóre osoby odznaczają się szczególną wrażliwością na t. zw. zaziębienie, które powszechnie przyjmuje się za przyczynę zwykłego ostrego nieżytu nosa. Wystarcza dla nich otworzenie lufcika, lub stąpięcie bosą nogą na podłogę, ażeby się zakatarzyć.

Na czem polega to usposobienie na pewno nie jest wiadomem. Faktem jest tylko niezaprzeczonem, że występuje ono wyraźnie u osób t. zw. skrofulicznych oraz nerwowych—w ogóle zaś u osobników mało na zewnętrzne wpływy zahartowanych.

Zmiany temperatury—przejście z zimna do ciepła i *vice versa*, a więc wiosenna i jesienna pora szczególnie sprzyjają powstawaniu ostrych nieżytów nosa.

¹⁾ Ein neuer Nasenöffner und Inspirator. Arch. f. Lar. B. VI. 11. I.

Niektóre zajęcia, połączone z nagłymi zmianami ciepłoty a więc cukrownictwo, jazda na parowozie etc. również usposabiają do tego cierpienia.

Prócz t. zw. zaziębienia i drażnienia błony śluzowej nosa mechanicznymi substancjami [pyłem etc.] przyczynia się również do wywołania ostrego kataru nosa—zwłaszcza u osób nerwowych, przytem po większej części mamy tu do czynienia z t. zw. nerwicami zwrotnymi (*coryza vasomotoria*, t. zw. gorączka senna—warunkowana pyłkiem niektórych roślin etc.).

Tu się odnosi również opisany ostatnimi czasy przez B. FRAENKEL'a ¹⁾ t. zw. *Eisenbahnschnupfen* t. j. katar, występujący u pewnych osób [również z usposobieniem neuropatycznym] podczas jazdy koleją żelazną—przeważnie letnią porą.

Oprócz mechanicznych i chemicznych drażnień grają pewną rolę w powstawaniu ostrego kataru nosa. Znaną jest powszechnie *coryza acuta* występująca podczas przyjmowania do wnętrza jodku potasu (*kali jodatum*), zależna od drażnienia wydzielającym się wolnym jodem. Również wdechaniem par chloru, ammoniaku, dalej arszenik, rtęć, kwas osmowy etc. wywołać mogą to cierpienie. Zdarza się to często u pracujących w specjalnych fabrykach, aptekarzy etc.

Mamy tu więc do czynienia z t. zw. profesjonalnym katarrem nosa.

Wreszcie istnieje cały szereg ostrych nieżytów nosa, występujących w przebiegu ostrych zakaźnych chorób, a więc przede wszystkim podczas influenzy, odry, dalej przy ostrym reumatyzmie [FREUDENTHAL ²⁾] etc., a także przy niektórych cierpieniach konstytucjonalnych [syfilis etc.]. M. BROWN ³⁾ przypuszcza, że i zaburzenia w trawieniu mogą mieć wpływ na powstawanie ostrych spraw zapalnych w nosie [*resp.* gardzieli]. Jest to t. zw. wtórny katar nosa (*coryza acuta secundaria*).

Że ostry nieżyt nosa jest zaraźliwy, to zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości — świadczy o tem codzienna obserwa-

¹⁾ Der Eisenbahnschnupfen. Arch. f. Lar. B. III, p. 333.

²⁾ „On rheumatic and allied affections of the pharynx, larynx, and nose“. Med. Rec. 1895, 16 II.

³⁾ „The relation of acute diseases of the nose and throat to disorders of digestion“. Jour. of Lar. 1896 - 3.

cya [przenoszenie zarazka za pomocą chustek, całowania etc.]. Przebieg typowy [ostrzy początek, objawy ogólne] również przemawia za infekcyjnym pochodzeniem tego cierpienia.

Niestety próby wyosobnienia specyficznego drobnoustroju dotąd nie dały pewnego rezultatu [KLEBS, HAJEK ¹⁾ — *diplococcus coryzae* etc.], a nawet ostatnimi zupełnie czasy włoscy autorowie FERMI i BRETSCHNEIDER w bardzo sumiennej i wyczerpującej pracy o naturze i etyologii kataru nosa ²⁾ przychodzą do wniosku, że t. zw. *coryza simplex* nie jest cierpieniem pasożytniczym.

Również próby przez FRIEDREICH'a — zaszczerpienia na własnej błonie śluzowej nosa wydzieliny chorych na *coryza acuta* — dały wyniki ujemne.

Z drugiej jednak strony tenże autor znajdował w wielu razach powiększenie śledziony, podobnie więc jak w innych cierpieniach zakaźnych.

Co się tyczy anatomii patologicznej, to takowa dopiero w ostatnich czasach należycie została opracowana przez ZUCKERKANDL'a, a zwłaszcza SUCHANNEK'a ³⁾.

Przy* ostrym nieżycie nosa mamy do czynienia z mniej, lub więcej silnem zaczerwienieniem i obrzmieniem błony śluzowej jam nosowych zwłaszcza t. zw. tkanki jamistej (*corpora cavernosa*) przeważnie na przednich końcach dolnych muszel. Dalej złuszczenie komórek nabłonkowych, mniej, lub więcej znaczne drobnokomórkowe nacieczenie — zwłaszcza w warstwie podnabłonkowej — komórki eozynoflowe [SEIFERT i KAHN ⁴⁾], znaczne wzmoczenie wydzieliny gruczołów śluzowych. W gruczołach BOWMAN'a dają się zauważyć różnorodne zwyrodnienia komórek.

Wydzielina z początku więcej surowicza, w następstwie w skutek dołączenia się elementów morfologicznych staje się

¹⁾ Cytowany u GERBER'a „Rhinitis acuta“. — Heymann's Handbuch f. Lar. u. Rh. B. III. L. 4.

²⁾ Studio sulla natura e sull'etiologia della rinitè catarrale. Arch. tal. di Lar. 1895. N. 4 — 1896. N. 1.

³⁾ Pathologisch anatomisches ueber rhinitis acuta — „speciell Influenza rhinitis“. Monat. f. Ohr. 1881 p. 106, oraz „Weitere Mittheilungen ueber die acuta Rhinitis — ibidem 1893 p. 89.

⁴⁾ Atlas der Histopatologie der Nase 1895. Wiesbaden.

śluzową i śluzoropną. Ta ostatnia pod drobnowidzem zawiera leukocyty, nabłonek złuszczoney, śluz, czerwone ciała krwi, wreszcie mnóstwo bakteryj.

Objawy ostrego niezytu nosa—sto sownie do jego natężenia—są różne. W większości przypadków poprzedza go ogólny stan niedomagania, objawy gorączkowe [dreszczyki], drapanie w gardle, ból w okolicy czołowej etc. Chorzy narzekają na niezwykłą suchość w nosie, napróżno starają się oczyścić go z wydzieliny—*resp.* przywrócić nosowi drożność.

Jest to 1-szy okres podrażnienia.

Wkrótce jednak zaczyna się wydzielanie z początku wodnistego, niezmiernie gryzącego płynu, który wywołuje u wejścia do nosa zaczerwienienie, bolesność, niekiedy pryszczycę (*eczema*). Ilość wydzielanego płynu zwiększa się do tego stopnia, że chorzy zmuszeni są bezustannie używać chustek, których ilość dzienna dochodzi do kilkunastu i więcej, przyczem ustawiczne wycieranie nosa zwiększa jego bolesność.

Bardzo charakterystycznym jest w tym okresie [2-im t. zw. kongestyjnym] uporczywe częste kichanie. dochodzące niekiedy po prostu do ataków kichaczki [NIESSKRAMPF].

Chorzy narzekają na ciężar i ból w okolicy zatok czołowych, szum, przemijającą głuchotę — wreszcie łzawią, wskutek rozszerzenia się sprawy zapalnej ostrej na sąsiednie narządy [zatoki boczne, uszy, oczy].

Węch również przytem jest upośledzonym—mowa mniej więcej ma charakter nosowy, stan ogólny podupada—często bywa t. zw. *aprosxia nasalis acuta*, t. j. czasowa niezdolność zjednoczenia uwagi na dany przedmiot, w ogóle niechęć do pracy—apatia.

Badając wówczas wziernikiem jamy nosowe od przodu znajdujemy silne zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej, zwłaszcza pokrywającej dolne muszle [ich przednie odcinki], które zupełnie niekiedy przylegają do przegrody nosa, powodując mniej, lub więcej zupełną niedrożność jam nosowych [zwykle na przemian to jednej, to drugiej połowy], co zmusza chorych do oddychania z ustami otwartymi.

Wkrótce jednak, zwykle już po paru dniach, następuje lepszy zwrot w przebiegu choroby [3-ci okres—*resolutio*], objawy ogólne [ból głowy, gorączka] ustępują, chorzy czują się jakos

rzeświejsi — zjawia się chęć do pracy. Wydzielina przyjmuje inny charakter: staje się więcej śluzową, lub śluzoropną — mniej obfitą, gęstą ze skłonnością do tworzenia strupów. Oczyszczanie nosa już jest łatwiejsze — zatkanie powoli ustępuje dzięki zmniejszaniu się obrzmienia błony śluzowej.

Ostry nieżyt nosa zazwyczaj trwa krótko od 3—8 dni, czasami jednak zwłaszcza przy powikłaniach ze strony innych narządów — dłużej: do 2, a nawet 6 tygodni.

Zwłaszcza ciężkim przebiegiem odznaczają się katarы ostre nosa, występujące w przebiegu grypy.

Nieżyt ostry nosa ma wielką skłonność do opuszczania się na dolny odcinek dróg oddechowych [krtani, oskrzela], powodując chrypkę, kaszel, duszność etc.

Czasami staje się powodem cierpień zatok bocznych nosa [zwłaszcza *Higmore* i czołowych], jakoteż zajęcia ucha, poczynawszy od zwykłego zatkania trąbki EUSTACHIUSZA [t. zw. wciągnięcie błony bębenkowej], aż do ostrego ropnego zapalenia ucha średniego (*otitis acuta media purulenta*) z jego następstwami [przedziurawieniem, zajęciem wyrostka sutkowego etc.].

Zajęcie kanału nosołzowego [łzawienie], łącznicy (*conjunctivitis*) etc. również dość często bywa następstwem ostrego nieżyty nosa.

Rozpoznanie tego cierpienia nie przedstawia zazwyczaj poważnych trudności, tylko przy *coryza secundaria* należy być ostrożnym i dobrze zbadać stan ogólny [wysypki na skórze, *lues* etc.].

Rokowanie przy ostrym nieżycie nosa zwykle jest pomyślnem. *Restitutio ad integrum* w większości przypadków możliwe. Nie zawsze jednak tak bywa — czasami sprawa ostra nie przechodzi, ciągnie się, aż staje się przewlekłą. Również i powikłania wpływają ujemnie na przebieg ostrego nieżyty nosa.

Leczenie. Zadaniem profilaktyki jest za pomocą racjonalnego hartowania — naturalnie już od dziecka — znosić usposobienie do zaziębień *resp.* katarów nosa.

Również należy unikać wszystkiego co wywołać może to cierpienie — a więc zarówno mechanicznych, jak i chemicznych drażnień. Przy istniejącym ostrym nieżycie nosa — można spróbować przerwać go w samym początku. W tym celu stosowaniem bywa od wieków t. zw. napotne leczenie, które

rzeczywiście czasami wcale nieźle robi. BRAUN przypisuje swojej metodzie, t. j. mięśnieniu drgawkowemu także abortywne znaczenie.

W wielu razach wszelkie leczenie jest zbyt cieżnym — sprawa sama przechodzi — przytem niezupełnie racjonalnem jest zatrzymywać chorych w mieszkaniach. przeciwnie faktem jest dowiedzionym, że przebywanie na świeżem powietrzu w tych razach nie tylko nie szkodzi, lecz przeciwnie chorzy tacy daleko wtedy lepiej się czują. W pierwszym okresie kataru ostrego nosa — dla usunięcia najprzykrejszego dla chorych objawu, jakim jest zatkanie nosa, najskuteczniejszym środkiem jest kokaina, która odrazu mniej lub więcej znaczną ulgę przynosi.

Stosować ją można pod różnorodnemi postaciami: a więc przedewszystkiem jako spray [1—2:100] samą, lub z solą kuchenną, a także boraksem, dalej jako proszek [zażywać, jak tabakę, lub do wdmuchiwania do nosa] — najlepiej z dodatkiem mentolu, który potęguje działanie znieczulające kokainy: a więc

Rp. *Cocaini*
Mentholi aa 0,1—0,2
Coffeae tostae
Sacchari lactis aa 5,0
Mfpulv. subtil.

lub

Rp. *Cocaini mur. (Mercki)* 0,3—1,0
Mentholi 0,1
Magist. Bismuth. 10,0
Mfpulv. [Przepis GERBER'a].

lub wreszcie pod postacią proszku LERMOYER' a

Rp. *Cocaini* 0,5
Mentholi 0,3
Saloli 5,0
Acid. borici 15,0
Mfpulv. Używać co godzinę.

Dalej kokainę stosować można w roztworze 5—10% jednocześnie z t. zw. mięśnieniem drgawkowem [według BRAUN'a to ostatnie jedynie, a nie kokaina ma działanie lecznicze].

Mięśnienie to jednak ze względu na znaczną wrażliwość błony śluzowej nosa należy wykonywać bardzo delikatnie. Bezpośrednio po tak wykonanem mięśnieniu chory uczuwa znaczną ulgę

oddycha swobodnie, pozbywa się przykrego uczucia ciężaru i bólu w okolicy czołowej].

Niestety ulga ta nie trwa zbyt długo i należy procedurę powtarzać często [co 2—3 godziny]. O skuteczności tej metody wielokrotnie na sobie samym miałem sposobność się przekonać.

Niektórzy [SCHMIDT] zalecają również t. zw. *olfactorium anticatarrhoicum* HAGER-BRANDT'a. Skład jego jest następujący: *ac. carbol. liqu. amm. caust. aa 5,0, Spir. vini. 15,0, Aq. dest 10,0*. Kilka kropel tego płynu nalewa się na płótno, bibułę etc. i co 2 godziny wdecha przez nos.

BRESGEN zaleca bardzo preparaty sozoiodolowe (*Natrium, Kalium sozoiodolicum per se. Zincum sozoiodolicum I: 10*].

W drugim okresie, gdy wydzielina staje się gęstszą śluzopną zwłaszcza przy jednoczesnem zajęciu jamy nosogardzielowej—można zastosować opisane w części ogólnej t. zw. kąpiele nosowe [z NaCl, boraksu, kwasu bornego etc.].

Szprycowania przy ostrym nieżycie nosa ze względu na możliwe zajęcie ucha należy stanowczo zabronić—jakoteż i zbyt mocnego wycierania nosa. Przeciwno przyszczycy stosujemy odpowiednie maście [rezorcynową etc.].

Na szczególną uwagę zasługuje ostry nieżyt nosa u ssawców (*coryza neonatorum*) ze względu na groźne następstwa—często wprost życia dziecka zagrażające.

Dziecko takie wskutek zatkania jam nosowych nie może ssać—zmuszone jest wtedy oddychać naprzemian to z zamkniętymi, to z otwartymi ustami. Następstwem tego bywa często atelektaza płuc i szybka śmierć [BAGINSKY]. Oprócz tego i odżywianie dziecka przytem cierpi—traci ono stopniowo siły.

Wreszcie u ssawców łatwiej sprawa nieżytywa ostra może się opuścić na dolne drogi oddechowe i wskutek zapalenia płuc stać się powodem śmierci.

Rozpoznanie jest trudniejszym, jak u dorosłych—zwłaszcza należy mieć na uwadze częstość tej sprawy na tle syfiliycznym.

Rokowanie jest również o wiele mniej pomyślne.

Leczenie ostrego nieżyty nosa u ssawców wymaga wielkiej ostrożności i staranności. Przedewszystkiem, co się tyczy oczyszczenia jam nosowych z wydzieliny—to szprycowań stanowczo należy tu unikać, gdyż o wiele łatwiej płyn może do-

stać się do uszów, jak u dorosłych—wskutek niespokojnego zachowania się dziecka. Wielu autorów [LERMOYEZ] zaleca w tych razach przedmuchiwanie za pomocą balonu POLITZER'a. Bardzo opowiedni sposób polega na wlewaniu [łyżeczką, lub kropłomierzem] kilku kropel mentolu w oliwie 2%—lub kwasu bornego.

Jednocześnie należy zwrócić baczną uwagę na sztuczne odżywianie ssawców. W razie uporczywości sprawy tej u dzieci pomimo leczenia — należy zastosować kurację swoistą, gdyż w większości przypadków takie uporczywe nieżyty ostre u dzieci, *resp.* u ssawców są natury syfilitycznej (*lues hereditaria*).

II. *Rhinitis purulenta acuta s. blenorrhoea acuta nasi*. Tu się odnosi przede wszystkim tryprowe ostre zapalenie błony śluzowej nosa (*rhinitis gonorrhoeica*), najczęściej jednocześnie z *conjunctivitis gonorrhoeica* u dzieci *resp.* u ssawców występująca (t. zw. *blenorrhoea neonatorum*), rzadziej już u dorosłych [STOERK]. Niektórzy jednak autorowie [MOLDENHAUER] nie przyjmują tej postaci chorobowej.

Zarazek (*gonococcus NEISSER'a*) może dostać się na błonę śluzową nosa, albo podczas samego aktu porodowego [MUELLER¹⁾], albo za pomocą chustek do nosa, nieczystego palca etc. [u dorosłych].

O b j a w y ostrej *blenorrhoei* nosa mało się różnią od tych, jakie przy zwykłym opisaliśmy katarze. Wydzielina tylko ma nieco inny charakter, więcej ropna, często z domieszką krwi, czasami cuchnąca. Częściej występują przy tem cierpieniu pryszczycza (*eczema*) i bolesne nadżarcia (*rhagades*) u wejścia do nosa.

Przy badaniu wziernikiem błona śluzowa jam nosowych przedstawia się mocno zaczerwienioną i obrzmiałą z powierzchownymi owrzodzeniami.

Przebieg dość długi—niekiedy [u ssawców] cierpienie to ciągnie się tygodniami, zwłaszcza przy powikłaniach ze strony uszów i oczów etc., które tu o wiele częściej się zdarzają.

R o z p o z n a n i e niekiedy bywa trudnem—zwłaszcza od syfilisu, oraz ropienia, zależnego od ciała obcego; to ostatnie jednak zwykle bywa jednostronnem—*blenorrhoea* zaś obustronna.

¹⁾ Cytowany w podręczniku STOERK'a „Die Erkrankungen der Nase etc.“ w NOTHNÄGEL'a „Specielle Pathologie und Therapie“ 1895. B. XIII.

R o k o w a n i e zwłaszcza u ssawców, oraz w powikłanych przypadkach niezbyt pomyślne.

L e c z e n i e przedewszystkiem powinno być zapobiegawcze. Należy dbać o czystość narządów płciowych u rodzących [przed i podczas porodu]—po urodzeniu zaś dziecka oczyścić jamy nosowe od ewentualnego zarazka za pomocą wacików, zwilżonych słabym roztworem sublimatu [1:4000]. dalej o czystość rąk u chorych na trypra etc. Przy istniejącej już *blenorhoei* pierwszym zadaniem naszym jest możliwie dokładne oczyszczenie jam nosowych od zawartej w nich wydzieliny, ku czemu służą też same środki i metody, o których obszernie wzmiankowałem przy leczeniu ogólnem, oraz przy leczeniu zwykłego ostrego nieżytu jam nosowych. A więc przedewszystkiem stosowane są tu t. zw. kąpiele nosowe ze środków śluz rozpuszczających, oraz antyseptycznych (*Natrum bicarbonicum*, *benzoicum*, *biboricum*, rezorcyna 1:100 etc.) z następczem wdmuchiwaniem proszków antyseptycznych najlepiej wtedy, gdy dziecko krzyczy [proszek nie dochodzi wtedy do gardła].

L E R M O Y E Z zaleca w tych razach następującą mieszankę:

Rp. *Aristoli*
Iodoli \widehat{aa} 5,0
Sacch. lactis 10,0
Mfpulv.

lub *Zincum sozoiodolicum* (1:20). Czopki z mentolu (2%) wkładane kolejno do jam nosowych również nieźle działają

Co się tyczy przestrzykiwań jam nosowych, to takowe przy *blenorhoea acuta* jeszcze mniej są wskazane, jak przy zwykłym ostrym nieżycie nosa—ze względu na większe niebezpieczeństwo wywołania ostrego ropnego zapalenia ucha średniego—przynajmniej należy zachować przy nich nadzwyczajne ostrożności [L E R M O Y E Z].

Oprócz tryprowego ostrego zapalenia nosa — do t. zw. *blenorhoea nasi acuta* zaliczyć należy jeszcze inne sprawy ropne ostre, zależne od t. zw. ropotwórczych bakteryj (*streptococcus pyogenes*, *staphylococcus pyogenes aureus et albus* etc.), a więc przedewszystkiem różę (*erysipelas*) nosa, dalej *rhinitis phlegmonosa*, resp. *perichondritis septi nasi abscedens*, *rhinitis gangraenosa*, zajęcie nosa przy ospie, szkarlatynie etc.

III. *Erysipelas narium*. Róża nosa—cierpienie względnie częste [przy róży twarzy], zajmuje zwykle zewnętrzne powłoki

nosa, skąd *per continuitatem* przechodzi czasami na błonę śluzową jam nosowych. Rzadziej bywa droga odwrotna, t. j. że cierpienie pierwotnie zajmuje gardło, *resp.* krtań — następnie zaś za pośrednictwem jamy nosogardzielowej *resp. choan* występuje na zewnątrz nosa, rozszerzając się na skórę twarzy.

Dla tej ostatniej postaci GRUENWALD przypuszcza przyczynę w ropieniu zatoki klinowej, lub komórek sitowych, co jednak dotąd, o ile się zdaje, nie było przez nikogo potwierdzonem.

Przeciwnie w jedynym moim przypadku róży nosa, pochodzenia wstępującego z gardzieli, a dotyczącego 20-to kilkuletniego chorego, stanowczo można było wykluczyć cierpienie bocznych jam nosa.

GRUENWALD opiera swój pogląd na znanym skądinąd fakcie identityczności odkrytego przez FEHLEISEN'a paciorkowca róży (*streptococcus erysipelatis*), ze zwykłym ropotwórczym (*streptococcus pyogenes*). W wyżej przytoczonym przypadku badanie bakteryologiczne [hodowle na agar agar] również wykazało tylko obecność zwykłego paciorkowca ropotwórczego — dopiero dalsza obserwacja stwierdziła niezbicie, że mieliśmy do czynienia z różą pierwotną gardzieli, a następnie jam nosowych [mianowicie wystąpienie charakterystycznego różycowatego zapalenia powłok zewnętrznych — *resp.* skóry twarzy].

Jako wrota dla tych bakteryj służą, często się zdarzające zwłaszcza u wejścia do nosa, nadżarcia (*rhagades*) etc.

Objawy i przebieg. Cierpienie zaczyna się zwykle ostro dreszczem, oraz wysoką gorączką [do 41° C.], bólem głowy, niekiedy występują przytem objawy mózgowie (*delirium*). Skóra w okolicy przednich otworów nosa (*ad introitum nasi*), jakoteż odpowiednie odcinki błony śluzowej [zwłaszcza na przegrodzie nosa] silnie zaczerwienione i obrzmiałe, bolesne, przy czem mogą się wytwarzać albo pęcherze, napelnione płynem surowicznym (*erisipelas bullosum s. vesiculosum*), lub ropną (*erisipelas pustulosum*), dalej pewne części skóry — *resp.* błony śluzowej mogą uleść zgorzeli (*erisipelas gangraenosum*). Rozróżniają jeszcze niektórzy autorowie postać róży, przy której zaczerwienienie występuje na skórze pod postacią plam *resp.* smug (*erisipelas variegatum s. striatum*).

Sprawa różycowa rozszerza się w następstwie na skórę policzków, przedstawiając się pod znaną powszechnie postacią róży twarzy. Przy drugiej postaci róży nosa — sprawa pierwotnie

zaczyna się w gardzieli mocnem [szkarłatnem, co jest do pewnego stopnia charakterystycznym dla tego cierpienia] zaczerwienieniem i obrzmieniem błony śluzowej gardzieli. mającej wygląd lśniący, jakby wylakierowany. W dalszym ciągu sprawa różycowa rozszerza się *per continuitatem* ku górze na jamę nosogardzielową, skąd już za pośrednictwem *choan* przechodzi na jamy nosowe.

Czas trwania róży nosa różny— od kilku dni do 4—6 tygodni [ciężkie postaci, oraz t. zw. *erysipelas migrans*].

R o z p o z n a n i e zwłaszcza w pierwszej postaci nie przedstawia żadnej trudności. Róża twarzy *resp.* nosa przedstawia tak charakterystyczne cechy, że trudno się pomylić w rozpoznaniu tego cierpienia.

Nie tak łatwo natomiast rozpoznać różę nosa, mającą swoje źródło w gardle — tem więcej, że jak to powyżej zaznaczyłem, nawet badanie bakteryologiczne nie daje nam pewnych danych.

Ostatecznie i tu wystąpienie w końcu róży na twarzy rozstrzyga, z czem mieliśmy do czynienia, jak to miało miejsce w powyżej przytoczonym, a przezemnie spostrzeganym odnośnym przypadku.

R o k o w a n i e po większej części dobre — nieco gorsze u alkoholików, oraz u dzieci. HERZFELD ¹⁾ opisał przypadek róży przegrody nosa z zejściem w ropień.

Leczenie Dla zwalczenia ogólnych objawów [gorączki etc.] podajemy *antipyretica* [chininę, phenacetinę, preparaty salicylowe etc.], na głowę przy zajęciu sensorii— pęczek z lodem.

PIROGOFF—jako specyficzne dla róży środek zalecał kamforę, oraz leczenie napotne. HUETER — podskórne wstrzykiwania 3% kwasu karbolowego. Obie te metody jednak nie znalazły wielu zwolenników, tak że ostatecznie dziś zadawaliśmy się leczeniem objawowem. Zajętą sprawą różycową skórę *resp.* błonę śluzową nosa smarujemy maścią [rezorcynową lub ichtyolową] posypujemy pudrem, wreszcie [przy róży twarzy] nakładamy maskę z waty.

IV. *Rhinitis phlegmonosa* przeważnie występuje na przegrodzie nosa pod postacią ropnego zapalenia ochrzęstnej (*peri-*

¹⁾ „Rhinologische Mittheilungen“. Monat. f. Ohrenheilk. 1893. N. 9.

chondritis septi nasi abscedens). W ostatnich czasach zaczęto się żywo zajmować tą kwestyą — między innymi u nas WRÓBLEWSKI¹⁾; przytem cierpienie to różni autorowie różnie nazywają *perichondritis septi narium primaria (idiopatica) acuta*, *Haematoma septi narium abscedens* [FISCHENICH²⁾], *Erysipelas septi nasi abscedens* [HERZFELD], *phlegmone acutum* [KUTTNER³⁾], *l'abcès chaud de la cloison nasale* [GOUGUENHEIM⁴⁾], wreszcie *abscessus acuti septi narium* [WRÓBLEWSKI].

Zdaniem mojem najodpowiedniejszą, gdyż najlepiej o naturze samego cierpienia mówiącą — jest nazwa: *perichondritis septi nasi abscedens*.

Cierpienie to bynajmniej nie jest tak rzadkiem, jak to do niedawna jeszcze przypuszczano. Następstwem urazu [zwykle grzbietu nosa] jest wylanie się krwi pod błonę śluzową *resp.* pod ochrzęstną przegrody, przyczem tworzą się z obu stron [najczęściej] w przednich jej odcinkach t. zw. *haematomata septi* t. j. guzy czerwone, kwią wypełnione, wystające do światła nozdrzy. Zawartość ta, albo ulega wessaniu, albo co częściej się zdarza, przechodzi w ropną [czasami już na 2 lub 3 dzień], co naturalnie jedynie jest możliwem przy udziale ropotwórczych bakteryj, (*streptococcus pyogenes*, *staphylococcus aureus et albus*). Najczęściej dostają się one przez nadżarcia (*erosiones*) u wejścia do nosa, czasami punktu wejścia trudno odszukać.

Tak, czy owak przemianie owej towarzyszą objawy ogólne [gorączka], z miejscowych zaś bóle, oraz zatkanie nosa, często zupełne i to zwykle obustronne, wskutek czego dzieci, gdyż u nich to przedewszystkiem to cierpienie występuje, śpią z ustami otwartem — chrapią.

Nos przedstawia się zwykle mniej lub więcej obrzmiałym, spłaszczonym u grzbietu, czasami [nie zawsze] skóra na wierzchołku i przy wejściu do nosa zaczerwieniona.

1) „O ostrych ropniach przegrody nosa“. Gaz. lek. 1894. N. 43.

2) „Ueber das Hämatom und primäre Perichondritis der Nasenscheidewand. Arch. f. Lar. B. II. p. 33.

3) Die so genante idiopathische acute Perichondritis der Nasenscheidewand. Arch. f. Lar. B. II p. 33.

4) Ueber die entzündlichen Abscesse der Nasenscheidewand Arch. f. Lar. B. V. p. 69.

Przy badaniu, które bez wziernika zwykle, po prostu gołem okiem, wykonać się daje, mianowicie przy umiesieniu palcem do góry końca nosa, widzimy zwykle dwa, mniej lub więcej symetrycznie [zwykle z jednej strony więcej wyrażone] z obu stron przegrody nosa umiejscowione guzy, które mniej, lub więcej zupełnie zatykają światło jam nosowych. Guzy mocno czerwone, najczęściej bardzo wyraźnie chęłboczące [flukuacya] i często przesuwające się przy ucisku z jednej jamy do drugiej, co zawsze dowodzi, że między nimi istnieje komunikacya, wytworzona wskutek złamania *resp.* zniszczenia przegrody nosa — mianowicie jej części przedniej - chrząstkowej, gdyż ona to najczęściej bywa siedliskiem tego cierpienia.

Po wypuszczeniu ropy, czasami w stosunkowo znacznej ilości. [w jednym z ostatnich moich przypadków, dotyczącym 4 letniego chłopca, z typową *perichondritis septi abscedens*, pochodzenia traumatycznego, po przecięciu prawostronnego, wielkości dobrej wiśni guza, komunikującego ze stroną lewą, wylało się około łyżeczki gęstej ropy] samej, lub mniej więcej ze krwią zmieszanej, badanie zgłębnikiem zwykle wykazuje obnażenie chrząstki, czasami jej złamanie.

Jako zejście ropnego zapalenia ochrząstnej przegrody nosa podają niektórzy przedziurawienie przegrody nosowej, czego ja jednak, podobnie jak i WRÓBLEWSKI, w moich przypadkach nie spostrzegalem — natomiast często pozostaje mniej, lub więcej znaczne zniekształcenie zewnętrznego nosa.

Czasami zawartość więcej ma charakter surowicy [przy padki JURASZA, FISCHENICH'a, *perichondritis septi narium serosa*]. Zdarza się to jednak bardzo rzadko.

* Objawy głównie polegają na zatkaniu nosa, mowie zmniejszonej, objawach ogólnych, te ostatnie zwykle krótko trwają i nie są zbyt wielkiego natężenia.

Rozpoznanie zwykle nie napotyka na poważne trudności, anamneza [uraz] — wygląd charakterystyczny, wreszcie sondowanie, wystarczają na postawienie właściwej diagnozy. Z polipami lub przerosłemi muszlami nosa trudno chyba cierpienie to pomyślać, ważnem jest między innymi dla różniczkowej diagnozy umiejscowienie guzów [z obu stron *septi*]. W wątpliwych razach punkcyja próbna jest rozstrzygająca.

Rokowanie dobre, choć *quo ad valetudinem completam*

mniej pomysłne: możliwe są w następstwie mniejsze, lub większe zniekształcenia nosa.

Leczenie jedynie racjonalne operacyjne. Należy tylko zrobić szerokie cięcie od tyłu ku przodowi [inaczej ropa drugi raz się zbierze, jak to w jednym z moich przypadków miało miejsce, gdzie po raz drugi zmuszony byłem wykonać przecięcie]. W tym celu ja posiłkuję się haczykowato zakrzywionym nożykiem, można również zastosować z powodzeniem wążki nożyk, używany przy t. zw. *furunculi* w przewodzie zewnętrznym ucha. SCHAEFFER radzi dla uniknięcia recydywy, wycięcie części błony śluzowej wraz z ochrzęstną.

Po przecięciu, które nie wymaga znieczulania kokainą [tem więcej, że mamy do czynienia po większej części z małemi dziećmi, trwa przytem krótko i jest prawie bezbolesnem] należy założyć gazę jodoformową do obu jam nosowych, a to w celu jednoczesnego wywierania ucisku *resp.* prostowania przegrody nosa, jeśli takowa jest złamaną. Można też zastosować czopki z mentolem [2—5%], jak to mianowicie radzi CHOLEWA przy *otitis externa purul.* Opatrunek należy codziennie przez dni kilka zmieniać, poczem mniej więcej w ciągu tygodnia [czasami dłużej] sprawa się zagaja.

V. *Rhinitis gangraenosa*. W paru tylko słowach wspomnę tu o rzadkiej postaci cierpienia błony śluzowej nosa, mianowicie o t. zw. zgorzeli (*gangraena*). Zwykle występuje ona jedynie w ograniczonych odcinkach błony śluzowej jam nosowych.

Jako przyczyny — należy przedewszystkiem wymienić długotrwałe cierpienia, również i zarazek błonicowy (*bacillus KLEBS-LOEFFLER'a*), a także niektóre przetwory chemiczne [zwłaszcza chromowe].

Objawy zależą od charakteru zgorzeli, więcej ograniczonej, lub więcej rozlanej. Wydzielina — ostra, obfita, surowicza z domieszką krwi, niezwykle cuchnąca i wywołująca bolesne nadżarcia (*rhagades*) u wejścia do nosa, jako też na górnej wardze.

Przy rozlanej postaci dołączają się również i obrzmienie nosa i okolic, oraz ogólne objawy (*sepsis*).

Rozpoznanie łatwe.

Rokowanie przy rozlanej postaci zgorzeli — gorsze.

Leczenie jedynie objawowe, skierowane z jednej strony dla zwalczania objawów ogólnych [chinina, preparaty salicylowe etc.], z drugiej zaś strony do utrzymania jam nosowych w czy-

stości, ku czemu służą rozmaite środki i metody, o których obszernie wspominałem w części ogólnej.

Najodpowiedniejsze są antyseptyczne wdmuchiwanie [dermatol, aristol, jodol], oraz t. zw. kąpiele nosowe (*natrum biboricum* etc.). Przeciw bolesnym nadżarciom maść z rezorcyny.

VI. *Rhinitis diphtheritica*. Błonicowe zapalenie jam nosowych w większości przypadków jest cierpieniem wtórnem. Mianowicie sprawa, zaczawszy się pierwotnie w gardzieli, przechodzi niekiedy za pośrednictwem jamy nosogardzielowej, *resp. choan per continuitatem* na błonę śluzową jam nosowych.

Radziej o wiele [według ZARNIKO wyjątkowo, choć EEMAN¹⁾] jest przeciwnego zdania | sprawa dyfterytyczna zaczyna się pierwotnie w nosie | pierwotna błonica nosa | i ztąd rozszerza się ku tyłowi na jamę nosogardzielową.

U noworodków, jak to wykazał MONTI, sprawa błonicowa w nosie może się przyłączyć podczas samego aktu porodowego drogą infekcyi ze strony narządów płciowych, tem cierpieniem dotkniętych. Jak wiadomo, obecnie już nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przyczyną dyfterytu jest KLEBS-LOEFFLER'owski lasecznik, przedstawiający na obu końcach charakterystyczne maczugowate zgrubienia. Bakterye te mają swoisty układ [równoległe w kupkach]. Nawiasowo tu tylko wspomnę, że niekiedy trudno je odróżnić od t. zw. pseudodyfterytycznych laseczników HOFFMANN'a. Te ostatnie jednak pozbawione są zabójczych własności [na morskie świnki].

Objawy polegają przedewszystkiem na t. zw. ostrym niezycie nosa, który odróżnia się od zwykłego, z początku więcej wyrażonymi objawami ogólnymi [gorączka, dreszcze etc], następnie zaś większem zatkaniem nosa wskutek tworzenia się t. zw. błon dyfterytycznych. Przytem wydzielina jest ostra, gryząca, obfita, ropiasta, często z domieszką krwi, cuchnąca.

Wejście do nosa i górna warga mocno zaczerwienione, obrzmiałe—często z bolesnemi nadżarciami.

Błony dyfterytyczne odznaczają się tem, że je trudno od błony śluzowej zdjąć, [zwykle jest to połączone z dość znacznym krwawieniem], przyczem ta ostatnia przedstawia się mo-

¹⁾ „Nasendiphtheritis“. *Int. Centr. f. Lar.* 1893 N. 2. p. 162.

eno zaczerwieniona, rozpulchniona i powierzchownie owrzodzona, w czem zasadniczo różni się od t. zw. krupu nosa.

Zajmują one często tylny odcinek nosa, czasami pod postacią wysepek. Grubość również różna, zabarwienie szarawe. Drożność nosa mniej, lub więcej upośledzona, zwłaszcza u dzieci, u których w ogóle i objawy ogólne są więcej wyrażone.

Ro z p o z n a n i e, zwłaszcza wtórnej błonicy nosa, nie przedstawia trudności. Przy pierwotnej, zwłaszcza u dzieci, nieco trudniej. Czasami od t. zw. krupu nosa również dość trudno rozróżnić to cierpienie, jak o tem świadczy ogłoszony przezemnie w r. 1892 w „Gazecie lekarskiej“ odnośny przypadek ¹⁾.

Rok o w a n i e zwłaszcza u dzieci dość niepomyślne.

Leczenie polega obok ogólnych środków (*antipyretica*), na miejscowem oczyszczaniu jam nosowych z wydzieliny—najlepiej za pomocą t. zw. kąpeli nosowych z kwasu bornego, rezorcyny 1%, lub wlewania mentolu [2% w oliwie].

Szprycowania ze względu na możliwość infekcyi ucha, należy stanowczo unikać. Po oczyszczeniu, wdmuchujemy do jam nosowych środki antyseptyczne, jak iodol, dermatol lub aristol. Co się tyczy kwestyi, czy zdejmować, lub nie błony dyfterytyczne, zdania są podzielone.

Co się mnie tyczy, to podzielam zdanie LERMOYEZ'a, że nie należy tego czynić. Ten ostatni autor radzi w celu rozpuszczania błon, stosować rozpylanie papayotiny.

Rp. *Papayotini* 0,5
Aq. destill. 10,0
Acid. mur. q. s.

Niektórzy radzą pędzlowanie jam nosowych pyoctaniną [1—3%] BRESGEN, lub *phenolo sulfuricinico* [20%] LERMOYEZ.

Przy pryszczycy od *introitum nasi* maść [rezorcynowa].

Wreszcie w ostatnich czasach stosują z mniejszem, lub większem powodzeniem przy błonicy gardzieli *resp.* nosa surowicę antydyfterytyczną [ROUX-BEHRING'a].

VII. *Rhinitis fibrinosa s. crouposa*. Pierwszy HARTMANN w r. 1877 zwrócił uwagę na pewną odrębną postać chorobową nosa, charakteryzującą się obecnością na błonie śluzo-

¹⁾ Krup, czy dyfteryt nosa?

wej błon rzekomych, oraz małą gorączką lub zupełnym brakiem takowej. Cierpienie to nazwał krupem nosa (*rhinitis fibrinosa s. crouposa*).

Od tego czasu sprawa ta wielokrotnie była poruszana przez wielu badaczy, między innymi w naszej literaturze przez autora niniejszego podręcznika.

Etiologia. W obecnej chwili, co do etiologii tego cierpienia panują dwa poglądy. Większość autorów [HARTMANN, SCHECH, JURASZ, SEIFERT, B. FRAENKEL i inni, do których i ja się zaliczam] uważa krup nosa za cierpienie samodzielne — *sui generis* — nie mające żadnego związku z właściwą błonicą, od której różni się zarówno klinicznym przebiegiem, jakoteż i odmiennym zarazkiem (*staphylococcus aureus et albus, streptococcus pyogenes*).

Inni natomiast, jak BAGINSKY, CONCETTI, GERBER i PODACK, świeżo zaś EEMAN ¹⁾ etc., uważają krup nosa za słabszą odmianę błonicy, zależną więc od tego samego zarazka (*bacillus KLEBS-LOEFFLER'a*).

Tegoż samego mniej więcej zdania jest również MEYER ²⁾, autor jednej z ostatnich prac o krupie nosa. Autor ten jednak, obok infekcyi dyfterytycznej, przyjmuje jeszcze i wtórną przez ropotwórcze drobnoustroje.

Objawy. T. zw. krup nosa przebiega pod postacią, przypominającą do pewnego stopnia przebieg pooperacyjny po zastosowaniu galwanokaustyki w nosie (t. zw. *rhinitis crouposa s. fibrinosa secundaria* — SEIFERT, lub *artificialis* — GERBER), t. j. rzekomy krup jam nosowych.

Mianowicie tu i tam tworzą się na błonie śluzowej nosa błony rzekome, grube, mięsiste, białawe, kąpiące się literalnie w wydzielinie surowiczej. Początek ostry, czasami nawet z dość znaczną gorączką; zwykle jednak stan mniej więcej bezgorączkowy. W każdym razie objawy ogólne, jeżeli i są, to trwają bardzo krótko, natomiast sprawa miejscowa w nosie pomimo to trwa w całej pełni i po usunięciu jednej błony wytwarza się na to miejsce druga i t. d.

¹⁾ „Rhinitis pseudomembranosa und Nasendiphtheritis“. Int. Cent. f. Lar. 1897. N. 2 p. 164.

²⁾ Bacteriologische Befunde bei rhinitis fibrinosa. Arch. f. Lar. B. IV. H. 2

Sprawa tym sposobem trwać może 1 — 2 tygodni i więcej-

Błony krupowe, pokrywające błonę śluzową nosa, mogą być bardzo znaczne, niekiedy przedstawiają one formalnie odlewy jam nosowych. Zwykle związek ich z błoną śluzową jest dość luźny i względnie łatwo — bez znacznieszego kwawienia — się zdejmują, przyczem leżąca pod nimi błona śluzowa przedstawia się stosunkowo mało zmienioną [bez owrzodzeń, nigdzie pod drobnowidzem niema nekrozy nabłonka, tym sposobem wysięk włóknikowy jedynie znajduje się na powierzchni, a nie w samej błonie śluzowej — SEIFERT], co i stanowi różnicę zasadniczą od błonicy nosa.

T. zw. krup nosa nie należy do zbyt rzadkich cierpień, odkad zaczęto baczniejszą zwracać uwagę na tę sprawę chorobową i ilość odnośnych spostrzeżeń zwiększa się, coraz bardziej. Do poprzednio przezemnie ogłoszonych 2 przypadków tego cierpienia, przybywa 3-ci, który w roku zeszłym miałem sposobność spostrzegać i bakteryologicznie [hodowle tylko] zbadać.

Przypadek dotyczył 17-letniej chorej, z typowym przebiegiem [nieco z początku gorączki], stałe tworzenie się błon przy dobrym stanie ogólnym etc. etc. Wszystkie moje 3 przypadki dotyczyły osób starszych, u których najczęściej krup nosa występuje.

Rozpoznanie krupu nosa w przypadkach bezgorączkowych nie napotyka zwykle na większe trudności, w przeciwnym razie zwłaszcza w początkowych okresach odróżnienie od błonicy nosa jest dość trudnem, dalszy jednak przebieg usuwa wątpliwości. Ostatecznie można się uciec do „*summum criterium*“, jakim jest bakteryologiczne badanie błon [hodowle, oraz szczepienie na świnkach morskich, samo bowiem drobnowidzowe badanie nie jest wystarczającym ze względu na możliwość pomieszania t. zw. pseudodyfterytycznych laseczników z właściwymi KLEBS-LOEFFLER'owskimi].

Rokowanie pomyślne. Sprawa krupowa nigdy nie rozszerza się na sąsiednie narządy i jamę nosogardzielową *resp.* uszy, gardło etc., nigdy nie wywołuje objawów wtórnych np. porażań, zajęcia nerek, co jak wiadomo, przy dyfteryście często się zdarza.

Leczenie krupu nosa mało różni się od tego, jakie przy błonicy nosa powyżej podałem. W początkach, przy istniejących objawach ogólnych, również można zastosować odpowiednie ogól-

ne leczenie (*antipyretica* etc.), miejscowo zaś dla poruszania błon balsam peruwiański pół na pół z gliceriną pod postacią czopków, mechaniczne zdejmowanie [które tu jest wskazaniem, a więc przeciwnie, jak przy błonicy nosa], błon z następczem zasypywaniem proszków antyseptycznych [*dermatol* etc.]. Dalej 1—3% pyoctanina, maść przy pryszczycy etc.

VIII. *Sprawy zapalne na błonie śluzowej nosa, w przebiegu ostrych wysypek* W przebiegu ostrych wysypkowych chorób [odra, szkarlatyna, ospa, tyfus etc.], dość często bywa zajęty nos (*rhinitis acuta secundaria s. symptomatica*).

Zwłaszcza wiadomem jest powszechnie, że o drze (*morbilli*) zawsze towarzyszy katar nosa. Zwykle jednak jest on niezbyt silnie wyrażony: umiarkowane obrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowej, zwiększona śluzowa, rzadziej śluzoropna wydzielina. Sprawa zwykle trwa krótko, nie zostawiając po sobie żadnych śladów. Czasami jednak zajęcie nosa przy odrze może być i poważniejszej natury, wydzielina więcej ropna z obfitą domieszką krwi. Na błonie śluzowej nosa [zwłaszcza przegrody] mogą się wytwarzać owrzodzenia. Czasami bywa zejście w zanikowy katar (*rhinitis chr. atrophicans*).

Przy szkarlatynie rzadziej już bywają zajęte jamy nosowe, zwykle sprawa tu się rozszerza z gardzieli [t. zw. dyfteryt szkarlatynowy, jak wiadomo zależnym jest od ropotwórczych bakteryj, a nie od lasecznika KLEBS-LOEFFLER'owskiego].

Objawy takież jak i przy odrze, zwykle tylko mniej wyrażone. Wydzielina może mieć charakter ropny.

Przy ospie (*variola et variolois*) czasami błona śluzowa nosa bywa również zajęta, przyczem jednak nie tworzą się tu właściwe *pustulae*, jak na skórze, lecz skutek szybkiego rozpadu powierzchownych warstw błony śluzowej mniejsze, lub większe owrzodzenia, dające powód do częstych krwawień.

Wreszcie i w przebiegu tyfusu brzuszego (*typhus abdominalis*) czasami występują poważniejszej natury zmiany [owrzodzenia] na błonie śluzowej jam nosowych, jak tego dowodzi przypadek KLEBLER'a.

O zmianach w nosie (*coryza acuta*) przy ostrym gośccu stawowym (*rheumatismus articularum acutus*) FREUDENTHAL, już wspominałem.

Na szczególną jednak uwagę zasługuje zajęcie nosa w przebiegu influenzy. Oprócz zwykłych postaci nieżytów nosa,

bardzo często występują i poważniejszej natury zajęcia błony śluzowej jam nosowych [ropienia—HAJEK ¹⁾], a zwłaszcza zatok bocznych nosa [empyematy].

Przyczyną influenzy jest swoisty pasożyt [lasecznik, odkryty przez PFEIFFER'a, KITASATO, wreszcie CANNON'a—przez tego ostatniego we krwi].

Objawy jak przy zwykłym niezycie ostrym, tylko o wiele silniej wyrażone, mianowicie często chorzy uskarżają się na dokuczliwe bóle i uczucie ciężaru w okolicy czołowej. Wspólne dla wszystkich zaburzeń w jamach nosowych w przebiegu ostrych infekcyjnych chorób, są objawy ogólne, zwykle bardzo silnie wyrażone [wysoka gorączka, ogólne rozłamanie, bóle głowy etc.].

Rozpoznanie ostrego niezytu nosa, towarzyszącego ostrym wysypkom, jakoteż w ogóle ostrym infekcyjnym sprawom, zwykle nie przedstawia żadnych trudności.

Rokowanie zależnem jest od zasadniczego cierpienia: przy odrze, ostrym gościcu stawowym—lepsze, jak przy szkarlatynie, ospie, tyfusie brzuszny, wreszcie influenzy, która zostawia po sobie często zmiany poważniejszej natury [ropienia w zatokach].

Leczenie nie różni się od zwykłego, przy *rhinitis acuta primaria* stosowanego. Często zajęcie nosa ustępuje samo przez się po ustąpieniu zasadniczego cierpienia, czasami jednak, zwłaszcza przy influenzy, wymaga specjalnego leczenia np. przy zajęciu jam bocznych nosa.

Rzecz prosta, że ogólne leczenie jest tu pierwszorzędnej wagi.

BOUCHERON ²⁾ w uporeczywych niezytach nosa po influenzy, szkarlatynie etc., które on nazywa „*rhinites à streptococques*“, zaleca w ostatnich czasach surowicę antystreptokokkową [MARMOREK'a].

¹⁾ „Eiterung in der Nase“. HEYMANN'S Handbuch von Lar u. Rhin. B. III. L. IV.

²⁾ Sérotherapie antistreptococcique dans les rhinites chroniques à streptococques“. Arch. int. de lar. d'ot. et de rhin. 1896. N. 6. p 661.

Choroby nosa

ROZDZIAŁ III.

Sprawy zapalne przewlekłe.

I. *Rhinitis catarrhalis chr.* Rozróżniamy następujące postacie nieżyty przewlekłego nosa: a) *rhinitis catarrhalis chr. diffusa simplex*, b) *hypertrophica s. hyperplastica* i c) *atrophicans (foetida s. ozaena et non foetida)*.

Etiologia. Nieżyt przewlekły nosa może powstawać wskutek częstych ostrych nieżytów, lub te ostatnie, wskutek różnorodnych przyczyn nie ustępując przez czas dłuższy [tygodnie, miesiące], przemieniają się w przewlekłe. Wreszcie chroniczny katar nosa może powstawać i samodzielnie wskutek częstego, lub długotrwałego drażnienia, czy to natury mechanicznej [pył], czy też chemicznej (*kali bichromicum* etc.).

Również częste zmiany ciepłoty, przebywanie w bardzo ogrzanych miejscach, a następnie raptowne ochłodzenie, co zdarza się przy niektórych zajęciach [cukiernicy, maszyniści etc.], mogą stać się powodem nieżytów przewlekłych nosa (*rhinitis professionalis*). Skłonnością do tego ostatniego cierpienia odznaczają się osoby, nadużywające palenia i napoi wysokokowych (*Abusus in tabaco et in Baccho*).

Niektóre choroby konstytucjonalne (*syphilis, scrophulosis*¹⁾ artrytyzm etc.), a także zakaźne ostre [zwłaszcza influenza] usposabiają do nieżytów przewlekłych nosa.

Znaczny dział tych ostatnich przypisać należy zmianom miejscowym, czy to w jamach nosowych (*deviatio septi* etc.), czy to w zatokach (*empyemata*), czy wreszcie w jamie nosogardzielowej [wyrosła adenoidalne — HALBEIS, THOST].

Obecność polipów, stanowiących następstwo nieżyty prze-

¹⁾ Niektórzy autorowie, jak np. FINK (Die Bedeutung des Schnupfens der Kinder-w Bresgen's Sam. zw. Abh. a. d. G. d. Nasen etc. Krank. 1895. N. 2) utrzymują, że nieżyt przewlekły nosa jest przyczyną t. zw. zółzów u dzieci, pogląd, na który ja żadną miarą zgodzić się nie mogę. Według mnie jest on tylko objawem tych ostatnich. Tegoż samego zdania jest także KLEMPERER.

wlekłego nosa, może ten ostatni podtrzymywać, tak że jest tu coś w rodzaju *circulus vitiosus*.

A. *Rhinitis catarrhalis chr. diffusa simplex*. Przy rozlanym, zwykłym, przewlekłym nieżycie błona śluzowa przedstawia rozlane, równomierne zaczerwienienie, oraz nieznaczne zwykle „*in toto*“ obrzmienie. To ostatnie najczęściej zajmuje muszle nosowe [głównie dolne], rzadziej przegrodę i dno.

Obrzmienie to warunkuje nieprzyjemny, stały objaw u chorych, mianowicie niedrożność — zatkanie nosa, które charakteryzuje się tem, że naprzemian zajmuje to jedną, to drugą jamę nosową, co zwłaszcza wyraźnie występuje w nocy.

Oprócz zatkania, przewlekły nieżyt rozlanego nosa powoduje nadmierne wydzielanie się śluzu, zmuszając do używania częstokroć bardzo znacznych ilości chustek.

Wydzielina bywa rozmaitego charakteru, to więcej wodnista, lub śluzowa, ciągnąca się, to więcej gęsta, żółtawa ze skłonnością do zasychania. Czasami zdarza się domieszka krwi, rzadziej jest ona cuchnąca, natomiast nigdy nie ma charakteru czysto ropnego. Pod drobnowidzem zawiera śluz, leukocyty zwykle w dość znacznej ilości, natomiast mało komórek nabłonkowych, wreszcie nieco różnorodnych bakteryi. Nieżyt przewlekły nosa rozlany rzadko ogranicza się do jam nosowych, zwykle rozszerza się bądźto ku tyłowi na jamę nosogardzielową, powodując nieprzyjemny objaw wciągania z rana gęstej wydzieliny z nosa do gardła, suchość etc. W dalszym ciągu nieżyt ten może opuszczać się jeszcze niżej na gardło, krtań [powodując chrypkę], oskrzela [kaszel]. Również i w kierunku do trąbek EUSTACHIUSZA może sprawa ta się rozszerzać, powodując objawy ze strony uszów [szum, dalej mniej lub więcej upośledzony słuch].

Za pośrednictwem kanału nosołzowego sprawa nieżykowa przechodzi na oczy [łzawienie]. Wreszcie i zatoki boczne nosa mogą być przy tem cierpieniu zajęte.

Powonienie przy przewlekłym nieżycie nosa często bywa mniej lub więcej upośledzonym. U dzieci przeważnie zdarza się ta [rozlana] postać przewlekłego nieżytku nosa.

A'. Wyższy stopień przewlekłego nieżytku rozlanego nosa nosi nazwę *rhinitis chr. hypertrophica s. hyperplastica*. Cechą charakterystyczną tej postaci jest mniej, lub więcej znaczny przerost pewnych odcinków błony śluzowej nosa, przeważnie muszel [ich przednich i tylnych końców].

Najwięcej zwykle bywają zajęte muszle dolne, zwłaszcza ich przedni odcinek [według KLEMPERER'a¹⁾—częście tylny koniec], które przy badaniu wziernikiem przedstawiają się pod postacią czerwonych guzów, okrągłych, lub gruszkowatych, zwężających mniej, lub więcej znacznie światło jam nosowych.

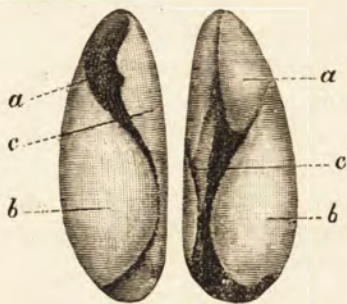


Fig. 52. Przerost muszel (*rhinitis hypertrophica*: aa — średnie, bb — dolne, c — *deviatio septi sigmoidea* [według GOUGENHEIM'a i GLOVER'a]²⁾).

Niekiedy guzy te, odpowiadające przednim odcinkom muszeli nosa [dolnej i średniej], przylegają do przegrody nosa pod postacią mniej lub więcej ograniczonych, bladawych, poduszkowatych tworów. Są to t. zw. polipowate muszle, stanowiące przejście do właściwych polipów, od których między innymi różnią się silniejszym zabarwieniem, oraz przyczepem, zwykle mniej, lub więcej szerokim.

Zabarwienie różne: to więcej blade przy więcej przewlekłych przerostach, to więcej czerwone [przy świeższych].

Powierzchnia to gładka, to nierówna, przypominająca na pierwszy rzut oka malinę (*weiche Papillome*, lub *Himbeerpolypp-HOPMANN'a*, nazwa niezupełnie szczęśliwa, odpowiedniejsza, zdaniem mojem jest przerost brodawkowaty muszel — *hypertrophia papillomatosa*).

Tak się przedstawia czasami przedni, a częściej natomiast tylny odcinek muszeli dolnych, co się zaś tyczy muszli średniej, to stosunkowo najczęściej spotykamy t. zw. polipowaty przerost przedniego jej końca.

Wreszcie, acz rzadko; i pewne odcinki przegrody nosa ulegają ograniczonym przerostom, mianowicie w okolicy t. zw. *tuberculum septi* [rzadziej], oraz o wiele częściej, na co zwrócił uwagę jeszcze w r. 1889 na zjeździe niemieckich lekarzy i przyro-

¹⁾ „Chronische Rhinitis“ HEYMANN's Handbuch. f. Lar. 1897. B. V. t. 5. „Atlas de laryngologie et rhinologie“. 1894. Paris.

dników w Heidelbergu ROSENFELD, a co i ja na podstawie własnego doświadczenia potwierdzić mogę, na tylnym brzegu prze-

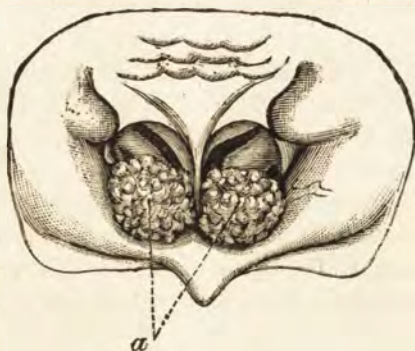


Fig. 53 Przerost brodawkowaty tylnych końców obu dolnych muszel (a) [według GRÜNWARD'a].

grody *resp. vomeris*, zwykle symetrycznie z obu stron pod postacią 2 podłużnych wałów.

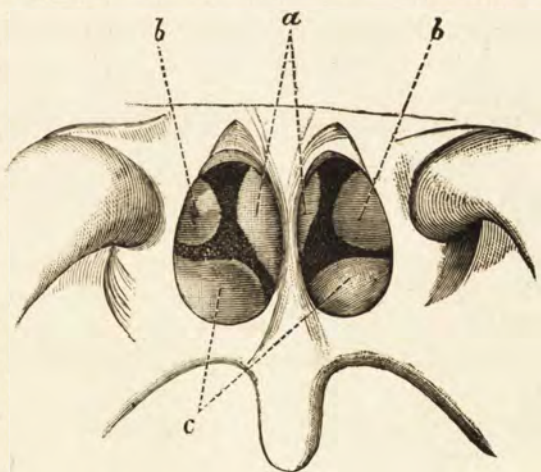


Fig. 54. Przerost błony śluzowej w tylnym odcinku przegrody (a), oraz przerosty tylnych końców muszel średnich (b) i dolnych (c) [według ZUCKERKANDL'a].

Acz rzadko i błona śluzowa dna nosa może ulegać przerostowi.

Oprócz błony śluzowej, także o ile się zdaje i chrząstki mogą przyjmować udział w sprawie przerostowej [SCHECH, GOTSTEIN].

Anatomia patologiczna. Przy przerostowym niezycie nosa mamy zawsze do czynienia z mniej, lub więcej znacznym rozrostem tkanki łącznej, prócz tego drobnokomórkowem nacieczeniem, zwłaszcza w części podnabłonkowej, oraz naokoło naczyń, których ilość również zwiększona. Nabłonek większych zmian nie przedstawia [w górnych warstwach więcej kubiczny, lub płaski]. Gruczołów w ogóle mniej. Niektórzy autorowie [STEPANOW, a ostatnio POLYAK] znajdowali w tkance łącznej, a także w warstwie nabłonkowej t. zw. hyaline Kugel. Prawdopodobnie, są to produkty zwyrodnienia kolloidnego komórek [POLYAK].

Objawy te same, co i przy rozlanym zwykłym niezycie nosa przewlekłym, tylko więcej wyrażone, zwłaszcza niedrożność nosa, warunkująca oddechanie z ustami otwartymi z jego następstwami.

Wydzielina śluzo-ropna wzmożona. Zaburzenia węchowe (*anosmia respiratoria* ta ostatnia zależna od przeszkód w przenikaniu zapachów do części węchowej, natomiast t. zw. *anosmia essentialis*, zależna od zmian w samej części węchowej, zdarza się tylko bardzo rzadko).

Również możliwe zaburzenia w smaku, oraz mowie (t. zw. *rhinolalia clausa*). Częste bóle głowy, najczęściej czołowe. Zażycie wtórne aparatu słuchowego, oraz ocznego częstsze, jak w postaci zwykłej. Częste nerwice odruchowe (*asthma etc.*).

Rozpoznanie rozlanego, zwykłego, oraz przerostowego niezytu przewlekłego nosa nie przedstawia trudności. Od zwykłego obrzmienia, zależnego od przekrwienia, odróżnić można przerost zapalny muszel [ich przednich zwłaszcza odcinków], za pomocą sondowania, przyczem w pierwszym razie otrzymujemy wrażenie pęcherza, napelnionego powietrzem.

Kokainowanie również ma duże znaczenie rozpoznawcze, usuwa ono w jednej chwili obrzmienie kongestyjne, gdy tymczasem prawdziwy przerost tkanki muszel pozostaje bez zmiany.

Również nie jest trudnem odróżnienie t. zw. polipowatych muszel od właściwych polipów, o czem już wspominałem, zresztą

pod względem terapeutycznym jest to obojętnem, gdyż w obu razach zabieg leczniczy jest identycznym [wycięcie—najlepiej galwanokaustyczne].

Toż samo tyczy się—*mutatis mutandis* i odróżnienia brodawkowatych przerostów od właściwych brodawczaków, o czym zresztą jeszcze raz będzie mowa przy guzach łagodnych jam nosowych.

Rokowanie przy zwykłym, jakoteż i przerostowym niezycie przewlekłym nosa po większej części jest pomyślnem.

W prawdzie „*sanatio spontanea*“ jest wątpliwą, lecz przy odpowiednim, zwłaszcza operacyjnem leczeniu, drożność nosa w większości przypadków zupełnie przywrócić jesteśmy w stanie, *resp.* wszystkie objawy niezytu usunąć.

Co się tyczy leczenia rozlanych, jako też przerostowych niezytów przewlekłych nosa, to przedewszystkiem należy się starać, o ile to jest możliwem, usuwać szkodliwe czynniki przyczynowe, a więc przy usposobieniu do zołzów, przeprowadzić ogólne leczenie [tran, preparaty jodowo-żelaziste, kąpiele słońce: Ciechocinek, Iwonicz, Kreuznach, Ems, Reichenhall etc.].

Dalej należy zmienić warunki życia, o ile to ostatnie jest możliwem, na więcej higieniczne: strzedz się zaziębień [hartować], jak najwięcej przebywać na świeżem powietrzu [górskie, suche jest najbardziej wskazanem], unikać kurzem i dymem przepelnionych miejsc, palaczom zalecić wstrzymanie się od tego nałogu, lub przynajmniej ograniczyć jego użycie do *minimum* [cygara mniej są szkodliwe, jak papierosy!] — toż samo tyczy się nadużywania napoi wysokowych.

Racyonalna hydropatia u osób nerwowych, zwłaszcza w celu hartowania całego organizmu, również jest wskazaną.

Oprócz tych ogólnych przepisów postępowania, niezmiernie ważnych, o których nigdy zapominać nie należy, ważnem jest również i leczenie miejscowe. To ostatnie polega na zmniejszeniu obrzęku błony śluzowej nosa, oraz oczyszczeniu jam nosowych z wydzieliny, ku czemu służą różnorodne środki, oraz metody lecznicze, a więc przedewszystkiem śluz rozpuszczające (*resolventia*), jak *natrum bicarbonicum*, *natrum chloratum* etc. najlepiej pod postacią t. zw. kąpeli nosowych, dalej ściągające (*adstringentia*), do których przedewszystkiem należy ulubiony środek wiedeńskiej szkoły, *Argentum nitricum*, bądźto pod postacią insuflacyj [0,05—0,5 : 10 amyli] na dawkę około 3 gr. t. j. 0,2, naprzemian do każdej jamy nosowej — raz na dzień. STOERK

ostatnimi czasy zaleca specjalnie przygotowane długie i twarde pałeczki z waty, różnej grubości, które zmoczawszy w roztworze lapisu [1 — 10%] wkłada się na 1 — 2 minut do jam nosowych.

Bardzo skutecznym przy rozlanym zwykłym niezycie przewlekłym nosa jest zalecany przez SCHAEFFER'a, *Aluminium aceticum tartaricum* [nie *alumen*, który powoduje anosmię!], o sposobie jego użycia do kąpeli nosowych wspominałem w części ogólnej.

Jak wszędzie, tak i tu najwięcej znajdują zastosowanie środki antyseptyczne, najwięcej ze środkami, śluz rozpuszczającymi, połączone, a więc np. *acidum salicylicum* (1 : 10 *magnesia usta*)—GOTTSTEIN, *Ac. salic.* 5,0, *Natr. chlor.* 50,0, *Natr. bicarb.* 100,0 — lub mentol z boraksem [0,1 : 10,0], przez HARTMANN'a zalecany. BRESGEN zachwala preparaty soziodolowe (*Natrum*, *Kalium per se*, *Zincum*, 1 : 10). Przy nieprzyjemnem uczuciu zatykania w nosie, dobrą jest następująca mieszanina [KLEMPERER]:

Rp. *Mentholi*
Natri soziodolici \widehat{aa} 0,5
Cocaini muriat. 0,25
Acidi borici 25,0

Można również stosować powyższe środki pod postacią maści, zwłaszcza jeżeli jednocześnie istnieje podrażnienie skóry *resp.* błony śluzowej u wejścia do nosa (*eczema*), a więc np. zalecane przez LERMOYEZ'a:

Rp. *Mentholi* 0,2
Dermatoli 2,0
Vaselini (albi) 20,0

lub KLEMPERER'a:

Rp. *Natr. soziod.*
Mentholi \widehat{aa} 0,5—1,0
Lanolini 15,0
Vaselini 35,0.

Najskuteczniejszą jednak, najpewniejszą metodą przy leczeniu zwykłego, a po części i umiarkowanego przerostowego kataru nosa, jest mięsienie drgawkowe *resp.* błon śluzowych [BRAUN, LAKER, GARNAULT, do których i ja się zaliczam].

Co do ogólnych przepisów stosowania tej metody mówiłem w części ogólnej. Nie tylko posiada ona działanie lecznicze o wiele pewniejsze, jak wszystkie powyżej wyszczególnione,

jest ona zarazem nieszkodliwą, czego o innych metodach np. irygacyach nosowych powiedzieć nie można [niebezpieczeństwo ze strony uszów].

Prócz tego mięsienie drgawkowe błon śluzowych w wielu razach wywiera bardzo wybitne działanie wzmacniające, hartujące na błonę śluzową jam nosowych „*in toto*“, czyniąc ją mniej wrażliwą na zewnętrzne bodźce — zwłaszcza termiczne, o czym niejednokrotnie przekonać się mogłem.

Co się tyczy leczenia *rhinitidis hypertrophicæ sensu strictiori* t. j. znaczniejszych, ograniczonych ewent. t. zw. polipowatych przerostów muszel [ich przednich, oraz tylnych odcinków], to rzecz prosta, że wszystkie powyżej wyszczególnione środki i metody lecznicze, nie wyłączając nawet mięsienia drgawkowego — są niedostateczne. W tych razach tylko leczenie energiczniejsze, a więc radykalne usunięcie przerostów na drodze operacyjnej, może doprowadzić do celu.

Ze środków żrących, w tym celu używanych, wymienić należy kwas trójchloroctowy, chromny, wreszcie stanowczo najlepszą metodę, która też i największe ma zastosowanie t. j. galwanokaustykę.

Uwagi ogólne, dotyczące aparatów w tym celu używanych, oraz sposobów stosowania galwanokaustyki, podałem w części ogólnej. Dodam tu tylko, że dla przerostów umiarkowanych — rozlanych [cała muszla *in toto*] najwłaściwszem jest użycie kanterów, najlepiej ostrych, za pomocą których robimy zwykle 3-y równoległe, głębokie brózdki, poczynając od tylnego, a skończywszy na przednim końcu muszli [zwykle dolnej], SCHMIDT w celu energiczniejszego działania *resp.* dla zmniejszenia reakcy pooperacyjnej, używa następnie wcierania kwasu chromnego w brózdki po galwanokaustycznym przypaleniu powstałe [inni używają w tym celu kwasu trójchloroctowego], jest to jednak, zdaniem mojem, zupełnie zbytecznem.

Rzecz prosta, że uprzednio dobrze kokainujemy [20%] muszlę za pomocą wacika, lub sprej'u [10%]. Bólu w większości przypadków niema wcale — krwawienia również.

Niektórzy rhinologowie — zwłaszcza dla leczenia przerostu przedniego końca średniej muszli, stosują metodę wkłuwania [2—3 mniej, lub więcej głęboko]. Ma to na celu niedopuszczenie do zrostów, które w tem miejscu szczególnie łatwo wystąpić mogą, gdyż normalnie miejsce to, odpowiadające t. zw. *tuberculum septi*

jest bardzo wazkiem. Jeden tego rodzaju przypadek mialem sposobnosc ostatniemi czasy spostrzegac.

Przy ograniczonych niezbyt wielkich przerostach tylnych koncow dolnej, a po czesci i sredniej muszel, ktorych od strony nosa wskutek roznych przyczyn (*deviatio septi etc.*) za pomoca kauterow nie mozna wypalic, ja stosuje chetnie z doskonalem zazwyczaj rezultatem — wklowania, lecz od strony jamy ustnej, naturalnie pod kontrola lusterka krtaniowego (*rhinoscopia post.*). W wielu razach bardzo latwo sie to udaje, czasami jednak nalezy uciec sie do uzycia haka podniebniowego. Uzycie kokainy podwojnie jest tu niezbednem — przez usta i jamy nosowe [najlepiej za pomoca sprej'u] dla usuniecia odruchow, jakotez bolu.

Przy t. zw. polipowatych przerostach muszel, mianowicie ich koncow przednich, lub tylnych, zwlaszcza dolnej, a po czesci i sredniej — powyzej opisany sposob zastosowania galwanokaustyki nie jest dostateczny.

W tych razach musimy postepowac tak, jak przy zwyklych polipach nosa, a wiec nadmiernie przerosla czesc wyciac.

Podobnie jak przy polipach i w tych razach mozna zastosowac podwojna metode: krwawa — za pomoca zimnej petli [HARTMANN'a lub KRAUSE'go, ktorych rysunek podanym bedzie nieco dalej przy polipach], a ktora to metode szczegolnie zaleca ZARNIKO, zdaniem mojem nieslusznie, oraz 2) bezkrwawa — czyli t. zw. petle goraca *resp.* galwanokaustyczna, ktora powszechnie jest w uzyciu [SCHNECH *etc.*] i ktora ja jedynie uzywam i wszystkim zaleciac moge.

Ma ona niezaprzeczona wyzszość nad pierwsza, zapobiega bowiem krwawieniu, ktore w wiekszosci przypadkow, wbrew temu, co pisze ZARNIKO, jest stosunkowo bardzo znacznem, jak mnie o tem pouczyly 2 odnosne przypadki, ktore mnie tez ostatecznie zniechecily do tej metody.

Rękoczyn to przytem niebolesny, czego o zimnej petli powiedziec nie mozna, ze wzgledu na uzycie w tym ostatnim przypadku pewnej sily [zimny drut bowiem nie jest w stanie tak latwo przeciac zwykle bardzo grubej tkanki i dla tego musimy w wiekszosci przypadkow zastosowac nieprzyjemna dla chorych trakcyę *resp.* wyrwanie].

Nalezy jednak przy stosowaniu goracej petli zachowac pewne ostrozności, o ktorych juz w czesci ogólnej poniekad wzmiankowalem — przede wszystkim wiec nie zbyt silnie rozpalać drut,

często przytem przerywać strumień — inaczej zbyt prędko przecięte naczynia krwawieć będą, pominawszy i to, że i drut sam przepalić się może i tym sposobem operacyi dokończyć nie będziemy w stanie.

Należy też pamiętać o tem, żeby dobrze pętle założyć, inaczej przy ściąganiu się ześlizgnie — najlepiej zrobić pierwotnie [ostrożnie jednak, żeby nie przypalić sąsiednich zdrowych części] powierzchowną brózdę, puściwszy strumień jeszcze przed ściągnięciem, naturalnie odpowiednio przygotowanej, pętli — następnie dopiero powoli ściągać i jednocześnie przypalać odcinaną część muszli.

Usunięcie tylnego końca, polipowato przerosłego, muszli dolnej [rzadziej średniej], czy to zimną, czy też [najlepiej] gorącą pętlą — wykonać można dwojakim sposobem — albo przez nos, jeśli niema przeszkody przy wprowadzeniu pętli (*deviatio septi* etc.), lub przez usta za pomocą t. zw. *rhinoscopii* tylnej, wreszcie można też zastosować i t. zw. bimanualny sposób, polegający na tem, że wprowadza się pętlę [zimną, czy galwanokaustyczną] przez jamę nosową, a następnie takową nakłada na przerosły koniec muszli za pomocą palca, wprowadzonego do jamy ustnej.

Jest to sposób, który stosujemy zwykle przy guzach [polipach] w jamie nosogardzielowej.

O leczeniu pooperacyjnem o tworzeniu się strupa, błon t. zw. krupowych, wreszcie o t. zw. reakcyjnym katarze, jako następstw operacyj galwanokaustycznych — mówiłem obszernie w części ogólnej.

B. Drugą odmianą nieżyty przewlekłego nosa jest t. zw. zanikowy katar (*rhinitis chr. atrophicans*).

Odróżniamy dwie jego postaci:

- 1) *Rhinitis chr. atrophicans simplex (non foetida* KRIEG ¹⁾) i
- 2) *rhinitis chr. atrophicans foetida* — ta ostatnia nosi powszechnie miano śmierdzącego kataru nosa (*Ozaena*).

Zanikowy nieżyt przewlekły nosa — cierpienie, przynajmniej w naszym klimacie, niesłychanie częste — powstaje z poprzedniej t. j. przerostowej postaci tego cierpienia. Jest to pogląd obecnie prawie powszechnie przyjęty [SCHECH, GOTTSTEIN, B. FRAEN-

¹⁾ „*Rhinitis atrophicans foetida (ozaena) und non foetida*“. Heymann's Handb. f. Lar. etc. B. III. L. 5.

KEL, SCHAEFFER etc.]. Do rzędu nielicznych przeciwników tej teorii należą ZARNIKO, ZAUFAL, HOPMANN etc.

РЕГНИ ¹⁾ zajmuje pośrednie miejsce utrzymuje on, że *ozaena* np. zarówno dobrze może się zaczynać zanikiem, jak i przerostem błony śluzowej. Nie dość na tem autor ten idzie dalej, twierdząc, że sprawa ta (*ozaena*) niekoniecznie musi być związana z zanikiem błony śluzowej

Co się mnie osobiście tyczy, to skłaniam się więcej do pierwszej teorii, gdyż widywałem przypadki, gdzie obok miejsc zanikniętych istniały i przerosłe.

Wybitną dla obu odmian cechą jest sprawa zanikowa, obejmująca nie tylko części składowe błony śluzowej, a więc nabłonek, gruczoły, naczynia, tkankę jamistą etc., lecz sięga głębiej— do chrząstki.

Błona śluzowa przytem traci swój pierwotny charakter: kurczy się, zamieniając się na zbitą tkankę łączną, przyczem nabłonek migawkowy przechodzi w płaski— z rogowatym zwyrodnieniem [SCHUCHARDT].

Wspólnym również dla obu postaci objawem jest nadmierna szerokość [objętość] jam nosowych, przyczem wskutek zaniku muszle nosowe—zwłaszcza dolna—przedstawiają się pod postacią listw, mało do światła jam wystających.

Dzięki tej szerokości jam nosowych jesteśmy zwykle w stanie widzieć doskonale te części, które w zwykłych warunkach weale, lub bardzo tylko niedokładnie są dla naszego oka dostępne, a więc całe t. zw. *hiatus semilunaris*, po części wejście do zatoki klinowej, tylną i boczną ścianki jamy nosogardzielowej z wylotami trąbek EUSTACHIUSZA etc.

Błona śluzowa przedstawia się po większej części blada, błyszcząca, jakby lakierowana, pokryta gęstym, brudnym, zasychającym w strupy śluzem.

Sprawa rozszerza się zwykle ku tyłowi na nosogardziel i gardziel (t. zw. *rhinopharyngitis et pharyngitis sicca*).

Często bywa *eczema ad introitum nasi*.

Druga odmiana niezytu zanikowego nosa przewlekłego t. zw. *rhinitis chr. atrophicans foetida s. ozaena*— jak już sama

¹⁾ „Wesen und Heilbarkeit der Ozaena“. Arch. f. Lar. B. II. p. 194, 1895 r.

nazwa (*foetida*) wykazuje polega przede wszystkim na wydzielaniu się z nosa charakterystycznego, niezwykle przykrego dla otoczenia (*cacosmia objectiva*) odoru, przypominającego ten, jaki wydzielają roztarte pluskwy, lub u pewnych indywiduów pocące się nogi. Jest on czasami tak silny, że z trudnością pozbyć się go można: nie pomagają wtedy ani przewietrzanie mieszkania, ani rozpylanie środków odwanających etc. [Jeden taki przypadek, dotyczący 18-to letniej panienci, mam żywo w pamięci]. Rzecz szczególna, że cierpienie to niezwykle często i w niezwykle silnym stopniu występuje u młodych panienek w okresie dojrzalności płciowej. W ogóle podczas periodu *foetor* się zwiększa, w zimie jakoby więcej był wyrażony [JURASZ]. Bywają też i mniej lub więcej długie przerwy (*ozaena periodica*—JURASZ).

Ja, podobnie, jak i SCHECH szczególnie często spostrzegałem to cierpienie u osób żółzowatych. Że nie jest to prosta koincydencya, o tem ja ani chwili nie wątpię. Nie zgadzam się jednak stanowczo z twierdzeniem KRIEG'a, że t. zw. *scrophulosis* jest następstwem zanikowego nieżytnośnosa — raczej przeciwnie skłonny jestem do przyjęcia, że t. zw. *rhinitis chr. atrophicans*—czyto *non foetida*, czy też *ozaena* — są jednym z licznych objawów żółzowatego skażenia ustroju.

W ogóle cierpienie to występuje przeważnie w latach wczesnych, po 30-ym roku życia bardzo jest rzadkiem. Częściej jest udziałem klasy biednej — szczególnie często spostrzegałem go wśród niezamożnej żydowskiej ludności.

Etiologia. Nieżyt przewlekły zanikowy nosa, *resp. ozaena* występuje stosunkowo często wśród wielu członków jednej i tej samej rodziny. Kwestya zaraźliwości tego cierpienia [przeniesienie zarazka z jednej osoby na drugą] nie została dotąd dowiedziona. W ogóle co się tyczy przyczyn samego „*faetoris*“, tego najważniejszego objawu przy *ozaenie*, to dotąd nie absolutnie pewnego powiedzieć się nieda, jakkolwiek wiele już w tej kwestyi pisano.

Jedni, jak np. ZAUFAL, utrzymują, że wydzielina, długi czas pozostając w nadmiernie rozszerzonych jamach nosowych, ulega processowi gnicia. HOPMANN ¹⁾ również jest zdania, że

¹⁾ „Ueber Messungen des Tiefendurchmessers der Nasenscheidewand bezw. des Nasenrachenraumes. Ein Beitrag zur aetiologischen Beurtheilung des Ozaena“. Arch. f. Lar. 1894. B. I. p. 35.

przyczynę *ozeny resp. foetoru*, należy szukać w wadzie rozwojowej — mianowicie w małym wymiarze podłużnym jam nosowych [skrócenie przegrody w wymiarze przednio-tylnym].

Teoria ta jednak nie wytrzymuje krytyki, gdyż i przy zwykłym zanikowym nieżycie nosa nie cuchnącym, istnieje ten objaw t. j. szerokość jam nosowych, *resp.* ich krótkość.

KRAUSE i HABERMANN widzą przyczynę cuchnienia w tłuszczowem zwyrodnieniu komórek nabłonkowych i tworzeniu kwasów tłuszczowych, z czem jednak nie zgadzają się E. FRAENKEL oraz ZUCKERKANDL; natomiast RETHI w ostatnich czasach zdaje się skłaniać do tej teorii.

Wiele prawdopodobieństwa ma teoria VOLKMANN-SCHUSCHARDT'a, według której *foctor* przy *ozaenie* powstaje wskutek rozkładu substancji rogowej w zwyrodniałym nabłonku płaskim, w który, jak wiadomo, zamienia się nabłonek stożkowaty błony śluzowej nosa.

Wreszcie STOERK świeżo w swoim podręczniku [1895] wyraża pogląd, że *ozaena* jest chorobą infekcyjną — mianowicie znajduje się w ścisłym związku z *gonorrhoea*, lub dziedzicznym syfiliem.

Dla ścisłości dodać tu muszę, że już przedtem SCHMIDT, oraz KRAUSE wspominali o prawdopodobnym związku przyczynowym między przewlekłym nieżytem zanikowym nosa, a zakażeniem trypropem. Wreszcie w ostatnich czasach zaczęto przypuszczać [LAUTMANN¹⁾] trophoneurotyczne pochodzenie *ozeny*.

Przechodzimy obecnie do teorii pasożytniczej.

LOEWENBERG znajdował stale przy *ozenie* drobnoustroje, które nazywa *ozaenacocci (diplobacilli incapsulati)*, uważając je za przyczynę cuchnienia.

Badania jednak THOST'a, HAJEK'a, a u nas BAUROWICZA [z pracowni BUJWIDA w Krakowie] wykazały, że są one identyczne z pneumokokkami FRIEDLAENDER'a, oraz *bac. rhinoscleromatis*, które znajdują się i przy innych, nie cuchnących stanach chorobowych nosa.

HAJEK tą samą rolę przypisuje odkrytemu przez siebie lasecznikowi (*bacillus foetidus*). Wreszcie ABEL znajdował stale

¹⁾ „L'ozéne atrophiant. Pathogénie et sérothérapie“. Ann. de mal. de l'oreil. 1897, N. 3.

przy ozenie lasecznik, który nazwał „*bacillus mucosus ozaenae*“.
[Jest on identyczny z LOEWENBERG'a „*ozaenacoccus*“].

Temu ostatniemu autorowi udało się przez zaszczepienie czystej hodowli tego pasożyta na błonę śluzową zdrowego nosa — wywołać na tej ostatniej pierwsze stadyum ozeny.

Wreszcie w roku bieżącym włoscy autorowie BELFANTI i DELLA VEDOVA ¹⁾ przeprowadzili kontrolujące badania bakteriologiczne w 63 przypadkach ozeny. Oprócz t. zw. *bacillus mucosus ozaenae* [ABEL-LOEWENBERG] znajdowali stale lasecznik, zbliżony do błonicowego i do t. zw. *bacillus xerosis conjunctivae*. Na podstawie tych badań autorzy ci podali nowy sposób leczenia ozeny za pomocą surowicy przeciwbłonicowej.

Początkowo przypuszczano, że przy ozenie stale mamy do czynienia ze sprawą wrzodziejącą, lub nekrotyczną, a więc jako następstwo spraw konstytucjonalnych [syfisy, gruźlica]. Od różniano więc tylko: *ozaenam syphiliticam, tuberculosam* etc. Dopiero dzięki MICHEL'owi i ZAUFAL'owi wyodrębniono tą sprawę chorobową, nadając jej specjalny charakter (*ozaena simplex s. genuina*), przyczem wyłączono wszelkie sprawy wrzodziejące. Pierwszy MICHEL, a ostatnimi czasy GRUENWALD ²⁾ zwrócili uwagę na częstą kombinację ozeny z cierpieniami jam bocznych nosa (*empyemata*), na zasadzie czego przypuszczają, że te ostatnie są przyczyną, ozena zaś poprostu następczym objawem. Teorya ta jednak, jakkolwiek odmówić jej pewnych cech prawdopodobieństwa nie można [ja np. względnie dość często spostrzegalem to cierpienie zwłaszcza przy ropieniu komórek sitowych — nie jestem jednak w stanie rozstrzygnąć, czy to było „*propter hoc*“, czy tylko prosta koincydencya] nie zdołała sobie dotąd zyskać wielu zwolenników [ROBERTSON etc.].

A n a t o m i a p a t o l o g i c z n a. Makroskopowo błona śluzowa przedstawia się bladą, pokrytą tu i owdzie zeschlą brudną wydzieliną [strupy], w niektórych punktach zaś szaro-białą, matową, suchą [części xerotyczne nabłonka — STÖERK]. Jamy nosowe są szerokie mniej, lub więcej wskutek zaniku muszel, przedstawiających się, jak cienkie listwy.

¹⁾ „Sull'eziologia dell'ozena e sulla sua curabilita colla sieroterapia“. Arch. ital. di Lar. 1896. N. 2 i 3.

²⁾ „Die Lehre von den Naseneiterungen“. München 1893.

Pod drobnowidzem znajdujemy następujące obrazy: początkowo błona śluzowa przedstawia drobnokomórkowe nacieczenie, przytem leukocyty okazują skłonność do ziarnistego rozpadu i tłuszczowego zwyrodnienia. Podobne zmiany wykazuje nabłonek gruczołów śluzowych.

Nabłonek zwykle zamienia się na kubiczny, lub wielowarstwowy płaski, przyczem powierzchowne jego warstwy ulegają zrogowaceniu — w t. zw. xerotycznych miejscach jest podobieństwo do naskórka (*epidermis*).

W późniejszych okresach następuje tworzenie się tkanki łącznej włóknistej, co prowadzi do kurczenia się (*Schrumpfung*) błony śluzowej, przyczem następuje jednocześnie zanik gruczołów i naczyń.

O b j a w y przewlekłego zanikowego nieżyty nosa zwykłego, oraz cuchnącego (*ozaena*) są identyczne — różnią się jedynie obecnością, niezwykle charakterystycznego dla tego ostatniego cierpienia, zapachu.

Wspólnemi zaś cechami jest wydzielina, skłonna do zasychań i tworzenia brudnych strupów (*crustae*).

Zatkania w większości przypadków w skutek rozszerzonych nadmiernie jam nosowych — niema. Czasami jednak przy obecności większej ilości takich strupów — drożność nosa może być mniej, lub więcej upośledzoną.

W ogóle jednym z najstalszych objawów przy zanikowym nieżycie nosa — jest wysoce dla chorych nieprzyjemne uczucie ciągłego zasychania w jamach nosowych. Oczyszczanie nosa z zalegających go, zeschniętych mass bardzo trudno zazwyczaj skutecznie się daje. Najczęściej też chorzy po bezowocnych takich próbach, przyczem wskutek znacznych wysiłków — mogą łatwo aspirować się cząstki wydzieliny do trąbek EUSTACHIUSZA, dopomagają sobie palcami, za pomocą których wydłubują z jam nosowych owe strupy — przyczem niekiedy następuje krwawienie. O szkodliwości takiego postępowania nie potrzebuję mówić — dość powiedzieć, że może to być między innymi powodem sprawy noszącej nazwę „*ulcus septi nasi perforans*“, t. j. przedziurawienia części chrząstkowej przegrody — gdyż dłubanie palcem najczęściej w tej okolicy się odbywa.

Z innych objawów należy mi zaznaczyć mniej, lub więcej znaczne upośledzenie węchu, aż do zupełnej jego utraty. Jest

to t. zw. *anosmia essentialis* — zależna od zmian w samym nabłonku węchowym.

Częstymi również przy tem cierpieniu są objawy ze strony sąsiednich narządów, a więc zajęcie zatok bocznych nosa, uszów, oraz oczów, jakoteż jamy nosogardzielowej, krtani i tchawicy (*rhino-pharyngo-laryngo-tracheitis sicca*).

Co się tyczy zewnętrzznego nosa, to już sama jego forma, zbliżona do t. zw. nosa siodełkowego (*nez de mouton, Sattel-nase*), charakterystycznego, jak wiadomo, dla zmian syfilitycznych w nosie — mianowicie szerokość nadmierna, oraz spłaszczenie w okolicy grzbietu nosa, naprowadzić może już „*ex aspectu*“ na podejrzenie sprawy atroficznej w jamach nosowych.

Zwykle przytem u osobników, dotkniętych tem cierpieniem znajdujemy w mniejszym, lub większym stopniu inne objawy, wchodzące w zakres t. zw. skrofulozy — a więc wydęte wargi, obrzmiałe gruczoły szyjowe, wysypki na skórze, bladeść chorobliwa, rodzaj „nalania“ twarzy etc.

Rozpoznanie zanikowego przewlekłego nieżyty nosa — tak zwykłego, jak i cuchnącego (*ozaena*), po większej części nie przedstawia żadnych trudności. Zwłaszcza ozenę po jej charakterystycznym zapachu poznać jest bardzo łatwo. Kto raz choćby miał z ozeną do czynienia, ten nigdy zapachu tego nie zapomni. Trudniej już nieco rozpoznać pierwsze stadya zwykłej postaci tego cierpienia, gdyż jak wiadomo przebiega ono pod postacią przerostów, choć już i w tych razach udaje nam się znaleźć obok przerosłych i zanikłe miejsca [SCHECH, SCHMIDT, KRIGG].

Przy różniczkowej diagnozie należy mieć na uwadze syfilis, gruźlicę [t. zw. *ozaena secundaria*], dalej ropienia ograniczone przy obecności ciał obcych w jamach nosowych, przy zajęciu bocznych jam nosa etc.

Rokowanie przy przewlekłym zanikowym nieżycie nosa, a zwłaszcza przy ozenie — nie należy do zbyt pomyślnych. Do ostatnich niemal czasów powszechnie utrzymywano, że *ozaena* należy do absolutnie nieuleczalnych cierpień.

I słusznie, jeżeli pod słowem „wyleczenie“ rozumieć będziemy *restitutio ad integrum*, t. j. odrodzenie się zupełne zanikłej błony śluzowej [gruczołów, naczyń, powrót nabłonka płaskiego w cylindryczny migawkowy etc.], choć niektórzy autorowie [Mou-

R'E, NOQUET, MASSEI] i to zdają się przypuszczać, a nawet istnieją spostrzeżenia [SCHMIDT, DEMME, RETHI], gdzie nastąpił nawet przerost atroficznej błony śluzowej — to w tym sensie zdaje się wyleczenia absolutnego spodziewać się nie możemy.

Natomiast t. zw. względne wyleczenie tego cierpienia, zdaniem mojem, jest najzupełniej możliwem i wcale nie tak jest rzadkiem, jak by się to napozór zdawać mogło.

Pod „*sanatio relativa ozaenae*“ zaś rozumiem ustąpienie dwóch kardynalnych objawów t. j. *factoru* i tworzenia się strupów. Jednem słowem przypuszczam najzupełniej możliwość odrodzenia się niezupełnie jeszcze zanikłych elementów błony śluzowej [gruczołów etc.].

Że takie odrodzenie wymaga niezwykle długiego czasu, to jest łatwem do zrozumienia, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że taka np. ozena jest cierpieniem *κατ'ἐξοχήν* chronicznem, że trwa już nie miesiące i lata, lecz częstokroć całe dziesiątki lat. I leczenie więc z konieczności musi być długotrwałem — i powiedzmy od razu, systematycznym, wymagającym przytem sporej dozy cierpliwości tak ze strony chorego, jak i lekarza.

Leczenie kataru atroficznego nosa, zarówno zwykłego, jak i ozeny ma przedewszystkiem na celu oczyszczenie jam nosowych od zalegającej gęstej wydzieliny, a co zatem idzie i ściśle z nią związanego *factoru*, co najlepiej za pomocą irygatora skutecznie się daje. Należy jednak używać w tym celu znacznych ilości płynu [przynajmniej litr].

Jednym z lepszych środków, służących do rozpuszczenia gęstej wydzieliny *resp.* strupów [przytem bardzo tanim, a więc w biednej praktyce bardzo odpowiednim] jest *natrium bicarbonicum* — dwuwęglan sodu, sam, lub z dodatkiem *natri benzoici* [środek droższy] w stosunku 1 : 5 — 10, z czego 2 — 4 łyżeczek użyć na litr wody — przynajmniej 2 razy dziennie [rano i wieczór]. Można też do przestrzykiwań użyć środków antyseptycznych — *sensu strictiori*, jak np. sublimat, lub thymol [1 : 10,000], phenosalyl [1 : 1000 — LERMOYEZ etc.]. Bardzo odpowiednim również jest *aluminium acético-tartaricum* [25 — 50%, 1/2 — 1 łyżeczkę do litra wody]. Kąpiele nosowe w tych razach są mniej skuteczne, gdyż strupy, często bardzo silnie przylegające do błony śluzowej nosa, dla usunięcia wymagają większej siły, *resp.* znaczniejszego strumienia i większej ilości płynu.

Doskonale jednocześnie dla oczyszczenia nosa od strupów i jako *desodorans* przy ozenie działa balsam peruwiański, po połączeniu z gliceryną [lub z wazeliną i lanoliną *aa*], pod postacią czopków z waty stożkowatych, twardych, a cienkich i długich, wkręcanych do jam nosowych głęboko [w kierunku ku górze *resp.* ku oczom] ruchem rotacyjnym. Pozostawiamy je tam — stosownie do tolerancyi chorych od kilku minut do 1/2 godziny i dłużej.

Zwykle koniec czopka, w okolicy średniej muszli się znajdujący [w tej okolicy też zwykle gromadzą się najczęściej zbite strupy], mniej, lub więcej silnie drażni błonę śluzową, następstwem czego jest kichanie czasami bardzo silne [również łzawienie]. Po wyjęciu wacika — takowy literalnie okazuje się oblepionym brudnozielonawymi strupami. Cuchnienie przy tem leczeniu nadzwyczaj prędko ustępuje.

Mojem zdaniem jest to o wiele skuteczniejszym, jak t. zw. tamponada GORTSTEIN'a, polegająca na wkręcaniu mniejszych, lub większych wacików za pomocą specjalnej, pomysłu autora, śrubowanej sondy, *resp.* pozostawianiu ich w jamach nosowych na 24 godziny.

Po możliwie dokładnem oczyszczeniu nosa [jeśli to wykonywa sam rhinolog—to wypada czasami za pomocą kleszczyków pozdejmować więcej uporczywe strupy] tą, lub inną metodą, dobrze jest następnie zastosować jakiś proszek antyseptyczny [najlepiej aristol, lub dermatol—*per se*, lub *Zincum soziodolicum* 1:5 iodoli i 5 *sacchari lactis*].

W ostatnich czasach w mięsieniu drgawkowem *resp.* błon śluzowych znaleźliśmy bardzo cenną metodę, leczącą radykalnie to ciężkie cierpienie. BRAUN, a po części LAKER, GARNAULT, DEMME i inni utrzymują, że za pomocą tej metody udawało im się prawie zawsze wyleczyć ozenę [sam BRAUN podaje około 100 takich przypadków].

Co do mnie to przyznać się muszę, że tak szczęśliwym jak BRAUN nie byłem, jakkolwiek i ja mam w praktyce swojej bardzo pokaźną ilość t. zw. przezemnie względnych wyleczeń, otrzymanych dzięki tej metodzie, którą przy zanikowym niezycie nosa uważam stanowczo za najracjonalniejszą, najlepsze rezultaty dającą metodę leczniczą. SCHMIDT, oraz DEMME utrzymują nawet, że pod wpływem mięsienia drgawkowego błon śluzowych widywali nie tylko regenerację, lecz nawet przemianę zani-

kłych muszel w przerosłe. Te ostatnie DEMME nawet zmuszony był usuwać następnie na drodze operacyjnej, co wydaje mi się jednak mało prawdopodobnem.

Oprócz powyższych metod RETHI w przypadkach niezbyt daleko posuniętych radzi powierzchowne przypalania błony śluzowej za pomocą galwanokauterów, kwasu chromnego, lub tróchloroctowego. Metody tej ja jednak polecać nie mogę. Natomiast już nieco lepiej działa, zalecana w tych razach przez WRÓBLEWSKIEGO, nalewka iodowa (*Tra iodi*).

Pokrótce tylko wspomnę o paru metodach, ostatniemi czasy przy ozenie stosowanych, a więc elektrolizie [CHEVAL, BAYER], oraz o wstrzykiwaniach podskórnych surowicy antydyfterytycznej, zalecanych przez włoskich autorów BELFANTI i della VEDOVA, oraz przez GRADENIGO ¹⁾ i LAUTMANN'a, jakkolwiek dalsze obserwacje [ARSLAN i CATTERINA ²⁾] nie potwierdziły pomyslnych rezultatów, przez powyższych autorów podawanych.

Ponieważ nieżyt zanikowy nosa *resp.* ozena występują z szczególnem upodobaniem u osobników z zaburzeniami w stanie ogólnym [zołzy, niedokrwistość etc.], przeto leczenie ogólne odgrywa w tem cierpieniu pierwszorzędną rolę.

A więc wskazane są: tran, preparaty żelazno-iodowe — *Pill.* BLANCARD'a, lub *Syr. ferri jodati*, który można również przepisywać z tranem, np.

Rp. *Syr. ferri jodati* 30,0
Syr. simpl. (lub *Olei jecoris Aselli*) 60,0
MDS. 1—2 łyżeczek dziennie po jedzeniu.

Dalej arsenik, kąpiele słone, siarczane [Ciechocinek, Busk, Kreuznach etc.], wreszcie pobyt nad morzem.

II. *Rhinitis caseosa*. Francuzcy autorowie [DUPLAY, WAGNIER, LERMOYEZ etc.], jakoteż włoscy [COZZOLINO, CIMMINO] odróżniają pewną odrębną postać chorobową t. zw. *rhinitis caseosa* [DUPLAY] s. *cholescomatosa* [COZZOLINO] — analogon *ton-sillitidis caseosae*. Polegać ma ona na wytwarzaniu się w jamach nosowych mas serowatych [stąd nazwa], niezwykle cuchnących, które mniej, lub więcej zatykają nos.

¹⁾ „Sulla sieroterapia nell'ozena“. Arch. ital. di Lar. 1896, N. 2.

²⁾ „Sulla sieroterapia nell'ozena“. Arch. ital. di Lar. 1896, N. 3.

Jako przyczynę tego cierpienia uważa MASSEI drobnoustrój, odkryty przez SABRAZES'a „*bacterie filamenteuse*“, a który GUARNACCIA ¹⁾ nazywa *streptothrix alba*.

Większość jednak autorów [KLINGEL ²⁾, SCHECH, KLEMPERER, ARSLAN ³⁾ etc. do których i ja się zaliczam] nie uważają tej postaci chorobowej za samodzielną. I słusznie — stosunkowo dość często spotykałem się z powyżej opisanym stanem, t. j. z tworzeniem się w mniejszej, lub większej ilości mas serowatych, cuchnących w jamach nosowych, zawsze jednak miałem do czynienia bądźto [najczęściej] z zajęciem (*empyema*) zatok bocznych nosa — zwykle komplikowanych obecnością polipów, utrudniających swobodny odpływ ropy, bądźto z obecnością ciała obcego, *resp. rhinolithu*, tak, że owe masy serowate były po prostu zgęstniałą ropną wydzieliną, zmienioną w swoich własnościach też samo i ARSLAN w 4 ogłoszonych przez siebie przypadkach.

Być może jednak, że to cierpienie jest endemicznem we Francyi i Włoszech [z innych miejscowości — w Niemczech, Anglii etc. niema wzmianek o tem cierpieniu, w tym sensie, jak to powyżej podałem] i dla tego pozwałam sobie zapożyczyć opis tego cierpienia od LERMOYER'za ⁴⁾.

W *rhinitis caseosa* rozróżniamy dwie fazy: 1) *intranasal* i 2) *extranasal*. W początku mamy tylko do czynienia z zatkaniami nosa jedno, lub obustronnem z jego następstwami respiracyjnemi i fonacyjnemi.

Wziernik nosowy wykazuje wtedy w jamach nosowych masy, przypominające ser biały o przykrym zapachu, w które zgłębnik łatwo przenika i rozdziela (*dissocie*), błona śluzowa ma być przytem nienaruszoną. Okres ten, o ile się zdaje, odpowiada tym obrazom, jakie i my widzimy.

Natomiast zupełnie odrębnie ma się przedstawiać druga faza tego cierpienia: masy serowate w dalszym swoim rozwoju niszczą ościec, zajmując oczodół, warunkują przemieszczenie gałki ocznej, przedziurawiają sklepienie podniebienia, tworzą fistuły na policzku.

¹⁾ Cytowany w pracy ARSLAN'a.

²⁾ „Ueber rhinitis caseosa“, Arch. f. Lar. 1895. B. III. p. 199.

³⁾ „Ancora due parole sulla cosiddetta rinite caseosa. Arch. ital. di Lar. B. V, p. 159.

⁴⁾ Loco citato.

Okresowi temu towarzyszyć mają szalone bóle.

I pomimo to rokowanie w tem cierpieniu ma być najzupełniej pomyślnem. Pod wpływem odpowiedniego leczenia w kilka dni mają się jakoby zagoić przetoki (?), bóle giną i następuje zupełne wyleczenie.

Leczenie polega po prostu na usunięciu zawartych w jamach nosowych mass serowatych, co z łatwością daje się uskutecznić. Irrygacye nosowe w tych razach mało są skuteczne. Najlepiej za pomocą zgłębnika porozdzielać massy serowate, następnie zaś, albo za pomocą pincetki powydobywać je na zewnątrz przez nos, lub za pomocą silnego przedmuchięcia powietrzem—wypechnąć je do jamy nosogardzielowej, skąd łatwo zostaną przez chorych wykrztuszone [zamiast tego ostatniego sposobu, który bardzo zachwala LERMOYEZ — sądzę, że odpowiedniejszym by było przeszprycowanie jam nosowych]. Wiele przytem potrzeba posiedzeń, ażeby zupełnie oczyścić jamy nosowe od częstokroć zadziwiająco olbrzymich mass serowatych.

Następnie dopiero zaleca LERMOYEZ irygacye słabe alkaliczno-antyseptyczne — przyczem przez pewien czas nie należy wypuszczać chorych z opieki, gdyż nawroty cierpienia, jakkolwiek rzadkie, są jednak możliwe.

Tyle co do leczenia *rhinitidis caseosae*, jako cierpienia samodzielnego. Rzecz prosta, że zapatrując się na tą sprawę, jedynie jako objaw przy pewnych cierpieniach, należy leczenie skierować przede wszystkim ku usunięciu przyczyny, a więc przy obecności ropy w zatokach bocznych nosa — te ostatnie podług zwykłych sposobów leczyć — usuwać ciała obce etc.

III. Jeszcze jedną odrębną sprawę chorobową, a będącą, o ile się zdaje, tylko pewną odmianą przewlekłego nieżytu zanikowego nosa, odróżnia SIEBENMANN prof. w Bazylei, mianowicie t. zw. *rhinitis sicca ant.*, a która, o ile się również zdaje, jest identyczną ze sprawą, którą ZUCKERKANDL nazwał „*Xanthosis*“, a polegającą na pigmentacyi [żółtawej — stąd nazwa] błony śluzowej chrząstkowej przegrody nosa. Cierpienie to występowało w 10% przypadków SIEBENMANN'a, zebranych przez RIBARRY'ego ¹⁾ — przeważnie u młodych osobników płci żeńskiej, fakt

¹⁾ Klinisch anatomische Beiträge zur Rhinitis sicca ant. Arch. f. Lar. B. IV. 311.

ten również przemawiał by za identycznością tej sprawy z przewlekłym niezżytem zanikowym nosa.

Usposabia ono do nawykowych krwawień nosowych (*epistaxis habitualis*), dalej do t. zw. *ulcus perforans septi narium*.

Również może dać ono powód do różnorodnych zakażeń: gruźliczego, syfilitycznego, dalej do *erisipelas*, wreszcie *perichondritis abscedens septi narium*.

Anatomia patologiczna [RIBARY]. Błona śluzowa, pokrywająca część chrząstkową przegrody nosa, przedstawia drobne fałdy, nabłonek płaski—zgrubiały, na powierzchni zrogowaciały. Błona śluzowa zawiera liczne komórki w stanie zwyrodnienia szklistego, nieco komórek eozynofilowych, masę barwnika, który od „*carbolfuchsin*“ przyjmuje czerwono-bronzowe zabarwienie.

Rozpoznanie w obec charakterystycznego wyglądu błony śluzowej [żółtawe zabarwienie], oraz umiejscowienie (*septum cartilagineum*) nie jest trudnem.

Rokowanie ze względu na możliwe komplikacje (*ulcus perforans, tuberculosis etc.*) nieszczególne.

Leczenie objawowe — unikać drażnienia [dłubania palcem], utrzymywać w czystości jamy nosowe przez odpowiednie środki i metody, o których była mowa w części ogólnej, zwłaszcza bardzo odpowiedniem jest użycie różnorodnych maści, a więc rezorcynowej etc.

IV. *Blenorrhoea* STOERK'a. W roku 1867 STOERK opisał pewną odrębną postać chorobową, która stale spotyka się w pewnych miejscowościach [Galicyi, Polsce, Rosyi południowej, Besarabii etc.], a której cechą charakterystyczną jest obfita ropna wydzielina, szerokie jamy nosowe, dalej zajęcie całej błony śluzowej [rodzaj *membrana pyogenes*], jednak bez zmian głębszych [owrzodzeń, zajęcia chrząstek etc.], wreszcie skłonność do rozszerzania się na cały górny odcinek dróg oddechowych [nosa, gardziel, krtani i tchawica, a nawet oskrzela]. Nosi ona nazwę przewlekłej *blenorrhoei*, lnb na cześć autora — *blenorrhoea* STOERK'a.

Cierpienie to — bynajmniej niezbyt rzadkie — dotyka przede wszystkim najniższe warstwy — zwłaszcza często występuje wśród ludności żydowskiej.

O ile się zdaje, to sprawa ta znajduje się w ścisłym związ-

ku z t. zw. twardziłą nosa (*rhinoscleroma*)—KLEMPERER etc., co zresztą i sam autor do pewnego stopnia skłonny jest przyznać.

Objawy polegają przedewszystkiem na obfitym, cuchnym, ropnym wypływie z nosa, mającym również skłonność do zasychania, *resp.* tworzenia strupów. Wkrótce dołączają się objawy ze strony nosogardzieli [ranne dławienie się, wskutek wciągania wydzieliny z nosa do gardła], krtani [chrypka, zwężenie, krtani *resp.* tchawicy], wreszcie oskrzeli [kaszel, duszność]. Same jamy nosowe są przytem mniej, lub więcej znacznie rozszerzone, podobnie więc jak w zanikowym nieżycie nosa.

Rozpoznanie nie jest zwykle trudnem. Błona śluzowa jam nosowych nie przedstawia zwykle znaczniejszych zmian [owrzodzeń], opuszczenie się sprawy na gardziel, krtani etc. (*pharyngitis, laryngitis et tracheitis sicca*), wreszcie endemiczne występowanie danego cierpienia—pozwalają na postawienie właściwego rozpoznania. Od *ozaena syphilitica* różni się brakiem zajęcia części głębszych [chrząstek, kości].

Rokowanie ze względu na powikłanie ze strony innych narządów, zwłaszcza zaś krtani [zwężenie] nie jest zbyt pomyślnem.

Leczenie *blenorrei* STOERK'a jest dość niewdzięcznem. Sprawa to uporczywa, trudno poddająca się leczeniu, co zdaje się zależeć od warunków niehygienicznych—niedostatecznego odżywiania, w jakich chorzy tacy w większości przypadków się znajdują. Stąd też ogólne leczenie, poprawienie tych warunków jest rzeczą pierwszorzędną wagi

Miejscowo starać się winniśmy jedynie o utrzymanie jam nosowych, *resp.* nosogardzielowej w czystości, ku czemu najlepiej służą t. zw. kąpiele nosowe (*natrum bicarbonicum, aluminium acetico tartaricum* etc.) same, lub z następczem zasypywaniem proszków antyseptycznych [aristol, dermatol]. Podobnie, jak i w zanikowym przewlekłym nieżycie nosa, z którym t. zw. *blenorrhoea* STOERK'a ma wiele podobieństwa i w tem ostatniem cierpieniu mięsienie drgawkowe błon śluzowych najlepsze stanowczo może dawać wyniki lecznicze.

ROZDZIAŁ IV.

Cierpienia konstytucjonalne nosa.

Do nich przedewszystkiem należy:

I. Syfiliś—cierpienie tak stare, jak świat, gdyż już na parę tysięcy lat przed narodzeniem Chrystusa znajdujemy o niem wzmianki.

Pierwotne stwardnienie (*ulcus induratum s. primitivum*) należy w nosie do bardzo rzadkich [przypadki GAREL'a¹⁾, ENDLITZ'a i innych]. Zakażenie może tu nastąpić, albo za pośrednictwem nieczystych instrumentów — zwłaszcza kateterów usznych [BUROW], jakoteż dotykania nosa nieczystym palcem etc. Najczęściej zajęta bywa przegroda nosa.

O wiele częściej występują w nosie objawy drugorzędne — a jeszcze bardziej trzeciorzędne. Pierwsze zwykle powierzchownie się umiejscawiają na błonie śluzowej, natomiast głębsze zmiany [zajęcie chrząstek, oraz kości] występują przy objawach późniejszych.

Do drugorzędnych objawów syfilisu w nosie przedewszystkiem zaliczyć należy t. zw. katar syfilityczny, który u dorosłych nie różni się prawie od zwykłego [w większości jednak przypadków jest on jednostronnym] i tylko zbadanie ogólne: skóry (*roseola*), błony śluzowej (*plaques* w jamie ustnej — *ad anum*), wreszcie zajęcie gruczołów chłonnych [szyjowych, pachwinowych etc.] pozwala na postawienie właściwego rozpoznania.

U dzieci natomiast katar syfilityczny jest o wiele charakterystyczniejszy: w kilka tygodni zazwyczaj [nie zaraz jak np. przy *rhinitis gonorrhoeica*] po urodzeniu stan ogólny dziecka zaczyna bez widocznej przyczyny podupadać, dołącza się sapka która nie pozwala mu ssać, *resp.* należycie się odżywiać, co i jest między innymi przyczyną osłabienia. Przy badaniu wziernikiem znajdujemy błonę śluzową nosa obrzmiałą, zaczerwienioną. Wydzielina obfita, śluzoropna, czasami krwawa, cuchnąca, żrąca — wskutek czego wejście do nosa, oraz górna warga przedstawiają się mocno zaczerwienione z bolesnemi nadżarciami. I tu od

¹⁾ „Deux cas des chancres primitifs de la cloison nasale“. *Rev. de Lar.* etc. 1895, 15 Juillet.

t. zw. *blenorrhoea nasi neonatorum* tylko badanie ogólne jest w stanie odróżnić dane cierpienie.

T. zw. *plaques (Syphilis papulosa)* rzadko tylko i to przeważnie *ad introitum nasi* [w tylnym kącie — *rhagades*], dalej w przednim odcinku przegrody nosowej, wreszcie na dolnej muszli bywają spostrzegane.

Leczenie przy drugorzędnych objawach polega przede wszystkim na zastosowaniu ogólnej, specyficznej metody, a więc frykcyj, kąpiei sublimatowych u dzieci.

Co się zaś tyczy leczenia miejscowego, *resp.* zmian w jamach nosowych, to przedewszystkiem dla usunięcia strupów, pokrywających zazwyczaj pierwotne owrzodzenie, stosujemy [LERMONEYZ] następującą maść:

Rp. *Calomelanos* 1,0
Vaselini albi
Lanolini aa 5,0

poczem na oczyszczonej w ten sposób powierzchnię owrzodziłą zadmuchujemy proszki antyseptyczne [aristol, dermatol, lub kalomel po połowie z cukrem].

Przeciwno suchości w nosie przy drugorzędnych objawach [katarze] stosujemy [LERMONEYZ] następującą maść:

Rp. *Mentholi* 0,5
Acidi borici pulv. 4,0
Vaselini albi 20,0.

Przy zatkaniu w nosie można zastosować spray z kokainy [1 : 100]. Przy bolesnych nadżarciach *ad introitum nasi* — *Argentum nitricum in substantia*, lub w roztworze [1 : 10].

Trzeciorzędne objawy (*syphilis tertiaria*) t. j. nacieczenia [gummaty], owrzodzenia, wreszcie zajęcia chrząstek i kości, zdarzają się w nosie niezwykle często, zwłaszcza zaś na przegrodzie nosowej i to zarówno chrząstkowej, jako też w większym jeszcze stopniu kostnej. Również dość często bywają zajęte i muszle nosowe, a także dno nosa.

Najrzadziej stosunkowo występują trzeciorzędne objawy syfilisu na nosie zewnętrznym: *ad introitum nasi*, skrzydłach etc. gdzie początkowe nacieczenia, następnie zaś owrzodzenia prowadzą do mniej, lub więcej znacznej utraty tkanek np. skrzydeł nosa, do zwężenia *resp.* zarośnięcia (*atresia*) otworów nosowych przednich przez bliznowatą tkankę.

Przy nacieczeniach (*infiltrationes*) syfilitycznych, sprawa albo [rzadziej] może się pierwotnie zacząć na ochrzęstnej, okostnej i kości (*perichondritis, periostitis et osteitis syphilitica*), skąd przechodzi na części miękkie, lub *vice versa*: sprawa zajmuje pierwotnie błonę śluzową, skąd rozszerza się wgłąb, dochodząc do *perichondrium resp.* kości, przyczem najczęściej tworzą się sekwestry, po których eliminacji (*spontaneo modo*, lub sztucznie) następują częstokroć kolosalne zniszczenia: przegroda nosa najczęściej najpierw ulega tej sprawie niszczącej, tworzy się zwykle jeden mniejszy, lub większy otwór (*perforatio*) w części chrząstkowej, formy okrągłej, lub owalnej, czasami jednak otworów tych bywa 2 — 3 i więcej, jak to w jednym przypadku, dotyczącym 20-to kilkuletniej męzkatki spostrzegać miałem sposobność, gdzie *septum cartilagineum nasi* było podziurawione, jak sito.

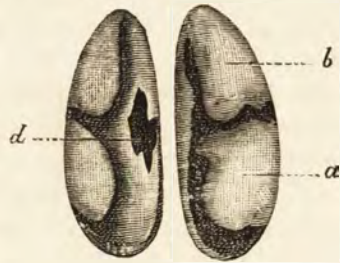


Fig. 55. *Perforatio septi nasi luetica* [według GOUGUENHEIM'A i GLOVER'a] a — *concha inf.* b — *concha med.* d — *perforatio septi.*

Lecz sprawa niszcząca nie zawsze ogranicza się jedynie na części przedniej przegrody (*cartilago septi*), przeciwnie często rozszerza się ona coraz bardziej, obejmując i część kostną przegrody (*lamina perpendicularis et vomer*), tak że z całej przegrody nosa może pozostać jedynie najbardziej ku przodowi położony pasek (t. zw. *ponticulus s. septum membranaceum*).

Tego rodzaju przypadek mam od lat kilku w obserwacji — dotyczy on około 60-cio letniej żydówki z olbrzymimi też zmianami [blizny — zrosty] w jamie gardzielowej.

Co jest najciekawszem w tym wypadku, to ten fakt, że pomimo zupełnego braku przegrody kształt zewnętrzny nosa prawie wcale nie uległ zmianie, niema mianowicie t. zw. siodełkowatego nosa, (*nez de mouton, Sattel-Hammelnase*) tak charakterystycznego dla późnych objawów przymiotu nosa. Czemu to objaśnić? Oto tem, że defiguracja nosa zewnętrznego następuje zwykle wówczas dopiero, gdy kości nosowe jednocześnie ulegają sprawie niszczącej specyficznej. Wówczas dopiero tkan-ka, łącząca części nosa: skórną i chrząstkową z kostnymi ściąga

się bliznowato, wskutek tego koniec nosa pociągnięty zostaje ku górze i tyłowi, otwory zaś przednie nosa (*nares*) są skierowane ku przodowi. W miejscu więc połączenia części chrząstkowej nosa z kostną następuje zapadnięcie, warunkujące t. zw. *nez de mouton*.

Lecz nie tylko przegroda nosa ulega zniszczeniu — mogą również wydzielać się i całe muszle zmartwiałe, przyczem jamy nosowe przedstawiają wtedy, że się tak wyrażę, jedną kloakę, zawierającą całe masy brudnej, cuchnącej ropnej wydzieliny tu i owdzie zamienionej w strupy (*rhinitis atrophicans s. ozaena secundaria*). Tego rodzaju obraz przedstawiał wyżej przytoczony przezemnie przypadek.

Jama taka również może komunikować z jamą ustną, za pomocą mniej, lub więcej znacznego otworu w twardem podniebieniu [zwykle mniej więcej w jego środkowej części] wskutek zajęcia sprawą syfilityczną niszczącą dna jam nosowych.

Wreszcie ta ostatnia może zajmować i zewnętrzny nos [zwłaszcza skrzydła], przyczem otrzymujemy zmiany, podobne do wilkowatych, stąd nazwa *lupus syphiliticus*.

Wyżej opisane zmiany spotykamy przedewszystkiem u dorosłych, zwłaszcza zaś u mężczyzn, jako następstwo poprzednio przebytego syfilisu, przyczem te objawy trzeciorzędne mogą występować niekiedy w bardzo odległym terminie od pierwotnego zarażenia [w jednym z moich przypadków po latach 40-tu], zwykle jednak między 1—3 rokiem [połowa przypadków — MICHELSON].

Czasami, acz rzadko, występują późne te zmiany syfilityczne i u osób młodych, po prostu, jako cierpienie odziedziczone.

Jest to t. zw. *lues haereditaria tarda*. Bywa ona niejednokrotnie bardzo złośliwa, jak tego dowodzi przypadek, który przeszło od roku mam w swojej obserwacji. Dotyczy on 15-to letniej dziewczyny, u której z powodu niezwykle nędznego stanu ogólnego, opuchnięcia znacznego gruczołów chłonnych na szyi, dreszczy, potów, kaszlu etc rozpoznawano gruźlicę, a także *lymphosarcoma colli*. U chorej wszystkie niemal narządy [oczy, nos, gardło], były silnie zajęte sprawą chorobową [zniszczenie muszeli i przegrody nosa, *perforatio palati duri* etc.], którą, jak się w następstwie „*ex juvantibus*“ okazało, był syfilis, po ojcu odziedziczony.

Nawiasowo dodam, że chora ta zniosła doskonale przeszło 100 frykcyj [drachmowych] pomimo wåtłości organizmu, który

przeciwnie pod wpływem tego leczenia znakomicie się poprawił, czego pierwotnie żadne inne leczenie [arszenik, preparaty żelaza etc.] nie zdołało uczynić.

O b j a w y przy trzeciorzędnym syfilisie nosa polegają na mniej, lub więcej wyrażonej niedrożności nosa, co w większości przypadków zależy od znajdujących się w jamach nosowych, a niemogących się wydzielić martwiaków kostnych [sekwestrów], dalej na obecności t. zw. *ozaena syphilitica* z jej cuchnącą, gęstą, brudną wydzieliną. Często też zjawiskiem bywa *eczema narium*, prawie zawsze zanik, często zupełny węchu (*anosmia essentialis*, zależna od zmian w części węchowej nosa), mowa nosowa, zwłaszcza przy komunikacji z jamą ustną (*perforatio palati*). Często też dołączają się bóle w kościach nosowych, rozszerzające się w kierunku ku górze [zatoki czołowej], policzkom i zębom [okolica *antri HIGHMORI*].

Z objawów nerwowych ogólnych należy mi zaznaczyć niezwykłą hypochondryę takich chorych [zwykle młodych osobników], których widmo zapadnięcia się nosa prześladowuje dzień i noc, doprowadzając niekiedy do manii samobójczej.

Przebieg niezwykle powolny, wydzielenie się sekwestrów trwać może lata całe.

Rozpoznanie przymiotu nosa w okresie trzeciorzędnym w większości przypadków nie napotyka większych trudności. Twarde, mocno czerwone, rozlane nacieki (*infiltrationes*) na muśzlach, oraz przegrodzie przemawiają za syfilitycznem ich pochodzeniem. W ogóle w tych razach przy badaniu niezmiernie ważnem, niezbędnem jest użycie sondy, która bardzo często wykrywa cierpienie [obnażenie — *caries*] kości, lub chrząstki niewątpliwie natury syfilitycznej tam, gdzie najmniej się tego spodziewaliśmy. Przypadki takie każdy z nas rhinologów, ma zapewne bardzo często sposobność spostrzeżeć, ja przynajmniej mógłbym ich bardzo wiele przytoczyć z własnej praktyki. Zwrócę tu uwagę, że na anamnezie najmniej w tych razach można się opierać, gdyż chorzy nawet inteligentni tają bardzo często przed lekarzem z różnych powodów, że przechodzili przymiot.

Zwłaszcza stosunkowo dość trudno czasami odróżnić owrzodzenia syfilityczne od gruźliczych, dalej zmiany przymiotowe w nosie zewnętrznym (*introitus nasi* — skrzydła) od wilka [jeden taki przypadek dotyczący 20-to kilkoletniego chorego miałem

sposobność spostrzegać, gdzie wszystko: wygląd typowy, brak w anamnezie przymiotu, brak innych objawów dla tego ostatniego cierpienia, zdawało się przemawiać za wilkiem nosa, tymczasem dopiero specyficzne leczenie [frykcy—KJ] zupełnie cierpienie to usunęło].

Rzadziej już można pomieszać to cierpienie z ropieniem miejscowem, a więc przy obecności ciał obcych w nosie, przy zajęciu zatok bocznych nosa, zwłaszcza sitowych.

Jeszcze na jeden punkt dla diagnozy różniczkowej ważny, chciałbym zwrócić uwagę. Oto WRÓBLEWSKI w pracy swojej pod tytułem „Kilka uwag o późnym syfilisie nosa“¹⁾, przytacza 2 przypadki, gdzie trzeciorzędne objawy syfilisu wystąpiły pod postacią błon, podobnych do krupowych na muszlach nosowych. Wprawdzie tego rodzaju objawu w nosie nie miałem dotąd sposobności spostrzegać, natomiast widziałem i ogłosiłem drukiem²⁾ analogiczny przypadek na migdałkach podniebiennych, gdzie rozpoznanie natrafiło na poważne trudności i dopiero leczenie t. zw. „*ex juvantibus*“ wykazało istotną naturę danego cierpienia.

To ostatnie [zwracam uwagę na konieczność w tych razach zastosowania jednocześnie z KJ i Hg], wspólnie z badaniem szczegółowem całego organizmu [skóry, błon śluzowych, gruczołów, kości etc.], jest dla różniczkowej diagnozy niesłychanie ważnem.

Rokowanie względnie jest niezłym. Cierpienie przy odpowiednim leczeniu [specyficznem] zwykle daje się wyleczyć, lecz bardzo często pozostają mniej, lub więcej znaczne defekty, zniekształcenia, o czem należy więc pamiętać przy stawianiu prognozy.

Leczenie powinno być dwojakie: 1) ogólne, przyczem nie należy się jedynie ograniczać podawaniem do wewnątrz jodku potasu [notabene w dużych dawkach — 10-cio granowych 3 razy dziennie z mlekiem], który uważanym jest bardzo słusznie za znakomity środek swoisty w trzeciorzędnych postaciach syfilisu, nie zawsze jednak dostatecznie silnie działa, jak tego między innymi dowodzi powyżej przytoczony przypadek przy-

¹⁾ Gazeta Lekarska. 1896. Nr. 19 etc.

²⁾ „Niezwyczajny przypadek przymiotu migdałków“. Kronika lekarska, 1895.

miotu nosa, mającego cechy wilka, gdzie KJ poprzednio był podawanym bezskutecznie; lecz najlepiej należy zalecić odrazu leczenie mięszane („*traitement mixte*“) t. j. obok *kali jodatun*, preparaty rtęciowe, czyto [najlepiej] pod postacią wcierań szarej maści (*Ungu. cinereum*) od 1,0—4,0, czyli też wstrzykiwań głębokich mięszzowych [w pośladki] sublimatu etc., czy to wreszcie w razie niemożliwości zastosowania powyższych metod, pod postacią wewnętrznego użycia preparatów rtęciowych (*proto* lub *deutojoduretum Hydrargyri*) *per se*, lub w połączeniu z KJ.

Bardzo dobrze w tych razach działa mikstura RİCÖRD'a:

Rp. *Kali jodati* 8,0
Proto (deuto) jodur. Hydr. 0,06—0,12
Aquae destill. 180,0
MDS. 2—3 łyżki dziennie.

lub przy uporczywych formach mięszanina DARZANS'a:

Rp. *Kali* }
Natri } *jodati aa* 15,0
Ammonii }
Proto (deuto) jod. Hydr. 0,05
Aquae destill. 300,0
MDS. 2—3 łyżki dziennie

Co się tyczy leczenia miejscowego, to przedewszystkiem polega ono na oczyszczaniu jam nosowych od zalegającej je brzydkiej wydzieliny, ku czemu służą środki rozpuszczające śluz (*resolventia*) np. *natr. bicarbonicum* etc. oraz antyseptyczne jako to sublimat [HgCl_2 — 1 : 10000] *phenosalyl* [LERMÖYZ] 1 : 1000 *kali hypermangan*, 1 : 300 etc. pod różnorodnemi postaciami stosowane [irrygacye, kąpiele nosowe].

Dobre wyniki widywałem w tych razach od balsamu peruwiańskiego po połowie z gliceryną, na wacie do jam nosowych na 5—30 minut wprowadzanego, z następczem zasypywaniem proszków antyseptycznych [aristol, dermatol etc.].

Nacieczenia znaczniejsze należy usunąć za pomocą przyżegań bądźto kwasem chromnym, bądź [lepiej] galwanokaustycznie [za pomocą kauterów, lub pętli], obnażone (*caries*) kości i chrząstki wyskrobywać ostrą łyżeczką, sekwestry mechanicznie usuwać za pomocą kleszczy.

Wreszcie przeciw pozostałym defektom np w podniebieniu zastosować należy odpowiednie obturatory.

Przy zewnętrznem zniekształceniu nosa wskazane są pla-

stycznej] operacye, które w ostatnich czasach doprowadzono [zwłaszcza w Ameryce] do pewnego rodzaju artyzmu.

II. *Gruźlica (tuberculosis)* nosa nie jest tak rzadkiem cierpieniem, jak to dawniej powszechnie było przyjmowanem, [STÖERK¹⁾ np. w ciągu 2 tylko lat zebrać zdołał 20 takich przypadków. U nas w kwestyi powyższej pisali: SOKOŁOWSKI, HERYNG, WRÓBLEWSKI i BAUROWICZ]. W każdym razie pod względem częstości, cierpienie to ustępuje znacznie syfilisowi jam nosowych.

Gruźlicze zajęcie nosa bardzo tylko rzadko występuje, jako pierwotne cierpienie [TORNWALDT, RIEDEL, STOERK], o wiele zato częściej wtórnie przy cierpieniach gruźliczych innych narządów [płuc etc.].

Co się tyczy postaci, pod jakimi się ona przejawia, to odróżniamy następujące: 1) nacieczenie (*infiltratio*), 2) owrzodzenie (*ulceratio*) i 3) guzy t.zw. *tuberculoma* [CHIARI]. Te ostatnie rzadkie, w literaturze istnieje zaledwie parę dziesiątków tego rodzaju przypadków. Bardzo często bywają kombinacye tych postaci, zwłaszcza często jednocześnie występują owrzodzenia i nacieczenia.

Gruźlica nosa najczęściej umiejscawia się na przegrodzie [chrząstkowej części], rzadziej bywają zajęte tą sprawą chorobową muszle nosowe etc.

Przyczyną prawdopodobnie są częste obrażenia, na jakie jest wystawiony przedni odcinek przegrody [np. przy dłubaniu palcami]. Obrażenia te na błonie śluzowej umożliwiają przenikanie swoistych pasożytów (*bacillus tuberculosis* Koch'a), które jak to wykazał STRAUS²⁾ znajdują się częstokroć normalnie u zdrowych ludzi w jamach nosowych.

Anatomia patologiczna. Radziej początek cierpienia stanowi tworzenie się miliarnych gruzełków białoszarych, zlewających się ze sobą pod postacią nacieczenia, które wskutek zwyrodnienia serowatego (*degeneratio caseosa*) w środkowej części ulega rozpadowi, przyczem tworzy się mniej, lub więcej głębokie owrzodzenie o brzegach zaokrąglonych, zawie-

¹⁾ loco citato.

²⁾ „Sur la présence du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain“. Rev. de la Tuberc. 1894. Oct.

rających zwykle guziczki miliarne, pokrywa je wydzielina śluzopropna. Owrzodzenie to czasami dochodzi do chrząstki, przy czem może powstać przedziurawienie (*perforatio*) przegrody nosa.

Najczęściej gruźlica w nosie występuje z jednej tylko strony, zwykle odpowiada ona wtedy zajętemu [lub więcej zajętemu] szczytowi płucnemu [naturalnie mowa tu o wtórnej gruźlicy nosa]—SCHECH. Rzecz się ma więc tutaj podobnie, jak i przy gruźlicy krtani, o czem niejednokrotnie miałem sposobność się przekonać i na co już SCHROETTER zwrócił również uwagę.

Czasami nacieczenie ma postać guzowatą t. zw. *tuberculoma* [CHIARI¹⁾], która ma również skłonność do rozpadu.

Pod drobnowidzem znajdujemy masy komórek okrągłych, dalej komórki epitelioidne i olbrzymie [*Riesenzellen*—LANGHAUS'a]; naczyń dużo.

Co się tyczy laseczników gruźliczych, to w większości przypadków ilość ich jest nieznaczną i nie zawsze się znajdują [często dopiero po wielokrotnych badaniach—HAJEK²⁾]; wyjątek stanowią daleko posunięte postaci gruźlicy płuc, powikłane gruźlicą nosa [ostatni okres—MICHELSON].

Objawy zależą od postaci, oraz rozległości sprawy chorobowej przy nacieczeniach, a zwłaszcza przy t. zw. *tuberculoma* drożność nosa bywa mniej, lub więcej upośledzoną. Przy owrzodzeniach wydzielina jest ropiastą, często krwawą, cuchnącą, ze skłonnością do zasychania i tworzenia strupów

Bólów zwykle niema, stan ogólny, dopiero z chwilą pogorszenia się sprawy płucnej, podupada.

Przebieg cierpienia „*par excellence*“ chroniczny, choć również zależy to od zasadniczego cierpienia płuc.

Rozpoznanie zwłaszcza pierwotnej gruźlicy nosa nie jest łatwym. Zwłaszcza od przymiotu nosa, a jeszcze więcej wilka trudno jest czasami odróżnić to cierpienie, tem więcej, że wilk i gruźlica mają wspólną przyczynę [lasecznik], tak że można by obie te sprawy uważać za identyczne, jakkolwiek pod

¹⁾ „Ueber Tuberculome der Nasenschleimhaut“. Arch. f. Laryng. B. I. p. 121.

²⁾ „Die Tuberculose der Nasenschleimhaut“. Int. klin. Rund. N. 1—5. 1889.

względem przebiegu, oraz leczenia bynajmniej nie zachowują się jednakowo.

Tak czy owak, przy starannem badaniu nie tylko jam nosowych, lecz całego organizmu, zwłaszcza przy wtórnej gruźlicy nosa, w większości przypadków postawienie właściwego rozpoznania nie natrafia na trudności. W razach wątpliwych można przeprowadzić badanie drobnowidzowe wyciętych kawałków guza, lub zdjętej [wyskrobanej] z dna owrzodzenia wydzieliny, zwłaszcza dla odróżnienia od syfilisu nosa.

W tym ostatnim przypadku można też spróbować metody t. zw. „*ex juvantibus*“, to jest zalecić jodek potasu [5—10 gr. *pro dosi*, 15—30 gr. *pro die*], co bynajmniej nie może choremu zaszkodzić. Nie zapominajmy również, że możliwą jest podwójna, mięszana infekcja: u osobnika syfilitycznego może wystąpić gruźlica i *vice versa*, podobnie, jak takie mięszane postacie bywały niewątpliwie obserwowane i w innych narządach [krtani¹⁾].

Rokowanie przy gruźlicy nosa nie jest zbyt pomyślnem, choćby z tego względu, że zwykle mamy do czynienia jednocześnie z gruźlicą innych organów [płuca etc.].

Sprawa gruźlicza w nosie odznacza się powolnym, lecz stałym rozwojem. Wyleczenie samoistne (*sanatio spontanea*), jakie np. przy gruźlicy krtani jest niezbiecie dowiedzionem¹⁾, dotąd przy gruźlicy nosa nie spostrzegano.

Leczenie jak zwykle przy konstytucjonalnych cierpieniach, powinno być przede wszystkim ogólnem, a więc skierowaniem ku podniesieniu stanu ogólnego, zwalczaniu sprawy płucnej etc., a więc odżywianie chorych, świeże powietrze [górskie, lesiste], dalej wewnątrznie kreozot, tran, arsenik etc. są w tych razach wskazane. Co się tyczy miejscowego leczenia gruźlicy nosa, to polega ono przede wszystkim na możliwie doszczętnem wyskrobaniu gruźliczo zmienionych tkanek zapomocą ostrej łyżeczki, lub żegadła galwanicznego [przy polipowatej formie—*tuberculoma* pętla gorąca] samem, lub lepiej jeszcze z następczem wtarciem kwasu mlecznego [20—50—80—100%], zasypywaniem proszków antyseptycznych (np. *Mentholi* 0,25, *Iodoli*, *Sacch. lact. aa* 5,0), wreszcie niektórzy zalecają w tych razach elektrolizę.

¹⁾ Porównaj moją pracę: „o leczeniu t. zw. suchot krtaniowych, wraz z uwagami o gruźlicy krtani pierwotnej, oraz o wyleczalności takowej“. KRONIKA LEKARSKA. 1889.

W ostatnich czasach zaczęto stosować [RUAULT, HERYNG] miejscowo przy gruźlicy krtani *resp.* nosa *phenolum sulfuricicum* [20—40%].

Dotychczasowe moje rezultaty z tym środkiem są względnie niezłe. Dalej SKIFFERT zaleca paramonochlorphenol. Wreszcie należy mi wspomnieć smutnej pamięci KOCH'owską tuberkulinę, oraz LIEBREICH'a kantarydian potasu.

Przy daleko posuniętych postaciach tego cierpienia, rzecz prosta, jest wskazane tylko leczenie objawowe.

III. Wilk (*lupus*) nosa jest stosunkowo dość częstym cierpieniem. Po większej części zajmuje on zewnętrzne powłoki [skrzydła nosa], skąd czasami przechodzi na jamy nosowe, przeważnie na chrząstkę przegrody nosa. Rzadziej już wilk występuje pierwotnie na błonach śluzowych nosa [TEXIER].

Skrzydła nosowe, dotknięte sprawą wilkową, przedstawiają się zgrubiałemi, pokrytemi różnej wielkości i ilości guziczkami, ciemno czerwonymi, pojedynczymi, lub zlewającymi się ze sobą. Tu i owdzie guziczki te (*noduli luposi*) rozpadają się, tworząc owrzodzenia, pokryte grubymi, brudnożółtymi strupami. Skrzydła nosa w dalszym ciągu ulegają mniej, lub więcej znacznym zniekształceniom, części skrzydła — czasami znaczne odpadają, pozostałe zaś się kurczą; ostatecznie niekiedy ze skrzydła nosa pozostaje zaledwie niezupełna, cienka, jak papier, blaszka, gdyż zwykle i chrząstka bywa zajęta.

Rzadziej sprawa rozszerza się na grzbiet nosa. Na *septum cartilagineum* wilk rozpoczyna się tworzeniem miękkich, łatwo krwawiących guziczków, które rozpadają się, pozostawiając po sobie mniej, lub więcej znaczne utraty tkanki (*perforatio septi*). Cierpienie przeważnie występuje u osób osłabionych, oraz t. zw. zołzowatych; przeważnie kobiety zapadają na to cierpienie.

Przebieg przewlekły.

Objawy polegają na mniejszem, lub większem zatankaniu nosa [przez strupy], dalej wydzielinie ropnej, krwawej, niekiedy cuchnącej. Bólów, podobnie, jak i przy gruźlicy nosa, w większości przypadków niema.

Rozpoznanie czasami, zwłaszcza od gruźlicy nosa pierwotnej, jest bardzo trudne. Również i od rozpadłego gummatu syfilitycznego nie zawsze łatwo odróżnić wilka nosa, jak tego dowodzi wyżej wspomniany mój przypadek, jakoteż i WOLFEN-

DEN'a. Niezbędną w tych razach jest metoda „*ex juvantibus*“ [KJ + Hg].

Rokowanie jest wątpliwem *Restitio ad integrum* niemożliwe. Recydywy częste. Zawsze prawie pozostaje mniej, lub więcej znaczne zniekształcenie nosa [blizny szpeczące etc.].

Leczenie bywa: 1) ogólne [tran, preparaty jodowo-żelaziste, arszenik, kąpiele słone, Ciechocinek etc.].

2) miejscowe, polegające na doszczętnem wyskrobaniu za pomocą łyżeczki ostrej VOLKMANN'a, lub przypaleniu [najlepiej galwanokaustycznie] wilkowo-zwyrodnionych tkanek.

VIDAL'a metoda polega na linearnych nacinaniach [coś w rodzaju siekania kotletów] wilkowych tworów za pomocą skarifikatora VIDAL'a. Niezbyt rozległe moje w tym kierunku doświadczenie nie wypada zbyt zachęcająco. SEIFERT zaleca paramonochlorphenol. Wreszcie należy mi tu jeszcze wspomnieć metodę KOCH'owską [tuberkulina], która należy już do historii, oraz o thiosinaminie podskórnie stosowanej, od której HEBRA i ja¹⁾ widzieliśmy niezłe rezultaty.

IV. Nosacizna (*malleus*) jest cierpieniem u koni bardzo częstym, natomiast u ludzi zdarza się ona stosunkowo bardzo rzadko i to przeważnie u tych, którzy z końmi mają do czynienia, a więc u stangretów, weterynarzy etc.

Również i przez skaleczenie przy sekcyi, lub operacyi chorego na *malleus* można sobie zaszcześcić tę straszną chorobę, jak tego dowodzi świeżo śmierć jednego z nieodżałowanych naszych chirurgów.

Zwykle w nosie *malleus* występuje stosunkowo późno i to bądź pierwotnie, bądź wtórnie, jako objaw uogólnienia się [generalizacyi] sprawy, gdy już i inne narządy [stawy, gruczoły, wątroba etc.] są zajęte tą sprawą chorobową.

Nosacizna zaczyna się zwykle na błonie śluzowej nosa, która przy pierwotnej postaci tego cierpienia musi być uszkodzoną, ażeby umożliwić infekcyę przez swoisty zarazek (*bacillus mallei*—SCHÜTZ, LOEFFLER, BOUCHARD), o co zresztą nie trudno.

Na zaczerwienionej i obrzmiałej błonie śluzowej, pokrytej gęstą, krwawą, często cuchnącą wydzieliną, występują pojedyn-

¹⁾ „Przyczynek do leczenia gruźlicy krtani, resp. płuc za pomocą podskórnych wstrzykiwań thiozinaminy“. Pam. Tow. Lek. 1893. 4.

eze guziczki, które się zlewają ze sobą, tworząc nacieczenia [infiltraty].

Te ostatnie rozpadają się, tworząc mniej, lub więcej głębokie owrzodzenia. W dalszym ciągu sprawa się rozszerza na chrząstki, kości (*caries, necrosis*), przegroda nosa przedstawia się przedziurawioną, czasami i zatoki boczne nosa bywają zajęte.

Zewnętrznie nos przedstawia się zwykle opuchniętym, zaczerwienionym, bolesnym. Gruczoły chłonne szyjowe zajęte, ciepłota mniej więcej podniesiona.

Sprawa albo przebiega ostro, kończąc się w parę tygodni śmiercią przy objawach ropnicy [pyaemia], lub też ciągnie się dłużej, miesiące, a nawet lata [przewlekła forma nosacizny]. W obu razach:

Rokowanie jest absolutnie niepomysłnem.

Rozpoznanie często napotyka na poważne trudności. Przebieg, anamneza, a zwłaszcza badanie bakteryologiczne [hodowle, szczepienie] pozwalają na właściwe rozpoznanie.

Leczenie powinno być przede wszystkim zapobiegawczem. Osoby, mające do czynienia z koźmi, lub zakażonymi chorymi, winni zachowywać jaknajwiększą ostrożność, czystość, strzedz się skaleczenia.

W obec rozwiniętej już sprawy nosaciznowej, leczenie najsze jest bezsilnem, najwyżej objawowem, a więc ostrożne irygacye nosowe środkami antyseptycznymi, wypalanie guziczek środkami żrącymi.

Wreszcie jak wszędzie, tak i tu powinno być uwzględnionem leczenie ogólne.

V. Trąd (*lepra*) jest cierpieniem, które tylko w pewnych miejscowościach [endemicznie] występuje. Do takich przede wszystkim należy Norwegia.

Przeważnie zajęta bywa skóra nosa, choć czasami i błony śluzowe jam nosowych są zajęte tą sprawą chorobową.

Charakterystycznem dla tego cierpienia jest trudne rozpadanie się trądowatego nacieczenia, tem też odróżnia się *lepra* np. od gruźlicy nosa, z którą ma dużo podobieństwa, tem więcej, że i badanie bakteryologiczne nie wykazuje znacznych różnic (*bacilli Neisseri*, są one między innymi drobniejsze od gruźliczych).

Na błonie śluzowej nosa, podobnie jak i na skórze, trąd występuje pod postacią guziczek, *resp.* infiltratów, które zatykają mniej, lub więcej światło jam nosowych.

Wydzielina gęsta ze skłonnością do tworzenia strupów. Rozpad nacieczenia następuje bardzo późno, wtedy sprawa zajmuje głębiej leżące tkanki [chrząstka, kość].

Przebieg chroniczny. Trąd trwa lata całe.

Rokowanie jest niepomyślnem.

Rozpoznanie zwykle, przy istniejących jednocześnie zmianach na skórze, nie przedstawia trudności.

Leczenie podobne do tego, jakie podaliśmy przy gruźlicy nosa.

VI. Twardziel nosa (*rhinoscleroma*) należy do stosunkowo rzadkich cierpień, choć nie wszędzie, są miejsca [Galicya np.], gdzie cierpienie to o wiele częściej występuje [STOERK z Wiednia np. w ciągu lat 3 zebrać zdołał 25 przypadków *rhinoscleromatis*]¹⁾.

Zwykle zajętym bywa cały górny odcinek dróg oddechowych [nosogardziel, krtań, tchawica].

Pierwotnie znaną była ta postać chorobowa jedynie na skórze. HEBRA i KAPOSI w r. 1870 opisali po raz pierwszy to cierpienie, przyjmując je za rodzaj granulacyjnego mięsaka, inni natomiast [WEINLECHNER etc.] za sprawę syfilityczną, wreszcie jeszcze inni [GEBER, MIKULICZ] za chronicznie przebiegającą sprawę zapalną. Wreszcie FRISCH odkrył swoistego dla tego cierpienia pasożyta (*bacillus rhinoscleromatis*), dość zbliżonego do FRIEDLAENDER'owskiego pneumodiplokokka.

Są to krótkie, po dwie ułożone, laseczki z wspólną otoczką.

Pod drobnowidzem, oprócz drobnokomórkowego nacieczenia, znajdujemy specjalne, pęcherzykowato-rozdęte komórki, znane pod nazwą MIKULICZ'owskich, zwykle one to zawierają w dużej ilości laseczniki FRISCH'a.

Charakterystyczną dla tego cierpienia jest niezwykła twardość, niemal chrząstkowa nacieczenia, skąd i pochodzi nazwa „twardziel nosa“. Choroba zaczyna się powoli mocnem zaczerwienieniem i obrzmieniem odnośnych części skóry [zwłaszcza na skrzydłach nosa] i błony śluzowej [przedni koniec muszli dolnej, oraz przegrody nosa].

¹⁾ U nas w tej kwestyi pisali HERYNG, MEYERSON, SREBRNY [BUJWID], LUBLINER, JAKOWSKI [MATLAKOWSKI] i prof. RYDYGIER z Krakowa.

Następnie tworzą się t. zw. guziczki, bardzo twarde, z początku czerwone, potem stają się one bledsze, błyszczące.

Wydzielina z nosa skąpa ze skłonnością do tworzenia strupów z charakterystycznym odorem [JUFFINGER].

W dalszym ciągu następuje powoli nie rozpad, lecz co jest charakterystycznym dla tego cierpienia, kurczenie się chorobowo zmienionych części i tworzy się bliznowata tkanka z następczemi przykurczeniami, zrostami. Następstwem czego jest mniej lub więcej znaczne zniekształcenie zewnętrznego nosa oraz warg, zwłaszcza zaś tylnych otworów nosa (*choanae*).

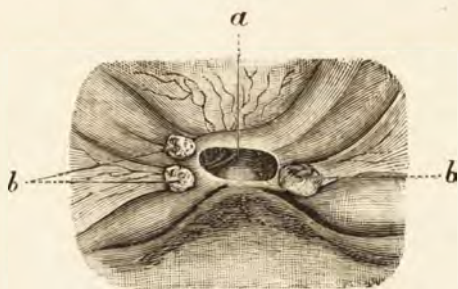


Fig. 56. Widok jamy nosogardzielowej (*rhinoscopia post.*) przy *rhinoscleroma* [według STOERK'a] [widok *choan* jest możliwy jedynie za pomocą owalnego otworu (a), który powstał na drodze koncentrycznego zwężenia bocznych ścianek jamy nosogardzielowej. Na brzegu tego otworu znajduje się 3 świeże, wielkości pieprzu, guziczki twardzielowe (bb)].

Objawy polegają na mniej, lub więcej wyrażonej niedrożności nosa.

Rozpoznanie twardzieli nosa jest dość trudnem. Możliwym jest zwłaszcza pomieszanie tego cierpienia z syfilisem, gruźlicą, wilkiem, trądem. Charakter jednak nacieczenia ograniczonego, bez obwódki zapalnej, nieskłonności do rozpadu; dalej przebieg bardzo przewlekły, wreszcie nieskuteczność jodku potasu, pozwala w większości przypadków postawić właściwe rozpoznanie. W razach wątpliwych wreszcie pozostaje nam jeszcze badanie drobnowidzowe *resp.* bakteryologiczne [komórki MIKULICZA, łaseczniki FRISCH'a].

Rokowanie *quo ad integrum* nie dobre. Zawsze pozostają mniej, lub więcej znaczne zniekształcenia. Częste recydywy.

Leczenie przy twardzieli nosa mało jest pomocnem, więcej objawowem. Guziczki staramy się zniszczyć środkami zrącymi [najlepiej galwanokaustycznie]. Miejscowo dla przywrócenia drożności nosa zalecają leczenie mechaniczne [JUFFINGER]. STOERK radzi stosować krezol [1—2%]. DOUTRELEPONT 1% sublimatowo-lanolinową maść.

Niektórzy wreszcie zalecają wstrzykiwania arszeniku i rhinoscleriny, działającej podobnie jak tuberkulina.

Wreszcie przeciw zniekształceniom stosują się z mniejszem, lub większem powodzeniem rhinoplastyczne operacje.

ROZDZIAŁ V.

Cierpienia skórne nosa.

I. Ze względu na charakter powłoki zewnętrznego nosa t. j. skórę *resp.* zbliżoną doń błonę przejściową (*ad introitum nasi*) i tu dosyć często mamy do czynienia z cierpieniami skórnymi, a w pierwszej linii z pryszczycą (*eczema*) ostrą, lub przewlekłą. Szczególnie chętnie sprawa ta umiejscawia się w okolicy przednich otworów nosowych (*ad introitum nasi*), oraz w ich sąsiedztwie [górną wargę].

Przyczyną zawsze jest zewnętrzne podrażnienie, bądź chemiczne [ostra, gryząca wydzielina z nosa], bądźto [zwykle jednocześnie] mechaniczne [ustawiczne wycieranie nosa chustką etc.]. Pewne sprawy ogólne, konstytucjonalne szczególnie usposabiają do tego cierpienia. Przy t. zw. żołzach *eczema nasi* jest zwykłym zjawiskiem.

Objawy. Skóra, pokrywająca wejście do nosa, oraz górną wargę, przedstawia się mniej, lub więcej silnie zaczerwienioną i obrzmiałą. W ostrych postaciach pryszczycy przez czas pewien [krótki] można tu i owdzie zobaczyć pęcherzyki (*eczema vesiculosum*), zwykle zaś widzimy już okres późniejszy (*eczema madidans*). Na miejscu pęcherzyków wytwarzają się liczne

drobne nadżarcia (*excoriations*), z których sączy się surowiczy płyn, który w następstwie zasycha, tworząc zwykle żółtawe, czasami [przy domieszce krwi] brunatne strupy.

Skóra na miejscach zajętych przedstawia się nacieczona, zgrubiała, tu i owdzie zawierająca bolesne szczeliny (*rhagades*), te ostatnie najczęściej w przednim i tylnym kącie otworów zewnętrznych nosa (*nares*).

Często, zwłaszcza u żółzowatych dzieci, gruczoły chłonne na szyi bywają powiększone. W przewlekłej pryszczycy występują przeważnie w mniejszej, lub większej ilości suche łuski (*eczema squamosum*).

Rozpoznanie nie trudne. Można by jedynie pryszczycę pomieścić z syfilitycznem, lub wilkowem zajęciem nosa, bliższe jednak zbadanie części głębszych, dalej przebieg cierpienia rozstrzygają wątpliwości.

Rokowanie dość pomyślne, choć czasami *eczema nasi* bywa uporeczywą bardzo i skłoną do nawrotów.

Leczenie przedewszystkiem powinno być przyczynowem, a więc usunąć drażniącą wydzielinę nosową, dalej poprawić stan ogólny.

Z miejscowych środków, przedewszystkiem należy usunąć strupy, najlepiej za pomocą ciepłej oliwy, następnie obsuszyć watą i zastosować jedną z następujących maści:

Empl. litharg. simpl. Vasel. flavi \hat{a} , t. zw. maść diachylova
HEBRY.

Dalej: *Zinci oxyd. albi* 6,0, *Adip. benz.* 30,0, t. zw. maść WILSON'a lub: *Bism. subnitr. Vaselini flav. a* 30,0, lub *Ungu. hydr. praecip. albi*, najlepiej zaś w moich przypadkach działała następująca maść:

Rp. *Resorcini*
Zinci oxyd.
Acid. bor. a 1,0
Lanolini 15,0

Przeciw „*rhagades*“ najskuteczniej działa *lapis in substantia*, lub w rozczywie 1:10.

Przy przewlekłych pryszczycach najodpowiedniejsze są preparaty dziegciowe (*ol. Rusci, fagi, pix liqu.*) same, lub w rozcieńczeniu (*alcoh. aa* lub *Aeth.* 1:10).

II. *Comedones*. Skóra nosa szczególnie często bywa siedliskiem t. zw. węgrów (*comedones*). Są to zatkane, rozszerzo-

ne otwory przewodów gruczołów łojowych, pod postacią czarnych [wskutek osiadania pyłu] punkcików, mniej, lub więcej nad powierzchnię skóry wystających. Przy naciśnięciu paznokciem, wyskakuje zawartość przewodu pod postacią cienkiej, 1—3 mm. długiej nitki z czarnym punktem na końcu, jednym słowem twór, robiący wrażenie robaka. Pod drobnowidzem składa się z tłuszczu. *Comedones* czasami przechodzą w *acne pustulosa*.

Leczenie tego cierpienia polega na mechanicznem wyciskaniu, bądź palcem [paznokciem], bądź kluczykiem od zegarka, następnie zaś na użyciu mydła siarczanego, sublimatu, lub *Spir. saponato-kalinus*.

III. *Acne rosacea*. Nos również jest częstym siedliskiem t. zw. *acnerosacea*—cierpienia, przeważnie spotykanego u pijaków [specjalnie usposabia wódka i wino, mniej piwo!] dalej u cierpiących na przewlekły niezbyt żołądka i kiszek.

Również ma znaczenie i ciepłota - mianowicie długotrwałe działanie zbyt wysokiej, a jeszcze częściej zbyt niskiej temperatury.

U kobiet zaburzenia w miesiączkowaniu — w ogóle cierpienia narządów płciowych sprzyjają powstawaniu tego cierpienia (*acne rosacea*). Dziedziczność zdaje się również odgrywać tu pewną rolę.

O b j a w y. *Acne rosacea* w początkach charakteryzuje się pojawieniem na skórze nosa mocno-czerwonej plamy, która przy ucisku palcem blednieje. Powstaje ona wskutek rozszerzenia naczyń (*teleangectasia*). Czasami zamiast jednej plamy widać sieć rozszerzonych naczyń, która nosowi [zwykle najbardziej] nadaje kolor czerwony, często z sinawym, lub fioletowym odcieniem.

Wreszcie niekiedy dochodzi do wytworzenia się na skórze mniejszych, lub większych guziczków, również mocno czerwonych, lub fioletowych, które dochodzą czasami do wielkości orzecha laskowego, Niekiedy cały nos przedstawia rozlane równomierne zgrubienie t. zw. słoniowacizna (*elephantiasis*). Wszystkie te zmiany są następstwem mniej, lub więcej znacznego rozrostu tkanki łącznej.

Cierpienie to spotyka się w późniejszym wieku, przeważnie u mężczyzn [u kobiet częściej w wieku wcześniejszym].

Chorzy z *acne rosacea* narzekają na uczucie ciepła w oko-

licy nosa, rzadziej bólu [przy dołączeniu się zapaleń gruczołów skórnych].

Przebieg cierpienia bardzo przewlekły.

Rozpoznanie „*acne rosacea*“ nie jest trudnem. Brak owrzodzeń odróżnia to cierpienie od syfilisu, wilka etc.

Rokowanie — *quoad valetudinem completam* — niepomyślne. Zupełnie usunięcie sprawy chorobowej jest rzadkiem, poprawy możliwe, lecz nawroty cierpienia są częste.

Leczenie dwojakie: ogólne, a więc usunięcie przyczyny [zabronić nadużyć *in Baccho* etc.] i miejscowe — to ostatnie przede wszystkim operacyjne: większe rozszerzone naczynia należy przekłówać odpowiednimi instrumentami [nożyk, lub ostry galwanokauter]. Guzikowate twory najlepiej usuwać pętlą galwanokautyczną [dla uniknięcia krwawień]. Wreszcie w początkowych, lekkich postaciach tego cierpienia można zastosować różnorodne maści — a więc 10⁰/₁₀ siarczaną, ichtyolową, najlepiej zaś wielokrotnie już wspominaną maść rezorcynową.

IV. W paru słowach wspomnę o dość rzadkiem cierpieniu skóry nosa, t. j. o t. zw. *naevus vasculosus*, t. j. w r o d z o n y c h znamionach naczyniowych. Wielkość ich bywa różną, zabarwienie od czerwonego do fioletowego. Polegają one na rozszerzeniu drobnych naczyń (*teleangectasiae*) — czasami rozrastają się one zarówno na powierzchni, jak i nad poziom skóry, tworząc w tych ostatnich razach prawdziwe naczyniaki (*angiomata*). Czasami, aczkolwiek rzadko mogą być one i nabyte — wskutek ogólnych i miejscowych spraw zastoinowych.

Leczenie polega na użyciu galwanokauteru, lub nacięć (*scarificationes*), wreszcie kwasu azotnego dymiącego.

V. *Sycosis narium*. Oprócz pryszczycy spotykamy się jeszcze z innym cierpieniem przy wejściu do nosa i w jego sąsiedztwie [warga górna] — mianowicie z t. zw. figówką (*sycosis*) t. j. zapaleniem torebek włosowych i gruczołów łojowych, które często przechodzi w ropienie (*furunculus*).

Cierpienie to zdarza się przeważnie u mężczyzn, czasami poprzedza go pryszczycza (*eczema*), niekiedy bywa następstwem cierpień zatok bocznych nosa [SREBRNY ¹⁾].

¹⁾ „Figówka (*sycosis*) wargi górnej, jako skutek cierpienia nosa“. Medycyna 1896, 41—42.

Objawy polegają na tworzeniu się w miejscach, pokrytych włosami, małych czerwonych, twardawych guziczków, mających pośrodku włos.

W dalszym ciągu rozpadają się, tworząc ropień, po którym zwykle ani śladu [blizn] nie zostaje. Cierpienie odznacza się uporczywością.

Rozpoznanie niełatwe, zwłaszcza od pewnych postaci pryszczycy, dalej od t. zw. *sycosis parasitaria* etc.

Rokowanie należy stawiać ostrożnie w obec częstych nawrotów.

Leczenie polega przede wszystkim na usunięciu włosów w miejscach, dotkniętych sprawą chorobową — najlepiej za pomocą wrywania, co nie jest zbyt bolesnem — regeneracja włosów przytem jest możliwa. Poczem należy zastosować jedną z maści, podanych przy *eczema*. Przy utworzeniu ropnia (*furunculus*) należy go otworzyć nożem. Można też zastosować, podany przez CHOŁEWĘ, bardzo dobry środek przy *furunculosis* zewnętrznego przewodu usznego, t. j. menthol [5—20%] w oliwie, lub olejku migdałowym.

VI. *Seborrhoea nasi*. Rozróżniamy dwie postaci tego cierpienia: *seborrhoea oleosa*, przy której następuje zbyt obfite wydzielanie się zawartości gruczołów łojowych i *seborrhoea sicca* z łuszczeniem się naskórka. Ta ostatnia forma jest rzadszą. Przy pierwszej nos stale przedstawia się, jakby pomazany tłuszczem.

Leczenie nie prowadzi zwykle do celu.

VII. Odmrożenie nosa (*congelatio*). Nos zewnętrzny, podobnie jak i muszla uszna, jako najbardziej wystawiony na wpływ zewnętrzne, najczęściej też podlega działaniu zbyt niskiej ciepłoty

Odmrożenie nosa może występować pod 3-ma postaciami: 1) najlżejsza t. zw. *dermatitis congelata erythemata* przedstawia się pod postacią mniej, lub więcej rozlanego zaczerwienienia skóry — czasami z odcieniem niebieskim. Wywołuje ona nieprzyjemne uczucie gorąca, oraz swędzenia, zwłaszcza w ciepłej atmosferze.

Przy przewlekłej postaci skóra nosa przedstawia się zgrubiałą, nacieczoną, stwardniałą [t. zw. chroniczne odmrożenie nosa — *pernio*].

Przy cięższych postaciach odmrożenia — następuje tworzenie się pęcherzy, wypełnionych krwią, lub surowicą (*dermatitis*

congelatosa vesiculosa s. bullosa), wreszcie czasami może dojść do zgorzeli (*congelatio escharotica*).

Nie na wszystkich jednakowo działa niższa temperatura—usposobienie gra tu dużą rolę, Osoby osłabione, anemiczne, szczególnie łatwo zapadają na to cierpienie. Raz przebyte, usposabia do powtórnych odmrożeń.

Leczenie polega na zahartowaniu się—przy bardzo niskich temperaturach osobom, z usposobieniem do odmrożeń, należy zabronić wychodzenia z domu. Lekki stopień odmrożenia nosa leczy się skutecznie naftą, nalewką jodową, balsamem peruwiańskim, wreszcie lapiem—nieźle działa i wyżej wymieniona maść z rezorcyny. W przypadkach cięższych można spróbować stałego strumienia elektrycznego. Również i nacięcia (*scarificationes*) mogą w tych razach przynieść ulgę

ROZDZIAŁ VI.

Nowotwory nosa.

Rozróżniamy: *A* łagodne i *B* złośliwe guzy nosa.

I. Do pierwszych przedewszystkiem należą t. zw. polipy nosowe. Zdarzają się one niezwykle często. Ja w ciągu lat 7 w mojej praktyce spostrzegłem je 223 razy. Mężczyźni częściej im podlegają, jak kobiety [w moich przypadkach na 148 męż. było 75 kob.].

Przeważnie zdarzają się w wieku późniejszym, mianowicie po 16-ym roku życia, jakkolwiek i u dzieci występować mogą—tak np. CARDONE spostrzegł polipy nosa już u dwudniowego dziecka, KRAKAUER u 4 tygodniowego, SCHMIDT u $\frac{1}{2}$ rocznego, ja wreszcie na 223 przypadków polipów nosowych spostrzegłem je poniżej lat 16-tu 7 razy, z tych raz jeden u 2 letniego chłopczyka, u którego wykonałem operację. Przypadki te wskazują niewątpliwie, że cierpienie to może być wrodzone. Najstarszy z operowanych przezemnie chorych, dotknięty obustronnymi polipami nosa liczył 84 lat.

Przyczyny powstawania t. zw. polipów nosa dotąd nie są jeszcze wyjaśnione. Niektórzy przypisują niezbytowi przewlekłemu przyczynę tworzenia się polipów, inni zaś przeciwnie sądzą, że polipy wywołują stan niezytowy błony śluzowej nosa.

Jedni i drudzy, zdaniem mojem, mają do pewnego stopnia rację: nieżyt przewlekły nosa wywołuje rozrost błony śluzowej nosa, *resp.* polipy, te ostatnie zaś, drogą stałego drażnienia, podtrzymują sprawę nieżytową.

Jest to więc coś w rodzaju *circulus vitiosus*.

W ostatnich czasach GRUENWALD [a przed nim jeszcze WOAKES] wyraził pogląd, że polipy są następstwem cierpienia zatok bocznych nosa [t. zw. *necrosing ethmoiditis*—WOAKES], co aczkolwiek rzeczywiście bardzo często stosunkowo się zdarza [w moich 223 przypadkach 48 razy], zwłaszcza przy zajęciu zatok sitowych, a po części i HIGMOR'a, to jednak nie jest stałym, a więc i sam pogląd prawdopodobnym.

Anatomia patologiczna. Nazwa polip nosa właściwie nie jest naukowa i bynajmniej o naturze samego guza nie mówi. Oznacza ona jedynie pewną formę guza [wiszący—na nóżce], którym może być tak dobrze włókniak, jak mięsak etc.

I dla tego należy doń dodawać jakieś objaśnienie, bliżej o charakterze samego guza świadczące, a więc np. polip śluzowy (*polypus mucosus*—*myxomatodes*).

Według obecnie przyjętego poglądu t. zw. polipy śluzowe nosa nie są to właściwie nowotwory, lecz po prostu przerosty obrzękowe pewnych miejsc błony śluzowej, a więc przedewszystkiem pokrywającej kości sitowe [ALEXANDER, HAJEK, POLYAK], przyczem płyn w nich zawarty nie jest śluzem [stąd nazwa śluzak jest niewłaściwą], lecz surowicznym, powstałym według jednych drogą przesięku [*transudatio*—HOPPMANN], według innych zaś [ZUCKERKANDL] drogą wysięku (*exsudatio*). To ostatnie jest prawdopodobniejszem. Wspólną przyczyną dla tych przerostów jest zapalenie, początkowo powierzchowne, a następnie sięgające głębszych warstw, t. zw. przestrzeni śpikowych [Markraime—HAJEK].

Specjalnie budowę drobnowidzową t. zw. polipów nosa zajmowali się pierwotnie BILLROTH, który je przyjmował za adenomaty, następnie HOPPMANN i inni.

Na podstawie własnych badań [w tutejszym instytucie anatomopatologicznym] w 30 przypadkach operowanych przezemnie polipów nosa—podzieliłbym je na następujące postacie: 1) *fibroma molle (oedematodes*—ZARNIKO) *simplex*; 2) *adenofibroma*; 3) *fibroma cysticum*, wreszcie 4) *fibroma angiomatodes*.

Same nazwy już wskazują na charakter tych guzów: przy pierwszej postaci—tkanka łączna podśluzowa zawiera bardzo dużo płynu surowiczego, wypełniającego przestrzenie między włóknami — dalej nabłonek, oraz gruczoły po większej części niezmienione. Te ostatnie tylko w małej zwykle ilości, przeciwnie jak w postaci 2-ej (*adenofibroma*), oraz 3-ej, gdzie wytwarzają się liczne torbiele (*fibroma cysticum*). Te ostatnie niekiedy dochodzą do bardzo znacznych rozmiarów, tak, że przy operacji za pomocą pętli wyjmujemy po prostu torebkowaty twór, którego zawartość płynna jednocześnie się wylewa. Przypadki takie niejednokrotnie miałem sposobność operować.

Wreszcie ostatnią grupę stanowią t. zw. guzy krwawiące przegrody nosa, o których ostatnimi czasy wiele pisano [SCHADEWALDT, ALEXANDER, SCHEIER, HEYMANN ¹⁾ — a u nas KOHN, LUBLINER, BAUROWICZ i ja] a które są zwykłymi włókniami miękkimi niezwykle tylko unaczynionymi (*fibroma molle angiomatodes s. teleangectodes*) ²⁾. Dodam tu jeszcze, że LEWY znajdował w polipach nosowych kryształę CHARCOT-LEYDEN'owskie. STEPANOW ³⁾ zaś t. zw. kule szkliste (*hyaline Kugel*), które identyfikuje z takimi przytwardzieli nosa (*rhinoscleroma*). Ostatnio POLYAK ⁴⁾ również w tych tworach spostrzegał twory (*homogene Kugel*) okrągłe, lub owalne, jednolite w komórkach, zarówno w tkance łącznej, jakoteż i w warstwie nabłonkowej—twory, barwiące się za pomocą kwaśnej fuksyny na kolor ciemno wiśniowy. Twory te uważa za zwyrodnienie kolloidne komórek. Co do znaczenia tych tworów, które i ja miałem sposobność spostrzegać, nie dotąd nie da się powiedzieć. Wreszcie KALISCHER ⁵⁾ ostatnimi czasy na podstawie specjalnych badań utrzymuje, że t. zw. polipy śluzowe nosa bynajmniej nie są tak ubogie w nerwy, jak to poprzednio utrzymywano [BILLROTH].

Co się tyczy wielkości polipów nosa, to jest ona różna — począwszy od tak drobnych, jak łepiek od szpilki, aż do orzecha wło-

¹⁾ Archiv. f. Laryng. B. I p. 259, 265, 269 i 273.

²⁾ Jeden taki przypadek, dotyczący 15-to letniego chorego operowanym jeszcze w r. 1890—badanie drobnowidzowe [prof. Przewoski].

³⁾ „Ueber das Vorkommen der so genannten hyalinen Kugeln in der Gewebe der Schleimpolypen der Nase etc. Monat. f. Ohrenh. 1891, p. 134.

⁴⁾ „Beiträge zur pathologischen Histologie der hyperthrophischen Nasenschleimhaut. Arch. f. Lar. B. VI. H 1.

⁵⁾ „Ueber die Nerven der Nasenpolypen“. Arch. f. Lar. B. II. p. 269.

skiego i więcej. Jeden z operowanych przezemnie polipów śluzowych u 12-to letniego chłopca odznaczał się kolosalnymi rozmiarami [8½, ctm. długi – 4 ctm. szeroki].

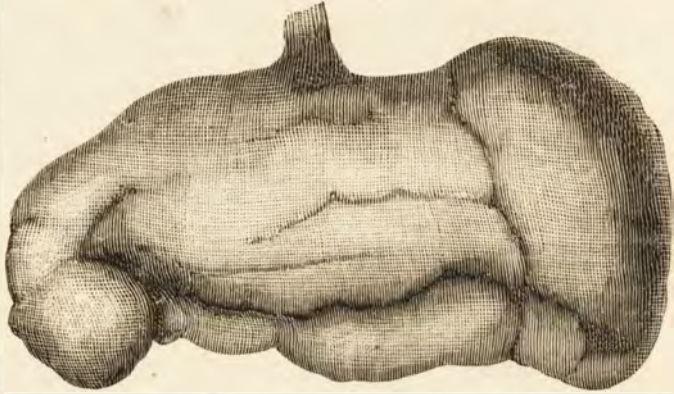


Fig. 57. Niezwykłych rozmiarów polip śluzowy, wycięty przezemnie pętlą zimną u 12-to letniego chłopca.

Forma również różnorodna, co po części zależy od umiejscowienia—to więcej okrągła, to owalna, to gruszkowata, najczęściej nieprawidłowa. Z rzadkich form spostrzegalem — polip podobny do zęba trzonowego etc.



Fig. 58. Operowany przezemnie polip, mający postać zęba trzonowego.

Zwykle polip nosa jest przytwierdzony na cienkiej nóżce — szypułce [stąd nazwa polip], czasami jednak na mniej, lub więcej szerokiej podstawie. Powierzchnia najczęściej gładka, czasami nierówna, zabarwienie żółtawe, wygląd przezroczysty, jak galareta—śluz, stąd pochodzi nazwa [polip galaretowaty, śluzowy] czasami mniej, lub więcej czerwony, co zależy od większego, lub mniejszego unaczynienia. Rzadziej polipy bywają pojedyncze, zwykle ilość ich znaczna: kilka, kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt sztuk u jednego osobnika, a nawet w jednej jamie nosowej,

nie przedstawia wielkich rzadkości [przypominam sobie przypadek, dotyczący 40-to kilkoletniego chorego, u którego z lewej

połowy nosa [rozdętej znacznie] wyjąłem 56 mniejszych i większych polipów]. W ogóle nawet wtedy, gdy przy badaniu wziernikiem nosowym widzimy jeden, lub parę polipków—nie powinniśmy temu dowierzać—zwykle bowiem po ich usunięciu okazują się ukryte za nimi inne polipy. Umiejscowienie najczęściej w średnim przewodzie nosa w okolicy t. zw. *hiatus semilunaris*—mianowicie na dolnej jej wardze (*processus uncinatus*), rzadziej już polipy występują na dolnej muszli, gdzie natomiast często bardzo bywają t. zw. polipowate muszle—dalej na przegrodzie nosowej i to najczęściej w części jej przedniej. Są to zwykle odmiany: *adenofibroma* i *fibroma angiomatodes*.

Polipy częściej występują w jednej tylko jamie nosowej [w moich przypadkach na 223—124 razy, z tych z lewej strony 76, z prawej zaś tylko 48], choć i obustronne polipy nie należą do rzadkości [99 razy]. Konsystencya po większej części miękka—przy dotykaniu zgłębnikiem polipy zwykle mniej, lub więcej krwawią.

Objawy najczęściej redukują się 1) do mniej lub więcej znacznego zatkania nosa, co jest w związku z umiejscowieniem i wielkością guza i 2) zwykle do silnie wyrażonego stanu kataralnego, wydzielina przytem bywa obfitą, to więcej śluzową, to śluzoropną, czasami krwawą, rzadko jednak cuchnącą.

Wydzielina ropna, cuchnąca przy polipach, powinna naprowadzić nas na podejrzenie innego cierpienia — głębszego [próchnienie kości, zajęcie bocznych jam nosa]. Nie należy w tych razach zapominać o badaniu zgłębnikiem.

Częste bywają przy polipach nosa bóle głowy—przeważnie w okolicy czołowej, co zwykle zależy od mechanicznego zatkania ujścia nosowego zatok czołowych. Częste bywają też, jak już wspomniałem, ropnie w zatokach bocznych nosa, czy jednak istnieje w tych razach i jaki przyczynowy związek między temi cierpieniami—mianowicie, czy są one przyczyną polipów, jak to utrzymuje GRUENWALD, dotąd nie jest stanowczo rozstrzygniętem. Wogóle, jak już wspomniałem, pogląd GRUENWALD'a jest mało prawdopodobny.

Częstem również jest zajęcie oczu [łzawienie], oraz uszów [szum, głuchota]. Dalej względnie dość często u chorych z polipami nosowymi spotykamy t. zw. *aproschia nasalis* [GUY], t. j.

pewien rodzaj umysłowego roztargnienia—i cały szereg nerwie odruchowych [astma etc.].

Przebieg zwykle przewlekły — częste recydywy.

Rozpoznanie nietrudne. Ważnem jest sondowanie, które pozwala nam polipa nosa [ruchomego, miękkiego] odróżnić od twardego zazwyczaj i niedającego się unieść ku górze przerostu muszel [zwłaszcza przednich ich końców] Przytem i zabarwienie polipa jest inne, jak przerosłej muszli, lub ostrego ropnia na przegrodzie nosa (*perichondritis septi nasi abscedens*). Co się tyczy rozpoznania różnych postaci polipów nosa (*adenofibroma*, fi-



Fig. 59. Polipy nosowe [obustronne aa], widziane za pomocą rinoskopii przedniej [według GRUENWALD'a].

broma angiomatodes etc.), to jest ono możliwem jedynie pod drobnowidzem.

Rokowanie *quo ad valetudinem completam* niepomyślne. Recydywy—zwłaszcza przy *polipi multiplices*—licznych, drobnych polipkach, są na porządku dziennym. Znam chorych, którzy od lat wielu parę razy do roku poddają się operacyi wycięcia polipów. Jaka jest przyczyna owych częstych nawrotów, doprowadzających zarówno chorego, jako też i lekarza do rozpaczy—trudno na pewno powiedzieć. Zdaje się, że usposobienie *resp.* stan żółzowaty—gra tu pewną rolę. W wielu też razach dopiero doszczętne usunięcie ropni zatok bocznych nosa [a muszę dodać, że najuporczywsze, najczęściej recydujące polipy najczęściej widywałem w połączeniu z temi sprawami chorobowymi] usuwało w moich przypadkach skłonność do recydyw, co przemawiało by do pewnego stopnia za wyżej wspomnianą hipotezą GRUENWALD'a.

Leczenie polipów nosa jest jedynie racjonalne operacyjne. Dawnymi czasy [a poniekąd tu i owdzie i dziś jeszcze] stosowano prawdziwie barbarzyński sposób wyrywania polipów nosa na ślepo, t. j. bez użycia wziernika nosowego—za pomocą kleszczy. Dopiero w r. 1866 pierwszy VOLTOLINI zwrócił uwagę na niewłaściwość, a co ważniejsza szkodliwość takiego postępowania. Bardzo często przy tego rodzaju operacjach wyrywano jednocześnie z polipami i całe muszle. Pominąwszy szalony ból przy tego rodzaju operacji — zdarzać się mogą groźne niekiedy następstwa [krwotoki, zniekształcenia nosa etc.].

Gdybyż przynajmniej owa „radykalna” kuracja rzeczywiście okazała się w następstwie radykalną, t. j. zapobiegła recydywie! Niestety—i tego powiedzieć nie można.

Przed paru laty miałem sposobność operować 74-o letniego chorego, przybyłego z dalekich stron. Chory opowiada, że przed 7 laty operowanym był przez jednego z chirurgów w sposób powyżej opisany: do lewej nozdrzy bez uprzedniego znieczulenia [a przecież już wtedy znaną była kokaina!] na ślepo wprowadzono mocne kleszcze i z siłą należytą, oraz z szalonym bólem, wyrwano dość dużych rozmiarów polip wraz z kawałkiem kości, przyczem wystąpił tak silny krwotok, że choremu po prostu groziła śmierć z ostrej niedokrewności. Dopiero wlewanie [transfuzya] soli kuchennej do żył—z trudnością chorego uratowała od śmierci. Jednocześnie chory zauważył z lewej strony nosa dość znaczne zagłębienie, które dotąd istnieje. Przy mojem badaniu okazało się, że ze strony lewej brak większej części [przedniej] muszli średniej—z *processus* zaś *uncinatus* zwiesza się na dość grubej szypule polip wielkości orzecha włoskiego. Początkowo chory nie chciał się zgodzić na operację, zrażony poprzednim niefortunnym rękoczynem, w końcu jednak zniewolony prośbami obecnego syna—przystał na takową. Polipa, po uprzednim zakokainowaniu, wyjąłem pętlą gorącą bez bólu i bez kropli krwi.

Obecnie na szczęście sposób ten—rzeczywiście barbarzyński—został na zawsze zarzucony. Kleszczy jeszcze używają tu i owdzie [np. w Anglii], lecz pod kontrolą wziernika.

Jedynym jednak racjonalnym i najwięcej też rozpowszechnionym instrumentem przy operacjach polipów nosowych jest pętla. Niektórzy autorowie [ZARNIKO, HARTMANN] najchętniej używają zimnej pętli, większość jednak rhinologów, do których i ja się zaliczam, przekładają nad nią pętlę gorącą, t. j. galwanokaustyczną, gdyż unika się przez to krwawienia — sam rękoczyn jest mniej bolesny [nie trzeba wykonywać szarpań [trakcyj], jak przy zimnej pętli, co dla chorych jest wysoce nieprzyjemnem], i do pewnego stopnia być może zabezpiecza od recydyw. Wprawdzie i po użyciu pętli zimnej zwykle stosuje się

następczo przypalenie pozostałych resztek polipa [*resp.* korzenia], lecz więcej to w teorii, aniżeli na praktyce jest możliwem, gdyż nie zawsze udaje się odszukać miejsce po wyciętym polipie.

Co się tyczy pętli galwanokaustycznej, to rysunek jej podałem w części ogólnej.

Tutaj opiszę tylko zimną pętlę. Najwięcej w użyciu będącą i rzeczywiście najpraktyczniejszą jest pętla HARTMANN'a, w której do wspólnej rączki można zastosować 4 pętłe [do nosa,

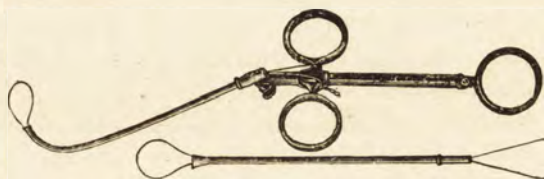


Fig. 60. Pętla zimna HARTMANN'a do polipów nosowych i nosogardzielowych.

nosogardzieli, krtani i uszów]. Również praktyczną mi się okazała pętla KRAUSE'go — do rączki [służy ona jednocześnie i do podwójnych kiuret krtaniowych] wstawia się rurkę z kondukto-

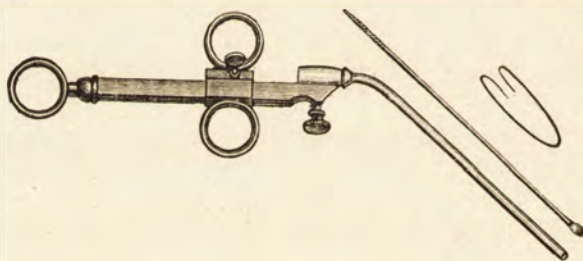


Fig. 61. Pętla zimna KRAUSE'go do polipów nosowych.

rem, do którego na końcu zakładają się już gotowe pętelki z drutu. Jest to bardzo wygodne: nieużyteczną pętelkę łatwo można zdjąć i zastąpić inną.

Natomiast MACKENZIE'ego pętla [w Anglii używana], a właściwie *ecraseur* — jest niepraktyczna, przytem droga. Wreszcie

używają się całe szeregi innych jeszcze pętel [JARVIS'a etc.] do operacyi polipów nosowych.

Pętlę — czy to zimną, czy gorącą zakłada się na polip naturalnie pod kontrolą wziernika nosowego, przyczem przy pewnej wprawie z łatwością skutecznic się to daje. Pewne trudności przedstawiają polipy, ku tyłowi położone.

II. Oprócz t. zw. polipów nosowych, które pod względem budowy są włókniakami obrzękowymi, *resp.* miękkimi, zdarzają się, acz rzadko i prawdziwe włókniaki (*fibromata dura*)—SCHMIDT na 757 polipów śluzowych—sposzręgał je tylko 2 razy. Ulubionem siedliskiem ich jest jama nosogardzielowa.

III. *Papillomata* [brodawczaki] spotykają się w jamach nosowych już nieco częściej, jak twarde włókniaki. Przeważnie spotykamy je na przednich, a częściej jeszcze na tylnych końcach muszel [zwłaszcza dolnych]. Są to jednak właściwie nie brodawczaki, lecz brodawkowate przerosty [t. zw. *Himbeerpolip* HOPPMANN'a]—i jako takie opisane zostały przy przerostowym niezycie nosa. Tamże podanym jest i odpowiedni rysunek.

Właściwie zaś „*papillomata*“ w nosie należą do wielkich rzadkości [wszystkiego w literaturze jest opisanych 5 takich przypadków].

IV. *Angiomata* [naczyniaki] są również rzadkimi w nosie. Przeważnie występują one na muszlach, rzadziej na przegrodzie nosa [w przednim dolnym odcinku], jednym słowem tam, gdzie znajduje się tkanka jamista (*corpora cavernosa*).

W r. 1893 SCHWAGER ¹⁾ z kliniki SEIFERT'a w Würzburgu napisał bardzo ładną monografię w tej kwestyi—guzy te nazywa on *angiomata cavernosa*, opierając się na 6 odnośnych przypadkach. Ja w roku zeszłym [1896] ²⁾ ogłosiłem przypadek, dotyczący 34-o letniego nauczyciela, podlegającego niezwykle obfitym krwawieniom z nosa, których przyczyną był guz na przegrodzie nosa [w górnej części], który usunąłem pętlą gorącą. Pod drobnowidzem okazał się on: *angioma cavernosum sarcomatodes*. Czy w przypadku tym nie mieliśmy do czynienia z przemianą łagodnego guza w złośliwy, którą to możliwość przypusz-

¹⁾ „Ueber cavernöse Angiome der Nasenschleimhaut“. Arch. f. Lar. B. I, H. I.

²⁾ „Przyczynek do kazuistyki guzów krwawiących przegrody nosa“. Kronika Lekarska 1896.

czają SCHECH, BAYER i FINDER etc.— lub też po prostu z mięszanym guzem (*neoplasma mixtum*) — nie jestem w stanie rozstrzygnąć.

V. Również do bardzo rzadkich w nosie należą właściwe chrząstniaki (*chondromata*) i kostniaki (*osteomata*). Natomiast t. zw. *echondroses* i *exostoses*, t. j. ograniczone zgrubienia przegrody nosa zdarzają się bardzo często i opisane są powyżej, jako oście (*spinae*) i listwy (*crisetae*).

VI. Wreszcie chłoniaki (*lymphomata*) — 1 przypadek SCHMIDT'a, tłuszczaki (*lipomata*), cysty [1 przyp. SCHMIDT'a], wreszcie bąbłowiec (*echinococcus*) należą w nosie do białych kruków.

Objawy guzów łagodnych (*papillomata*, *angiomata* etc.) polegają na mniej, lub więcej znacznem zatkaniu nosa.

Rozpoznanie jedynie jest możliwem pod drobnowidzem.

Leczenie operacyjne—najlepiej za pomocą pętli galwanokaustycznej.

B. Nowotwory złośliwe nosa również do zbyt częstych nie należą. Częściej nieco jamy nosowe bywają siedliskiem mięsaków (*sarcomata*), jak raków (*carcinomata*).

FINDER¹⁾ zdołał zebrać w literaturze opisanych 100 przypadków mięsaków, a 47 tylko raków jam nosowych.

Pierwsze o wiele częściej zdarzają się u kobiet, jak u mężczyzn, przeciwny stosunek zachodzi przy rakach.

Mięsaki najczęściej biorą początek z przegrody nosowej [COHN²⁾], raki zaś z tylnych odcinków jam nosowych [zatok klinowych i sitowych].

Sarcomata najczęściej bywają *globocellularia*, rzadziej *fusicellularia*—jeszcze rzadziej *sarcomata alveolaria et melanotica* [OLSCHEWSKY], wreszcie mięszane postaci (*fibro-myxo-chondrosarcomata*). Tu się odnosi również wyżej przytoczony mój przypadek (*angioma cavernosum sarcomatodes*).

Raki dzielą się przedewszystkiem na cylindryczne (*carcinomata cylindricocellularia*) i płaskokomórkowe (*carc. platicellularia*).

¹⁾ „Einige Bemerkungen ueber maligne Nasengeschwülste“. Arch. f. Lar. B. V, p. 302.

²⁾ „Ueber Sarcome der Nasenscheidewand“. Dissertatio. Koenigsberg 1896.

Etiologia ciemna. Niektórzy uważają za przyczynę powstawania złośliwych guzów — przewlekłe nieżyty nosa, inni — uraz. J. CLARK znalazł w jednym przypadku raka przegrody nosa — *sporozoa*.

Objawy przede wszystkim polegają na zatkaniu nosa, oraz częstych krwawieniach, co zwłaszcza dla mięsaków jest bardzo charakterystycznym. Wydzielina z nosa obfita — ropna, cuchnąca, czasami wydzielają się cząsteczki [fragmenty] nowotworu.

Raki mają skłonność do rozpadu gnilnego, stąd *foetor*.

Mięsaki w swoim przebiegu prowadzą do rozdęć kości [DREUFUSS].

Gruczoły chłonne szyjowe bywają po większej części zajęte [powiększone]. Obie sprawy mają skłonność do generalizacji [dają przerzuty w innych narządach].

Rozpoznanie tylko na podstawie drobnowidzowego badania jest możliwym.

Rokowanie zwłaszcza raków i w ogóle w późniejszych okresach nie jest pomyślnem. Guzy złośliwe jam nosowych w dalszym ciągu rozszerzają się w różnych kierunkach [ku górze, *resp.* ku oczodołom i jamie czaszkowej — po bokach, *resp.* ku zatokom HIGHMOR'a, ku tyłowi wreszcie — ku zatoce klinowej, jamie nosogardzielowej etc.].

Leczenie jedyne operacyjne. Najwłaściwszą ze względu na silne krwawienie jest pętla gorąca. Naturalnie, że tą drogą można usuwać tylko guzy złośliwe, ograniczone — w pierwszych okresach, podczas gdy późniejsze ich fazy [zajęcie kości] wymagają czysto chirurgicznych, większych rękoczynów, jak rezekcja górnej szczęki etc. co do których odsyłam czytelnika do podręczników chirurgii — zwłaszcza doskonałego w naszym języku podręcznika RYDYGIERA.

Również i elektrolizę zalecają niektórzy [BLOCH etc.] w złośliwych guzach jam nosowych. Dalej wstrzykiwania surowicy róży (*serum erysipelatis* — WERNER, EULENSTEIN]. Wreszcie zalecają też [LUBLINSKY] arsenik wewnątrznie. W jednym przypadku „*Sarcomata multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae*“ ¹⁾ spostrzegalem dodatni wpływ tego leczenia. Dla ścisło-

¹⁾ Gaz. Lek. 1892.

ści tylko wspomnę o zalecanych w ogóle przy rakach *condurango*, oraz ostatniemi czasy *chelidonium majus* [jaskółcze ziele].

ROZDZIAŁ VII.

I. Obrażenia nosa (*trauma*).

Obrażenia zewnętrznego nosa są częste ze względu na położenie wystające tego narządu, który „*par excellence*“ nadaje się do wszelkich przypadkowych, lub umyślnych urazów. Po większej części bywają one zadane ostremi narzędziami, zaczawszy od nieznacznych skaleczeń części miękkich, nie wymagających energicznego leczenia, z wyjątkiem zatomowania mniej, lub więcej znacznego krwotoku, aż do odcięcia całkowitego większego kawałka, lub jednoczesnego obrażenia części chrząstkowych i kostnych. Leczenie w tych razach jest niezbędnem i wchodzi w zakres właściwej chirurgii. Zwykle wtedy nakłada się szew na części odcięte.

Częściej jeszcze bywają obrażenia zewnętrznego nosa, zadane tępeymi ciałami [pięść, kij, kopyto, kula etc.]—tu należą również tak częste w wieku dziecięcym padania na nos. Obrażenia te są po większej części cięższe i oprócz miękkich części [obrzęk], przedewszystkiem zajmują części chrząstkowe (*septum cartilagineum*) i kostne [kości nosowe]. Bardzo natomiast rzadkie są obrażenia [złamania—*fracturae*] muszel nosowych [FREYTAG¹⁾]. Następstwem bywa zawsze mniej, lub więcej znaczne zniekształcenie nosa [skrzywienie w jedną stronę, spłaszczenie etc.]. Przytem często się zdarza, że jednocześnie ze złamaniem chrząstką przegrody—krew wylewa się między ochrząstną (*perichondrium*) i chrząstkę, tworząc t. zw. *haematomata*, przedstawiające się pod postacią guzów czerwonych z obu stron przegrody nosa. Mogą one przejść w ropienie (*perichondritis septi nasi abscedens*), o czem już w innym miejscu wspomniałem.

¹⁾ „Zur Kenntniss der Nasenfracturen“. *Monat. f. Ohrenheil.* 5—1896.

O b j a w y przy obrażeniach nosa polegają na opuchnięciu, *resp.* zatkaniu nosa, krwawieniu, bólach etc.

R o z p o z n a n i e nie trudne. Anamneza, badanie [zwłaszcza sondą] zwykle wystarczają do postawienia właściwej diagnozy. Przy *haematoma* można użyć próbnego przekłócia za pomocą szprycy PRAVATZ'a.

R o k o w a n i e przy złamaniach nosa : nieszczególne — w większości przypadków pozostają mniej, lub więcej wyraźne zniekształcenia nosa.

L e c z e n i e chirurgiczne: przemieszczone cząstki chrząstek i kości staramy się odprowadzić w swoje miejsce za pomocą sondy, kleszczy nosowych etc. Najlepiej z powodu bolesności znacznej rękoczyn ten wykonać pod chloroformem. O wiele trudniejszym zadaniem jest utrzymać te części we właściwym miejscu. Różnorodne plastry, bandaże etc. w tym celu używane, w większości przypadków mało są pomocne.

II. C i a ł a o b c e (*Corpora aliena, Rhinolity*)¹⁾ w jamach nosowych zdarzają się zwłaszcza u dzieci niezwykle często. Najczęściej przez swawolę wkładają sobie one do nosa najróżnorodniejsze przedmioty, jako to groch, pestki, kamienie, guziki, spinki etc. Przedmiotów takich, wyjętych przezemie z nosa u dzieci, mam całą kolekcję (między innymi dość spory korek).

U dorosłych rzadko ciała obce się zdarzają, najczęściej jako następstwo urazu. Oprócz przenikania od zewnątrz przez otwory przednie nosa, może się zdarzyć, że przy ruchach wymiennych pewne cząstki pokarmowe przez choany dostaną się do jam nosowych.

Ciała obce mogą niekiedy bardzo długo pozostawać w nosie — znane są przypadki, gdzie takowe były lat kilkanaście. I wtedy, zdarzyć się może, że pokrywają się one mniej, lub więcej grubą powłoką złogów wapiennych, tworząc t.zw. rhinolity t. j. kamienie nosowe. Badanie chemiczne wykazuje, że składają się one z 20% organicznych i 80% nieorganicznych substancyj, te ostatnie przede wszystkim z fosforanu i węglanu wapnia, oraz węglanu magnezyi etc. pierwsze zaś z tłuszczu, białka i włókna.

1) U nas w tej kwestyi pisali Heryng, Meyerson i prof. Pieniążek.

Rhinolity w pośrodku prawie zawsze zawierają t. zw. jądro [najczęściej jest niem pestka]. Niektórzy jednak jak NOQUET, ALLEN etc. spostrzegali także złogi, samodzielnie powstające — bez jądra, co w każdym razie zdarza się bardzo rzadko.

Rhinolity niekiedy dochodzą do znacznych rozmiarów [ZUCKERKANDL opisał 5 ctm. długi i 2,5 ctm. szeroki]

Etiologia. W jaki sposób one powstają? Co do tego panują różne teorye: jedni [BRESGEN] winią tu wzmózoną wydzielinę jam nosowych, inni [GERBER] utrzymują, że rhinolity są produktem bakteryj (*leptothrix* — MOURE), wreszcie według innych [CHIARI] bakterye odgrywają tu rolę czynną, przyciągając do ciała obcego sole z błony śluzowej, z czem jednak nie zgadzają się GERBER i LANTIN¹⁾, którzy uważają rolę bakteryj przy tworzeniu się rhinolitów za bierną [passywną].

Tak, czy owak ciała obce *resp.* rhinolity, długo pozostawiając w jamach nosowych, wywoływać mogą albo przerost, albo przeciwnie zanik błony śluzowej, owrzodzenia, granulacye etc.

Objawy polegają przedewszystkiem na mniej, lub więcej znacznem zatkanii, zwykle jednej połowy nosa. Dalej na wydzielaniu się ropnej, cuchnącej, krwawej wydzieliny (*pyorrhoea foetida*). Wreszcie czasami ciała obce dają powód do nerwic odruchowych (*epilepsia* — WERTHEIMER).

Rozpoznanie nie jest trudnem. Jednostronne ropienie u dzieci powinno zawsze wzbudzić podejrzenie co do obecności ciała obcego, przytem na anamnezie bardzo polegać nie można. W jednym z moich przypadków matka formalnie zaprzeczała, by dziecko kiedykolwiek coś do noska włożyło, natomiast na pewno upadło i zbiło sobie nos, stąd według jej stanowszego zapewnienia pochodzą wszystkie objawy u dziecka, jako to ropienie — zatkanie [jednostronne!]. Jakież było jej zdziwienie, gdym jako ilustracyę do jej opowiadania przedstawił mały guzik, jaki w jej obecności wyjąłem z nosa dziecka.

W ogóle przy rozpoznawaniu ciał obcych zgłębnik jest niezbędnym.

Rokowanie pomyślne. Zwykle po wyjęciu ciała obcego ustępują wszystkie objawy.

¹⁾ „Ueber Fremdkörper der oberen Luftwege und vier neue Fälle von Rhinolithen“. Arch. f. Laryng. B. IV. N. 2.

Leczenie polega na umiejętnej ekstrakcyi. Na nieszczęście tu podobnie, jak i w uszach pierwsze niefortunne próby wykonywa felczer, lub lekarz niespecjalista. Naturalnie, zwykle kończy się na bólu, kwawieniu, oraz wklonowaniu ciała obcego jeszcze bardziej. Często również w dodatku wywołuje się przytem przez forsowne szprycowanie *otitis acuta media*. Do wyjęcia najlepiej użyć mocnych kleszczy [HARTMANN'a fig. 37] lub GRÜN WALD'a, do miękkich zaś ciał [groch] haczyków.

Rzecz prosta, że rękoczyny te należy wykonywać pod kontrolą wziernika nosowego, ostrożnie, u starszych można przedtem użyć nieco kokainy (*sprey* z 5—10%).

Zbyt duże ciała obce np. rhinolithy należy częściowo skruszać i po kawałku wydobywać. BERGEAT zaleca w tych razach kwas solny nieoczyszczony [na wacie]. Wypchnięcie ciała obcego ku tyłowi do jamy nosogardzielowej, jak to niektórzy radzą, nie jest zdaniem mojem bezpiecznem i u dzieci może wywołać zaduszenie (*syffocatio*) wskutek przedostania się ciała obcego do dróg oddechowych.

Nie zawsze jednak wyjęcie ciała obcego, zwłaszcza długo w jamach nosowych pozostającego, jest łatwem, czasami należy uciec się do chloroformu, który jednak w większości przypadków jest zbyteczny. W jednym przypadku, dotyczącym 7-o letniej dziewczynki, nie znajdując nic podejrzanego za pomocą kilkakrotnego sondowania, zastosowałem na uporeczywy [2 lata trwający!] katar nosa [jednostronny!] z wydzieliną śluzoropną mięsienie drgawkowe; po kilku posiedzeniach, matka przynosi mi w papierze spinkę kościaną męzką [od kołnierzyka], którą dziecko przy wycieraniu nosa wydzieliło.

III. *Mycoses*. Jamy nosowe bywają czasami siedliskiem żyjących organizmów, zarówno ze świata zwierzęcego [pewne gatunki much (*Callifora vomitoria*, u nas, lub *lucilia hominivora*, *Sarcophila Wolhfarti* — pod zwrotnikiem), składające u wejścia do nosa swe jajka, robaki (*ascaris lumbricoides*), pijawki etc.] jakoteż roślinnego [grzybki etc.] — ROHRER znalazł w cuchnącej wydzielinie 56 różnorodnych gatunków bakteryj [kokków, laseczników], w zwykłej zaś 19.

T. zw. *Soor* t. j. grzybek pleśniawy czasami, acz rzadko był spostrzegany w jamach nosowych [THORNER], zwykle jako

wtórna sprawa, rozszerzająca się z gardzieli [SĘDZIAK¹⁾]. Zwykle jednak nabłonek migawkowy, stożkowy, pokrywający błonę śluzową nosa, nie przedstawia dla pleśniawek odpowiedniego podłoża. *Aspergillus fumigatus* i *puccinia graminis* w połączeniu z *aspergillus olivascens*, były opisane przez VIRCHOW'a i SCHUBERT'a.

Objawy albo nieznaczące, jak np. przy pasożytach roślinnych [pleśniawki], lub poważniejszej natury [gorączka, zaburzenia mózgowo etc.] przy obecności w jamach nosowych organizmów zwierzęcych (*lucilia hominifera* etc.).

Rozpoznanie jest nietrudne, przy grzybkach [pleśń etc.] na zasadzie drobnowidzowego badania.

Rokowanie bywa czasami poważne np. przy obecności żyjątek ze świata zwierzęcego [pewien gatunek much pod zwrotnikiem].

Leczenie. Najlepszym środkiem przy zwierzęcych organizmach w nosie jest chloroform, najczęściej pod postacią wdychania, rzadziej w płynie [wstrzyknięcie do nosa, co jest bardzo bolesnem]. Dla usunięcia większych żyjątek [pijawki] należy zastosować silny środek na kichanie, wreszcie użyć pincety etc. Roślinne żyjątko (*soor*) zwykle nie wymagają specjalnego leczenia.

IV. *Epistaxis*. Krwawienia z nosa należą do niezwykle częstych. Występują, albo z obu stron, lub z jednej tylko strony i wtedy zawsze należy podejrzewać przyczynę miejscową, podczas gdy pierwsze po większej części zależą od ogólnych cierpień [choroby serca, nerek, wątroby, przy ostrych infekcyjnych chorobach, wreszcie przy zmianach w składzie chemicznym krwi: bladaczce, niedokrwistości, oraz przy t. zw. *haemophilii*].

Krwawienia mniej, lub więcej obfite towarzyszą też wszelkiego rodzaju obrażeniom nosa [złamania, ciała obce, także przy operacyjnych rękoczynach]. Również występują one często w przebiegu ostrego i przewlekłego nieżyty nosa, owrzodzeniach [gruźliczych, syfilitycznych etc.], guzach [t. zw. krwawiące guzy przegrody nosa], zwłaszcza złośliwych [mięsaki]. Wreszcie przy wyrosłach adenoidalnych [jeden taki przypadek dotyczący 12-o

¹⁾ „Niezwykły przypadek pleśniawek (*soor*) w jamie ustnej, nosogardzielowej, oraz krtani“. Gaz. lek. N. 1897.

letniego chłopca, miałem sposobność ostatniemi czasy spostrze-
gać i operować].

Czasami zdarzają się krwawienia następcze (*epistaxis vi-
caria*), przy braku menstruacji [B. FRAENKEL]. WRÓBLEWSKI¹⁾
spostrzegał krwawienia nosowe po przyjęciu chininy i antypyrini.

Drugą grupę przyczyn zwykle jednostronnych krwawień
nosowych stanowią zmiany miejscowe (*epistaxis idiopatica*).

T. zw. punkt KIESSELBACH'a t. j. przednio dolny odcinek
przegrody jest ulubionem siedliskiem tych krwawień [w jednym
przypadku niedawno przezemnie operowanym, punktem wyjścia
krwawienia był przednio-górny odcinek przegrody—rozszerzone
naczynia].

W miejscu tem, jak wiadomo, znajduje się tkanka, przypo-
minająca jamistą, a więc taką, jaka jest na muszli dolnej. Zwy-
kle na tem miejscu znajdujemy rozszerzone naczynia, czasami
nawet rodzaj małego guziczka (*angioma*). Miejsce to, jako naj-
bardziej wystawione na drażnienie [najczęściej dłubanie palcem],
często też i daje powód do krwawień nosowych. Te ostatnie
trwać mogą bardzo długo [u jednej z moich chorych, około 60 cio-
letniej, trwały one lat 20].

Objawy. Przy krwotokach nosowych mogą występować
czasami alarmujące objawy: bicie serca, uderzenia do głowy,
szum w uszach, omdlenie nawet. Często też krew splywa ku
tyłowi do jamy nosogardzielowej i bywa przez chorych polykaną,
lub następnie wykrztuszoną i wtedy robi wrażenie, jakby pocho-
dziła z płuc, co i wielce zwykle chorych przestrasza.

Rozpoznanie zwykle łatwe, tylko krwawienie, mające
swoje źródło w jamie nosogardzielowej [wyrośla adenoidalne],
może dawać powód do pomyłek.

Rokowanie. Czasami krwotoki nosowe są rzeczą zba-
wienną np. przy cierpieniach nerek, serca etc. Ze względu je-
dnak na znaczne ilości utraconej krwi, lub przy często powta-
rzających się krwawieniach nosowych, powodować one mogą
ostrą, lub przewlekłą niedokrewność [anemię].

Leczenie powinno być przedewszystkiem skierowanym
ku usunięciu przyczyn, powodujących krwawienie z nosa, a więc
ogólne, lub miejscowe. Lekarz wezwany do chorego z krwoto-

¹⁾ „Krwotoki nosowe“. Gaz. lek. 1895. Nr. 48 etc.

kiem nosowym powinien przedewszystkiem oczyścić nos od skrzepłej krwi, jakoteż od ciemnych strupów, powstałych wskutek poprzednio już zwykle *larga manu*, przez felczera, lub lekarza niespecjalistę stosowanego półtorachlorku żelaza (*ferrum sesquichloratum*). Środek ten, raz na zawsze powinien być wycofanym z szeregu tamujących krew (*haemostatica*), gdyż nie prowadzi do celu, jest przytem niebezpiecznym [możliwe zakrzepy w naczyniach — *thrombi*]. Już stosowniejszą jest ferrypiryna [2%] t. j. połączenie *ferrum sesquichloratum* z antypyriną, która niema własności żrących. Najlepszym jednak środkiem krew tamującym, ostatnimi czasy zwłaszcza gorąco we Francyi [LERMOYERZ, GELLÉ¹⁾] zalecanym jest t. zw. woda utleniona (*hydrogenium peroxidatum*).

Oczyszczenie nosa dokonywa się najlepiej za pomocą zwykłego przestrzyknięcia wodą zimną. Następnie należy, o ile można, dokładnie zbadać za pomocą wzornika, przedewszystkiem wejście do nosa, miejsce połączenia części błoniastej przegrody z chrząstkową, jednym słowem t. zw. *locum Kiesselbachii*.

Znalazszy, jak to często bywa, w tem miejscu rozszerzone naczynia, z których sączy się krew, w braku pod ręką środków żrących [lapis, galwanokaustyka], powinniśmy zastosować t. zw. przednią tamponadę [GOTTSTEIN]. Przyczem najzupełniej tu wystarcza zwykła chemicznie czysta wata, z której ja np. przygotowuję długi, w formie stożka, twardy, mocno skręcony czop, który ruchem rotacyjnym wkręcam możliwie głęboko do odpowiedniej jamy nosowej, tak jednak, by część waty wystawała na zewnątrz [dla łatwego jej wyjęcia]. W większości przypadków taka przednia tamponada wystarcza w zupełności. Jeżeli jednak źródło krwawienia znajduje się w tylnych częściach nosa *resp.* w jamie nosogardzielowej, w tych razach należy użyć tylnej tamponady, która się dokonywa za pomocą zwykłego miękkiego kateteru [NELATON'a], jak to radzi np. HELME, lub, jak to powszechnie się praktykuje, za pomocą t. zw. rurki BELLOCQ'a.

Zastosowanie jej jest następujące: kawałek waty, wielkości mniej, lub więcej orzecha laskowego, pośrodku silnie przewiązujemy na krzyż dwiema długimi nitkami, otrzymując w ten spo-

¹⁾ „L'eau oxygénée dans oto-rhinologie-son rôle hémostatique et antiseptique“. Arch. int. de Lar. et de rhin. N. 5. 1896.

sób 4 końce, z których jeden odcinamy. Następnie wprowadzamy przez nos rurkę BELLOCQ'a do jamy nosogardzielowej, naciskamy guziczek i w jamie ustnej pokazuje się sprężynka, do której przytwierdzamy 2 z pozostałych nitek [3-cia służy do wyciągnięcia czopka], następnie wciągamy razem ze sprężyną czopek,



Fig. 62. Rurka BELLOCQ'a do tamowania krwotoków nosowych.

który wklina się w jeden z otworów tylnych nosa (*choanae*), niekiedy przytem należy sobie pomagać palcem. Tampon taki nie należy zbyt długo [więcej, jak 24 godzin] pozostawać *in situ*, gdyż może to wywołać groźne objawy (*decubitus*, *pyaemia*), jak to raz jeden miałem sposobność spostrzegać u staruszka [około 70-cio letniego], u którego włożony przez felczera za pomocą BELLOCQ'a tampon pozostawał przeszło 48 godzin.

Tamowanie krwotoków nosowych jednym z powyższych sposobów nie jest jeszcze leczeniem. To ostatnie polega na usunięciu przyczyny miejscowej krwotoku *resp.* na przypaleniu rozszerzonych naczyń najlepiej za pomocą galwanokauteru [należy platynę rozpalać tylko do czerwoności!]. Można użyć też w tym celu lapisu, kwasu trójchloroctowego, lub chromnego.

Cały szereg w ten sposób [galwanokaustycznie] leczonych przypadków z zupełnie dobrym rezultatem mam zanotowanych, między innymi i powyżej wspomniany przypadek, w którym po 20-to letniem trwaniu krwotoków nosowych, takowe raz na zawsze ustały po jednorazowym przypaleniu krwawiącego miejsca na przegrodzie nosa.

Przy t. zw. angiomatach należy użyć pętli galwanokaustycznej.

Wspomnę tu tylko nawiasowo, że RUAULT przy nawykowych krwawieniach z nosa zaleca przez kilka tygodni — 3 razy dziennie, zapychać odpowiednią [krwawiącą] dziurkę nosa wazeliną. Ja w tych razach stosuję masę z rezorcyny. Naturalnie, że jest to tylko objawowe leczenie.

Co się tyczy leczenia krwotoków nosa, mających swoje źródło w ogólnych cierpieniach organizmu, to rzecz prosta, że powinno ono być skierowanem przede wszystkim przeciwko tym ostatnim.

V. *Ulcus perforans septi narium*. Z nawykowem idiopatycznym krwawieniem nosowem ściśle związaną jest sprawa dość rzadka, na którą w ostatnich czasach [HAJEK¹] zaczęto baczniejszą zwracać uwagę, mam tu na myśli t. zw. wrzód okrągły na przegrodzie nosa (*ulcus rotundum s. perforans septi narium*—WEICHELBAUM, VOLTOLINI, ROSSBACH).

Mianowicie, jako następstwo rozległego, włoskowatego krwawienia w błonie śluzowej przegrody chrząstkowej, występuje w przednim jej odcinku pigmentacja [żółtawe zabarwienie], czyli t. zw. *xanthosis* [ZUCKERKANDL]—cierpienie zdaje się identyczne z powyżej opisaną *rhinitis sicca ant.* [SIEBENMANN]. W następstwie u pewnych osób z usposobieniem [ZUCKERKANDL] na tem miejscu tworzy się [zapewne wskutek obrażeń zewnętrznych—dłubań palcami, z następczem krwawieniem i tworzeniem się strupów] owrzodzenie z ostrymi brzegami, dochodzące do chrząst-

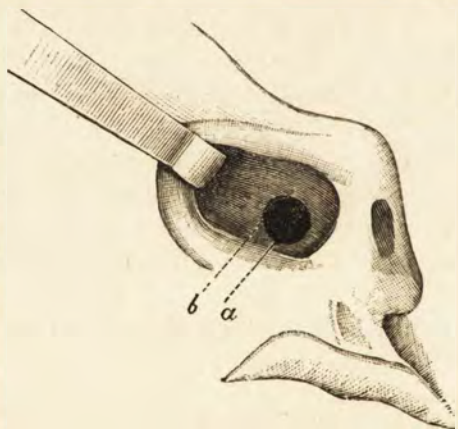


Fig. 63. *Ulcus perforans* (a) *septi narium* (b) [według GOUGUENHEIM'a i GLOVER'a].

¹) „Das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand“. Virch. Arch. B. 120. 1890.

ki, która staje się obnażoną. W dalszym ciągu tworzy się małe przedziurawienie przegrody nosowej, którego brzegi się zagajają, pozostawiając najczęściej okrągły [rzadziej owalny] otwór.

Co się tyczy etiologii tego cierpienia, to oprócz wyżej wymienionego urazu, działają tu według **HAJEK**'a ropotwórcze bakterye. **ROSENFELD** natomiast uważa to cierpienie za następstwo zaburzeń trofoneurotycznych.

Również i chemiczne drażnienia [przy fabrykacjach kwasu chromnego etc.] mogą stać się powodem tego cierpienia.

Rozpoznanie czasami, zwłaszcza od syfilitycznego przedziurawienia przegrody, nie łatwe. Brak zapalnego odczynu w sąsiedztwie wrzodu, brak objawów ogólnych, anamneza, wreszcie bezskuteczność stosowania jodku potasu, przemawia przeciw syfilitycznemu charakterowi cierpienia [to ostatnie jednak nie zawsze, jak to w jednym z moich przypadków przekonać się mogłem]. Od gruźlicy, wilka etc. już o wiele łatwiej cierpienie to odróżnić.

Przebieg chroniczny.

Rokowanie nieszczególne.

Leczenie przede wszystkim zapobiegawcze: chorym z usposobieniem do krwawień, surowo zabronić dłubania w nosie. Strupy za pomocą maści [rezorcynowej] rozmiękczać. W okresie owrzedzeń **VOLTOLINI**, a także **HAJEK** otrzymywać mieli jakoby zabliznienie od energicznych przyżegań.

Przy istniejącem przedziurawieniu przegrody nosa, najlepiej wstrzymać się od zbyt energicznych rękoczynów, nawet irygacje nie są zbyt bezpieczne [obrażenie brzegów wrzodu], najwyżej t. zw. kąpiele nosa w celu utrzymania jam nosowych w czystości.

ROZDZIAŁ VIII.

Zaburzenia nerwowe.

Rozróżniamy zaburzenia:

I) w obrębie nerwu trójdzielnego (*n. trigeminus*).

II) nerwu węchowego (*n. olfactorius*). Co się tyczy pierwszych, to są one rzadsze i występują pod postacią:

Choroby nosa.

12

a) znieczulenia (*anaesthesia*), którego przyczyna jest najczęściej ośrodkowa [guzy mózgowia, a także histerya]. Charakterystyczną cechą tego stanu chorobowego jest brak odruchów przy dotykaniu zgłębnikiem.

b) nadczułość (*hyperaesthesia*) t. j. nadmierna wrażliwość błony śluzowej nosa, odznaczająca się skłonnością do kichania, w ogóle silnie reagująca [kichanie etc.] na wszelkie drażnienia. Zwykle stan ten jest w związku z ogólną nadczułością nerwową.

c) pośrednie miejsce między obiema temi sprawami chorobowymi zajmuje t. zw. *hypoesthesia* t. j. zmniejszona wrażliwość czuciowa.

d) wreszcie t. zw. *paraesthesia* t. j. nienormalne objawy czuciowe: jako to uczucie ciepła, swędzenie etc. W ogóle występują one o wiele rzadziej, jak w gardzieli.

Drugą grupę zaburzeń w obrębie nerwu trójdzielnego stanowią:

Nerwobóle (*neuralgiae*), zależne od podrażnień gałązek nosowych tego nerwu. Spotykamy je niezwykle często w przebiegu ostrego i przewlekłego nieżyty nosa, przy owrzodzeniach, polipach, ciałach obcych, zwłaszcza zaś często towarzyszą one cierpieniom zatok bocznych nosa.

Rozróżniamy następujące rodzaje nerwobóli: przedewszystkiem *neuralgia supra et infraorbitalis*, dalej *neuralgia frontalis et occipitalis*.

Co się tyczy leczenia, to w pierwszej postaci (*anaesthesiae* etc.), przedewszystkiem wskazane są zabiegi lecznicze ogólne, skierowane ku usunięciu, o ile to jest możliwem, neuropatycznego usposobienia, a więc coś w rodzaju hartowania systemu nerwowego [wodolecznictwo etc.].

Przy nerwobólach ważnem jest usunięcie przyczyn, a więc polipów, ropienia zatok bocznych nosa etc.

II. O wiele częściej zdarzają się zaburzenia w obrębie nerwu węchowego¹⁾. Mogą one być przytem zupełne, lub częściowe, jedno lub obustronne. Rozróżniamy następujące postacie tych zaburzeń:

a) *Anosmia s. anaesthesia olfactoria* t. j. brak węchu jest

¹⁾ W kwestyi tej specjalnie u nas pisał SREBRNY.

najczęstszym i najważniejszym z tych zaburzeń. Może on być, albo ośrodkowego pochodzenia (*commotio cerebri*, guzy mózgowia, a także histerya), lub obwodowego [sprawy chorobowe w samych jamach nosowych, a więc *deviatio septi majoris gradus*, guzy, po prostu mechanicznie niedopuszczające substancjom pachnącym przeniknąć do okolicy węchowej nosa, t. zw. *anosmia respiratoria*, dalej sprawy chorobowe rozlane, a więc obejmujące i *regionem olfactoriam*, do których „*par excellence*“ należy ozena. Jest to t. zw. *anosmia essentialis*. Wreszcie i przy porażeniach *n. trigemini* i *n. facialis*, możliwe są utraty węchu.

Niektóre chemiczne środki mogą również wpływać ujemnie na węch, a nawet go zupełnie znieść, do nich przedewszystkiem należy ałun, dalej preparaty cynku i kwasu karbolowego, wdechanie amoniaku, eteru etc. Bywa i czasowa, przemijająca utrata węchu [RAYNAUD]. Tu należy również *anosmia gustatoria* t. j. brak węchu względem substancyj pachnących, przenikających do nosa za pośrednictwem *choan* — t. zw. utrata aromatycznego smaku [napoje i potrawy smakują bezwonnje np. wino jak ocet etc.].

b) *Hyperosmia s. hyperaesthesia olfactoria* t. j. nadmierne pobudzenie węchowe, już o wiele jest rzadszem. Przeważnie zdarza się ono u histeryczek, oraz u ciężarnych, u których niekiedy bardzo słabo woniejące materye mogą wywoływać groźne objawy, jako to: bicie serca, wymioty, omdlenie etc. Zwie się to idiosynkrazją. Taka *hyperosmia* może też być i fizyologiczną, wiadomo np. że ludy niecywilizowane [np. Indyanie] odznaczają się o wiele lepszym węchem, jak mieszkańcy Europy. Niektóre osoby [niepalące] szczególną odznaczają się wrażliwością węchową na dym tytoniowy [mnie on np. zawsze przyprawia o ból głowy].

c) Pośrednie miejsce zajmuje *hyposmia s. hypaesthesia olfactoria* t. j. mniej, lub więcej zmniejszona pobudliwość węchowa, również najczęściej u histeryczek występująca, fizyologicznie zaś w wieku podeszłym.

d) wreszcie bywa i t. zw. *parosmia s. paraesthesia olfactoria* t. j. nienaturalne uczucie węchowe. Tu należy również t. zw. *cacosmia subjectiva*, którą ZARNIKO uważa za objaw ukrytego zająęcia [empyematu] zatok bocznych nosa, z czem jednak moje doświadczenie się nie zgadza [w 3 przypadkach tego cierpienia, jakie w ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegać, nie

byłem w stanie absolutnie wykryć jakiegokolwiek cierpienia za-
tok]. Jest to dość rzadkie cierpienie, występuje prawie wyłą-
cznie u nerwowych osobników [histeryków], o wiele częściej
u mężczyzn [we wszystkich moich 3 przypadkach] i to przeważ-
nie młodych. Osobniki takie odznaczają się też tem, że obficie
używają pachnących substancyj [wody kolońskiej, perfum] w ce-
lu zagłuszenia jakoby wydzielającego się z nosa odoru, a którym
żadną miarą nie można wyperswadować, że cierpienie ich jest
urojonem.

Tu się odnosi również szczególne upodobanie pewnych osób
zwykle histeryczek, do pewnych, często bardzo niewonnych sub-
stancyj np. *asa foetida*. ONODI przytacza przypadek, gdzie cho-
ry dwa razy tygodniowo uskarżał się na nieprzyjemną woń mos-
chusu, moczu i nafty. Jeden z moich chorych dotknięty cier-
pieniem centralnem [guz mózgowia] odróżniał zdaleka zbliżają-
cych się mężczyzn i kobiet po właściwym ich zapachu, jak się
wrażał, płciowym.

Pod nazwą *allotriosmia* rozumiemy niewłaściwe ocenianie
zapachów, przeważnie w sensie ujemnym [zgniły zapach etc.], to
ostatnie często występuje u hypochondryków [SCHECH].

Rozpoznanie zaburzeń w obrębie nerwu węchowego nie
jest trudnem. Kolejno zatykamy to jedno, to drugie nozdrze
i podstawiając różnej mocy i charakteru pachnące substancje
[woda kolońska, mentol, balsam peruwiański etc.] zalecamy cho-
remu wąchać. Również można zastosować i t. zw. olfactometr
ZWAARDEMAKER'a.

Rokowanie zwykle wątpliwe. Anosmia, trwająca lat 2
ma być według MACKENZIE'go niewyleczalna, co nie jest jednak
prawdziwem. Niedawno leczyłem 45-cio letnią bardzo nerwową
[histeryczkę] chorą na astmę, u której od lat 7-u utracony węch
i smak po jednym energicznym [za pomocą elektromotoru] mię-
sieniu powrócił.

Rokowanie przy zaburzeniach obwodowego pochodzenia
lepsze, jak przy ośrodkowych.

Leczenie zaburzeń w obrębie nerwu węchowego, zwłasz-
cza przy anosmii, powinno być przede wszystkim przyczynowe.
Stosujemy z mniejszem, lub większem powodzeniem elektryzację
[stały strumień], jakoteż strychninę [pędzlowanie błony śluzowej
nosa 1% roztworem w oliwie, lub insuflacje 0,1—0,3 *strychnini ni-
trici* na 20,0 *sach. lactis* — 2 razy dziennie].

Wreszcie w 1 przypadku *cacosmiae subjectivae* otrzymałem dobry rezultat od mięsienia drgawkowego.

ROZDZIAŁ IX.

Nerwice odruchowe pochodzenia nosowego.

Co rozumieć należy pod nazwą nerwic odruchowych [zwrotnych] pochodzenia nosowego?

U pewnych osobników, zwykle z odziedziczonym, lub nabytym stanem neuropatycznym, występują niekiedy objawy np. kaszel, astma etc., dla których charakterystycznym jest periodyczny charakter [ataki] bez zmian organicznych w narządach wewnętrznych [np. oddechowych]. Jako jedyną przyczyną powyższych objawów w tych razach bywają sprawy chorobowe w nosie [polipy, skrzywienia przegrody, przerosty muszel etc.], przyczem podrażnienie miejscowe zakończeń nerwowych w błonie śluzowej nosa przechodzi na ośrodki nerwowe i za ich pośrednictwem udziela się obwodowym nerwom np. błędnemu (*n. vagus*).

Po raz pierwszy w r. 1872 zwrócił uwagę na ten stosunek, zachodzący mianowicie między astmą, a polipami nosa VOLTOLINI, a następnie B. FRAENKEL i inni. Największe jednak w tym kierunku zasługi położył HACK, docent Freiburgskiego Uniwersytetu, który mniej więcej przed laty 20-tu ogłosił o refleksach nosowych wyczerpującą monografię¹⁾.

Jakkolwiek w następstwie dużo z jego teorii okazało się błędnem, jakkolwiek obecnie poglądy na powstawanie nerwic odruchowych pochodzenia nosowego uległy gruntownemu przekształceniu, redukując je do pewnych tylko niezbyt licznych przypadków, to jednak mimo to zasługa HACK'a jest duża, gdyż on to głównie swojemi pracami pobudził umysł lekarzy do zaję-

¹⁾ Ueber eine operative Radical-Behandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma Heufieber etc. 1884. Wiesbaden.

cia się tą bądź co bądź ważną kwestyą *resp.* do krytycznego jej wyświeślenia ¹⁾.

Jak już wspomiałem podkład nerwowy, czy to ogólny, czy też miejscowy [np. nadczułość błony śluzowej nosa] odgrywa pierwszorzędną rolę w powstawaniu nerwic odruchowych pochodzenia nosowego.

Usposobienie to może być wrodzone, lub nabyte wskutek ogólnych, lub miejscowych chorób, oraz nadużyć (*in Baccho et in Venere*).

Co się tyczy podrażnienia, to może ono nastąpić, albo od zewnątrz za pośrednictwem *n. trigemini*, lub *n. olfactorii*, przy czem zauważyć się daje pewna idiosynkrazia względem niektórych podrażnień, lub w samych jamach nosowych [t. zw. obwodowe podrażnienie].

Do tych ostatnich należą przedewszystkiem obrzmienia ciał jamistych [na tem opiera się t. zw. teoria HACK'a dla nerwic zwrotnych, która w ostatnich czasach znajduje coraz więcej przeciwników [SCHAEFFER, ZIEM, ZARNIKO etc.], dalej stałe zmiany na błonie śluzowej nosa [zapalenie przerostowe, polipy, *deviatio septi* etc.].

Zwykle ta ostatnia, lub ość, na przegrodzie nosa będąca, dotyka *vis à vis* leżącej przerosłej dolnej muszli [właściwie przedniego jej końca]—drażni zakończenie nerwowe, w tej ostatniej [na jej błonie śluzowej] zawarte i następuje przeniesienie tego podrażnienia na centry, stąd znowu na inne nerwy np. błędny (*vagus*) etc. Ma tu także wpływ utrudnione oddechanie, obieg krwi i limfy w nosie i mózgu.

Oprócz tej najczęstszej postaci nerwic odruchowych pochodzenia obwodowego, bywają pewne, rzadkie wprawdzie ogniskowe t. j. podrażnienie, wychodzące z centrów, udziela się nerwom nosowym.

Jakie punkta jam nosowych można uważać za źródła nerwic zwrotnych? Jak wspominaliśmy HACK jedynie uważał za takowe ciała jamiste, zwłaszcza dolnych muszel, inni, opierając się na badaniach zgłębnikiem, którego dotknięcie w pewnych miejscach wywoływało objawy odruchowe nerwowe [kaszel etc.]

¹⁾ U nas w tej kwestyi specjalnie pisali: MEYERSON, HERYNG, KÖHLER, PRZEDBORSKI, SOKOŁOWSKI, ARNSTEIN etc.

uważali przegrodę nosa, mianowicie tylny jej odcinek za t. zw. zony refleksyjne. Obecnie jednak przeważa pogląd B. FRAENKEL'a, do którego i ja się skłaniam, że z każdego punktu błony śluzowej nosa może nastąpić refleks.

Po tym krótkim wstępie przechodzę do wyliczenia najczęściej występujących nerwic odruchowych, mających swoje źródło w nosie.

I. Najważniejszą bez kwestyi jest t. zw. astma oskrzelowa (*asthma bronchiale*). Cierpienie to, jak wiadomo występuje pod postacią ataków, przeważnie w nocy podczas gdy w przerwach choroby czują się zupełnie dobrze, przyczem różnorodne momenty grają tu rolę: często np. choroby dostają astmy tylko w pewnych miejscowościach [SCHMIDT leczył chorobą, która jedynie dostawała ataków dusznicy oskrzelowej za każdą bytnością w Genewie]. Niektórzy znowu czują się źle w dolinie, z chwilą zaś przejazdu do wyżej położonych miejsc stają się zdrowymi.

Od czasu TROUSSEAU'a i BIERMER'a wiemy, że sprawa ta polega na skurczu mięśni oskrzelowych. Co jednak wywołuje ów skurcz, do ostatnich niemal czasów nie była stanowczo rozstrzygniętem. Niektórzy uważali t. zw. kryształki CHARCOT-LEYDEN'owskie, inni t. zw. spiralne włókna CURSCHMANN'a, wreszcie ostatnimi czasy eozynofilowe komórki, jakie w płwocinie astmatyków się znajduje, za przyczynę t. zw. astmy bronchialnej. Okazało się jednak, że powyższe twory nie zawsze się znajdują przy tej sprawie chorobowej, dalej, że i przy innych cierpieniach zdarzać się one mogą, ostatecznie raczej za następstwo, aniżeli za przyczynę astmy należy ich uważać.

W ostatnich czasach utrwalił się pogląd, że t. zw. astma oskrzelowa idiopatyczna [wtórna może być przy cierpieniach płuc, rozedmie etc.] jest cierpieniem „*par excellence*” nerwowem, t. zw. nerwicą odruchową, występującą u osób z niewątpliwem podkładem neuropatycznym wskutek peryferycznego drażnienia, mającego swoje źródło w różnych narządach, między innymi zaś względnie często w nosie, które to podrażnienie drogą centrów przechodzi na *n. vagus* i wywołuje skurcz drobnych oskrzeli.

Że w wielu razach [nie zawsze, jak to niesłusznie utrzymywał HACK] leczenie odpowiednie nosa, a więc np. usunięcie przerostów muszel, zwłaszcza zaś polipów, usuwa bezpowrotnie astmę, to zdaje nie ulegać żadnej wątpliwości [SCHECH].

Przypadki takie niejednokrotnie miałem sposobność spostrzegać w swojej praktyce. Że często leczenie to daje wynik pomyślny przejściowy, że zdarzają się po miesiącach, lub latach nawroty tego przykrego cierpienia, to jeszcze nie upoważnia nas do zupełnego negowania związku przyczynowego, zachodzącego między astmą, a cierpieniami nosa, jak to niektórzy czynią, np. u nas ARNSTEIN¹⁾.

Jako ilustrację do powyższego pozwolę sobie przytoczyć wkrótkości przypadek, jaki ostatnimi czasy miałem sposobność spostrzegać: panna lat 40 kilka mająca, pochodząca z rodziny bardzo nerwowej, sama też niezwykle nerwowa, cierpi od dziecka (!) na silną typową astmę. Mniej więcej przed laty 7 wyjęto jej mały, jak groch polipek z prawej nozdrzy, poczem ataki duszności zupełnie ustały i chora w ciągu lat 5 czuła się najzupełniej zdrową. Następnie zaczęły się ponawiać od czasu do czasu pierwotne objawy astmatyczne, choć o wiele słabsze. Od 2 miesięcy ataki tej choroby zaczęły się wzmacniać tak, że w ostatnich paru tygodniach co noc niepokoiły chora, nie dając jej absolutnie spać. Czasami zdarzały się one i w dzień. Podczas jednego z takich niezwykle silnych ataków, dochodzących formalnie do zaduszenia, połączonego ze strasznym niepokojem, chora przybyła do mnie. Przy badaniu skonstatowałem również z prawej strony w nosie w okolicy *hiatus semilunaris* polipek mały śluzowy, wielkości grochu, oraz znacznie powiększone i zaczerwienione muszle dolne nosa. Polipek postanowiłem któregokolwiek dnia usunąć, przypuszczając na zasadzie analogii z faktem z przed laty 7-miu przyczynowy związek między nim, a astmą u naszej chorej. Ponieważ jednak chora błagała, by jej choć trochę ulżyć na razie, zastosowałem bardzo energiczne [za pomocą elektromotoru] miesięnie drgawkowe błon śluzowych w obu jamach nosowych. Rezultat był nadspodziewany, chora uczuła się odrazu, jakby odrodzona, atak astmy zupełnie ustąpił i w ciągu 3 tygodni ani razu się nie powtórzył. Pomimo to mam zamiar polipek usunąć, obawiając się, że wpływ dodatni miesięnia będzie tylko czasowym.

W obec faktu, że recydywy astmy po wyleczeniu [operacjach] spraw chorobowych w jamach nosowych nie należą do zbyt rzadkich, z rokowaniem przy tem cierpieniu należy być bardzo ostrożnym, z drugiej jednak strony, zdaniem mojem, wszędzie tam, gdzie przy astmie znajdujemy mniej, lub więcej wyraźne zmiany w jamach nosowych, należy przedewszystkiem do usunięcia takowych przystąpić, tem więcej, że zwykle tego rodzaju choroby podlegali już najróżnorodniejszym leczeniom bez skutku.

¹⁾ Przyczynek do sprawy leczenia dychawicy oskrzelowej za pomocą zabiegów ryнологicznych i o związku z cierpieniami jamy nosowej. *Medycyna*. 1894. 18—19.

II. Kaszel nerwowy odznacza się tem, że występuje atakami, często bardzo gwałtownymi. Zwykle jest on suchy. Badanie klatki piersiowej daje wynik ujemny. Usposobienie ogólne nerwowe. SCHECH wspomina przypadek, dotyczący herculesowo zbudowanego osobnika, który dopiero po usunięciu polipów nosowych pozbył się ataków kaszlu, codziennie zrana od 8 do 11 go męczących. Ja niejednokrotnie przypadki takie miałem sposobność spostrzegać i wyleczać, bądźto za pomocą operacyi, bądź mięsienia drgawkowego. Jeden z nich dotyczył 48 letniego, wysoce nerwowego chorego [brata wyżej wymienionej przy astmie chorej], u którego przeszło 2 lata trwający uporczywy kaszel [a także migrena] ustąpił odrazu po operacyi w nosie, mianowicie po wypiłowaniu listwy (*crista*), wrzynającej się ostrym brzegiem do muszli dolnej, oraz wypaleniu przerosłej muszli. Od tego czasu minęło już lat 5, chory stale znajduje w mojej obserwacyi, ani śladu kaszlu i bólów głowy.

Niektórzy autorowie [HACK] i kaszel przy kokluszu (*tussis convulsiva*) starają się podciągnąć pod kategorię nerwic odruchowych. MICHAEL nawet zalecał w tym sensie leczenie kokluszu [wdmuchiwanie proszków do nosa], co dotąd jednak przez innych autorów nie zostało potwierdzonem.

Ja również od tego leczenia nie widziałem nadzwyczajnych wyników.

Często przy dotykaniu zgłębnikiem różnych odcinków błony śluzowej nosa u nerwowych osobników, następuje kaszel [t. zw. *Trigeminushusten*, WILLE, SCHADEWALDT].

Czasami wskutek podrażnienia nosa występuje u neuropatyków — kichanie, dochodzące do ataków (*Niesskrampf*), często przytem bywa 30 i więcej jeden po drugim kichnięć.

Skurcz głośni (*spasmus glottidis*) niektórzy autorowie [HACK, SOMMERBRODT] również uważają za nerwicę pochodzenia nosowego.

III. Również do stosunkowo częstych nerwic naczynioruchowych wydzielniczych (*neurosis vasomotoria secretoria*), należy t. zw. nerwowy katar nosa, *coryza nervosa s. rhinitis vasomotoria*, polegający na wydzielaniu się w dużej ilości płynu wodnistego, w pewnych ściśle oznaczonych terminach [np. w jednym z moich przypadków, dotyczącej 30-to kilkoletniej mężatki niezwykle nerwowej, stale o godzinie 2-iej po północy]. Do tej kategorii należy również zaliczyć t. zw. gorączkę sienną

(*Hay fever, Heuasthma, Catarrhus autumnalis* etc. HERZOG, BESCHORNER, J. MACKENZIE, ten ostatni nazywa ją *coryza vasomotoria periodica*).

Różnorodne rodzaje drażnienia mogą powodować powyższe cierpienie, a więc niektóre zapachy kwiatów np. róż [t. zw. *Rosenschnupfen-Rosensieber*], dalej niektóre chemiczne substancje (ol. *menthae pip. Moschus* etc.), wyziewy niektórych zwierząt np. koni (t. zw. *Stallfieber*). Dalej zbyt wysoka, lub zbyt niska ciepłota, powietrze nieczyste, przesycone pyłem, dymem tytoniowym etc. Zwykle cierpienie to występuje perjodycznie, często w lecie w porze największych upałów, w zimie natomiast chorzy tacy czują się najlepiej [jak to np. miało miejsce w jednym z moich przypadków, dotyczącym chorej, lat 35 mającej, wysoce nerwowej].

Najczęściej jednak gorączka sienna występuje na wiosnę, oraz na jesieni, stąd nazwa (*catarrhus autumnalis*).

Cierpienie to pierwotnie tylko było opisywane w Anglii i Ameryce, obecnie jednak i w Europie przypadki takie, aczkolwiek rzadziej, się zdarzają. Ja sam ze swej praktyki przypominam sobie jakieś kilkanaście typowych przypadków gorączki siennej.

Przeważnie dotyczy ona mężczyzn, wyższych sfer [neuropatyków], w wieku średnim i to głównie mieszkańców miast.

Zwykle sprawa zaczyna się nagle z mniejszą, lub większą gorączką, oraz zaburzeniami ogólnymi [rozłamanie] i miejscowymi [katar nosa].

Czasami sprawa ta przyjmuje charakter złośliwy, przypominający typową astmę.

IV. Do rzędu również nerwic zwrotnych naczyń ruchomych należy periodyczne obrzmiewanie ciał jamistych, przeważnie dolnej muszli. U wielu nerwowych osobników występuje nagle wskutek błahego powodu [pobudzenie psychiczne, zmiana położenia głowy etc.], zatkanie to jednej, to drugiej połowy nosa, trwające zwykle bardzo krótko. Przy badaniu znajdujemy wtedy zwykle zaczerwienienie i obrzęk muszel dolnych [przeważnie przednich końców], które niekiedy przylegają do przegrody nosa. Kokainowanie zwykle usuwa ten obrzęk, HACK przytacza niezwykle ciekawy przypadek: z powodu obrzękowego przerostu przedniego końca muszli dolnej, zatykającej zupełnie odpowiednią jamę nosową, przystąpił do operacji. Jakież

było jednak jego zdziwienie, gdy nagle guz ten zupełnie znikł i drożność nosa sama przez się została przywróconą.

Dalej tu się odnosi przemijające zaczerwienienie i obrzęk końca nosa, rozszerzające się na powieki i policzki, symulując różę twarzy (*pseudoerysipelas*). Objaw ten nerwowy szczególnie często występuje u młodych dziewcząt przed regularnością, lub u kobiet w okresie klimakterycznym. Również psychiczne momenty, dalej używanie zbyt gorących, lub częściej wysokowych napoi może objaw ten wywołać.

SCHUCH spostrzegał pocenie się nosa [pot spływał kroplami], podobny przypadek i ja miałem sposobność spostrzegać [u 20-to kilkoletniego chorego—neurastenika].

V. Oprócz powyższych—do nerwic odruchowych pochodzenia nosowego należy cały szereg jeszcze innych spraw chorobowych jako to: różnego rodzaju bólów głowy [migreny, nerwobóle]. Tego rodzaju przypadki niejednokrotnie spostrzegałem i skutecznie w wielu razach leczyłem, jak np. w wyżej przytoczonym przypadku przy kaszlu nerwowym, gdzie jednocześnie i od 2 lat przeszło trwające bóle głowy po operacji w nosie ustąpiły bezpowrotnie [dotąd przeszło 5 lat]. W większości przypadków punkt wyjścia dla bólów głowy [migren] znajduje się w przednim końcu muszli średniej—jak mnie o tem przekonało odnośne doświadczenie [mięśnienie tych części w wielu razach usuwało cierpienie].

VI. Dalej do nerwic odruchowych, mogących mieć swoje źródło w nosie—należą: t. zw. zmora nocna (*Alpdruck—pavor nocturnus*), dalej skurcz twarzy [B. FRAENKEL, PELTESOHN] skurcze mięśni podniebiennych, zaburzenia ze strony oczów (*amblyopia, blepharospasmus, łzawienie etc.*), zawroty głowy, wymioty, ataki epileptyczne [przypadki HACK'a, SCHREIBER'a, SCHMIDT'a, SIETHOFF'a], *glycosuria* [BAYER]—ślinotok (*salivatio—B. FRAENKEL*)—wreszcie *morbus Basedovi* [B. FRAENKEL, SCHMIDT, MUSEHOLD]. Ten ostatni autor po przypaleniu dolnej muszli widział ustąpienie wszystkich objawów tej choroby—jako to: *exophthalmus, palpitatio cordis, struma etc.* Mniej więcej analogiczny do powyższego przypadek spostrzegałem u 30-to kilkoletniej mężatki, u której mięśnienie drgawkowe błony śluzowej jam nosowych również prawie zupełnie usunęło objawy „*morbus Basedovi*”. W przypadku tym jednak, ze względu na krótką obserwację, nie mogę stanow-

czo orzec, czy wyleczenie było stałym, czy też jedynie przemijającym.

Co się tyczy związku t. zw. *enuresis nocturnae*, t. j. nocnego bezwiednego oddawania uryny przez dzieci, a zaburzeniami w nosie— a zwłaszcza w jamie nosogardzielowej [wyrosła adenoidalne] to istnieją niewątpliwe przypadki [MAYOR'a, ZIEM'a, SCHMALTZ'a, KOERNER'a, oraz ostatnio GROENBECK'a ¹⁾] [4 przyp.] w których po usunięciu wyrosli adenoidalnych przykry ten objaw ustępował, nie zawsze jednak w zupełności, jak tego dowodzi opisany przez SOKOŁOWSKIEGO przypadek. MAYOR, który pierwszy na ten związek zwrócił uwagę, tłumaczy sobie fakt ten w ten sposób, że wskutek upośledzonego oddechania nosowego następuje przepelnienie krwi kwasem węglanym.

R o z p o z n a n i e. Jak widzimy olbrzymi jest dział nerwie odruchowych pochodzenia nosowego — nie idzie jednak zatem, by zawsze wyżej wyszczególnione objawy zależały od zaburzeń nosowych.

Bardzo często nasza w tym kierunku przeprowadzona— a zdawałoby się jedynie racjonalna terapia, nie okazuje się na praktyce szczęśliwą, co z jednej strony powinno nas uczynić ostrożnymi w rokowaniu, z drugiej jednak strony od prób w tym rodzaju zniechęcać nie powinno. Niewątpliwe, acz niezbyt może częste przypadki absolutnych wyleczeń, na tej drodze otrzymanych, najzupełniej uprawomocniają naszą interwencję. Sądzę, że w ostatnich czasach dający się zauważyć pewien sceptycyzm zarówno jest bezpodstawny, jak i nadmierny entuzjazm, jaki panował w tej kwestyi za czasów HACK'a. Sądzę, że prawda, jak zwykle, tak i tu, leży pośrodku. Ważnem jest postawienie racjonalnych wskazań: nie ulega wątpliwości, że brak takowych w ostatnich czasach przyczynił się do niepowodzeń w leczeniu tych cierpień— a co zatem idzie i do owego pesymizmu.

Rozpoznanie, że rzeczywiście mamy do czynienia z nerwicą odruchowego pochodzenia, mającą swoje źródło w zaburzeniach nosowych, opierać winniśmy na następujących danych:

¹⁾ „Ueber das Verhältniss zwischen enuresis nocturna und adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume“. Arch. f. Lar. 1865. B. II. p. 214.

1) na wywołaniu sztucznem za pomocą zgłębnika ataków kaszlu, astmy etc.; 2) na przerwaniu tego ataku za pomocą kokainy [niejednokrotnie efekt ten otrzymywałem za pomocą mięsienia drgawkowego].

Mając ten pewnik [choć ujemny rezultat niczego jeszcze nie dowodzi w obec faktu, że każdy odcinek błony śluzowej nosa może być punktem wyjścia dla nerwic zwrotnych jak tego dowodzi między innymi jeden z moich przypadków, dotyczący 27-io letniego chorego, u którego lat 10 trwająca silna astma ustąpiła dopiero po galwanokaustycznym przypaleniu przerosłych tylnych końców muszel dolnych—podczas gdy poprzednie operacye od przodu, z powodu przrostu przednich odcinków muszel stosowane, były bezskuteczne]—nie powinniśmy się wahać z zastosowaniem leczenia przyczynowego, t. j. usunięcia istniejących zaburzeń w nosie. Po większej części jest ono mniej, lub więcej skutecznem: objawy nerwowe, odruchowe zwykle na czas pewien—krótszy, lub dłuższy ustępują.

Inną jest kwestya, co się tyczy radykalnego wyleczenia takiego cierpienia, jak np. astma, tutaj z r o k o w a n i e m — należy być, jak to już wspomniałem, niesłychanie ostrożnym. W jednym z moich przypadków po 2, a w innym po 5 latach wystąpiła recydywa astmy—wprawdzie w lżejszej postaci.

I dla tego to należy chorych o ewentalności powrotu cierpienia uprzedzić, chorzy tacy [np. astmatycy], wyczerpawszy wszelkie możliwe środki i metody lecznicze bezskutecznie, chętnie poddają się nowemu—w sensie powyższym leczeniu

L e c z e n i e nerwic odruchowych polega na zastosowaniu zarówno ogólnych, jak i miejscowych środków.

Przedewszystkiem więc należy, o ile to jest możliwem [a wiemy z doświadczenia, jak to jest trudnem!] znieść neuropatyczne usposobienie takich chorych [w pierwszej linii należą tu zabiegi hydropatyczne, pobyt na świeżem powietrzu, kąpiele morskie, dalej arsenik, preparaty bromowe, jodowe, żelaziste, chinina etc.], dalej usuwanie przyczyn [nadużycia *in Venere*, *in Baccho et in tabaco*].

Co się tyczy miejscowego leczenia, to przy periodycznych obrzmieniach tkanek jamistych wskazane są galwanokaustyczne przypalania [najlepiej za pomocą ostrego kauteru, brózdki lub

wkłówania]. Przy polipach nosowych wycinanie pętlą [zimną, lub gorącą] etc.

Oprócz galwanokaustyki — szczególnie nadaje się do leczenia różnorodnych nerwic odruchowych mięsienie drgawkowe, *resp.* błon śluzowych, które w wielu przypadkach dało mi bardzo dobre wyniki.

B) CHOROBY JAM BOCZNYCH NOSA.

W S T Ę P.

Ogólne uwagi, dotyczące etiologii, symptomatologii, badania, oraz leczenia spraw chorobowych w zatokach bocznych nosa.

Jak już na wstępie niniejszej pracy nawiasowo wspomniałem — cierpienia zatok bocznych nosa [HIGHMOR'a, czołowych, sitowych i klinowych] dopiero w ostatnich czasach — mianowicie w ostatnim dziesięcioleciu zostały należycie opracowane. Począwszy od ZIEM'a z Gdańska, który w roku 1880 pierwszy zwrócił baczniejszą uwagę na ropienie w zatokach szczękowych górnych [HIGHMOR'a], którym to cierpieniem sam był dotknięty, a skończywszy na GRUENWALD'ZIE, autorze wyczerpującej monografii o ropieniach nosowych — istnieje cały szereg prac, w tej kwestyi traktujących, że wymienię tu tylko SCHECH'a, SCHAEFFER'a, LICHTWITZ'a, LERMOYER'a, KILLIAN'a, HAJEK'a i wielu innych. W naszej literaturze również istnieją odnośne prace [2 moje — ogólne, oraz doskonała monografia DMOCHOWSKIEGO o zatoce HIGHMOR'a].

Dzięki pracom tym przedewszystkiem przekonaliśmy się, że cierpienia jam bocznych nosa bynajmniej nie są tak rzadkie, jak to powszechnie dotąd było przyjmowanem. Przeciwnie dziś dzięki udoskonalonym metodom badania możemy z całą stanowczością powiedzieć, że zdarzają się one względnie bardzo często. Że tak jest dowodzą tego przedewszystkiem badania na trupach ZUCKERKANDL'a, E. FRAENKEL'a, DMOCHOWSKIEGO [na 152 przyp. 28 razy zajęcie *antri Highmori*] wreszcie GRADENIGO'a [na 100 przypadków w 18 znajdował na sekcji ropień w zatoce HIGHMOR'a].

Dalej i kliniczna obserwacja stwierdza powyższy fakt częstego występowania tego cierpienia. W roku 1894 podałem ¹⁾ swoją statystykę, obejmującą 54 przypadki t. zw. skrytych postaci ropni zatok bocznych nosa [nie wliczając w to ostrych postaci tego cierpienia, ani t. zw. klasycznych]. Od tego czasu liczba moich odnośnych spostrzeżeń o wiele się zwiększyła [155 przyp.], utrzymując mnie w przekonaniu co do częstotności tych cierpień. Tegoż samego zresztą zdania są i inni specjaliści rhinolodzy.

Co się tyczy przyczyn, wywołujących różnorodne cierpienia jam bocznych nosa, to do nich przedewszystkiem należą:

1) uraz (*trauma*), któremu zwłaszcza podlegają zatoki HIGHMOR'a, oraz czołowe, jako najwięcej dostępne zewnętrznym obrażeniem [uderzenia np. kopytem w policzek, nieumiejętne wyrwanie zęba etc.]. Przypadki takie, acz rzadkie, znane są jednak w literaturze. Wyjątkowo i zabiegi operacyjne w nosie [zwłaszcza przypalenie galwanokaustyczne muszel średnich] mogą stać się powodem ostrych spraw [ropni] w jamach bocznych nosa [zwłaszcza HIGHMOR'a], jak tego dowodzi odnośny przypadek AVELLIS'a;

2) t zw. zaziębienie, będące, jak wiadomo częstą przyczyną ostrego nieżytu nosa, jednocześnie może również wywołać zapalenie ostrej błony śluzowej, wyściełającej jamy boczne nosa. SCHMIDT nawet nie waha się twierdzić, że zdarza się to prawie zawsze, opierając się na znanym fakcie, że prawie zawsze przy ostrym nieżycie nosa chorzy się skarżą na ucisk i ból w okolicy zatok czołowych, a także często na bóle, rozszerzające się w kierunku policzków i zębów.

KUHNT i GERBER również są tego zdania, do którego i ja się skłaniam. Czy jednak mamy tu do czynienia z rozszerzeniem się po prostu sprawy zapalnej *per continuitatem*, czy też jest to tylko prosta koincydencja, t. j. zajęcie jam bocznych nosa samodzielnie występuje, jak to między innymi utrzymują KUCHENBECKER i SIEBENMANN, trudno coś stanowczego orzec. Mojem zdaniem możliwym tu jest jedno i drugie. Oprócz ostrych stanów zapalnych błony śluzowej nosa i przewlekłe nieżyty z ich

¹⁾ „O rozpoznawaniu skrytych postaci ropotoków (*empyemata*) zatok bocznych nosa“. Gazeta Lekarska 1894.

następstwami: przerostem muszel [zwłaszcza średnich], oraz polipami, mogą wywoływać cierpienie jam bocznych nosa — po prostu wskutek zatkania otworów komunikujących — przyczem następuje wchłanianie części powietrza, w jamie zawartego — wydzielina wskutek ciśnienia ujemnego się zwiększa i drażni błonę śluzową [ZUCKERKANDL];

3) dalej niezwykle częstą przyczyną cierpień zatok nosowych i to zwykle poważniejszej natury są sprawy zakaźne ostre, przedewszystkiem influenza, a także dyfteryt, róża, odra etc. HARKE, badając na sekcji osoby zmarłe w następstwie tych chorób [30 dzieci i 37 dorosłych], prawie zawsze znajdował zajęcie zatok bocznych nosa. Zwykle następuje tu bezpośrednia infekcja przy udziale tychże bakteryj, co potwierdzają nieliczne dotąd wprawdzie badania bakteryologiczne wydzieliny zarówno jam nosowych, jako też i jam bocznych nosa, zwłaszcza tych ostatnich, które dopiero zupełnie ostatnimi czasy zostały przeprowadzone [LUC, DMOCHOWSKI, wreszcie HERZFELD i HERMANN ¹⁾]. Zwłaszcza dość często znajdowano — obok naturalnie nieodłącznych ropotwórczych paciorkowców i gronkowców (*streptococcus et staphylococcus pyogenes*), t. zw. *pneumococcus FRIEDLAENDER'a*, który również i w jamach nosowych bywał znajdowanym, *bacillus pyogenes foetidus*, *bacterium coli* etc.

4) dalej odnośnie wprawdzie tylko do zatok HIGHMOR'a — niektórzy autorowie [SCHECH etc.] utrzymują, że próchnienie (*caries*) zębów trzonowych — mianowicie 1-go *molaris* i 2-go *buccalis s. praemolaris* — w większości przypadków wywołuje sprawy chorobowe (*empyemata*) w tych zatokach. Pogląd ten jednak nie wytrzymuje krytyki, zarówno bowiem odnośnie badania na trupach [ZUCKERKANDL], jako też i kliniczna obserwacja [w 88 moich przypadkach, tylko 15 razy zęby były zajęte, w 73 zaś przypadkach zupełnie zdrowe] tego nie stwierdzają. W ogóle obecnie nosowe pochodzenie ropni w zatokach HIGHMOR'a uważanem jest za o wiele częstsze, jak zębowe;

5) wreszcie i sprawy syfilityczne, gruźlicze, oraz nowotwory złośliwe mogą z jam nosowych rozsze-

¹⁾ „Bacteriologische Befunde in 10 Fällen von Kieferhöhlen Eiterung. Arch. f. Laryng. B. III. p. 143.

rzać się na zatoki boczne nosa, wywołując w nich analogiczne cierpienia.

Przechodzę obecnie do objawów, z których wiele jest wspólnych dla cierpień jam bocznych nosa [mam tu na myśli głównie *empyemata*, gdyż z nimi najczęściej mamy do czynienia].

T. zw. klasyczne objawy [przy ostrych, a często i przy przewlekłych ropieniach wskutek zatkania otworów, łączących jamy boczne nosa z jego zatokami] polegają na wypukleniu [z zaczerwienieniem, obrzmieniem, oraz bolesnością] odpowiednich ścianek [przedniej i wewnętrznej w antrum *HIGHMOR*'a—dalej oczodołowych: wewnątrzno-górnej w *sinus frontalis* i wewnątrzno-dolnej w komórkach sitowych], dalej na bólach (*neuralgiae supra et infraorbitales, neuralgia frontalis et occipitalis*), ropieniu etc. Najważniejszym z tych objawów, gdyż spotyka się prawie stale—nawet przy t. zw. skrytych [*LICHTWITZ*] postaciach ropotoków jam bocznych nosa t. j. takich, w których brak powyższych klasycznych objawów jest:

ropienie (*pyorrhoea nasalis*). Ma ono pewne charakterystyczne cechy, pozwalające przynajmniej do pewnego stopnia odróżnić go od ropień innego pochodzenia [syfilityczne zmiany, *caries* części kostnych nosa—dalej ciała obce etc.].

Do tych cech należy przedewszystkiem *periodyczność*, mianowicie w pewnych porach dnia—najczęściej rano po przebudzeniu się chorzy naraz wydzielają mniej, lub więcej znaczne ilości ropy.

Objaw ten ma swoje wytłumaczenie w położeniu otworów zatok nosowych, np. przy leżącej pozycji na boku w nocy *ostium verum antri Highmori*, jak wiadomo, znajdujący się normalnie w górnej części zatoki—przyjmuje pozycję, więcej sprzyjającą wypływowi ropnej zawartości jamy *HIGHMOR*'a, która to zawartość przy zmianie położenia z leżącej na siedzącą, w większej ilości zostaje wydzieloną na zewnątrz. Tyczy się to także do pewnego stopnia i zatoki klinowej, wyjątek stanowią zatoki czołowe, które przy leżącej pozycji przeciwnie pozbawione są warunków, sprzyjających odpływowi wydzieliny.

Prócz tej bardzo ważnej cechy — ropienie, mające swoje

czności—oto czasami się zdarza, że tygodnie całe, a nawet miesiące wydzielina ropna wcale, lub bardzo mało się pokazuje, co zależy od mniej, lub więcej zupełnego zatkania otworu komuni-

kującego, naraz następuje znaczne nasilenie sprawy, co zwykle bywa w związku ze zmianami atmosferycznymi. W ogóle znanym objawem dla ropienia, mającego swe źródło w jamach bocznych nosa, jest jego niezmierna przewlekłość—już nie miewające, lecz lata całe trwać ono może.

Ważną również cechą tych ropień jest jednostronność, chociaż bowiem i obustronne ropienia się zdarzają, lecz bywa to w ogóle o wiele rzadziej, przytem należy też mieć na uwadze fakt, że obustronne ropienie może być rzekomem, mianowicie, gdy spływająca ku tyłowi do jamy nosogardzielowej ropa z jednej jamy nosowej będzie aspirowaną [przy oczyszczaniu nosa] do drugiej—zdrowej jamy, na co zwrócił uwagę GRUENWALD.

Ważnem jest i umiejscowienie ropnej wydzieliny. W większości przypadków przy zajęciu jam bocznych nosa—ropę znajdujemy w średnim przewodzie nosa, w okolicy *hiatus semilunaris*, gdzie jak wiadomo znajdują się otwory, łączące większość tych zatok [HIGHMOR'a, czołowych, oraz sitowych przednich] z jamami nosowymi—rzadziej między przegrodą nosa, a średnią muszlą [przy *empyematach* zatok klinowych, oraz komórek sitowych tylnych]. W wielu razach również wydzielina ropna spływa ku tyłowi—do jamy nosogardzielowej, gdzie przedewszystkiem pokrywa strop, co również powinno wzbudzić nasze podejrzenie co do możliwości ropienia w zatokach bocznych nosa.

Charakter wydzieliny przy zajęciu zatok nosowych bywa różnorodny, to surowiczy—*hydrorrhoea* [przy t. zw. *hydrops antri Highmori et sinuum frontalis*], to częściej śluzoropny, lub ropny — *pyorrhoea* [przy *empyematach*]. Niekiedy wydzielina przedstawia się pod postacią białawej, podobnej do zsiadłego mleka, lub białego sera, massy co dało powód niektórym autorom [COZZOLISO etc.] do wytworzenia nowej postaci chorobowej t. zw. *rhinitis caseosa*, o czem już wyżej obszernie wspominałem.

Wydzielina przy ropniach zatok nosowych posiada swój specyficzny zapach, różniący się od *foetoru* przy ożeniu, jest on mniej nieprzyjemny, przypomina zaś—według BAYER'a i KUCHENBECKER'a starą ikrę śledziową.

Wydzielina ta często zasycha, tworząc strupy, zwłaszcza przy zajęciu komórek sitowych, oraz zatoki klinowej, stąd dość często przy zajęciach jam bocznych nosa spotykamy się z typo-

wem, suchem, nieżytkowem zajęciem błony śluzowej nosogardzieli i gardzieli (*rhino-pharyngitis et pharyngitis chr. sicca*), czasami nawet bywa i typowa ozena [w moich przyp. 6 razy], którą ostatnimi czasy GRUENWALD czyni zależną zawsze od tych cierpień, co jednak, jak już wspomniałem, nie zostało przez innych autorów potwierdzonem, a nawet zupełnie w ostatnich czasach BERGEAT na podstawie badań na trupach [200] skłonny jest raczej przyjąć odwrotnie, mianowicie zanik błony śluzowej jam nosowych za przyczynę cierpień zatok bocznych nosa.

Dalej do wspólnych objawów, stosunkowo bardzo stałych przy zajęciu jam bocznych nosa—należy:

utrata węchu (*anosmia*), którą GRUENWALD czyni zależną od obecności ropy w okolicy węchowej. Tu się odnosi także według ZARNIKO t. zw. *cacosmia subjectiva*, którą ja jednak tylko raz jeden miałem sposobność spostrzegać przy zajęciu komórek sitowych. Dość często też zdarzają się:

krwawienia z nosa—głównie wskutek zasychania wydzieliny i tworzenia strupów.

T. zw. polipy nosowe, oraz przerosłe muszle zwłaszcza te ostatnie często bardzo znajdują się jednocześnie przy zajęciu, zwłaszcza ropnem zatok bocznych nosa, głównie sitowych i HIGHMOR'a [przy tem ostatniem—według KAUFMANN'a i t. zw. *laterales Schleimhautwulst*, który ja jednak parę razy spostrzegalem i przy zajęciu sitowych komórek]. WOKES pierwszy a następnie GRUENWALD i inni utrzymują, że polipy są zawsze następstwem drażnienia błony śluzowej nosa, wskutek ściekającej przez otwory zatok ropną wydzielinę. Wspominałem już, że pogląd ten nie zdołał sobie zyskać prawa obywatelstwa, jakkolwiek pewnych danych odmówić mu nie można. Faktem jest niezaprzeczonym, że oba te cierpienia bardzo stosunkowo często jednocześnie występują [na 155 moich przyp.—48 razy], czy jednak polipy są zawsze następstwem tych ropień, to jest jeszcze wątpliwem, a nawet czasem bywa przeciwnie [t. zw. retencyjne ropienie—ZUCKERKANDL].

Do wspólnych również objawów dość częstych przy cierpieniach zatok bocznych nosa należą zaburzenia słuchowe (*otitis acuta media*—przypadki LICHTWITZ'a ¹⁾), KUCHENBECKER'a,

¹⁾ „Complications des empyèmes des cavités du nez.“ Ann. de mal. de l'oreil, 1896. 2.

oraz dwa moje], oraz o c z n e [ZIEM]. Tu należy również t. zw *psychische Asthenopie*—GRUENWALD'a, t. j. zaburzenia we wzroku bez zmian organicznych w oku.

Zaburzenia w przewodzie pokarmowym (*dyspepsia*) [AVELLIS ¹⁾] przytacza przypadek, gdzie istniały wszystkie objawy cierpienia żołądkowego przy ropnem zajęciu zatoki HIGHMOR'a], oraz o d d e c h o w y m [kaszel, objawy jakby gruźlicy—w przyp. LICHTWITZ'a], po prostu wskutek spływania wydzieliny ku tyłowi, *resp.* nosogardzieli, krtani etc., dalej z a b u r z e n i a w n a c z y n i a c h i s e r c u [zwołnienie tętna, *phlebitis*—LICHTWITZ], p r z e r z u t o w e [metastatyczne] c i e r p i e n i a [ZIEM] etc.

Wreszcie z rzadszych cierpień przy ropieniach w zatokach bocznych nosa—należy mi wspomnieć *erysipelas faciei* [LICHTWITZ] i *oedema fugax* [AVELLIS, LICHTWITZ, BURGER].

Jednym z najważniejszych objawów—wspólnych dla tych cierpień są o b j a w y n e r w o w e — przedewszystkiem zaś t. zw. n e r w o b ó l e. Według GRUENWALD'a na 70 przypadków w 35, a więc w połowie istniały bóle głowy. Często stanowią one jedyny objaw, na który chorzy się uskarżają i co ich zmusza do zasięgnięcia porady u specjalisty, który bardzo często wykrywa cierpienie (*empyema*) zatok bocznych nosa, jako jedyną ich przyczynę. Niektórzy jednak autorowie, jak np. SCHNETTER ²⁾ idą zadaleko, utrzymując, że każdy ból głowy zawsze jest pochodzenia nosowego. Że jednak istnieje tu często przyczynowy związek, to dla mnie nie ulega wątpliwości, tegoż zdania jest również HEYMANN ³⁾. Najczęściej mamy do czynienia z bólami nad i podoczodołowymi, czołowym (*neuralgia frontalis*) i potylicowym (*neuralgia occipitalis*).

Natomiast umiejscowienie tych bólów niema, o ile się zdaje, większego znaczenia dla różniczkowego rozpoznania cierpień różnych zatok nosa, jakkolwiek ZUCKERKANDL jest np. zdania, że *neuralgia infraorbitalis* najczęściej się zdarza przy *empyematach antri Highmori*, inni znowu, że *n. supraorbitalis et fronta-*

¹⁾ „Einige kurze klinische Bemerkungen zur Lehre von Kieferhöhlenempyem“. Arch. f. Lar. 1895 B. II, p. 303.

²⁾ „Der nervöse Kopfschmerz“. Heidelberg 1889.

³⁾ „De la cephalalgie dans les affections nasales“, Arch. de Lar. 1893.

lis—przy zajęciu zatok czołowych, ja stosunkowo często widywałem nerwobóle potylicowe przy ropniach w zatokach klinowych, oraz komórkach tylnych sitowych.

Oprócz bólów głowy, czasami i to względnie nawet dość często zdarzają się przy tych cierpieniach i ogólne zaburzenia nerwowe, jakoto: przygnębienie, hypochondrya, melancholia, wreszcie *mania suicidii* [2 takie przypadki spostrzegalem w swojej praktyce]. Często bywa też t. zw. *aprosesia nasalis*, objaw podawany, jako charakterystyczny przez GUY'a z Amsterdamu dla wyrosli adenoidalnych, a polegający na niezdolności skupienia uwagi na dany przedmiot — wogóle osłabienie pamięci, a nawet po prostu kretynizm [GRUENWALD], dalej nerwice zwrotne—jak epilepsia [LICHTWITZ] etc.

Rozpoznanie w ogóle cierpień zatok bocznych nosa nie należy dziś do trudnych, jakkolwiek do niedawna było ono uważanem prawie za niemożliwe. Ropotoki, stanowiące, jak wiadomo najczęstszą sprawę chorobową tych zatok odróżniają się od innych ropień, mających swoje źródło w samych jamach nosowych, jak np. *caries* kości przy syfilisie, ropienie przy ciałach obcych etc. przedewszystkiem swojemi cechami charakterystycznymi, o których powyżej obszernie wspominałem. Oprócz tego jednak posiadamy obecnie o wiele pewniejsze „*criteria*“, do których przedewszystkiem zaliczyć należy: 1) t. zw. prześwietlanie jam nosowych i 2) przekłócie, *resp.* przeszywanie próbne. Ta ostatnia metoda jest najważniejszą, gdyż jest najpewniejszą.

O pierwszej metodzie już po części wspominałem w części ogólnej, wspomnę tu tylko, że GUYE, BURGER, oraz WILKEN zwracają w ostatnich czasach uwagę na to, że często przyciemnienie przy prześwietlaniu warunkowanem jest nie obecnością ropy w jamie, lecz po prostu przekrwieniem błony śluzowej.

Oprócz samego prześwietlania ścianek zatok [HIGHMOR'a i czołowych] DAVIDSOHN zwrócił uwagę na inny moment—mianowicie na prześwietlanie [różowo] źrenicy w normalnych warunkach, oraz *vice versa*, co w wielu razach rzeczywiście u swoich chorych miałem sposobność skonstatować, podobnie jak i objaw podany przez BURGER'a [a właściwie poprzednio jeszcze przez GAREL'a], polegający na uczuciu światlnem, jakie chory w normalnych warunkach, t. j. przy zdrowych zatokach bocznych nosa

[HIGHMOR'a] podczas prześwietlania tej ostatniej doznaje, a którego brak przy empyemacie tej zatoki.

Pierwszemu objawowi, t. j. DAVIDSOHN'a niektórzy autorowie [HERZFELD, MYGIND etc.] odmawiają, niesłusznie, wszelkiego znaczenia rozpoznawczego.

Co się tyczy przekłócia *resp.* przeszprycowania próbnego, to zasługą jest to M. SCHMIDT'a z Frankfurtu nad Menem, który w tym celu pierwszy zastosował zwyczajną szprycę PRAVARTZ'a z nieco zakrzywioną grubą igłą, którą wprowadzał do dol-



Fig. 64. Szpryca M. SCHMIDT'a [SCHORTZ'a] do punkcyj próbnej przy cierpieniu zatoki HIGHMOR'a.

nego przewodu nosa [poprzednio dobrze zakokainowego — 20%] i w miejscu najcieńszemu ścianki zatoki HIGHMOR'a, mniej więcej na odległości 3 ctm. od *introitus nasi* przebijał kość, co zwykle dość łatwo i prawie bez bólu daje się wykonać. Czasami jednak kość w tem miejscu przedstawia pewien opór, w tych razach nie należy używać zbyt wielkiej siły [raz, że choremu ból się sprawia, powtórne można nadłamać kość etc.]. Lepiej w tych razach przesunąć koniec igły nieco ku przodowi [nie zbyt, ażeby nie zranić kanału noso-lzowego, który w tej okolicy ma swoje ujście], lub nieco ku tyłowi. Wreszcie można również punkcję wykonać w średnim przewodzie nosa, w okolicy t. zw. tylnej *Fontanelle* ZUCKERKANDL'a co ostatnimi czasy KREBS i KILIAN zalecają, co jednak, mojem zdaniem, mniej już jest bezpiecznem ze względu na niedalekie sąsiedztwo oczodołu. Czasami się zdarza, że pomimo wszelkich danych na ropienie danej zatoki np. HIGHMOR'a [a więc prześwietlanie, ropa w średnim przewodzie nosa etc.], przy punkcji próbnej nie otrzymujemy ropy. Czy to ma znaczyć, że rzeczywiście jej tam niema? Bynajmniej, może ropa rzeczywiście być w jamie HIGHMOR'a, lecz w tak nieznacznej ilości, że koniec szprycy będzie się znajdował ponad jej poziomem.

W tychrazach należy użyć sposobu, przez LERMOYEZ'a po-
danego, a polegającego na następczem waniu przez szprycę nie-
co płynu antyseptycznego np. ciepłego 4% roztworu kwasu bor-
nego, wtedy wyciągamy zwykle mętny płyn, dowodzący obecno-
ści ropy w danej jamie.

Jeszcze o jednej możliwości, rzadkiej wprawdzie, nie na-
leży zapominać przy ujemnym rezultacie punkcji próbnej, oto
o możliwości istnienia przegród (*septa*), dzielących jamę na parę
mniejszych [ZUCKERKANDL].

A teraz na zakończenie pytanie, czy próbne przekłócie,
które ostatnimi czasy *larga manu* jest stosowanem, należy uwa-
żać za rękoczyn niewinny? Zdaje się, że niezupełnie, że w pew-
nych razach, zapewne bardzo rzadkich, zwłaszcza przy zacho-
waniu wszelkich zasad antyseptycznych, może się zdarzyć, że
rękoczyn ten stanie się powodem ropnego zapalenia przedtem
zupełnie zdrowej zatoki [KREBS¹⁾], jak tego dowodzą przypadki
NOLTENIUS'a i GRUENWALD'a.

Oprócz próbnego przekłócia, które jedynie przy empyema-
cie zatoki HIGHMOR'a się stosuje, bardzo często używa się s o n-
dowanie *resp.* przeszprycowanie próbne.

Co się tyczy pierwszego, to szczególnie korzystnem jest
ono przy cierpieniach zatok sitowych [a po części klinowych i czo-
łowych]—przeszprycowanie zaś próbne, które jednocześnie ma
znaczenie lecznicze, dokonywa się za pomocą t. zw. kateterów
resp. rurk, odpowiedniego kształtu i grubości.

Do zatoki HIGHMOR'a najwięcej jest używaną, rzeczywi-
ście bardzo w wielu razach skuteczną, jak mnie o tem przeko-
nało odnośnie doświadczenie, rurka HARTMANN'a, do zatok zaś



Fig. 65. Rurka HARTMANN'a do zato-
ki HIGHMOR'a.

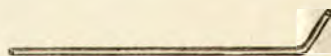


Fig. 66. Rurka LICHTWITZ'a do zato-
ki czołowej.

czołowych — LICHTWITZ'a, choć do tej ostatniej, podobnie jak

¹⁾ „Bemerkungen zur Probepunction der Kieferhöhle und zu deren se-
röser Erkrankung“. Arch. f. Lar. B. B. VI, H. 11.

i do zatoki klinowej można użyć zwykłego kateteru usznego [SCHMIDT].

Co się tyczy bardzo ważnej kwestyi, co do której dotąd jeszcze zdania są podzielone t. j. czy zatoki boczne nosa dostępne są, lub nie do kateteryzacji, dalej czy łatwo da się to wykonać lub trudno, to większość autorów jest zdania, że w wielu razach, mianowicie mniej więcej w połowie przypadków, rękoczyn ten jest możliwy. Że tak jest dowodzą przedewszystkiem odnośne badania, przeprowadzone na trupach przez HANSBERG'a, jakoteż moje.

Nie wszystkie zatoki jednakowo łatwo się sondują¹⁾; pierwsze miejsce pod tym względem, zdaniem mojem, należy się zatocie HIGHMOR'a, następnie klinowej, najtrudniejsze do sondowania są zatoki czołowe, oraz komórki sitowe tylne.

Szczegóły, dotyczące stosowania kateteryzacji zatok, będą podane przy leczeniu ropni poszczególnych zatok.

Co się tyczy rokowania w ogóle przy cierpieniach jam bocznych nosa, zwłaszcza zaś ropni przewlekłych, to z wyjątkiem ostrych postaci, które często nawet bez żadnej z naszej strony interwencji ustępują bez śladu, jest ono po większej części dość niepomyślne. Leczenie trwa zwykle długo, *restitutio ad integrum* stosunkowo rzadko ma miejsce—recydywy częste. Znam przypadki ropni zatoki HIGHMOR'a, które ciągną się lata całe [w jednym przypadku przeszło lat 5]. Stosunkowo najlepsze rokowanie dają cierpienia zatok czołowych, dalej sitowych i klinowych, najuporczywsze są ropnie w zatokach HIGHMOR'a.

Przy zajęciu zatok klinowych, ze względu na blizkie sąsiedztwo z mózgiem, możliwe są i sprawy zapalne w jego oponach (*meningitis*) z zejściem śmiertelnem [przyp. GRÜN WALD'a]. Najgorsze wreszcie rokowanie dają t. zw. kombinowane ropotoki zatok, oraz złośliwe guzy.

Leczenie cierpień jam bocznych nosa (*empyemata* etc.) w ogólnych zarysach polega na opróżnieniu zatok z zawartości. Samodzielne wyleczenia w ostrych przypadkach zdarzają się często [AVELLIS], natomiast w przewlekłych ropieniach są nie-

¹⁾ KILLIAN dla ułatwienia tego rodzaju sondowania radzi t. zw. *rhinoscopiam mediam* za pomocą wprowadzenia nieco zmodyfikowanego [dłuższego] wziernika KRAMER-HARTMANN'a („Ueber rhinoscopia media“, Münch. med. Woch. N. 33. 1896).

słuchanie rzadkie. Odnosnie do zatoki HIGHMOR'a istnieją w literaturze zaledwie 2 odnośne spostrzeżenia [SIEBENMANN'a i moje ¹⁾].

Opróżnianie zatok bocznych nosa dokonywa się, albo drogą



Fig. 67. Świderek HARTMANN'a do zatoki HIGHMOR'a.



Fig. 68. Świderek i trepan do elektromotora.

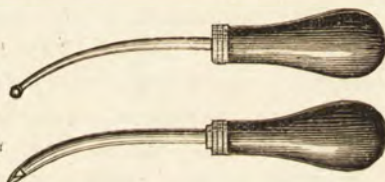


Fig. 69. Trójgraniec KRAUSE'go do zatoki HIGHMOR'a.

bezkrwawą, a więc za pomocą wyszprycowania wydzieliny przez otwory naturalne (*ostia vera resp. accessoria* dla zatoki HIGHMOR'a), lub drogą krwawą, a więc za pośrednictwem utworzenia sztucznego otworu na drodze operacyjnej.

¹⁾ W kwestyi samodzielnego wyleczenia ropnia zatoki szczękowej górnej (*sanatio spontanea empyematis antri Highmori*). Kronika lek. 1897.

Ta ostatnia droga jest najczęstszą i najracjonalniejszą.

W tym celu używamy różnorodnych instrumenta: skrobaczki, dłutka, świderki, trepany ręczne, lub lepiej, za pomocą elektromotora w ruch wprowadzane. Do najlepszych zaliczam świderki HARTMANN'a do zatoki HIGHMOR'a, stosowany przez zębodół, lub trójgraniec KRAUSE'go, również w tych razach używany, lecz od strony nosa [dolny przewód], wreszcie cały szereg skrobaczek, pomysłu GRÜNWARD'a do komórek sitowych.



Fig. 70. Skrobaczki GRÜNWARD'a do komórek sitowych.

Po tej części ogólnej przechodzę teraz do szczegółowego opisu różnorodnych cierpień jam bocznych nosa i zacznę od wad w rozwoju.

ROZDZIAŁ I.

Wady wrodzone i nabyte.

Mówiąc o rozwoju [embryologii] jam bocznych nosa, wspominałem, że mniej więcej dopiero w 5—7 roku życia, a nawet później [zatoki czołowe] wykształcają się one zupełnie:

Czasami jednak, wskutek wady wrodzonej, rzadziej nabytej, może być brak zupełny zatoki, najczęściej z jednej tylko strony, przeważnie dotyczy to zatok czołowych.

O wiele natomiast częściej spotykamy się z wrodzoną, lub nabytą asymetrią jam bocznych nosa. Zbyt obszerne jamy np. HIGHMOR'a bywają według ZUCKERKANDL'a następstwem zbyt głębokich zagłębień (t. zw. *Alveolar-, Gaumen-,* lub *Infraorbitalbucht*).

Według CUDDUTH'a¹⁾ jamy HIGHMOR'a u sławnych śpiewaków mają się odznaczać znacznymi rozmiarami.

Również często zdarzają się zwężone jamy, najczęściej wskutek zgrubienia ścianek, jako następstwa spraw przewlekłych zapalnych. Wreszcie czasami jamy boczne nosa bywają podzielone za pomocą 1—2 przegródek (*septa*), najczęściej niepełnych na parę jam dodatkowych. Tyczy się to zwłaszcza zatoki HIGHMOR'a. Jest to bardzo ważna okoliczność: taka wielokomorowa jama może czasami utrudniać nasze leczenie, jak tego między innymi dowodzi przypadek SCHMIDT'a.

Na szczególną uwagę zasługują t. zw. pęcherze, lub torbiele kostne t. j. rozdęcie (*Auftreibung*) przedniego końca średniej muszli, oraz [rzadziej] t. zw. *bullae ehmoidalis*. W ostatnich czasach zaczęto baczną zwracać uwagę na to cierpienie, które bynajmniej nie należy do takich rzadkości, jak to dotąd powszechnie było przyjmowanem. STIEDA²⁾ wspomina, że na 172 przyp. w anatomo-patologicznym instytucie w Rostock'u znalezione je 8 razy. W literaturze klinicznej również istnieje parę dziesiątków opisanych tego rodzaju przypadków [B. FRAENKEL'a, BAYER'a, SCHAEFFER'a, SCHMIEGELOW'a, u nas MEYERSON'a]. Ja również miałem sposobność spostrzegać 4 takie przypadki.

Co się tyczy etiologii tego cierpienia, to zdaje się, że mamy tu do czynienia z wadą rozwojową. W dalszym zaś ciągu rozwój ich zależnym jest od spraw zapalnych [STIEDA]. Bardzo często następuje ropienie w takiej rozdętej muszli [we wszystkich 4 moich przypadkach] i wtedy będziemy mieli po prostu do czynienia z t. zw. zamkniętym ropotokiem (*das geschlossene Empyem* GRÜN WALD'a) komórek sitowych [średnich]. ROUSSEAU³⁾ proponuje następującą nazwę: zawierające powietrze i śluzowe torbiele kostne. W ogóle zdaniem mojem nazwy: pęcherz, torbiel kostna nie są odpowiednie, gdyż nie o naturze danego cierpienia nie mówią. Odpowiedniejszą już jest nazwa, przez GRÜN WALD'a podana „*das geschlossene Empyem der Siebbeinzellen sinu-itis ehmoidalis pur. occlusa*“.

1) „Large antre of great singers“. N. Y. Med. Rec. 1895, 26, I.

2) „Ueber Knochenblasen in der Nase“. Arch. f. Lar. B. III. p. 359.

3) „Knochenblasen und Knochenysten der mittleren Muschel“. I. C. f. Lar. 1897. 2 p. 162.

Przeważnie mają się zdarzać u kobiet, jakkolwiek widywałem je i u mężczyzn [2 razy na 4 przyp.]. Dochodzą one niekiedy do bardzo znacznych rozmiarów [w jednym z moich przypadków wielkości orzecha włoskiego] i wtedy mogą powodować skrzywienia przegrody nosa. Czasami taki pęcherz kostny pokryty bywa polipowatymi naroślami [w jednym z moich przyp.].

Objawy polegają przedewszystkiem na mniej, lub więcej wyrażonej niedrożności odpowiedniej strony nosa. Również często występują objawy nerwowe, odruchowe [ból głowy etc.].

Rozpoznanie przy pomocy wziernika nosowego, oraz sondy nie jest trudnem. Widzimy w okolicy przedniego końca średniej muszli guz, zwykle przylegający do przegrody nosa, guz o kostnej konsystencji.

Rokowanie dobre w większości przypadków.

Leczenie jedynie racjonalne, operacyjne. Pęcherz usuwamy w całości, lub częściowo, albo za pomocą pętli gorącej [galwanokaustycznej], lub t. zw. conchotomu HARTMANN'a, lub wreszcie kleszczy kostnych GRÜNWARD'a.

ROZDZIAŁ II.

Sprawy zapalne ostre.

Rozróżniamy 2 główne postacie ostrych zapaleń błony śluzowej jam bocznych nosa: a) nieżytową i b) ropną.

I. Przy ostrym nieżycie (*sinuitis catarrhalis acuta*) błona śluzowa zatok bocznych nosa przedstawia się mniej, lub więcej przekrwiona i obrzękła; wydzielina zwiększona, z początku surowicza, potem śluzowa i śluzoropna. Pod drobnowidzem znajdujemy nieznaczne zwykle nacieczenie błony śluzowej, przepojonej płynem surowicznym. Sprawa, albo przechodzi sama przez się bez żadnej z naszej strony interwencji, co stosunkowo bardzo często ma miejsce, lub staje się przewlekłą nieżytową, czasami zaś i ropną.

Najczęściej zajęte bywają zatoki czołowe, następnie HIGH-

MOR'a. W tej ostatniej SEMON¹⁾ spostrzegł [na sobie samym] po influenzy nagromadzenie się surowiczego wysięku [coś w rodzaju *hydrops inflammatorius acutus* — a właściwie *sinuitis maxillaris acuta serosa*], co jednak ALEXANDER uważa raczej za wytworzenie się cyst na drodze ostrej.

Co do przyczyn zapalenia ostrego nieżytego błony śluzowej jam bocznych nosa, to o nich szczegółowo wspominałem powyżej. Często sprawy te towarzyszą ostrym nieżytom jam nosowych.

Objawami najczęstszymi przy tem cierpieniu są: bóle i ucisk w okolicy czołowej (przy *sinuitis catarrhalis acuta frontalis*), rzadziej w okolicy zatoki szczękowej górnej (*sinuitis cat. acuta maxillaris*).

Rozpoznanie nie jest zbyt łatwym, zwłaszcza od ostrych ropni w zatokach, przy których również istnieją powyżej wymienione objawy. Dla różniczkowej diagnozy służy tu prześwietlanie, obecność ropy w okolicy *hiatus semilunaris*, ostatecznie punkcja próbna.

Rokowanie dobre — sprawa zwykle w parę dni ustępuje razem z nieżytem ostrym nosa.

Leczenie w większości przypadków zbyteczne. Czasami przedmuchięcie powietrza [za pomocą balonu POLITZER'a], jak to radzi mianowicie HARTMANN, usuwa bóle i uczucie ciężaru w okolicy zatok czołowych. W przypadkach zajęcia zatok czołowych bardzo dobre wyniki widziałem po sondowaniu [ustąpienie bólów etc.]. Również czasami bywa ulga od jodku potasu, wewnętrżnie stosowanego.

II. Zapalenie ostre ropne błony śluzowej jam bocznych nosa (*sinuitis purulenta acuta*, niewłaściwie *empyema acutum* zwane) zdarza się stosunkowo często, zwłaszcza przy *sinuitis maxillaris s. Highmoritis pur. acuta* [AVELLIS²⁾]. Najczęściej powstają po ostrych infekcyjnych chorobach [zwłaszcza influenzy]. Bywają postaci lżejsze i cięższe; te ostatnie charakteryzują się po większej części t. zw. klassycznymi objawami, a więc ostrymi bólami w okolicy czołowej, lub policzka. Ten ostatni,

¹⁾ „Acute inflammation of the left antrum of HIGHMOR after influenza“. Brit. med. Jour. 3. II. 1894.

²⁾ „Das acute Kieferhöhlenempyem und die Frage der Selbstheilung desselben“. Arch. f. Lar. B. IV. N. 2.

a także powieki przy ropniu zatoki HIGHMOR'a mogą być mniej, lub więcej silnie zaczerwienione i obrzmiałe [rodzaj róży AVELLIS]. Zęby trzonowe górne (*buccales et molares*) po stronie zajętej zdają się być wydłużone. Gorączka bywa mniej, lub więcej silnie wyrażona, w ogóle ciężkie objawy ogólne. W nosie zwykle z jednej strony ropienie. O charakterze tego ostatniego wspominałem w części ogólnej.

Rozpoznanie na podstawie powyższych objawów, dalekie dzięki prześwietlaniu, a także punkcji próbnej nie przedstawia większych trudności, czasami tylko np. *osteomyelitis acuta* górnej szczęki u dzieci [SCHMIEGELOW] można pomieszać z *sinuitis purulenta acuta maxillaris*.

Rokowanie w przypadkach ostrych ropni zatok bocznych nosa jest dość pomyślne, choć możliwe są recydywy. Czasami sprawa ostra ropna przechodzi w przewlekłą. „*Sanatio spontanea*“ możliwa [przypadek KRIEG'a w zatoce HIGHMOR'a], zwłaszcza w przypadkach lżejszych.

Leczenie. Czasami od jodku potasu [wewnętrznie stosowanego] ja, podobnie jak i WOLFF widywałem niezłe rezultaty, toż samo od mięsienia [jeden przyp. ostrego empyematu *antri Highmori*, dotyczący 17-to letniej panienci, u której końcowe prześwietlenie wykazało ustąpienie sprawy ropnej z zatoki] podobnie, jak i ZARNIKO.

Z leczeniem operacyjnym, zwłaszcza w ropieniu zatok czołowych nie należy się zbyt śpieszyć, lecz spróbować przedtem rękoczynów mniej energicznych [sondowanie, szprycowanie]. AVELLIS radzi czekać 3 tygodnie.

Do ostrych spraw zapalnych w jamach bocznych nosa, należy błonica (*sinuitis diphtheritica*), która jako samodzielne cierpienie należy do wielkich rzadkości [ZUCKERKANDL—w jamie HIGHMOR'a], jako zaś sprawa wtórna, z błony śluzowej jam nosowych „*per continuitatem*“ przechodząca, stosunkowo jest częstą. I tak, WOLFF na 22 przyp. dzieci zmarłych na błonicę, zawsze znajdował zajęcie *antri Highmori*, oraz *sinus sphenoidalis*.

Błona śluzowa przedstawia się mniej, lub więcej obrzmiała z wynaczynieniami (*ecchymoses*), jednak bez charakterystycznych błon dyfterytycznych. Sprawa odznacza się niezwykłą uporczywością, co jest prawdopodobnie w związku z zamkniętym charakterem jamy.

ROZDZIAŁ III.

Sprawy przewlekłe zapalne.

Rozróżniamy dwa główne rodzaje spraw zapalnych przewlekłych na błonie śluzowej jam bocznych nosa: nieżyto wąż i ropną.

I. Co się tyczy pierwszej postaci (*sinuitis catarrhalis chr.*), to z punktu widzenia anatomopatologicznego DMOCHOWSKI [dla zatoki HIGHMOR'a] odróżnia 2 postaci: obrzękową i przerostową. Prawdopodobnie ta ostatnia jest następstwem pierwszej, przy której błona śluzowa obrzmiewa często znacznie, jest blada, przezroczysta, żółtego koloru. Pod drobnowidzem znajdujemy nacieczenie nierówne, najwięcej około gruczołów, pęczki tkanki łącznej natomiast są poroszczerzane zawartym w nich w dużej zwykle ilości płynem surowicznym.

Przy drugiej postaci [przerostowej] błona śluzowa mocno grubieje, jest blada, twarda, czasami nierówna. Pod drobnowidzem nabłonek jest zwykle zachowany, natomiast tkanka łączna znajduje się w stanie mocnego bliznowatego zwyrodnienia. Gruczołów mało, dużo mniejszych, lub większych torbieli. Nacieczenie i tu jest zazwyczaj małe. Zwykle sprawa obejmuje okostną i kość [następcze osteomaty]. Zejście czasami [przy udziale ropotwórczych bakteryj] w ropienie.

Pierwszą postać t. j. obrzękową ZUCKERKANDL nazywa po prostu „*Hydrops*“ [dla zatoki HIGHMOR'a], uważając ją za sprawę zastoinową — nie zapalnego pochodzenia. Z poglądem tym większość autorów [ZARNIKO etc.] się zgadza, DMOCHOWSKI na podstawie jednego [sekcyjnego] przypadku utrzymuje, że t. zw. *hydrops antri Highmori* jest stanowczo zapalnego pochodzenia (*hydrops inflammatorius*), pod którą tą nazwą rozumie on „nagromadzenie się w jamie wolnego płynu surowiczego, wypełniającego ją szczelnie i wywierającego ucisk na ściany, tak że ostatecznie światło jamy coraz bardziej się powiększa“. Powyższy pogląd znajduje potwierdzenie w przypadku LEŚNIEWSKIEGO¹⁾.

¹⁾ „*Hydrops inflammatorius antri Highmori*“. Gaz. lek. 1894. N. 46.

Ostatniemi czasy na niejasną tą sprawę zaczęto baczniejszą zwracać uwagę; i tak NOLTENIUS¹⁾ z Bremen ogłosił aż 37 przypadków tego rzadkiego cierpienia w jamie HIGHMOR'a, które nazywa „surowiczem“, bez podania swojego poglądu co do jego natury. Wreszcie świeżo ALEKSANDER²⁾ wygłasza pogląd, że klinicznie mamy tu do czynienia po prostu z obecnością torbieli (*cyst*) w jamie HIGHMOR'a, co nie wydaje mi się prawdopodobnem.

Ja osobiście skłaniam się do poglądu DMOCHOWSKIEGO. Zdaniem mojem t. zw. *hydrops antri Highmori* [w zatoce czołowej opisał 2 odnośne przypadki MARGARUCCI³⁾], jest po prostu: *sinuitis chr. serosa*. Co się tyczy częstości tego cierpienia, to z wyjątkiem NOLTENIUS'a, oraz ostatnio KOERNER'a — wszyscy autorowie zgadzają się, że cierpienie to należy do bardzo rzadkich. Ja np. zaledwie 2 tego rodzaju przypadki [oba jednostronne, choć możliwe i z obu stron] miałem sposobność spostrzegać, toż samo KREBS. DMOCHOWSKI⁴⁾ zaś 3 przyp. Co się tyczy objawów, to w przypadkach NOLTENIUS'a, były one mało wyrażone: bóle głowy, zatkanie nosa, najczęściej wskutek polipów, wreszcie t. zw. *hydrorrhoea*, która istniała też i w jednym z moich przypadków.

Rozpoznanie jedynie za pomocą punkcyi próbnej jest możliwem, prześwietlanie w tych razach zwykle daje wynik ujemny.

Rokowanie dobre. „*Sanatio spontanea*“ możliwe.

Leczenie proste. Zwykle próbna punkcya jest zarazem zabiegiem leczniczym, po którym wkrótce następuje wyleczenie np. w moich 2 przypadkach.

II. Przewlekłe zapalenie ropne błony śluzowej jam bocznych nosa (*sinuitis purulenta chr. powszechnie pod nazwą empyemata sinuum lateraliū nasi* zwane).

Sprawy te niezwykle często się zdarzają. Ogólne uwagi co do ich etiologii, objawów wspólnych dla wszystkich zatok, rozpoznawania, rokowania, oraz leczenia — podałem powyżej.

¹⁾ „37 Fälle von seröser Erkrankung der Highmor'shöhle“. *Monat. f. f. Ohr.* 1895. 4.

²⁾ „Die Schleimhautcysten der Oberkieferhöhle“. *Arch. f. Lar. B.* VI N. 1. p. 116.

³⁾ *Arch. ital. di Laring.* 1896. 4.

⁴⁾ *Pam. Tow. Lek.* 1897. I.

Choroby nosa.

Obecnie rozpatrzę szczegółowo ropnie w poszczególnych zatokach nosa. Zacznę od najważniejszego t. j.

1) ropienia w zatoce szczękowej górnej *sinuitis purulenta chr. maxillaris s. Highmoritis pur. chr.* znane powszechnie pod nazwą *empyema antri Highmori*. Najczęstsze to z ropotoków jam bocznych nosa i najlepiej wystudowane [ZIEM].

Na 155 przypadków ogółem ropni w zatokach, więcej, niż w połowie przypadków, gdyż w 88 miałem do czynienia z zajęciem tej zatoki.

Z objawów bardzo charakterystycznym jest ropienie, zwykle jednostronne [75 razy w moich przypadkach, z tych 39 z prawej—36 z lewej strony] choć bywa i obustronne [13 razy]. Dalej bywa ono niezwykle obfitem rano przy wstawianiu; objaśnienie tego faktu podałem powyżej [zmiana w położeniu *ostii veri*].

W *hiatus semilunaris* przy badaniu znajdujemy zwykle kroplę ropy, pod postacią pulsującego punkcika [WALB].

Jeśli takową zdjąć za pomocą wacika, napowrót występuje, zwłaszcza jeżeli się choremu każe nachylić silnie głowę ku dołowi i przodowi [t. zw. objaw B. FRAENKEL'a, również znajdujący swoje wytłomaczenie w zmianie położenia otworów komunikacyjnych]. Jest to bardzo ważny objaw różniczkowy dla odróżnienia tego cierpienia od ropnia w zatoce czołowej. Z innych objawów dość stosunkowo częste bywają polipy nosowe [na 88 przypadków 32 razy], oraz przerosłe muszle, czasami i t. zw. *laterales Schleimhautwulst* — KAUFMANN'a [2 razy w moich przypadkach]. Dalej BURGER podaje jeszcze jako charakterystyczny objaw dla tego cierpienia *rhinitidem chr. unilateralem* [mianowicie po stronie przeciwnej]. *Neuralgia infraorbitalis*, oraz *caries dentium* [16 razy na 88 przypadków] nie zawsze przy tem cierpieniu bywają, jak to niektórzy autorowie [ZUCKERKANDL, SCHECH] utrzymują.

Rozpoznanie jest dość łatwe. Już na podstawie powyższych objawów, zwłaszcza ropienia, możemy do pewnego stopnia postawić rozpoznanie *empyematis antri Highmori*. Prześwietlenie [ciemność policzka i powieki dolnej, dalej źrenicy, oraz brak uczucia świetlnego po stronie chorej], utrwala nas jeszcze bardziej w powziętem podejrzeniu. Ostatecznie „*sum-mum criterium*“ posiadamy w przekłóciu *resp.* przeszprycowaniu próbnem.

Rokowanie nieszczególne. Sprawa odznacza się niesłychaną uporczywością, ciągnie się często nawet przy odpowiednim leczeniu miesiące, a nawet lata całe. Możliwe recydywy. Co się tyczy „*sanatio spontanea*“ tego cierpienia, to o rzadkich przypadkach tego rodzaju [SIEBENMANN'a i moim] już wspominałem.

Leczenie polega na opróżnieniu zawartości [ropy] z jamy. Przedewszystkiem należy spróbować tego przez otwór naturalny [*resp.* dodatkowy, jeśli takowy istnieje]. W tym celu najlepiej rurkę HARTMANN'a [fig. 65] z końcem [zakrzywionym], ku górze zwróconym, wprowadzamy po uprzednim zakokainowaniu do średniego przewodu nosa, w *hiatus semilunaris*, poczem wykręcamy na zewnątrz na jakieś 90°, przyczem koniec rurki wpada głębiej [w *infundibulum*], przez ruchy rurką w tył i ku przodowi przékonywamy się o istotnem wejściu do zatoki. Wtedy za pomocą zwykłej szprycy [np. HARTMANN'a] wstrzykujemy do jamy HIGHMOR'a ciepły 4% roztwór kwasu bornego *resp.* opróżniamy z ropy. Badanie HANSBERG'a i moje [na trupach] wykazały, że mniej więcej w połowie przypadków jest to możliwe. Również i na chorych udawało się na tej drodze uzyskać wyleczenie niektórym autorom [HARTMANN, STOERK, ja wreszcie]. Zwykle po wyszprycowaniu *resp.* oczyszczeniu jamy z ropy, obsuszam ją za pomocą przedmuchięcia powietrza, oraz zasypuję następnie jakiś proszek antyseptyczny, najczęściej aristol, lub dermatol, to ostatnie powtarzam codziennie przez czas pewien.

Jednem słowem stosuję t. zw. suche leczenie (*trockene Behandlung*—KRAUSE), wychodząc z tej zasady, że zbyt częste, energiczne szprycowania wywierają wpływ drażniący na błonę śluzową jam bocznych nosa—podtrzymują więc ropienie zamiast go usuwać.

Jeżeli po kilku dniach leczenie powyższe nie prowadzi do celu, to przystępuję do operacyjnego leczenia, t. j. do utworzenia sztucznego otworu w warunkach dogodniejszych dla usunięcia ropy. Najodpowiedniejszym, najczęściej też stosowanym jest stary sposób COWPER'a, polegający na przedziurawieniu jamy od strony zębodołu w miejscu odpowiadającym 1-mu i 2-mu *molaris*, lub 2-mu *buccalis s. praemolaris*. Jak już wspominałem, najlepszym w tym celu instrumentem jest świder HARTMANN'a [ręczny] lub trepan [*resp.* świder] za pomocą elektromotoru w ruch wprowadzony [fig. 67 i 68]. Postępuje się przytem w bardzo prosty

sposób: po zakokainowaniu błony śluzowej dziąsła w miejscu, odpowiadającym powyższemu zębom [jeżeli są zepsute, to należy je przedtem usunąć, jeżeli zdrowe, to również niektórzy autorowie radzą jeden z nich, najlepiej 1-szy *molaris* poświęcić, ZIEM natomiast stosuje w tych razach prześwidrowanie w przestrzeni międzyzębowej], przyczem wystarcza zapędzowanie 20% roztworem kokainy [podśluzowych wstrzykiwań nie zalecam w obec niebezpieczeństwa zatrucia, a przypadki takie, nawet śmiertelne, są znane]. Błony śluzowej zwykle nie oddzielam, lecz od razu świdruję otwór za pomocą wyżej wymienionych instrumentów, co zwykle bardzo łatwo udaje się wykonać, nie wymaga długiego czasu [jakąś minutę], zwłaszcza przy zastosowaniu elektromotory, krwawienie przytem bardzo zazwyczaj nieznaczne.

O wyniku pomyślnym operacji *resp.* o dostaniu się do jamy przekonywają nas swobodne ruchy końca instrumentu. Wtedy zakładam kaniulę CUOLEWY, lub po prostu za pomocą HARTMANN'a szprycy z zakrzywionym cienkim końcem metalicznym [używanym do wyszprycowania *ceruminis*] przestrzykuję jamę HIGHMOR'a 4% ciepłym roztworem kwasu bornego.

Ważną bardzo rzeczą jest pooperacyjne leczenie, czasami trwa ono miesiące całe, a nawet lata. Zwykle chorym zalecamy zaopatrzyć się w odpowiedni obturator — zwykle rurkę kauczukową z zatyczką¹⁾, przez którą następnie sam chory może wykonywać szprycowania. ZIEM jednak, jak wiadomo najwięcej kompetentny pod tym względem, nie radzi obturatorów, wychodząc z tej zasady, że nawet przenikanie cząstek pokarmowych przez otwór w zębodole, nie pro-

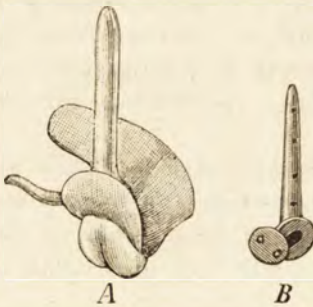


Fig. 71. A. Aparat protetyczny DUNAGIER i MOURE'a i B Rurka z obturatorem GOUGUENHEIM'a²⁾.

¹⁾ W ostatnich czasach bardzo praktyczne obturatory zalecają DUNAGIER i MOURE [„Appareil prothétique pour le sinus maxillaire“. Bull. et mem. de la soc. fr. de Lar. etc. 1896. XII. p. 490], oraz GAILLARD [Note sur un obturateur du sinus maxillaire, ibidem p. 434].

²⁾ Atlas GOUGUENHEIM'a i GLOVER'a.

wadzi za sobą żadnych złych następstw, zwłaszcza gdy się zaraz po jedzeniu wykona oczyszczenie zatoki; to ostatnie niektóre osoby w bardzo prosty skuteczniejszy sposób, aspirując płyn z ust do jamy HIGHMOR'a i następnie przez nos go wypuszczając.

Zdaniem mojem jednak bez obturatora obyć się przy leczeniu empyematu zatoki HIGHMOR'a nie można, gdyż otwór sztuczny, zwłaszcza mały, szybko zarasta, zanim sprawa ropna w zatoce ustąpiła; tym sposobem wypada niekiedy powtarzać operację.

Z drugiej jednak strony i zbyt długie pozostawanie rurki w zębodole nie może wyjść na zdrowie chorego: koniec rurki zawsze będzie tu działał drażniąco na błonę śluzową jamy, po prostu jako ciało obce.

Niektórzy chorzy w tych razach dochodzą do przesady, lata całe [jeden z nich przeszło 5] nosząc rurkę zatykową z obawy ponownego cierpienia. Jak już wspomniałem, cierpienie to w wysokim stopniu sprzyja rozwijaniu się hypochondryi.

Oprócz powyższego sposobu COWPER'a, który uważam za najlepszy, stosuję też czasami [przedtem częściej] metodę KRAUSE'go, polegającą na otwarciu jamy HIGHMOR'a od strony jamy nosowej [w dolnym przewodzie]. Po uprzednim mocnem zakainowaniu błony śluzowej nosa, wprowadzam instrument KRAUSE'go [fig. 69] wraz z pochwą, przebijam [co nie zawsze łatwo się udaje] mniej więcej w środkowej części muszli dolnej i pod nią [w dolnym przewodzie nosa] cienką zazwyczaj w tem miejscu ściankę kostną, poczem przekonawszy się o dodatnim wyniku rękoczynu [swobodne ruchy trójgrzańca], wyjmuję ten ostatni, zostawiając pochewkę, przez którą się wyszprycowuje zawartość jamy, poczem stosuję suchą metodę. Następce odszukanie otworu ułatwia się przez, *ad hoc* urządzony, konduktor, co jednak nie zawsze łatwo i bez bólu się udaje.

MIKULICZ pierwszy podał myśl otwarcia jamy HIGHMOR'a od strony jamy nosowej, mianowicie od strony dolnego przewodu nosa, podając swojego pomysłu trójgraniec. Ten ostatni jednak pod względem praktyczności stoi o wiele niżej od KRAUSE'owskiego.

Zamiast otwarcia jamy HIGHMOR'a w dolnym przewodzie nosa—można to uczynić i w średnim, jak to już przy punkcyi wspominałem. Mówiłem też o pewnem niebezpieczeństwie, jakie zagraża w tych razach choremu [zranienie oczodołu].

Wreszcie niektórzy autorowie [GRUENWALD, SCHECH, RIPAULT ¹⁾] z kliniki GOUGUENHEIM'a etc.] zalecają dla doszczętnego usunięcia ropienia w zatoce HIGHMOR'a — szeroki otwór w *fossa canina* [za pomocą dłutka i młotka, lub trepana—metoda DESAULT-KUESTER'a], z następczem zatamponowaniem gazą jodoformową dla powstrzymania zwykle dość obfitego krwawienia. Metoda ta jedną tylko ma zaletę, oto umożliwi ona dostęp do wnętrza jamy instrumentom [skrobaczkom], co przy przewlekłych ropieniach jest niezbędnem dla doszczętnego usunięcia granulacyj, zwykle znajdujących się wtedy na błonie śluzowej zatoki szczękowej górnej.

Ma ona jednak wiele stron ujemnych: pominąwszy już dość znaczny rękoczyn chirurgiczny, który po większej części wymaga już ogólnego znieczulenia—zaznaczyć należy trudność zastosowania odpowiedniego aparatu, wskutek czego ma miejsce ciągle drażnienie ewent. infekcyja, co miałem sposobność stwierdzić w paru przypadkach, tak, że ja osobiście nie jestem zwolennikiem tej metody.

2) O wiele rzadsze są ropienia przewlekłe w zatokach czołowych (*sinuitis purulenta chr. frontalis*). Na 155 przypadków empyematów zatok bocznych nosa—tylko 32 razy spostrzegalem je w zatokach czołowych. Po części można to sobie tłumaczyć tem, że przypadki typowe, klasyczne [z wypukleniem ścianki orbitalnej — przemieszczeniem gałki ocznej etc.] częściej bywają spostrzegane przez okulistów lub chirurgów. My rhinolodzy po większej części, jak zwykle, mamy do czynienia przeważnie z t. zw. skrytymi postaciami tego cierpienia [LICHTWITZ]. W ogóle rozpoznawanie tego cierpienia nie jest łatwem w obec częstych kombinacyj z ropniami innych zatok bocznych nosa [HIGHMOR'a etc.].

Co się tyczy objawów, na zasadzie których możemy z większem, lub mniejszem prawdopodobieństwem rozpoznać empyemat zatok czołowych, to do nich przedewszystkiem należy ropienie, mianowicie obecność w t. zw. szczelinie półksiężycowatej (*hiatus semilunaris*) ropy, która po oczyszczeniu jej wacikiem, oraz nachyleniu głowy ku przodowi i dołowi—nie pokazuje się.

¹⁾ „Le traitement des empyèmes du sinus maxillaire par l'ouverture large“. Ann. de mal. de l'oreil. 1896—11.

Jest to objaw B. FRAENKEL'a, pozwalający odróżnić to cierpienie od *empyematu* zatoki HIGHMOR'a. Wspólnym on jest natomiast ropieniom w komórkach sitowych przednich. Z innych objawów ważnym jest przerost przedniego końca muszli średniej [JURASZ], prawdopodobnie zależny od stałego drażnienia spływającą ropą. Natomiast zielone zabarwienie wydzieliny [KILLIAN], oraz diplopia t. j. podwójne widzenie [MAYO COLLIER] nie są charakterystycznymi dla ropienia w zatokach czołowych. Diplopiam np. spostrzegalem i przy zajęciu komórek sitowych. Już nieco ważniejsze znaczenie rozpoznawcze ma *cephalalgia frontalis et supraorbitalis*, choć również mogą one być i przy innych cierpieniach (*empyema antri Highmori* etc.).

Co się tyczy różnorodnych metod, służących do rozpoznania tego cierpienia, to wspomnę tu tylko nawiasowo o wypukiwaniu, oraz wysłuchiwanu [ZENCKER, CZERNICKI, w nowszych zaś czasach LING i JANSEN], gdyż większego znaczenia one nie mają.

Nieco większe już ma prześwietlanie jam czołowych [VOHSEN], choć i to względnie tylko. Najważniejszą bez zaprzeczenia metodą rozpoznawczą, mającą również po części i lecznicze znaczenie jest sondowanie, *resp* szprycowanie próbne. Jest ono możliwem mniej więcej w $\frac{1}{2}$ przypadków, jak to mianowicie HANSBERG'a i moje wykazują badania na trupach. WINCKLER podaje mniejsze cyfry [$\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{4}$ przypadków], natomiast według CHOLEWY jest to możliwem w $\frac{2}{3}$ przypadkach. CHIARI, JURASZ inni również uważają rękoczyn ten za dość łatwy.

Rurka w tym celu używana ma długości około 15 ctm. według LICHTWITZ'a jest na końcu zagięta pod kątem prostym, a więc jak w rurce HARTMANN'a do jamy HIGHMOR'a [fig. 66]. Odpowiedniejszym jest zagięcie, takie jak w kateterach usznych, które też po prostu w tych razach używa SCHMIDT. Pośrednie miejsce zajmuje rurka HARTMANN'a, której CHOLEWA nadał jeszcze boczne zagięcia. Wprowadza się ją po uprzednim zakokainowaniu w sposób opisany przy zatoce HIGHMOR'a, t. j. zagiętym końcem ku górze do średniego przewodu nosa *resp. hiatus semilunaris*—następnie zaś kieruje się go nieco ku przodowi i nazwewnątrz. Mniej więcej na odległości 60—70 mm od tylnego [zewnątrznego] kąta *introitus nasi* znajduje się *ostium (resp. canalis) nasofrontale*. Tym wymiarem możemy się kontrolować w przypadkach wątpliwych, gdy nie jesteśmy pewni dodatnich wyników

kateteryzacji, jakkolwiek *a priori* wyznać muszę, nie zawsze to jest pewnem, czasami acz rzadko zdarzyć się jednak może, że na tej odległości zamiast do zatoki czołowej możemy dostać się do jednej z komórek sitowych przednich, jak mnie o tem przekonały odnośne badania na trupach.

Bardzo ważną wskazówką tego, że byliśmy w zatoce czołowej—oprócz jednoczesnego wpływanego z pod sondy *resp.* rurki ropy, jest również ustąpienie wszystkich objawów, jako to bólów głowy, ciężaru w okolicy czołowej etc. HARTMANN dla różniczkowej diagnozy zaleca też przedmuchiwanie, LERMOYER zaś utrzymuje, że jeżeli po oczyszczeniu jamy HIGHMOR'a z ropy ta ostatnia bezpośrednio występuje znowu w zwykłym miejscu w nosie [t. j. w średnim przewodzie], dowodzi to jednoczesnego zajęcia i zatoki czołowej.

Rokowanie przy ropniach w zatokach czołowych jest lepszem, jak w HIGHMOR'a, nawroty cierpienia są tu rzadkie—efekt leczenia pewniejszy.

Leczenie klasycznych postaci tego cierpienia jest czysto chirurgiczne i naturalnie tylko zewnętrzne: na miejscu największego wypuklenia ścianki [przedniej—okolica *glabellae*, lub bocznej—orbitalnej] robi się cięcie, wypuszcza ropę, odnawia i rozszerza komunikację z jamą nosową, przez którą przeprowadza się dren [metoda OGSTON'a i LUC'a¹⁾].

Przy t. zw. skrytych postaciach należy przedtem spróbować metod łagodniejszych, a więc sondowania, *resp.* kateteryzacji z następczem opróżnieniem zawartości jamy przez wyszprycowanie 4% ciepłym kwasem bornym. W sposób powyższy przeważnie moje przypadki leczyłem z dobrym po większej części rezultatem. Otwierania zatok czołowych sztucznego od strony jam nosowych, co zalecają SCHAEFFER, oraz WINCKLER, ja podobnie, jak i większość autorów—nie stosuję, uważając ten rękoczyn za niebezpieczny ze względu na sąsiedztwo mózgu, czego dowodzi świeżo przypadek śmiertelny, ogłoszony przez

¹⁾ „Traitement des sinusites frontales suppurées chroniques par l'ouverture large de la paroi antérieure de sinus et le drainage par la voie nasale (method d'Ogston et Luc), Bull et mem. de la Soc. fr. de lar. etc. 1896. V. XII, p. 326.

MERMOD'a¹⁾. SCHECH, GRUENWALD, MAYO COLLIER i inni zalecają nawet w t. zw. skrytych postaciach tego cierpienia trepanację zewnętrzną [przednią ścianka jamy].

Ponieważ w wielu razach nagromadzona w jamach czołowych ropna wydzielina nie może swobodnie odpływać ku dołowi, *resp.* do jam nosowych z powodu przerostu przedniego końca muszli średniej, co również utrudnia wszelkie rękoczyny, czyto w celach diagnostycznych, czy lecznicze [sondowanie, katetyryzacja], przeto należy, przed przystąpieniem do tych ostatnich, usunąć ów przerost—najlepiej za pomocą pętli gorącej.

3) Ropienie w komórkach sitowych (*cellulitis ethmoidalis purulenta chr. s. Empyema cellularium ethmoidalium*) bynajmniej nie należy do bardzo rzadkich cierpień, jak to mianowicie wykazał ostatnimi czasy GRUENWALD, a z czem i moje spostrzeżenia się zgadzają. Na 155 ogółem przypadków ropień zatok bocznych nosa spostrzegalem je 16 razy w komórkach sitowych [nie licząc kombinowanych].

GRUENWALD odróżnia następujące postacie ropień w komórkach sitowych:

1) „*das geschlossene Empyem*“, t. j. zamknięte ropienie. W tych razach prawie zawsze mamy do czynienia z tworzeniem się torbieli [zropiałe *mucocoele*], rozdęciem ścianek kostnych. Tu należą i powyżej przy wadach rozwojowych opisane t. zw. kostne pęcherze muszli średniej i *bullae ethmoidalis*.

2) „*das offene Empyem*“, t. j. otwarte ropienie w komórkach sitowych z klasycznymi objawami [wypukleniem w górnej części wewnętrznego kąta oka—z przemieszczeniem gałki ocznej ku dołowi i zewnątrz. Tu się odnoszą również i t. zw. skryte postacie ropień komórek sitowych, tak nazwane przez CLAOUÉ²⁾ z analogii do innych zatok [HIGHMOR'a i czołowych].

3) „*caries ossis ethmoidei*“, odpowiadające t. zw. *necrosing ethmoiditis* WOAKES'a. Wreszcie 4) wtórne ropienia labiryntu sitowego.

R o z p o z n a n i e ropień w komórkach sitowych nie należy do zbyt trudnych. Przedewszystkiem mamy tu do czynienia

¹⁾ „Méningo-encéphalite consécutive à l'exploration d'un soi disant sinus frontal“. Ann. de mal. de l'oreil. 1896—4.

²⁾ „Traitement des suppurations du sinus ethmoidal“. Ann. de mal. de l'oreil. 1896—8.

z ropieniem, które przeważnie występuje między średnią i dolną muszlą [przy zajęciu przednich i średnich komórek], oraz więcej w górnej części między przegrodą nosa, a średnią muszlą, oraz w jamie nosogardzielowej [przy zajęciu tylnych komórek sitowych]. Wspominałem już, że pierwsze, t. j. zajęcie przednich komórek trudno odróżnić czasami od ropienia w zatokach czołowych, zajęcie zaś tylnych komórek — od ropienia w zatoce klinowej. Wydzielina ta ma skłonność do zasychania, oraz tworzenia strupów. Często przytem bywają polipy, lub granulacyjne twory [3 razy spostrzegalem t. zw. *laterales Schleimhautwulst KAUFFMANN'a*] tak, że np. przedni koniec muszli średniej jest nimi formalnie oblepiony. Bóle głowy również bardzo często towarzyszą ropieniu komórek sitowych. Według GRUENWALD'a charakterystycznymi są bóle przy ucisku na korzeń nosa i kość łzową. Ja często spostrzegalem bóle potylicowe (*cephalgia occipitalis*) bardzo silne, oraz głębokie, jakby w tyle oka.

Częste również bywają ogólne objawy nerwowe — zwłaszcza *aprosesia*, *hypochondria* etc. Często też zaburzenia oczne. Do rozpoznania nie wiele pomaga prześwietlanie, zalecane przez RUAULT'a i ROBERTSON'a, przyczem mają jakoby występować smugi ciemne, równoległe do linii środkowej nosa. Ostatecznie najodpowiedniejszym jest sondowanie, przyczem zwykle w okolicy średniej muszli zgłębnik natrafia na mniej, lub więcej miękką masę, z której wypływa ropa, często ze krwią zmieszana, jednocześnie wchodzi się do mniej, lub więcej znacznej jamy.

R o k o w a n i e przy ropieniach w komórkach sitowych względnie niezłe, lepsze, jak przy zatoce HIGHMOR'a.

L e c z e n i e jedyne racjonalne chirurgiczne polega:

1) Na ułatwieniu swobodnego odpływu dla ropy, co między innymi daje się skutecznie przez usunięcie przeszkód, na drodze się znajdujących [polipy etc.].

2) Na ułatwieniu dostępu do jamy przez usunięcie zmarzniętych cząstek w sąsiedztwie otworu. GRUENWALD zaleca w tym celu swojego pomysłu kleszcze kostne. Wreszcie

3) na wyskrobaniu wszystkiego, co jest chorobowo zmienionem w samej jamie. W tym celu używają się skrobaczki różnego kalibru i zagięcia, również pomysłu GRUENWALD'a, [fig. 70], jakkolwiek i zwykła VOLKMANN'owska skrobaczka może być z korzyścią zastosowana. Leczenie pooperacyjne polega na tamponadzie gazą iodoformową, wdmuchiwanii arystolu, dermatolu

etc. Rezultaty w ogóle przy leczeniu ropnia w komórkach sitowych są niezłe względnie, co tłumaczy się większą dostępnością samego miejsca chorego.

4) Ropienie w zatoce klinowej (*sinuitis sphenoidalis purulenta chr. s. empyema sinus sphenoidalis*) należy do najrzadszych, jakkolwiek SCHAEFFER z Bremen, specjalista w tym kierunku, podaje kolosalną ilość odnośnych obserwacji [kilka dziesiątków]. Inni jednakże autorowie, do których i ja się zaliczam, nie mogą się poszczycić taką cyfrą. Ja np. czystych [niekombinowanych] przypadków tego cierpienia spostrzegalem zaledwie 6 [na 155].

Rozpoznanie tych cierpień i dziś jeszcze do zbyt łatwych nie należy—do niedawna zaś uważaniem było po prostu za niemożliwe. Z objawów, pozwalających na rozpoznanie ropni w zatokach klinowych na zaznaczenie zasługuje przedewszystkiem ropienie nosowe—zwykle niezbyt obfite, spływające ku tyłowi do jamy nosogardzielowej, gdzie pokrywa strop gardzieli i tylne końce muszel nosowych. Przy *rhinoscopia ant.* znajdujemy ropę w górnej części między przegrodą nosa, a średnią muszlą.

Częste bywają zaburzenia wzrokowe, zawroty głowy, szum w uszach [raz jeden widziałem *otitis media acuta*] Bóle głowy częste i silne—najczęściej podobnie, jak i przy ropieniu w komórkach tylnych sitowych, spostrzegalem w okolicy potylicowej (*cephalalgia occipitalis*). GRUENWALD podaje, jako charakterystyczne bóle w okolicy uszu. Częste bywają zaburzenia ogólne nerwowe (*aprosesia, hypochondria, mania* etc.). SCHAEFFER, jako charakterystyczny objaw dla tego cierpienia, podaje rozszerzenie grzbietu nosa, co jednak zdaniem mojem częściej bywa przy zajęciu komórek sitowych, wreszcie przy ożeniu.

Najważniejszą metodą, pozwalającą prawie na pewno rozpoznać to cierpienie — jest sondowanie *resp.* przestrzyknięcie próbne. Dokonywa się ono względnie łatwo [GRUENWALD], co i ja na mocy własnego doświadczenia potwierdzić mogę—za pomocą zgłębnika, *resp.* odpowiednio zagiętej rurki [ja po prostu używam zwykły kateter uszny]. Wprowadza się on w kierunku ku tyłowi i nieco ku górze między *septum* i *concha media* i wtedy z mniejszą, lub większą łatwością na odległość około 72 mm. [według moich i HANSBERG'a doświadczeń na trupach — GRUENWALD natomiast podaje nieco większe cyfry: 75 mm. u kobiet,

a 82 mm. u mężczyzn] wchodzimy do jamy klinowej przez otwór naturalny [po większej części zmienionej przedniej ścianki zatoki], łączący zatokę klinową z odpowiednią jamą nosową za pośrednictwem t. zw. *recessus spheno-ethmoidalis*. Czasami udaje się nam widzieć dokładnie, jak przy sondowaniu wydziela się z jamy ropa.

Rokowanie przy ropniach w zatokach klinowych nie jest tak złem, jak by się zdawać mogło; przeciwnie wyleczenia zupełne są na porządku dziennym. Ja sam mam kilka tego rodzaju obserwacyj. Recydywy wyjątkowe, a więc przeciwnie jak przy zajęciu zatoki HIGHMOR'a.

Leczenie. Pierwszy SCHAEFFER z Bremy w roku 1885 z powodzeniem wykonał otwarcie zatoki klinowej przy ropnem jej zajęciu według sposobu, podanego uprzednio przez ZUCKERKANDI'a na trupie. Sondowanie, *resp.* katetyryzacja ma znaczenie nie tylko diagnostyczne, lecz i lecznicze. W tym celu używamy sondy *resp.* kaniuli długości 15 ctm., szerokości 1—2 mm. lub zwykłego kateteru, jak to już wspomniałem. Sonda *resp.* rurka napotyka zwykle obnażoną, znekrotyzowaną kość [przednią ściankę w okolicy *ostium verum*]. Przez rurkę wyszprycowujemy zawartość [ropę] z zatoki z następczem wdmuchiwanem proszków antyseptycznych [aristol, dermatol] Czasami takie leczenie wystarcza w zupełności, by dane cierpienie usunąć, jak to między innymi miało miejsce w 2 z moich przypadków. Niekiedy jednak—w więcej zadawnionych ropniach, gdy mamy prawo podejrzewać, że na błonie śluzowej jamy klinowej wytworzyły się nierówności—do powyższego rękoczynu należy dodać leczenie energiczniejsze t. j. wyskrobanie [ostrożnie!] wnętrza jamy.

5) **Kombinowane ropienia w jamach bocznych nosa.** W ostatnich czasach, zwłaszcza dzięki gruntownej pracy GRUENWALD'a, okazało się, że w wielu razach mamy do czynienia z zajęciem nie jednej jamy, lecz jednocześnie dwóch, a nawet i więcej, co do pewnego stopnia może nam wytłomaczyć fakt uporeczywości w leczeniu niektórych przypadków. Na 155 w ogóle przypadków ropni w jamach bocznych nosa—w 13 spostrzegąłem kombinowane ropienia i tak: 7 razy były zajęte jednocześnie zatoki czołowe i HIGHMOR'a [najczęstsza to w ogóle kombinacja—JANNSEN]—co się tłomaczy po prostu zakażeniem

wspólnem, gdyż otwory obu zatok w jednym prawie znajdują się punkcie—mianowicie w t. zw. *infundibulum*.

Dalej 3 razy widywałem zajęcie zatok HIGHMOR'a i klinowej, raz HIGHMOR'a i sitowych, wreszcie po raz były jednocześnie zajęte jamy: HIGHMOR'a, sitowe i klinowe, oraz HIGHMOR'a czołowe i sitowe.

Ostatnimi czasy FLATAU ¹⁾ opisał 2 przypadki jednoczesnego zajęcia sprawą ropną wszystkich zatok bocznych nosa po jednej stronie.

W ogóle zdaniem mojem kombinowane ropienia jam bocznych nosa o wiele częściej się zdarzają, aniżeli się to dotąd przypuszczało.

Rozpoznanie ich jest trudnem i w większości przypadków daje się skutecznic—że się tak wyrażę „*ex juvantibus*“. I tak po wyszprycowaniu ropy z zatoki HIGHMOR'a *resp.* po jej wyleczeniu przy ponawiającem się znowu ropieniu musimy przypuścić sprawę ropną w innej zatoce [czołowej] etc.

Rokowanie kombinowanych ropień w jamach bocznych nosa jest nieszczególnie. Są to w ogóle bardzo uporzycywe przypadki, doprowadzające zarówno lekarza, jak i chorego do rozpaczy.

Leczenie dwojakie, t. j. albo poszczególnie się leczy każdą jamę, lub wszystkie odrazu pod chloroformem [GRUENWALD], to ostatnie jednak zdaniem mojem, więcej na teoretycznem oparte rozumowaniu; na praktyce natomiast spotyka nieprzezwyctężone trudności w obec warunków technicznych, wymagających np. odpowiedniego oświetlenia, pozycyi chorego etc.

III. Cierpienia konstytucjonalne jam bocznych nosa. Zarówno gruźlica, jak i syfilis również mogą się umiejscawiać w jamach bocznych nosa. Odnośnie do gruźlicy np. mamy spostrzeżenia KEKWICK'a ²⁾ i NEUMAYER'a ³⁾—w obu zajętemi były jamy HIGHMOR'a. KUHNT na podstawie zbadania 164 przypadków [sekejnych] odrzuca możliwość pierwotnej

¹⁾ „Due casi di empiema unilaterale di tutte le cavità nasali accessorie con considerazioni sulla diagnosi e terapia“. Arch. ital. di Lar. V. p. 250.

²⁾ „Austral empyema of tuberculous origin“. N. Y. med. Rec. 1895. 26—X.

³⁾ „Ein Fall von Mund-Kieferhöhlen-und Nasentuberculose“. Arch. f. 1895. B. II. p. 260.

gruźlicy zatok. ДМОЧОВСКИ w jednym przypadku [na trupie] w wydzielinie jamy HIGHMOR'a, nie przedstawiającej zresztą ważniejszych zmian, znalazł laseczki gruźlicze.

ROZDZIAŁ IV.

Guzy (*tumores*) w jamach bocznych nosa.

A. Łagodnie zdarzają się w zatokach HIGHMOR'a stosunkowo dość często [ZUCKERKANDL, HEYMANN].

Do najczęstszych należą: 1) t. zw. polipy śluzowe, o wiele rzadziej tu występujące, jak w jamach nosowych. ZUCKERKANDL spostrzegał je [na trupach] na 300 przypadków tylko 46 razy. Odróżnia on 3 ich postacie: na szypułce, dalej w rodzaju mostka między dwiema ścianami zatoki [HIGHMOR'a], wreszcie płaskie, w rodzaju przerostu błony śluzowej. W naszej literaturze istnieje odnośny przypadek MINKIEWICZA. Czasami, acz rzadko, polipy takie mogą zwieszać się przez otwór naturalny do odpowiedniej jamy nosowej [jeden taki przypadek miałem sposobność spostrzegać i operować].

2) Częściej już bywają torbiele (*cysty*), które ДМОЧОВСКИ uważa za pozostałości po ograniczonym przewlekłym niezżytowym zapaleniu błony śluzowej zatoki [HIGHMOR'a]. Powstają one z zatkania przewodów gruczołów śluzowych, prawdopodobnie wskutek rozrastania się i następczego kurczenia otaczającej tkanki łącznej. W moich badaniach na trupach dość często spostrzegałem je w zatoce HIGHMOR'a. Zwykle bywają liczne i drobne. [W jednym przypadku na dolnej powierzchni jamy HIGHMOR'a znalazłem 4 rzędem obok siebie siedzące torbiele, z tych jedna [pośrodku] wielkości orzecha laskowego]. Czasami mogą symulować *hydrops*. ALEKSANDER¹⁾ w ostatnich czasach ogłosił z kliniki B. FRAENKEL'a 6 przypadków *cyst* w jamie HIGHMOR'a, przyczem wyraża pogląd, że tak zwane surowicze zapalenie błony śluzowej tej zatoki [NOLTENIUS] *resp. hydrops inflammatorius* [ДМОЧОВСКИ] jest po prostu sprawą identyczną z powyższymi cystami; pogląd, moim zdaniem, niesłuszny. Czasami torbiele takie mogą mieć zejście w zropienie [ДМОЧОВСКИ].

¹⁾ loco citato.

3) Z innych guzów łagodnych w paru słowach wspomnę jeszcze o kostniakach (*osteomata*). Są one rzadkie, zwłaszcza w innych, z wyjątkiem HIGHMOR'a—jamach [1 przypadek w zatoce czołowej opisał MARGARUCCI ¹⁾]. Przeważnie występują one pod postacią równomiernych zgrubień. Tu się odnoszą również rzadkie bardzo przypadki: GIBELLI'ego ²⁾ *osteoma teleangectasicum*, oraz LUECKE'go ³⁾ *angioma ossificans* — oba w zatoce HIGHMOR'a.

Prócz tego bywają jeszcze, acz bardzo rzadko, *enchondromata*, *adenomata*, *angiomata* etc.

Leczenie guzów łagodnych jam bocznych nosa polega na wydobyciu ich przez naturalny [rzadziej], lub sztuczny otwór [w zębodole, a zwłaszcza w *fossa canina*].

B. Złośliwe a więc 1) mięsaki (*sarcomata*) jeden spostrzegalem w zatoce klinowej, toż samo GRUENWALD. VAN DUYSE opisał również jeden przypadek: *angiosarcoma* w jamach bocznych nosa.

2) raki (*carcinomata*) spostrzegane bywały przeważnie w jamie szczękowej górnej [REINHARDT ⁴⁾]. FINK ⁵⁾ opisał przypadek przemiany łagodnego guza [polipa] w złośliwy [rak] w jamie HIGHMOR'a.

Leczenie jedynie operacyjne, mianowicie resekcya górnej szczęki etc.

Wreszcie, acz rzadko i ciała obce mogą się zdarzać w jamach bocznych nosa [ZIEM ⁶⁾]. Tu się odnosi bardzo ciekawy przypadek COMBE'a, w którym część rurki, wprowadzona przez *alveolus* do jamy HIGHMOR'a, więcej niż lat 4 pozostawała w niej, aż wreszcie przy wycieraniu nosa wyszła na zewnątrz [długość jej 2½ ctm., waga 50 grm.].

¹⁾ „Contributo alla chirurgia dei seni frontali“. Arch. ital. di lar. 1896. 4.

²⁾ „Sopra un caso di osteoma teleangectasico“. Arch. ital. di lar. 1896. 3.

³⁾ Deut. Zeit. f. Chir. 1889. 30. 1—2.

⁴⁾ „Ein Fall von primärem Epithelialcarcinom der Oberkieferhöhle“. Arch. f. Lar. 1895. B. II. p. 230.

⁵⁾ „Ueber maligne Transformation gutartiger Geschwülste der Highmor'shöhle“. Arch. f. Lar. 1894. B. II. p. 198.

⁶⁾ „Ueber Fremdkörper in der Kieferhöhle“. Monat. f. Ohrenh. 1896. 1.

Ostatnimi czasy miałem sposobność spostrzegać analogiczny do pewnego stopnia przypadek: 40-ty kilkoletni chory, noszący w ciągu lat 5 rurkę z koreczkiem gumowym, z powodu ropienia w jamie HIGHMOR'a lewej, podczas obiadu miał wypadek, mianowicie koreczek ów [zatyeczka gumowa długości $1\frac{1}{2}$ ctm., grubości przeszło $\frac{1}{2}$ ctm.], tkwiący w otworze, sztucznie utworzonym w zębodole, wpadł do jamy. Chory przerażony zgłosił się do mnie w tej chwili po wypadku. Przekonawszy się za pomocą lusterka krtaniowego, że cząsteczka niewielka owej zatyeczki jeszcze tkwi w kanale [sztucznym] w zębodole, takową szczęśliwie udało mi się, ku wielkiemu uradowaniu chorego, wydobyć za pomocą haczyka HARTMANN'a, używanego do ciał obcych w uchu.

W przypadku ZIEM'a, dotyczącym samego autora, została się w jamie HIGHMOR'a część ostrej łyżeczki. W naszej literaturze istnieje również jedna obserwacja przez STECKIEGO [2 lata znajdujący się w jamie HIGHMOR'a odłamek noża, przy zranieniu w twarz, 6 ctm. długi, wyjęty został przez otwór sztuczny w *fossa canina*]. Wreszcie znane są przypadki kul w jamach szczękowych górnych [DUPUYTREN, HYRTL].

W celach rozpoznawczych można by zastosować promienie ROENTGEN'a, oraz do pewnego stopnia prześwietlanie.

Leczenie polega na wydobyciu ciała obcego zwykle przez otwór szeroki, wykonany w *fossa canina*, lub w zębodole.

sami dochodzą one do tak znacznej wielkości, że literalnie wypełniają całą jamę nosogardzielową, uniemożliwiając oddechanie nosem. Częściej jednak tylko górna część *choan* bywa zakryta zwieszającym się przerosłym migdałkiem. I w *foveae Rosenmülleri* może być przerosła tkanka adenoidalna, toż samo w *ostium tubae* (t. zw. *tonsilla tubaria*—*Gerlach*), jakkolwiek nie wszyscy autorowie [TRAUTMANN, THOST] to ostatnie przyjmują. Czasami wyrosła przedstawiają się tu pod postacią mostków, idących od *tuba* do *fornix* [THOST, MOOS].

Pod drobnowidzem [BRINDEL ¹⁾] znajdujemy przede wszystkim budowę tkanki adenoidalnej: a więc tkanekę łączną siatkowatą (*reticulum*), której oczka wypełnione są ciałkami lim-

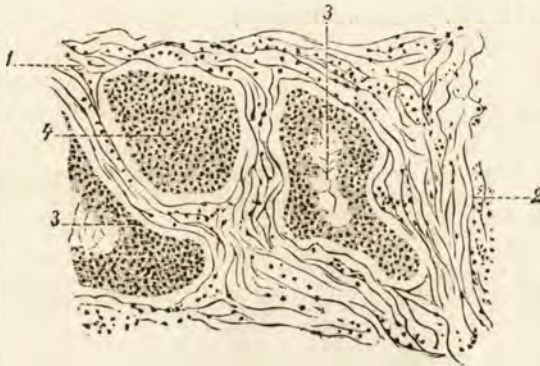


Fig. 73. Budowa wyrosli adenoidalnych [według GOUQUENHEIM'a i GLOVER'a]. 1—2 tkanka łączna infiltrowana komórkami zarodkowemi, 3—3 follikuły z centralnem „reticulum”, 4 follikuły w całości.

fatycznymi. Zupełnie wykształcone twory limfatyczne t. zw. torebki (*folliculi*) obficie się również znajdują, a nawet dla gołego oka są dostępne — jako drobne ziarenka. Błona śluzowa,

¹⁾ „Résultat de l'examen histologique de 64 végétations adénoïdes pratiqué au Laboratoire d'Anatomie pathologique de la faculté de médecine de Bordeaux”. Bull. et mem. de la Soc. fr. d'otol. de Lar. et de rh. XII—1896. p. 276.

wyściełająca te wyrośla, pokryta jest nabłonkiem cylindrycznym migawkowym [CHATELLIER], po części zaś [zwłaszcza w kryptach] wielowarstwowym płaskim [DMOCHOWSKI].

Objawy, zależne od wyrośli adenoidalnych dadzą się podzielić na następujące główne grupy:

1) zaburzenia w oddechaniu, 2) słuchowe, 3) w mowie, 4) nerwowe *resp.* intelektualne, wreszcie 5) w stanie ogólnym.

Najważniejszym bez zaprzeczenia objawem obecności wyrośli adenoidalnych w jamie nosogardzielowej jest mniej, lub więcej wyrażona *n i e d r o ż n o ś ć* jednej, lub częściej obu *j a m n o s o w y c h*.

O następstwach tego zupełnego, lub częściowego zatkania nosa mówiłem już szczegółowo w części ogólnej: usta dzień i noc otwarte, zęby sieczne (*incisivi*) wystające, nos wązki. Stąd charakterystyczny, głupkowaty wygląd dzieci, mających wyrośla adenoidalne [t. zw. *facies adenoidea*].



Fig 74. Wyraz twarzy (*facies adenoidea*) dziewczynki 11-to letniej z wyroślami adenoidalnymi [według ZARNIKO].

Jako następstwo ciągłego oddechania przez usta należy wymienić suchość w ustach i gardle, ślinienie bardzo obfite niekiedy, zwłaszcza w nocy, usposobienie do nieżytów dróg oddechowych, dalej chrapanie, sen niespokojny, t. zw. zmora nocna (*pavor nocturnus* — *Alpdruck*, ТНОСТ). Dalej nieżyt nosa [przerostowy — 234 razy na 718 moich przypadków] z wydzieliną obfitą,

drażniącą—co zmusza chorych do częstego używania chustek, stąd zaczerwienienie i pryszczycyca (*eczema*) u wejścia do nosa, oraz na górnej wardze (*sycosis*). Acz rzadko [15 razy w moich przypadkach] mogą być przy tem cierpieniu i krwawienia bądź z nosa (*epistaxis*), bądź z gardła. W tym ostatnim razie mogą symulować krwawienia płucne (*haemoptoe*).

Również długotrwała —zwłaszcza od wczesnych lat niedrożność nosa może mieć wpływ ujemny na rozwój górnej szczęki [wysokie położenie twardego podniebienia], a także klatki piersiowej.

Co się tyczy zaburzeń słuchowych, to takowe nie-zwykle często występują, jako następstwo wyrosli adenoidalnych [w moich przyp. na 718—365 razy, t. j. przeszło w połowie, o wiele jednak większy procent podają MEYER i HARTMANN — mianowicie przeszło 74%]. Zaburzenia te występują pod postacią szumu, mniej lub więcej wyrażonego upośledzenia słuchu, co anatomicznie przedstawia się, albo jako niezbyt trąbki EUSTACHIUSZA, albo ropienie w środkowym uchu etc. Nawet po części głuchoniemota, jak to wykazały ostatniemi czasy badania FRANKENBERGER'a ¹⁾, a także u nas WRÓBLEWSKIEGO może zależeć od obecności wyrosli adenoidalnych w jamie nosogardzielowej [prawie w 60%—58% przypadków według powyższych autorów] We wszystkich 6 przypadkach głuchoniemoty, jakie miałem sposobność spostrzegać, istniały w znaczniejszym stopniu wyrosła adenoidalne w jamie nosogardzielowej.

I zaburzenia w mowie stale towarzyszą wyrosłom adenoidalnym. Jest ona zwykle mniej, lub więcej niewyraźną—nosową, bezdźwięczną [t. zw. *totte Sprache*—MEYER]. Również i jąkanie czasami może zależeć od obecności tych narośli. KARUTZ ²⁾ mianowicie, badając uczniów w szkole Lubeckiej, 63% znalazł to cierpienie u jąkałów; podobnyż procent podaje PLUDER w Hamburgskiej szkole.

Olbrzymi dział objawów, zależnych od obecności wyrosli adenoidalnych stanowią zaburzenia nerwowe, *resp.* intelektualne. I tak bóle głowy, mniej, lub więcej znaczne

¹⁾ „Adenoide Vegetationen bei Taubstummen nebst einigen Bemerkungen ueber die Aetiologie der Taubstummheit“. Monat. f. Ohr. 1896—10.

²⁾ „Adenoide Vegetationen und die Schule“. I. C. f. Lar. 1896. p. 88.

osłabienie pamięci, oraz zdolności intelektualnych — pewien rodzaj umysłowego roztargnienia, to co Guy z Amsterdamu nazywał *aprosxia nasalis*, daje się często zauważyć u uczącej się młodzieży podlegającej temu cierpieniu. W wyżej wymienionych badaniach Karutz'a wynosiło ono 70%. W moich obserwacjach również bardzo często mogłem zauważyć objaw ten w większym, lub mniejszym stopniu — mianowicie 245 razy na 718 przyp., co stanowi przeszło 34%. Fakt ten niezwykle doniosły powinien zwrócić uwagę zwierzchności szkolnej, która za zasadę powinna przyjąć badanie specjalne jam nosowych, *resp* jamy nosogardzielowej w każdym przypadku opieszałości w naukach u młodzieży. Należy mi zaznaczyć, że na szczegól ów w Niemczech już zwrócono w szkołach baczną uwagę.

Wyższy stopień zaburzeń nerwowych stanowi pewien rodzaj apatyi, wreszcie kretynizm [jeden tego rodzaju przypadek dotyczący 15 to letniej dziewczyny, formalnej idiotki, z kolosalnymi wyrosłami adenoidalnymi spostrzegałem w roku zeszłym, [prócz tego jeszcze 5 innych przypadków poprzednio].

Wyrosła adenoidalne mogą też stać się powodem różnorodnych nerwic odruchowych, jako to astmy, kaszlu, *enuresis nocturnae* [jeden tego rodzaju przypadek niedawno spostrzegałem].

Wreszcie cały szereg objawów ogólnych może być następstwem tego cierpienia. A więc przedewszystkiem cierpi ogólne odżywianie: dzieci z wyrosłami adenoidalnymi zwykle są blade, jak nalane, niemają apetytu, zwykle z obrzmiałymi gruczołami chłonnymi na szyi. W ogóle rozwijają się [rosną] bardzo powoli.

R o z p o z n a n i e t. zw. wyrosli adenoidalnych nie należy do zbyt trudnych. Już z samego charakterystycznego wyglądu dziecka (*facies adenoidea*), dalej z charakterystycznej mowy bezdźwięcznej, zwykle z mniej, lub więcej upośledzonego słuchu, oraz niedrożności jam nosowych — nabieramy podejrzania, że w danym przypadku prawdopodobnie mamy do czynienia z wyrosłami adenoidalnymi w jamie nosogardzielowej. Zwykle przytem przy rozpytywaniu się rodziców, lub otoczenia dziecka dowiadujemy się, że dziecko chrapie w nocy, ma sny niespokojne [choć to ostatnie zwykle przez rodziców kładzie się na karb obecności robaków u dziecka!], że się od pewnego czasu gorzej uczy, jest jakiś dziwnie roztargniony (*aprosxia*), na co już nauczyciele

w szkole zwrócili uwagę, że w ostatnich czasach gorzej wygląda — niema apetytu, jest osłabiony, apatyczny etc.

Co się tyczy objawów obiektywnych, jakie przy badaniu konstatujemy u takich chorych, to niekiedy znajdujemy zmiany charakterystyczne dla tego cierpienia: już w jamie ustnej *resp.* zębach [wydłużenie siekaczy], szczęce górnej [podniebienie twarde stoi wysoko], dalej migdałki podniebienne w większości przypadków są powiększone, często też bywa *pharyngitis granulosa*. Przy badaniu nosa od przodu (*rhinoscopia ant.*) znajdujemy bardzo często nieżyt nosa przerostowy [przeszło 32,5% w moich przyp.], natomiast zupełnie się nie zgadzam z ZARNIKO'iem, który twierdzi, że z samego już badania nosa od przodu można mieć prawie zupełnie pewne pojęcie o obecności i rozmiarach wyrośli adenoidalnych w jamie nosogardzielowej.

Zdaniem mojem najważniejszą metodą, która pozwala nam zawsze tam, gdzie ona jest możliwą do wykonania [a względnie często nawet u małych dzieci, 2—3 letnich to się udaje], dokładnie rozpoznać powyższe cierpienie, jest t. zw. *rhinoscopia post.* Tego samego zdania jest również SCHMIDT.

Wprawdzie w lusterku krtaniowem widzimy tylko dolną powierzchnię przerosłego migdałka, a więc obraz perspektywicznie skrócony, jednak o rozmiarach jego można do pewnego stopnia sądzić z mniejszego, lub większego zakrycia tylnych otworów nosa (*choanae*). W tym celu podzieliłbym wyrośla adenoidalne na 3 grupy: 1) najmniejszy stopień: przy rhinoskopii tylnej widzimy, że przerosła część migdałka nie sięga górnego brzegu choan, 2) średni stopień najczęstszy, gdy część górna $|\frac{1}{2}|$ tylnych otworów nosa jest zakrytą przez zwieszające się ze stropu wyrośla adenoidalne. Wreszcie najrzadziej 3) najwyższy stopień: mniej więcej cała jama nosogardzielowa wypełniona masą adenoidalną, przyczem choany są prawie zupełnie zatkane i dziecko z trudnością, lub wcale nie oddycha nosem i wskutek jednoczesnego zatkania wylotów gardzielowych trąbek EUSTACHIUSZA ma mniej, lub więcej upośledzony słuch.

W wielu jednak razach badanie lusterkiem jest niemożliwym, najczęściej wskutek niespokojnego zachowania się dziecka, rzadziej wskutek miejscowej wrażliwości (*hyperaesthesia*) miękkiego podniebienia [tę ostatnią można wprawdzie znieść za pomocą kokainy, jakkolwiek u małych dzieci należy z nią być bardzo ostrożnym]. W tych razach nie pozostaje nam nic innego,

jak uciec się do palpacji t. j. do zbadania jamy nosogardzielowej palcem. Jest to rękoczyn w wysokim stopniu dla dziecka nieprzyjemny. O sposobie jego wykonania mówiłem w części ogólnej [strzedz palec od ugryzienia!]. Zwykle wtedy palec nasz napotyka ciało mniej, lub więcej miękkie, nierówne, krwawiące [jak się to okazuje przy wyjęciu palca]. Nie należy zbyt długo manipulować palcem w jamie nosogardzielowej, gdyż pominiawszy już to, że rękoczyn ten jest, jak już wspomniałem, nieprzyjemny, oraz bolesny, mógłby u małych zwłaszcza dzieci wywołać zaduszenie. Jedna minuta najwyżej dla w prawnego badacza wystarczy dla postawienia rozpoznania wyrosli adenoidalnych, które chyba wyjątkowo z syfilisem późnym odziedziczonym (*lues haereditaria tarda*) pomięszanemi być mogą, jak to mianowicie miało miejsce w 2 przypadkach, ogłoszonych ostatniemi czasy przez GAREL'a¹⁾.

Rokowanie przy wyrosłach adenoidalnych jest w ogóle pomyślnem: leczenie odpowiednie [operacyjne] zwykle usuwa w zupełności to cierpienie, oraz po większej części [zwłaszcza, jeżeli sprawa niezbyt długo trwała] i zależne od niego objawy [niedrożność nosa, głuchotą, *aprosociam* etc.].

Ważną jest kwestya recydyw. Te ostatnie czasami się zdarzają.

Ja jednak, podobnie jak i LUC, jestem tego zdania, że nie są to właściwe nawroty cierpienia, gdyż raz gruntownie usunięty migdał LUSCHKI nie recydywuje, podobnie jak to ma miejsce z migdałkami podniebiennymi po ich gruntownej ekstyrpacji, lecz owe pseudorecydywy są po prostu następstwem niedokładnie wykonanej operacji: są to po prostu pozostawione, niezoperowane cząstki migdałka, które naturalnie w dalszym ciągu rosną i znowu po pewnym czasie wywołują te same objawy [zatkanie nosa etc.].

Rzecz się ma podobnie, jak w przypadku licznych drobnych polipków nosowych, które recydywują, gdyż niedokładnie były usunięte [przeoczone polipki, lub zbyt mało wypalony przyczep etc.], co nawiasowo mówiąc w tych razach często nawet najwprawniejszemu operatorowi się zdarza w obec niezwykłych trudności technicznych samej operacji.

¹⁾ Syphilis héréditaire simulant des végétations adénoïdes. Bull. et mem. de la Soc. franc. d'ot. etc. V. XII. 1896. p. 36.

Leczenie t. zw. wyrośli adenoidalnych jest jedyne t. j. usunięcie ich na drodze operacyjnej. Jedyne tylko bardzo nieznaczne przerosty migdałka gardzielowego, gdy takowe nie wywołują jeszcze tych szkodliwych dla ustroju następstw, o których powyżej wspomniałem, lub w razie niezgodzenia się otoczenia [rodziców etc.] na operację, można zastosować tytułem próby inne leczenie i to przede wszystkim mięsenie drgawkowe [błon śluzowych], które w tych razach rzeczywiście dawało mi bardzo dobre rezultaty, nie dopuszczając do dalszego rozwoju tego cierpienia.

Jest to więc rodzaj zapobiegawczego leczenia. Bardzo zachwalane natomiast przez MARAGE we Francji leczenie wyrośli adenoidalnych za pomocą pędzlowania 50% rezorcyny nie prowadzi do celu, jak to świeżo wykazał BRINDEL.

Drugą bardzo ważną kwestyą jest, ile wyciąć i w jakich warunkach operować należy? Zdaniem mojem wszystko, o ile to jest możliwem [operujemy na ślepo!] doszczętnie wyskrobać na leży aż do kości w celu uniknięcia recydyw, o których np. wspomina SCHMIDT. Zwykle rodzice, a nawet lekarze domowi dają się słyszeć z poglądem niczem nieuzasadnionym, że nie należy operować zbyt małych i zbyt osłabionych dzieci, że w obec tego najlepiej wstrzymać się z operacją aż do czasu, gdy się dziecko wzmocni. Moim zdaniem jest to pogląd z gruntu fałszywy, mogący przytem spowodować fatalne następstwa.

Nie należy zapominać, że owa rzekoma słabość organizmu właśnie jest następstwem tego cierpienia, wskutek tych szkodliwości, o jakich powyżej obszernie wspominałem, i że właśnie po usunięciu wyrośli adenoidalnych stan ogólny o wiele prędej i bardziej się poprawia, aniżeli po uprzednio stosowanym *larga manu* całym szeregu środków i metod leczniczych (pobyt w Ciechocinku etc.), które aż do czasu operacji okazały się najzupełniej bezskutecznymi. Zresztą, czyż będziemy czekali z wykonaniem operacji, dopóki nie wystąpią groźniejsze dla dziecka następstwa [utrata słuchu, niedorozwój klatki piersiowej, zaburzenia intelektualne etc.]!

Z drugiej zaś strony niezapominajmy, że operacja ta, wykonana ostrożnie, umiejętnie jest najzupełniej niewinna i że nawet najmniejsze dzieci [mniej niż roczne — SCHMIDT] można zupełnie bezpiecznie operować.

Technika operacji. A teraz co się tyczy samej operacji wyrosli adenoidalnych, to *à priori* wyznać muszę, że istnieje cały arsenał instrumentów, oraz metod operacyjnych w tym celu używanych. Wszystkie one mniej, lub więcej są dobre, gdyż prowadzą do celu t. j. doszczętnego usunięcia narośli. Każdy z rhinologów ma swój ulubiony sposób operowania, który mu się wydaje najodpowiedniejszym. Tym sposobem i ja poniżej wyłuszczyć swoją metodę, którą od lat wielu stosowałem i stosuję z powodzeniem w całym szeregu przypadków wyrosli adenoidalnych [336].

Z mnóstwa używanych w tym celu instrumentów [kleszcze LOEWENBERG'a, WOAKES'a, SCHECH'a, JURASZA etc. dalej skro-



Fig. 75. Kleszcze JURASZA.



Fig. 76. Nóż GOTTSTEIN'a.



Fig. 77. Skrobaczka HARTMANN'a.

baczki MEYER'a, HARTMANN'a, GOTTSTEIN'a, TRAUTMANN'a etc.], uważam za zupełnie wystarczające — najlepsze 2: mianowicie kleszcze JURASZA i skrobaczkę [nóż] GOTTSTEIN'a. Poprzednio jeszcze używałem skrobaczki HARTMANN'a do bocznych wyrosli,

ostatecznie jednak przekonałem się, że jest on zbyt cenny, gdyż to samo można zrobić i za pomocą noża GORTSTEIN'a, przytem można zranić i *tubam* [HELMÉ¹⁾]. W ostatnich czasach SCHÜTZ zaleca tonsillotom, który jednak większość francuskich autorów [LERMOYEZ, MOURE etc. nie chwali].

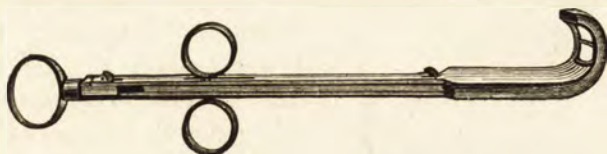


Fig. 78. Tonsillotom Schütz'a do wyrośli adenoidalnych.

W Anglii stosują po większej części przy operacjach wyrośli adenoidalnych zupełną narkozę [chloroformową], którą ja jednak uważam za zbyt cenną ze względu na krótki czas trwania operacji. Ja stosuję w tym celu tylko połowiczne uspienie [półnarkozę] t. j. do zachowania odruchów kaszlowych, co jest ważnem ze względu na możliwą aspirację krwi podczas operacji. Starsze, spokojne dzieci, a także dorosłych zwykle nie chloroformuję, gdyż uważam to za zbyt cenne, natomiast, używam w tych razach miejscowego znieczulenia za pomocą kokainy [20%]. Jak już wspomniałem niektórzy autorowie zwłaszcza we Francji [LUBET BARBON, LERMOYEZ, z niemieckich zaś SCHMIDT] zalecają zamiast chloroformu—bromek etylu.

Na kilka dni przed operacją zalecam oczyszczanie nosa za pomocą, najlepiej, kąpeli nosowych, w wigilię zaś operacji olej rącznikowy. Operację wykonywam zwykle w domu chorych [resp. w domu zdrowia], gdy ma być stosowanym chloroform, w przeciwnym razie u siebie w gabinecie, lub w lecznicy.

Oto jakie jest moje postępowanie w tych razach: przed samą operacją przespicycowuję nos dziecka ciepłym roztworem kwasu bornego, następnie dziecko rozebrane [z pozostawieniem jedynie koszulki i pończoszek] i owinięte prześcieradłem asy-

¹⁾ „Traitement de végétations adénoïdes“. Bull. et mem. de la Soc. franc. d'otol. de lar. et de rhin., V. XII, 1896. p. 80.

stent, lub ktokolwiek z otoczenia, siedząc na zwykłym krześle, lub lepiej niskim foteliku trzyma na kolanach, ściskając silnie między temi ostatnimi nogi malca, główkę zaś opiera na prawem ramieniu swoim, przytrzymując ją w tej pozycji ręką, na czole dziecka umieszczoną.

Poczem zaczyna się ostrożne, powolne chloroformowanie [nie zapomnieć przedtem zbadać stan serca dziecka!].

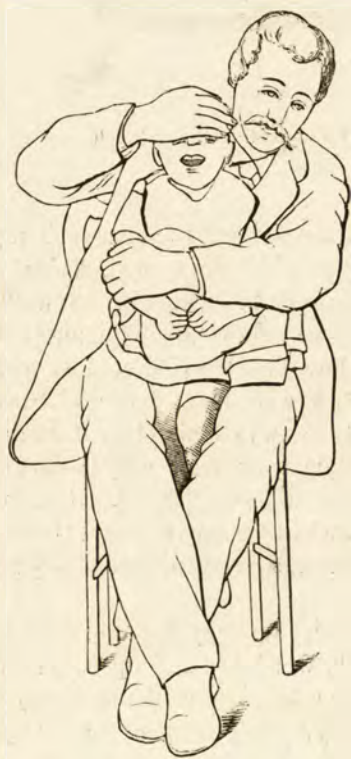


Fig. 79. Pozycja dziecka i asystenta przy operacji wyrosłości adenoidalnych [według J.ERMOYEV'a].

Ważnem jest przytem nie przekroczyć miary t. j. doprowadzić dziecko tylko do półuspienia *resp.* odurzenia. Wystarcza na to zwykle bardzo nieznaczna ilość chloroformu. Następnie operator [odpowiednio t. j. w biały fartuch przybrany, stojący *vis à vis* dziecka tyłem do okna, przed którym siedzi asystent wraz z dzieckiem, notabene operacja powinna się odbywać w dzień w pokoju możliwie obszernym i widnym, z prawej strony operatora przy oknie na stoliku, czysto nakrytym znajdować się powinny poprzednio wysterylizowane odpowiednie instrumenta, w trakcie operacji winny być one pograżone w 5% kwasie karbolowym] roztwiera usta dziecka za pomocą zwykłego szpatla B. FRAENKEL'a [czasami przy większej zwłaszcza ilości zużytego chloroformu występuje szczękościsk, tak że należy użyć siły *resp.* rozwieracza najlepiej ROSER'a]. Co uczyniwszy i mając jamę ustną

dziecka, oświetloną światłem przez okno padającym, przystępuję do właściwej operacji, którą wykonywam bardzo szybko, a to ze względu na krótkość trwania narkozy. Przedewszystkiem więc wkładam do jamy nosogardzielowej kleszcze JURASZA, wyjmując po większej części

dość znaczny kawał miękkich zazwyczaj wyrosli, następnie szybko wkładam nóż *Goettsstein'a*, robię szybkie po sobie następujące 3 ruchy [jedno pośrodku i 2 z boku w *foveae Rosenmülleri*] w kierunku od przodu i góry [od górnego brzegu choan] ku tyłowi i dołowi zeskrobnując pozostałe części wyrosli adenoidalnych. Wtedy szybko nachylam głowę dziecka ku przodowi nad podstawione naczynie, a to dla ściekania, po większej części obficie nosem zwłaszcza spływającej, krwi. Zwykle dziecko wtedy jest jeszcze nieco odurzone, nieprzytomne. Korzystam więc z tego stanu i przystępuję do ostatniego, bardzo ważnego, zdaniem mojem aktu operacji, który jest zarazem diagnostycznym, a właściwie kontrolującym, t. j. otworzywszy znowu usta dziecka, czy to za pomocą rozwieracza *Roser'a*, czy też wprowadziwszy lewy mój wskaźnik, zaopatrzony w metaliczną ochronę [od ugryzienia fig. 24] wprowadzam z prawej strony [stoję z tyłu chorego, jak przy badaniu, o czem już w części ogólnej wspominałem] prawy wskaźnik, poprzednio doskonale zdezynfekowany z nawiniętą cienką warstwą gazy iodoformowej, zwilżonej 1 : 1000 roztworem sublimatu, do jamy nosogardzielowej i jednocześnie badając, czy wszystkousunięte, energicznie wycieram *resp.* wyskrobuję paznogciem resztki wyrosli adenoidalnych zwłaszcza po bokach. Jest to najnieprzyjemniejsza część operacji, dziecko wtedy zwykle już się budzi. Bezpośrednio po tym rękoczynie krwawienie z nosa, a po części i z gardła staje się obfitszem. Zalecam wtedy wyplukać *resp.* szprycuję gardło kwasem bornym [ciepłym roztworem], oraz wacikami, zmażdżanymi w tymże roztworze oczyszczam jamy nosowe od krwi, starając się wyciskać nieco płynu do jam nosowych. Zastępuje mi to do pewnego stopnia oczyszczanie rany pooperacyjnej, gdyż podobnie, jak to już w roku 1891 w *Gazecie Lekarskiej*¹⁾ podnosiłem i obecnie nie stosuję bezpośrednio po operacji przestrzykiwania jam nosowych, a to ze względu na możliwe zajęcie ucha średniego. Tegoż samego zdania jest *Helme* w ostatniej swej pracy o wyrosłach adenoidalnych, a także *Lermoyez*, *Garel* i inni. Zadawałniam się natomiast wdmuchnięciem [jeśli dziecko pozwala bezpośrednio przez jamę ustną za pomocą me-

¹⁾ „W kwestyi rozpoznawania, oraz leczenia t. zw. wyrosli adenoidalnych“.

chanicznego insuflatoru KRAUSE'go [fig. 36], lub tylko przez nos] do jamy nosogardzielowej antyseptycznego proszku [dermatol, aristol etc.]. Dalej watą zatykam uszy i dziecko każe położyć do łóżka. Zalecam spokój, nieco lodów [zwłaszcza gdy jednocześnie i migdały podniebienne były wyjęte], zimne mleko. Upредить należy otoczenie o możliwości wymiot krwawych [połknięta podczas operacji krew!]. Wieczorem tego samego dnia odwiedzam zwykle chorego, badam szczegółowo stan uszów [błony bębenkowej], ciepłotę, gardło etc. i znowu zasypuję aristolem, lub dermatolem. Na drugi dzień pozwalam już przyjmować nieco pokarmów, w każdym razie jeszcze półpłynnych i niezbyt gorących. W dalszym ciągu zalecam płukać gardło kwasem borowym i parę razy dziennie ostrożnie z tego samego środka robić kąpiele nosowe. 4-go dnia, jeśli pogoda sprzyja, pozwalam po raz pierwszy dziecku wyjść na spacer w południe. W dniu tym też po raz pierwszy po operacji stosuję ostrożnie przeszprycowanie jam nosowych. W tydzień mniej więcej następuje zupełne zagojenie rany pooperacyjnej.

Jeżeli jednocześnie istnieją i duże migdałki podniebienne, to operuję je na jednym posiedzeniu, razem z wyrosłami adenoidalnymi, zaczynając zwykle od pierwszych [zwykle za pomocą tonsillotomu, SCHMIDT stosuje w tych razach pętlę galwanokaustyczną, co jednak ze względu na techniczne trudności, przeniesienie aparatów etc. nie jest wygodnem].

Jak już wspominałem u dorosłych, oraz dzieci bardzo spokojnych, których rodzice obawiają się chloroformu, stosuję jedynie kokainowanie, naturalnie operację już wykonywam wtedy u siebie w gabinecie i przy istniejących jednocześnie przerosłych migdałkach podniebiennych, takowe pierwej [rzadziej na jednym posiedzeniu] również pętlą gorącą usuwam, gdyż jak to w innym miejscu¹⁾ wykazałem, metoda ta ma znaczną wyższość nad tonsillotomią.

Niektórzy autorowie [ZAUFAL, CHIARI, ZARNIKO etc.] stosują też w tych razach pętlę zimną [przez nos]. Jednak nie sądzę, żeby to było praktycznem. U dorosłych często ograniczam się jedynie na nożu GOTTSTEIN'a [podobnie, jak i SCHMIDT],

¹⁾ „Quelques remarques sur l'emploi de l'anse galvanocaustique dans le traitement des hypertrophies des amygdales“. Rev. de Lar. 1891.

przyczem niejednokrotnie otrzymywałem przy jednym poruszeniu silnem noża w kierunku od przodu i od góry ku tyłowi i dołowi, bardzo znaczne niekiedy [wielkości orzecha włoskiego] fragmenty migdałka gardzielowego z jego makroskopową charakterystyczną budową [brózdami].

Czasami w tych razach wykonywam operację nie na ślepo, lecz pod kontrolą lusterka krtaniowego, co ma tę dobrą stronę, że pozwala na dokładne założenie instrumentu.

Zdarzyć się przytem może, że odcięty kawałek bywa przez chorych połkniętym, jak to w kilku moich przypadkach miało miejsce, co jednak nie pociąga za sobą żadnych następstw.

Należy jednak dla uniknięcia tego, chorych o tej ewentualności uprzedzić, a wtedy po większej części odcięty kawałek zostaje wykrztuszonym. Czasami zdarza się też, że migdałek gardzielowy nie jest zupełnie odciętym, lecz trzyma się na mostku [z błony śluzowej]. Wywołuje to nieprzyjemne uczucie dławienia, należy więc zawsze po ukończeniu operacji dokładnie obejrzeć jamę ustną i w razie wiszącego kawałka wyrosli, takowy za pomocą kleszczy, czy też nożyczek usunąć.

Niektórzy autorowie stosują też wycięcie wyrosli adenoidalnych na kilku posiedzeniach np. w Anglii i Ameryce, przytem używają albo kleszczy [WOAKS'a], albo skrobaczek przeważnie na palcu umieszczonych, co jednak nie uważam za praktyczne. Toż samo i stosowanie w tych razach galwanokaustyki, bądź w postaci pętli gorącej, bądź kauterów [CHATELLIER, ROUSSEAUX, CHEVAL].

Następstwa szkodliwe po operacji wyrosli adenoidalnych rzadko w ogóle się zdarzają, zwłaszcza przy zachowaniu wszelkich ostrożności, o których powyżej. Do nich przedewszystkiem należy wpadnięcie do dróg oddechowych, odciętego kawałka migdałka [o jednym takim przypadku, zakończonym śmiercią z zaduszenia — wspomina HELME]. Dalej zranienie *vomeris* przy użyciu kleszczy wyjątkowo chyba tylko zdarzyć się może.

Co się tyczy większych krwawień, zarówno bezpośrednio po operacji, jak i następczych, o jakich niektórzy autorowie wspominają [BRINDEL, RUAULT, MOURE, wreszcie NEWCOMB, który opisał nawet śmiertelny przypadek wskutek krwotoku ta-

kiego, podobnież ostatnimi czasy SCHMIEGELOW¹⁾] to ja zaledwie raz jeden [12-to letnia dziewczynka] spostrzegalem wtórny krwotok po operacyi [na 2-gi dzień] i to niezbyt groźny.

W każdym razie jest to możliwem, choćby z analogii do przerosłych migdałków podniebiennych, po których wycięciu wtórne krwotoki nie należą do zbyt rzadkich.

Natomiast kilka [4] razy w swoich przypadkach miałem do czynienia z *angina resp. tonsillitis follicularis s. lacunaris acuta*.

Zwykle na 2-gi, lub 3-ci dzień ciepłota zaczyna się podnosić, chorzy zaczynają znowu uskarżać się na ból gardła. Przy badaniu znajdujemy migdałki podniebienne zaczerwienione i obrzmiałe, w kryptach zaś białawo-żółtawe czopki. W parę dni przy odpowiedniem leczeniu [purgans, salol 5% alkoholowy rozczyn, z czego łyżeczkę do szklanki wody letniej, chinina etc.] sprawa przechodzi bez śladu. WRÓBLEWSKI spostrzegał jako powikłanie błonicę.

Gorzej natomiast, jeżeli pomimo najściślej zachowanej antyseptyki z przyczyn po większej części nieznanych [w jednym z moich 2 przypadków tego rodzaju przyczyną było niezachowanie się higieniczne po operacyi, załatwianie sprawunków tegoż samego dnia wśród najgorszej pogody], występuje zajęcie średniego ucha (*otitis media acuta suppurativa*). W tych razach ciepłota zwykle tego samego dnia [w jednym z moich przypadków dopiero na 4-ty dzień bez widocznej przyczyny] się podnosi, chorzy narzekają na bóle w uchu [zwykle z jednej strony], odpowiedniej połowie głowy, mniej, lub więcej upośledzony słuch. Przy badaniu znajdujemy błonę bębenkową mniej, lub więcej zaczerwienioną i obrzmiałą. Energicznie zastosowana w tych razach antiflogoza [pijawki przed (na *tragus*) i za uszami, krople rezorcynowe z kokainą 1—5%], czasami jeszcze sprawę zapalną usunąć jest w stanie. Zwykle jednak następuje wysięk ropny z przedziurawieniem błony bębenkowej (*spontaneo modo*, lub po paracentezie) a nawet czasami z zajęciem wyrostka sutkowego (*proc. mastoideus*), zmuszającym niekiedy do trepanacyi tego ostatniego.

¹⁾ „Ein Fall von primärer tödtlicher Blutung nach der Entfernung von adenoiden Vegetationen“. Monat. f. Ohrenh. 1897. 3.

Na szczęście nieprzyjemna ta komplikacja jest bardzo rzadką. Jak już wspomniałem, ja na parę setek [336] operacji wyrosli adenoidalnych miałem zaledwie 2 tego rodzaju przypadki THOST, oraz FRAENKEL spostrzegali przypadki, gdzie po operacji wyrosli adenoidalnych wystąpiła szkarlatyna. THOST sądzi, że przerost migdałka *Luschki* w tych razach był początkowym stadium płonicy.

Rezultat operacji. W większości przypadków rezultaty operacji wyrosli adenoidalnej — są doskonałe. Przedewszystkiem dziecko po operacji odzyskuje drożność nosa, co i odbija się wkrótce na całym jego stanie ogólnym [spostregano nawet szybszy wzrost po operacji wyrosli adenoidalnych — *Castex* i *Malherbe*]. Zaczyna oddychać swobodnie przez nos [niekiedy jeszcze przez pewien czas z przyzwyczajenia ma usta otwarte, przeciw czemu nawet niektórzy autorowie zalecają specjalne aparaty, lub podwiązywanie dolnej szczęki chustką, co jest jednak zbyt zbytecznym], odzyskuje humor, apetyt, bóle głowy ustępują, cera się poprawia, zdolności, pamięć wracają [pamiętam między innymi jedną dziewczynkę 7-io letnią, córkę intelligentnych rodziców, która przez rok cały nie mogła się nauczyć abecadła, po usunięciu zaś wyrosli adenoidalnych w ciągu paru tygodni z zupełną łatwością tego dokazała. Analogiczny zupełnie przypadek podaje KOEHLER], t. zw. *Aprosexia nasalis* [u uczącej się młodzieży] powoli ustępuje. Mowa się powoli poprawia, słuch często bezpośrednio po operacji wraca, po prostu wskutek usunięcia mechanicznej przeszkody [a przypadków takich mam bardzo wiele zanotowanych], cierpienia uszne [ropienia etc.] do tego czasu niepoddające się żadnemu leczeniu [zarówno miejscowemu, jak i ogólnemu — Cieclocinek etc.] powoli ustępują.

Bardzo ciekawe spostrzegalem i operowalem przypadki u głuchoniemych. W jednym z nich [5-io letni chłopiec, pochodzący z rodziny, w której wielu członków dotkniętych jest głuchoniemotą] po operacji zaczął powoli wracać słuch, a co ważniejsza i mowa [z początku pojedyncze wyrazy, następnie zaś i zdania całe]. W przeciągu pół roku, jak mi to z radością zakomunikowała matka dziecka, nastąpił nadzwyczajny zarówno fizyczny, jakoteż więcej jeszcze umysłowy rozwój dziecka. W 2-im przypadku, dotyczącym 4-o letniego chłopca głuchoniemego od urodzenia, również rezultat bezpośredni po operacji wyrosli adenoidalnych, był niezły tak co do słuchu, jak i mowy. Na nieszczęście dalszy los chorego w tym przypadku nie jest mi wiadomym, zbyt krótkim zaś w 3-im [12-to letnia dziewczynka — od 4-go roku życia głuchoniema] — niedawno przezemnie operowanym.

O 2 podobnych przypadkach wspomina również ARSLAN, jeden zaś COUÉROUX¹⁾.

Wskazania do operacji. Bardzo ważną kwestją jest, kiedy należy operować wyrośla adenoidalne? Wskazanie tu proste, skoro tylko zaczynają występować jakiegokolwiek z wyżej opisanych objawów, nie należy zwlekać z wykonaniem operacji, chociażby nawet wyrośla jeszcze nie były zbyt wielkie.

Ważnem jest również operować dzieci przed rokiem 7-ym, t. j. przed zmianą zębów, przez to bowiem możemy uprzędzić wady rozwojowe górnej szczęki i zębów. Zwłaszcza bardzo częstemi, szczególnie w ostatnich czasach w moich przypadkach były zaburzenia w sferze intelektualnej (*aprosocia nasalis*). W wielu bardzo przypadkach, dotyczących uczniów, źle uczących się, po operacji stan umysłowy [pamięć, zdolności] tak się poprawił, że odtąd z łatwością przychodziło im zajmować się nauką.

Jest to fakt, na który chciałbym zwrócić baczną uwagę zwierzchności szkolnej.

Co się tyczy przeciwwskazań do tej operacji, to do nich przedewszystkiem należą:

- 1) haemophilia,
- 2) anomalie w tętnicach nosogardzieli [GELLÉ, MOURE],
- 3) sprawy zapalne ostre,
- 4) epidemie domowe [influenza, koklusz, dyfteryt etc.].

ROZDZIAŁ V.

Sprawy konstytucjonalne jamy nosogardzielowej.

I. Gruźlica (*tuberculosis*) — mianowicie wtórna, t. j. przy gruźlicy płuc [często w połączeniu z gruźliczem zajęciem kiszek, lub krtani — E. FRAENKEL] nie należy do zbyt rzadkich. Świadczą o tem dane sekcyjne. I tak E. FRAENKEL na 50 sekcji suchotników — 12 razy znalazł gruźlicze zajęcie ja-

¹⁾ Cytowany w pracy HELME'a.

my nosogardzielowej. DMOCHOWSKI zaś na 62—21 razy. Pierwotna natomiast gruźlica błony śluzowej nosogardzieli należy do wielkich rzadkości. Jest to t. zw. skryta postać, na którą pierwszy zwrócił uwagę DIEULAFOY, dalej LERMOYER [na 32 przypadki—2 razy], PLUDER i FISCHER ¹⁾ [na 52 przyp.—5 razy], wreszcie BRINDEL [na 63 przyp.—8 razy].

Co się tyczy wtórnej postaci, to infekcja może tu nastąpić, albo od strony jam nosowych [rzadziej], lub od strony gardła, wreszcie płuc [przy dość często zjawiających się przy kaszlu u suchotników ruchach wymiotnych zakaźne masy wraz ze śluzem mogą dostawać się do jamy nosogardzielowej]. Jakkolwiek sekcyja uczy, że sprawa powyższa stosunkowo dość jest częstą, to jednak kliniczna obserwacyja bynajmniej tego nie potwierdza, co prawdopodobnie należy przypisać tej okoliczności że dopiero w ostatnich okresach gruźlicy płuc następuje tego rodzaju infekcyja jamy nosogardzielowej.

Objawy mogą być bardzo nieznaczące, lub ich wcale nie-być [E. FRAENKEL], tak, że tylko przypadkowo przy badaniu nosa od tyłu (*rhinoscopia post.*) cierpienie to się niekiedy wykrywa.

Czasami bywają bóle, promieniujące w kierunku do uszów.

Sprawa gruźlicza w nosogardzieli zwykle przedstawia się pod postacią owrzodzeń—zwykle na migdałku gardzielowym (*Luschki*), rzadziej w zagłębieniach ROSENMÜLLER'a, oraz na *Tubenwulst*.

Rozpoznanie dzięki *rhin. post.* nie trudne — zwłaszcza wtórnych postaci. Ostatecznie w wątpliwych razach można zeskrobaną część wydzieliny z dna owrzodzenia zbadać pod drobnowidzem, toż samo przy rzadszej jeszcze postaci guzowatej [HAJEK].

Rokowanie w ogóle niezbyt pomyślne przy pierwotnej, przy wtórnej zaś absolutnie złe.

Leczenie przy wtórnej gruźlicy jamy nosogardzielowej objawowe—niezle działają pędzlowania zaleconego ostatnimi czasami w ogóle przy gruźlicy górnego odcinka dróg oddechowych—przez RUAULT'a i HERYNGA *phenolum sulforicinicum* [20—30%].

¹⁾ „Ueber primäre latente Tuberculose der Rachenmandelhypertrophie“. Arch. f. Laryng. B. IV. H. 3.

Przy pierwotnej postaci najlepiej wyskrobać doszczętnie owrzodzenie z następczym przypaleniem kwasem mlecznym.

II. Syfili s w jamie nosogardzielowej—zwłaszcza wtórny [przy cierpieniach nosa, oraz gardzieli] nie należy do zbyt rzadkich. Pierwotne stwardnienie (*ulcus induratum*), spowodowane np. nieczystym kateterem obecnie w epoce dokładnej anty- i aseptyki, jest prawie niemożliwym. Również nie należą do zbyt częstych drugorzędne zmiany syfilityczne (*plaques*), zwykle przy analogicznych zmianach w gardzieli. Natomiast jama nosogardzielowa jest ulubionem miejscem trzeciorzędowego syfilisu, a więc rozpadłych gummatów. Te ostatnie szczególnie chętnie umiejscawiają się na tylnej, t. j. nosowej powierzchni miękkiego podniebienia, doprowadzając dość często do przedziurawienia takowego. Również i na stropie gardzieli, *foveae Resenmülleri*, tylnej ściance etc. zdarzają się owrzodzenia przymiotowe.

Rzadko stosunkowo zajęte bywają kości, *resp. os basilare*. Wtedy występują silne bóle w tyle głowy, zaburzenia wzrokowe etc. Zwykle dochodzi do eliminacji mniejszych, lub większych sekwestrów przez nos, lub usta.

Rozpoznanie zwykle nie natrafia na większe trudności, tylko od gruzliczych spraw [owrzodzeń, w jamie nosogardzielowej czasami dość trudno odróżnić to cierpienie. Można w razach wątpliwych spróbować jodek potasu do wewnątrz, lub uciec się do badania drobnowidzowego.

Leczenie polega na t. zw. *traitement mixte* t. j. *kali jodatium* i *Hydrargyrum* [injekcye, lub wcieranie], miejscowo zaś pędzlowania roztworami jodu w iodku potasu, $HgCl_2$, przypalanie kwasem chromnym etc.

Na szczególną uwagę zasługują bliznowate z wężenia, lub zarośnięcia (*synechiae, atresiae*), jakie stosunkowo dość często są następstwem sprawy syfilitycznej w jamie nosogardzielowej.

Tylne otwory nosa (*choanae*), jak to wykazuje *rhinoscopia post.* są mniej, lub więcej zwężone [z jednej, lub obu stron], lub zupełnie zarośnięte. Czasami miękkie podniebienie bywa zrośniętem z tylną ścianką jamy nosogardzielowej.

W obu razach istnieje, albo częściowa, lub zupełna niedrożność nosa.

Leczenie polega na rozszerzeniu zwężonych miejsc, lub

rozcięciu zarośniętych [nożem, lub galwanokauterem] z następczem rozszerzaniem.

III. T. zw. twardziel nosa (*rhinoscleroma*), jak już wspomniałem, dość często umiejscawia się w jamie nosogardzielowej zwykle jednocześnie ze zmianami w nosie i krtani.

Na tylnej powierzchni miękkiego podniebienia tworzą się nacieczenia i guziki, co zresztą rzadko tylko się spostrzega — zwykle zaś już następcze zmiany t. j. ściągnięcia bliznowate. Tylne otwory nosa (*choanae*) mniej, lub więcej silnie koncentrycznie zwężone, rzadziej zupełnie zarośnięte. Miękkie podniebienie wskutek ściągnięcia stoi prawie poziomo. T. zw. *Tubenwulst* wystaje ku przodowi. Blizny na stropie etc.

Rozpoznanie przy pomocy lusterka (*rhinoscopia post.*) nie trudne.

Leczenie zwykle w okresie blizn bezskuteczne.

ROZDZIAŁ VI.

Guzy w jamie nosogardzielowej zdarzają się względnie często ¹⁾. Dzielą się na łagodne i złośliwe.

I. Do pierwszych należą przedewszystkiem t. zw. włóknaki (*fibromata*). Przytem odróżniamy 2 rodzaje takich guzów: 1) t. zw. pseudo nosogardzielowe polipy, t. j. takie, które początek swój mają w jamach nosowych, a więc najczęściej, jak zwykle na dolnej wardze szczeliny półksiężycowatej (*processus uncinatus hiatus semilunaris*), rozwijając się w kierunku ku tyłowi, zwieszając się mniej, lub więcej do jamy nosogardzielowej. Zwykle guzy te dochodzą do znacznych rozmiarów [w jednym z moich przypadków, dotyczącym 20-to kilkuletniego chorego, z obu stron udało mi się wyjąć guzy długości 8½ ctm. z lewej i 7 ctm. z prawej strony, szerokości zaś mniej więcej 3 ctm.

¹⁾ W naszej literaturze istnieje przedewszystkiem doskonała monografia KIJEWSKIEGO i WRÓBLEWSKIEGO, prócz tego liczne prace kazuistyczne: BARĄCZA, KOSIŃSKIEGO, JAWDYŃSKIEGO, SCHRAMM'a, DOBROWOLSKIEGO, IWANICKIEGO, ŚWIĄTECKIEGO etc. oraz moja.

Forma często nieregularna, jak to np. pokazuje fig. 80 gdzie guz składał się z mnóstwa oddzielnych płatów, częściej stożkowata, przytem koniec przedni, szypułkowaty, odpowiada części nosowej, koniec zaś tylny kolbowato rozszerzony — części, znaj-

Fig. 80.



Fig. 81.



Dwa polipy nosogardzielowe kolosalnych rozmiarów, wyjęte przezemnie pętlą zimną przez jamę ustną u 20-to kilkuletniego chorego.

dującej się w jamie nosogardzielowej. Ta ostatnia zwykle twardsza i więcej unaczyniona [fig: 81], przednia część natomiast nosi jeszcze charakter śluzowego polipa.

II. Drugą postać guzów łagodnych tworzą t. zw. typowe polipy nosogardzielowe [BENSCH]. Biorą one początek w samej jamie nosogardzielowej. BENSCH dzieli je na a) częstsze intrapharyngealne t. j. takie, które biorą początek z *fibrocartilago basilaris*, z górnych kręgów szyjowych, wreszcie z *lamina int. proc. pterygoidei*; b) rzadsze — ekstrapharyngealne z *fibrocartilago foraminis laceris ant.* oraz z *fossa sphenopalatina*.

Oprócz typowych częściej spotykamy się w jamie nosogardzielowej także z nietypowymi, zwykłymi włókniakami (*fibromata dura*). Te ostatnie guzy mniej są twarde i mniej szybko rosną jak typowe polipy, dochodząc czasami do kolosalnych rozmiarów [przy p. GLEITSMAN'S'a, którego rysunek podaje SCHECH], wypełniając całą jamę nosogardzielową, zwieszając się niekiedy do jamy ustnej pod postacią gruszki — z podstawą zwróconą ku gardzieli [jeden taki olbrzymich rozmiarów włókniak — wielkości dobrej gruszki, wychodzący z przedniej części stropu u 20-to kilku letniej chorej miałem sposobność operować]. Najczęściej występują w młodszym wieku [od 10—25 lat] i to przeważnie u mężczyzn.

Pod drobnowidzem guzy te noszą charakter twardych włókniaków [*fibromata dura*], zawierają więc zwykle mało elementów morfologicznych [komórek], oraz naczyń, natomiast przeważnie zbitą tkankę łączną z elastycznymi włóknami. Czasami zawierają miejsca, obfitujące w komórki [młoda, zarodkowa tkanka], przypominająca w budzący sposób mięsaki (t. zw. *juveniles Sarcom-Grünwald*).

Etyologia. Według teorii BENSCH'a typowe polipy jamy nosogardzielowej powstają wskutek nieprawidłowego rozwoju czaszki. Fizyologicznym również procesem objaśnia BENSCH niezwykle objaw, jaki czasami spotyka się w okresie dojrzałości płciowej — mianowicie „*involutio spontanea*“ tych guzów.

III. Wreszcie 3-cią dość częstą postacią guzów nosogardzielowych są polipy, biorące początek na granicy między jamami nosowemi i nosogardzieli, a więc przedewszystkiem z brzegów choan [zwłaszcza górnej ZARNIKO nazywa je „*Chanenrandpolypen*“], z lemiesza, wreszcie czasem i z tylnych końców muszel,

Są to więc formy pośrednie, stosownie do ich budowy po części są to miękkie, lub twarde włókniaki (*fibroma molle et du-*

rum); forma ich różna. Stosunkowo dość często widywałem guzy owalne, biorące początek z tylnego brzegu *septi narium* (*vo-mer*), na którym siedzą, jak na koniu, przyczem z obu stron chowane są mniej, lub więcej zwężone, między innymi operowałem przed paru laty analogiczny przypadek do tego, jaki na rysunku podaje w swoim podręczniku SCHECH, oraz w swoim atlasie MIKULICZ [fig. 82].

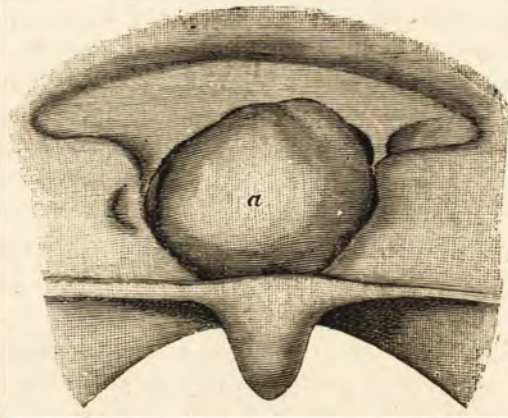


Fig. 82. Miękki włókniak (a), biorący początek z lemiesza [według MIKULICZA i MICHELSON'A].

Objawy przy guzach nosogardzielowych polegają przeważnie na mniejszem, lub większem zatkaniu nosa. Często bywa też i słuch upośledzony, toż samo mowa, oraz cały szereg objawów, zależnych od oddechania przez usta, o których już wielokrotnie wspominałem.

Przebieg jedynie t. zw. typowych polipów jest szybki, zwykle zaś bardzo powolny.

Rozpoznanie zwykle nie natrafia na poważniejsze trudności, natomiast w wielu razach trudno jest odkryć miejsce przyczepu guza. Rozpoznanie, czy z miękkim, lub twardym włókniakiem mamy do czynienia naturalnie możliwem jest jedynie pod drobnowidzem.

Rokowanie z wyjątkiem t. zw. typowych polipów—prawie zawsze pomyślne.

Leczenie w większości przypadków wchodzi w zakres rinologii, a nie chirurgii, jak to jednak jeszcze do ostatnich czasów niewłaściwie się praktykuje: tam gdzie chirurg wykonał dużą operację [rozszczipienie nosa, lub podniebienia, rezekcję górnej szczęki etc.] w celu wydobycia guza z jamy nosogardzielowej, często ten sam rezultat możnaby było osiągnąć przez odpowiedni zabieg rhinologiczny. Prawda, że w wielu razach operowanie guzów nosogardzielowych natrafia na poważne trudności technicznej natury, lecz przy pewnej wprawie można prawie zawsze dojść do celu.

Sama operacja polega na jednorazowym doszczętnem usunięciu guza, czy to na drodze krwawej, czy też bezkrwawej. W obu razach za jedyny racjonalny instrument uważam pętlę [zimną lub galwanokaustyczną], żadnych kleszczy zwykle nie używam.

Jest to bowiem zawsze gruby, bolesny, często z mocnym krwawieniem połączony, rękoczyn. Czasami, gdy forma jest więcej płaska guza, lub większe unaczynienie, można uciec się do innych metod, a więc przede wszystkim elektrolizy [KUTTNER]. Jednak zmusza to operacja wymaga bardzo wielu posiedzeń. Mniej więcej toż samo można powiedzieć i o przypalaniu za pomocą galwanokaustyki, które naturalnie jedynie pod kontrolą lusterka krtaniowego (*rhinoscopia post.*) powinno być skutecznym.

Samo nakładanie pętli [czy to zimnej, czy gorącej] można wykonać w dwojaki sposób: albo przez nos, albo przez usta, pomagając sobie w obu razach palcem, wprowadzonym do jamy nosogardzielowej dla dokładnego nałożenia pętli.

Wszędzie tam, gdzie to jest tylko możliwym, przekładam operowanie przez jamę ustną, gdyż metoda ta i pewniejsza i mniej dla chorego przykra. Możliwą jest ona przede wszystkim tam, gdzie guz zwiesza się do jamy gardzielowej, tak że widać go gołym okiem z pod miękkiego podniebienia, lub po odciągnięciu takowego hakiem podniebiennym. Dalej wszędzie tam, gdzie operację można wykonać pod kontrolą lusterka krtaniowego (*rhinoscopia post.*), która umożliwia dokładne nałożenie pętli—zwykle poziomo uszykowanej. Nakładanie pętli przez nos zwykle dokonywa się na ślepo, przyczem w wielu razach nie możemy się dostać do nosogardzieli z powodu zatkania guzem odpowiedniej choany.

Również trudnem jest następcze nałożenie pętli na guz za pomocą palca, wprowadzonego do jamy nosogardzielowej. Jeżeli nie jesteśmy pewni, że pętla zupełnie do samego przyczepu guza jest naciągnięta—to lepiej użyć zamiast galwanokaustycznej—zimnej pętli, czyli zamiast przepalicy—wyrwać z korzeniem guz. Jest to pewniejsze, wprawdzie narażamy się przytem na krwawienie, lecz nie jest ono zazwyczaj zbyt obfitem, recydywy zaś rzadsze.

Rzecz prosta, że uprzednie kokainowanie, najlepiej za pomocą spray'u przez nos i usta, jest warunkiem *sine qua non*. Ból w tych razach prawie żaden. W sposób powyższy, t. j. przeważnie przez usta, operowałem wiele guzów nosogardzielowych, między innymi podane na fig. 80 i 81.

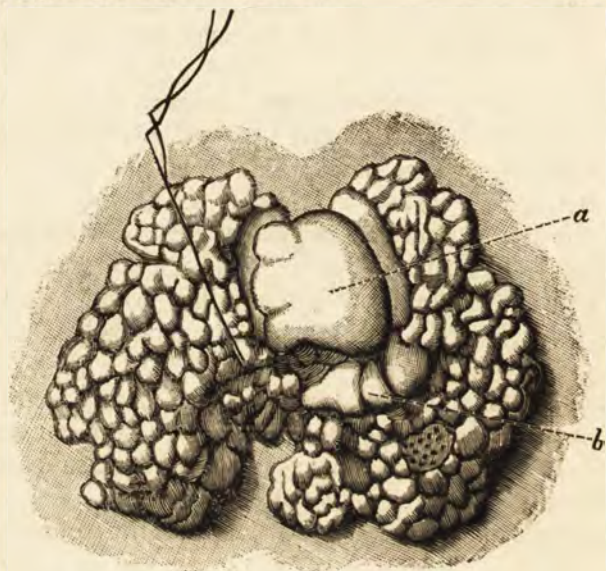


Fig. 83. Brodawczak jamy nosogardzielowej (*a* i *b* włókniaki miękkie), wyjęty przezemnie pętłą zimną [część jej widać na rysunku] przez jamę ustną u 52 letniego chorego.

GRÜNWARD zaleca w tych razach użycie rurki BELLOCQ'a dla łatwiejszego nałożenia pętli, jest to jednak zbyt cieżnym. LANGE do pseudopolipów jamy nosogardzielowej używa specjalnego haka, wprowadzanego przez nos [SCHMIDT również sposób ten zaleca].

Brodawczaki (*papillomata*) należą do rzadkich guzów łagodnych nosogardzieli. W literaturze istnieje niewiele przy-

padków tego rodzaju, między innymi JURASZA, oraz mój, odznaczający się kolosalnymi rozmiarami [w wymiarze podłużnym przeszło 6 ctm., w poprzecznym 5 ctm., grubości 2 $\frac{1}{2}$ ctm.].

U ZARNIKO np. niema zupełnie wzmianki o tego rodzaju guzach. Należy je odróżniać od t. zw. brodawkowatych zwyrodnień (*degeneratio papillomatosa*) tylnych końców muszel, zwłaszcza dolnych, które zdarzają się o wiele częściej, o czym zresztą powyżej wspominałem. Konsystencya takich guzów [brodawczaków] miękka, powierzchnia nierówna [przypominająca np. w moim przypadku zraziki mózgowie], zwykle dość znacznie unaczyniona.



Fig. 84. Część tegoż guza, odcięta podczas operacyi.

Rozpoznanie łatwe.

Leczenie operacyjne, jak innych guzów nosogardzieli.

Z innych guzów do rzadszych należą naczyniaki (*angiomata*) — częściej *angiosarcomata*. Toż samo chrzęstniaki (*chondromata*) — zaledwie kilka przypadków tego rodzaju istnieje w literaturze [MIGGE z kliniki MIKULICZA etc.].

II. Złośliwe guzy jamy nosogardzielowej. Do nich należą: 1) mięsaki (*sarcomata*), 2) raki (*carcinomata*). Pierwsze są częstsze [u nas takie przypadki opisali IWANICKI, WRÓBLEWSKI i KRAJEWSKI, oraz BAUROWICZ [prof. PIENIAŻEK], ja również ostatnimi czasy spostrzegałem przypadki *lymphosarcoma multiplex* u chorego 40 kilka lat mającego]. Są to miękkie zazwyczaj i krwawiące [nie zawsze, jak to np. w wyżej wspomnianym moim przypadku miało miejsce]. Przy obu odmianach zwykle gruczoły szyjowe chłonne bywają zajęte.

Rozpoznanie możliwe dokładne tylko na zasadzie drobnowidzowego badania.

Rokowanie niepomyślne. Częste recydywy zwłaszcza przy lymphosarcomatach np. w moim powyższym przypadku, po pierwszej radykalnej [zewnątrznej] operacji w 3 tygodnie, po drugiej [przez jamę ustną] w 10 dni.

Leczenie. Elektroliza, lub galwanokaustyka [pętla, lub kauter], dalej kleszcze, oraz skrobaczki [w powyższym przypadku lymphosarcomatu bardzo dobre względnie rezultaty otrzymałem od noża GOTTSTEIN'a], wreszcie czysto chirurgiczne [rozszczenie nosa, miękkiego podniebienia, rezekcja górnej szczęki etc.].

Grzybica (*mycosis*) jamy nosogardzielowej — zdarza się rzadko. Przedewszystkiem tu należą pleśniawki (*sooro*), której nieliczne przypadki znane są w literaturze [między innymi THORNER'a i mój]. Zwykle sprawa to wtórna, jak w moim przypadku wstępująca z gardzieli.

Rozpoznanie na podstawie jedynie badania drobnowidzowego możliwe [grzybek *oidium albicans s. lactis*].

Leczenie w większości przypadków zbyteczne.

L I T E R A T U R A ¹⁾.

- 1) ARNSTEIN. Przyczynek do sprawy leczenia dychawicy oskrzelowej za pomocą zabiegów rynologicznych i o związku z cierpieniami jamy nosowej. Med. 1895. N. 18 i 19.
- 2) BARĄCZ. Nowy sposób operowania polipów noso gardzielowych. Gaz. Lek. 1888. VIII. 695.
- 3) dto O wegetacjach adenooidalnych jamy noso-gardzielowej. Wiad. Lek. 1890. IV. 291.
- 4) dto Nowy sposób operowania polipów noso gardzielowych. Now. Lek. 1890. II. 577. N. 12.
- 5) BAUROWICZ. Pierwotna gruzlica błony śluzowej nosa. Przegl. Lek. 1895. N. 24 i 25.
- 6) dto O etyologii przewlekłego nieżytu zanikowego nosa. Ibidem. 1895. N. 46—49.
- 7) dto Sprawozdanie z oddziału dla chorób krtani prof. PIENIĄŻKA w Szp. Ś-go Łazarza w Krakowie za rok 1895. Ibidem. 1896. N. 17 etc.
- 8) dto O tak zwanym polipie krwawiącym przegrody nosa. Ibidem. 1897. N. 8—9.
- 9) dto Ważniejsze przypadki, spostrzegane na oddziale chorób krtani, gardła i nosa prof. PIENIĄŻKA w Krakowskim Szpitalu Ś-go Łazarza. Ibidem. 1897. N. 12 etc
- 10) BORSUK. Przypadek ropotoku zatoki czołowej. P. T. L. W. 1895 p. 202.
- 11) dto Przedstawienie chłopca, wyleczonego po wtłoczeniu nosa w *foramen pyriforme*. P. T. L. W. 1896. p. 1174.
- 12) BOSSOWSKI. Choroby nosa, krtani i oskrzelów [Spraw. z kl. Korczyńskiego z lat 4]. Przegl. Lek. 1880. XIX. 557.
- 13) dto Przejscie mięsaka jamy nosogardzielowej do czaszki i jego rozrost w jej wnętrzu. Ibidem. 1880. XIX. 558.

¹⁾ Z powodów, wyliczonych w przedmowie, podaję tu tylko prace polskie, dotyczące działu rhyologicznego. Z prac obcych najnowsze i najważniejsze zostały uwzględnione w tekście w odnośnych miejscach.

- 14) BROWICZ. Demonstracja z wyjaśnieniem zmian napotykaných w *tonsilla tertia*. Pamiętn. I Zjazdu chirarg. polsk. w Krakowie. 1890. I. 129.
- 15) CZAJKOWSKI. O drobnoustrojach we krwi i wydzielinie śluzowej nosa chorych na odrę. Gaz. Lek. 1892. N. 21.
- 16) CZARDA. O rynoepilepsii. Zjazd lekar. i przyrodn. polsk. w Poznaniu. Przegl. Lek. 1889. XXIII. 427.
- 17) DMOCHOWSKI. Wyrosła adenoidalne w jamie nosogardzielowej. P. T. L. W. 1893.
- 18) dto O wtórnem cierpieniu jamy nosogardzielowej u suchotników. Gaz. Lek. 18 4. p. 27 etc.
- 19) dto *Hydrops antri Highmori*. Ibidem. 1894 p. 519.
- 20) dto Przyczynę do otyologii i anatomii patologicznej spraw zapalnych w jamie Highmora. P. T. L. W. 1897.
- 21) dto *Hydrops antri Highmori*. Ibidem. 1897. I. p. 232.
- 22) dto Przyczynę do kwestyi krup dróg oddechowych, jako samodzielnej postaci chorobowej [z rysunkami]. Now. Lek. 1897. N. 2.
- 23) DOBROWOLSKI. Guzy jamy nosogardzielowej u chłopca 7-0 letniego. P. T. L. W. 1895. Z. III.
- 24) DWORZACZEK. Sztyft ołowiany, który przebywał w jamie nosowej przez lat 7. P. T. L. W. 1860. XLIV. 68.
- 25) FINKELKRAUT. O ropotoku zatoki Highmora. Kron. Lek. 1896. N. 6.
- 26) FRYDRYCH. Wyłuszczenie mięsaka z jamy Highmora. P. T. L. W. 1844. XII. 49.
- 27) GABSZEWICZ. Przypadek trepanacyi jamy czołowej. Gaz. Lek. 1891. p. 292.
- 28) GAJKIEWICZ. O zaburzeniach odżywczych, a w szczególności o twardzieli nosa. Księga pam. prof. Hovera. 1884 p. 321.
- 29) GIRSZTOFT. Wyłuszczenie włókniaka z jamy Highmora. P. T. L. W. 1866. LV. 26).
- 30) dto Mięsak znacznej wielkości w jamie nosowej, usunięcie na drodze operacyjnej. Ibidem 1868. LX. 206.
- 31) GLŪCK. O twardzieli nosa. Przegl. lek. 1881. XX. 521.
- 32) GROER. Guz torebkowy, zatok jamy Highmora. Tyg. Lek. 1849. III. 106.
- 33) HERING. O przewlekłym śluzotokowym zapaleniu błony śluzowej nosa, gardzieli i krtani z następowem zwężeniem błonniastem takowej. Med. 1877. 645 i 661.
- 34) dto Nowsze sposoby badania i leczenia chorób jam nosowych. Med. 1880. 65 etc.
- 35) dto Z kazuistyki chorób nosowych [przymiot nosa]. P. T. L. W. 1880. 192.
- 36) dto O cierpieniu adenoidalnem migdałka gardzielowego Ibidem. 1881. 307.
- 37) dto Ciała obce i złoży wapienne w jamach nosowych [Rhinity]. Gaz. Lek. 1884 i 1885. V. 262. N. 2.

- 38) HERING. Kwas chromny, jako środek leczniczy w chorobach nosa, gardzieli i krtani. Gaz. Lek. 1884. p. 778 etc.
- 39) dto *Rhinoscleroma*. P. T. L. W. 1884. 583 i 1885. 326.
- 40) dto Guzy nosa i jam nosowych. Gaz. Lek. 1885. 233 i 259.
- 41) dto Nerwice zwrotne, wywołane cierpieniem jam nosowych. (*Aphonia spastica, Laryngospasmus, Dyspnoea spastica*). Gaz. Lek. 1885. p. 999 etc.
- 42) dto Trzeciorzędne objawy przymiotu w nosie. — Czy przedziurawienie przegrody nosowej należy uważać za objaw przebytego, lub istniejącego przymiotu. — Cierpienie [wilk] nosa i podniebienia niezwykłej natury. P. T. L. W. LXXXI. 330 i 336. 339 i 340.
- 43) dto O elektrycznem przeświecaniu jamy HIGHMOR'a. Gaz. Lek. 1889.
- 44) dto O nowym sposobie badania krtani i uosa za pomocą prześwietlania. Ibidem. 1890. 58.
- 45) dto Elektroliza w zastosowaniu do cierpień nosa, gardzieli i krtani. Przegl. Lek. 1892. N. 1.
- 46) dto Gruźlica błony śluzowej nosa. Med. 1892. N. 33—38.
- 47) dto Przypadek twardzieli nosa i krtani. P. T. L. W. 1895. Z. 1 i 2.
- 48) dto O fenolu siarczynowym, stosowanym przy gruźliczych i chronicznych cierpieniach gardzieli, krtani i nosa. Gaz. Lek. 1896. p. 607 etc.
- 49) IWANICKI. Przyczynę do kazuistyki nowotworów złośliwych w jamie nosogardzielowej. Kron. Lek. 1895. N. 4.
- 50) JAKOWSKI i MATLAKOWSKI. O twardzieli nosa. Gaz. Lek. 1887. 994 etc.
- 51) JAKOWSKI. Drugi przypadek twardzieli nosa, badany pod względem bakteryologicznym. Gaz. Lek. 1888. 787.
- 52) JARNATOWSKI. Pandry w nosie [robaki]. Przegl. Lek. 1869. 299.
- 53) JARUNTOWSKI. Krótki pogląd na obecny stan nauki o ropieniach w jamie HIGHMOR'a. Now. Lek. 1896. I.
- 54) JASIŃSKI. Diagnostyka chirurgiczna. 1895.
- 55) JAWDYŃSKI. Wyłuszczenie wielkiego guza nosogardzielowego przez przecięcie podniebienia miękkiego. P. T. L. W. 1895. Z. II.
- 56) JAWORSKI. Przyczynę do etyologii t. zw. sapki i leczenie jej u ssawców. Kron. Lek. 1892.
- 57) JURASZ. O nowym przyrządzie do badania jam nosowych z przodu. Kron. Lek. 1889. N. 10.
- 58) KIJEWSKI i WRÓBLEWSKI. Kilka uwag o kwestyi operowania guzów jamy nosogardzielowej. Gaz. Lek. 1893. p. 334.
- 59) KORZENIOWSKI. *Hydrops sinus frontalis, trepanatio*. P. T. L. W. 1870. LXII. 274.
- 60) KOEHLER [L.]. Wrodzone zarośnięcie nozdrzy, operacja. P. T. L. W. 1876. XVI. 63.
- 61) dto Operacja polipa, zajmującego całą jamę otchłani i obiedwie jamy nosowe. P. T. L. W. 1837. I. 197.

- 62) KOEHLER [K.]. Pogląd na obecny stan nauki o chorobach nosa. Przegł. Lek. 1885. 11. 26. 42.
- 63) dto Kamień nosowy. Przegł. Lek. 1885. XXIV. 633.
- 64) dto Pogląd na sposoby operowania przerosłego migdalka polykowego. Ibidem. 1884. 437. 448.
- 65) dto Dwa przypadki febry siennej, u nas spostrzegane, Ibidem. 1855. N. 44.
- 66) dto *Aprosexia nasalis*. Tępość umysłu z niedrożności nosa. Now. Lek. 1894. 1.
- 67) KOHN. Dwa przypadki krwawiących polipów przegrody nosowej Gaz. Lek. 1895. p. 1365.
- 68) KOSIŃSKI. O polipach nosogardzielowych. P. T. L. W. 1875. LXXXI. 375.
- 69) KULESZA. Użyteczność opuszki dętej z gumy wulkanizowanej dla powstrzymania krwotoków z jamy nosa. P. T. L. W. 1860. XLIII. 446.
- 70) Le BRUN. Nowotwór wyrastający z zatoki czołowej i zniszczenie kości górnoszczękowej lewej, dolnej ściany oczodołu kości łzowej, i nosowej i t. d. P. T. L. W. 1846. XVI. 226.
- 71) dto Wyłuszczenie lewej połowy szczęki górnej z powodu nowotworu w jamie HIGHMOR'a. P. T. L. W. 1850. XXIV. 55.
- 72) dto Odjęcie wielkiego polipa nosa, głęboko zapuszczającego się do gardła za pomocą galwanokaustyki. P. T. L. W. 1858. XL. 253.
- 73) dto Operacja polipa w jamie HIGHMOR'a i lewem nozdrzu, dokonana w Szpitalu Dzieciątka Jezus przez LANGENBECK'a. P. T. L. W. 1860. XLIII. 260.
- 74) dto Odjęcie wielkiego polipa nosogardzielowego. P. T. L. W. 1864. LII. 398.
- 75) LEŚNIEWSKI. *Hydrops inflammatorius antri Highmori*. Gaz. Lek. 1894. N. 46.
- 76) LINKEL. Przyczynki do operacyjnego leczenia ropy w jamie HIGHMOR'a według metody MIKULICZA. Przegł. Lek. 1858. 65.
- 77) LUBLINER. Przypadek zaniku twardzieli nosa po tyfusie wysypkowym. Gaz. Lek. 1891. p. 829.
- 78) dto O cierpieniach dróg łzowych, zależnych od zboczeń w jamach nosowych. Przegł. Lek. t. II. Z. 4. 1895.
- 79) dto O polipie, krwawiącym przegrody nosowej. Med. N. 3. 1895.
- 80) MAJKOWSKI Polip, wypełniający całą jamę nosogardzielową. Tyg Lek. 1861. XV. 455.
- 81) MEYERSON. O odruchach nerwowych, wywołanych zmianami w muśzlach nosowych. Gaz. Lek. 1884. N. 18. 19. p. 343 i 368.
- 82) dto O niespodzianem znajdowaniu ciał obcych w nosie u dzieci. Med. 1885. N. 48. p. 72.
- 83) dto O przewlekłym niezycie nosa i zbozeniach nerwowych w związku z nim będących. Med. 1885. XIII. 767.

- 84) MEYERSON. O stosowaniu kokainy w laryngologii i rynologii. Med. 1885. XIII. 74.
- 85) dto Zupełne błoniaste zarośnięcie nozdrzy tylnych. Med. 1887. 113 i 134.
- 86) dto Przypadek zupełnego zarośnięcie nozdrzy tylnych. P. T. L. W. 1883. LXXXIV. 386.
- 87) dto Rak błony śluzowej nosa. P. T. L. W. 1830. LXXXVI. 61.
- 88) dto O pęcherzach kostnych w nosie. Med. 1893. N. 15.
- 89) dto Przypadek twardzieli nosa, jamy nosogardzielowej i krtani. P. T. L. W. 1895. I.
- 90) MIKULICZ. Przyczynki do chirurgii. Przyczynek do sposobu operowania polipów nosopółkowych. Przegl. Lek. 1883. XXII. 53.
- 91) dto Operacyjne leczenie otoku ropnego w jamie HIGHMO-r'a [z 4 tabl.]. P. T. L. W. 1886. LXXXII. 251.
- 92) MINKIEWICZ. *Atresia narium*. Tyg. Lek. 1856. X. 65.
- 93) dto Kilkakrotne wrywanie polipów nosowych. Ibidem. 1864. XVIII. 82.
- 94) dto Zwężenie i zarośnięcie otworów nosowych. Gaz. Lek. 1885. V. 231.
- 95) dto Owrzodzenia błony śluzowej nosa przymiotowe i gruźlicze. Gaz. Lek. 1885. V. 232.
- 96) dto Złamanie lemiesza. Gaz. Lek. 1885. V. 233.
- 97) dto Choroby dróg oddechowych. Gaz. Lek. 1885. N. 12.
- 98) MODRZEJEWSKI. Przypadek zupełnego zamknięcia otworów nosowych tylnych, operacja, wyzdrowienie. Med. 1874. II. 501.
- 99) dto Zupełne zarośnięcie przewodów nosowych, utworzenie sztucznego przewodu na drodze operacyjnej. Gaz. Lek. 1889. 328.
- 100) OLTUSZEWSKI. Przegląd najnowszych prac, dotyczących związku zmian w nosie z dychawicą w nosie. Med. 1887. XV. 59.
- 101) PIENIAŻEK. *Blenorrhoea* STOERK'a. Przegl. Lek. 1883. XXII. 368.
- 102) dto Dyskussya w Tow. Lek. Pozn. nad obecnym stanem patologii i terapii nosa. Przegl. Lek. 1885. XXI. 217.
- 103) dto O ropotoku STOERK'a. Przegl. Lek. 1890. XXIX. 627.
- 104) dto O ciałach obcych w drogach oddechowych. Przegl. Chir. II. 3. 1895.
- 105) PRZEDBORSKI. Bezgłos histeryczny, skurcz wdechowy, wywołane cierpieniem jam nosowych. Gaz. Lek. 1886. VI. 611.
- 106) dto Nieżyt przewlekły nosa przerostowy, związek i stosunek tegoż z cierpieniami sąsiednimi i bardziej oddalonych narządów i z licznymi nerwicami zwrótnymi ciała. Gaz. Lek. 1888. VIII. 449 etc.
- 107) PRZYSTAŃSKI. Choroby nosa [ogólny pogląd]. Tyg. Lek. 1857. XI. 388.
- 108) RADZISZEWSKI. Wypadnięcie polipa znacznych rozmiarów z tyl-

nej części przewodów nosowych do przelyku, chwilowy napad zaduszenia, wycięcie od strony gardła, wyzdrowienie. Med. 1892. N. 60.

109) ROSICKI. O laryngoskopii i rynoskopii [z rys.]. Tyg. Lek. 1861. XV. 141.

11) ROSNER. *Rhinoscleroma nasi et palati mollis*. [Dem.]. Przegl. Lek. 1883. XXII. 69.

111) ROŻAŃSKI. *Rhinoscleroma*. [Dem.]. Przegl. Lek. 1873. XII. 402.

112) RYDYGIER. O twardzieli nosa. Przegl. Lek. 1889. XXVIII. 325.

113) dto Podręcznik chirurgii szczegółowej. 1886. p. 78 etc.

114) SCHRAMM. Przyczynki do chirurgii: Wyluszczenie polipa nosopojkowego przez jamę nosną. Przegl. Lek. 1883. XXII. 311.

115) SĘDZIAK. W kwestyi rozpoznawania, oraz leczenia t. zw. wyrosli adenoidalnych w jamie nosogardzielowej. Gaz. Lek. 1890. X. p. 992 i 1012.

116) dto Kwas trójchloroetowy (*acidum trichloroaceticum*) w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów. Ibidem. 1890. X. p. 675 i 692.

117) dto O zboczeniach przegrody nosa. Przegl. Lek. 1891. N. 6—14.

118) dto Kilka uwag w kwestyi stosowania galwanokaustyki w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów. Kr. Lek. 1892.

119) dto Krup. czy dyfteryt nosa. Gaz. Lek. 1892. N. 34 i 35.

120) dto Przyczynek do kwestyi t. zw. krupu nosa (*rhinitis cruposa s. fibrinosa*). Now. Lek. 1892. N. 10.

121) dto Leczenie skrytych postaci ropotoków zatok bocznych nosa. Przegl. Chir. N. 2. 1893.

122) dto Rozpoznanie skrytych postaci ropotoków zatok bocznych nosa. Gaz. Lek. 1894. N. 15—17.

123) dto Przyczynek do kazuistyki guzów w jamie nosogardzielowej. Kron. Lek. 1894. N. 5.

124) dto Przyczynek do kazuistyki guzów krwawiących przegrody nosa. Ibidem. 1896.

125) dto Niezwykły przypadek pleśniawek (*soor*) w jamie ustnej, nosogardzieli i krtani. Gaz. Lek. 1897.

126) dto W kwestyi wyleczenia samoistnego ropnia zatoki szczękowej górnej (*Sanatio spontanea empyematis autri Highmori*). Kron. Lek. 1897.

127) dto O wynikach operacyjnego leczenia t. zw. wyrosli adenoidalnych w jamie nosogardzielowej. Gaz. Lek. 1897.

128) dto O zastosowaniu mięsienia drgawkowego (*Vibrations-massage*—BRAUN, *innere Schleimhautmassage*—LAKER) w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów. Now. Lek. 1897.

129) SOKOŁOWSKI. Przypadek owrzodzenia gruczkowego błony śluzowej nosa. Gaz. Lek. 1885. N. 15.

130) dto O stosunku wyrosli adenoidalnych do t. zw. *enuresis nocturnae*. Gaz. Lek. 1892. N. 2.

131) dto Choroby górnego odcinka dróg oddechowych w Diagnostyce różniczkowej chorób wewnętrznych BIEGAŃSKIEGO. Wydanie II. 1896.

- 132) SREBRNY. Torbiel sklepienia gardzieli. Med. 1837. XV. 830 i 845.
133) dto i BUJWID. Przypadek twardzieli nosa. Now. Lek. N. 3. 1892.
134) dto *Hyperosmia et parosmia*. Med. 1895. N. 45.
135) dto Figówka (*sycosis*) wargi górnej, jako skutek cierpienia nosa. Med. 1896. N. 41—42.
136) STAN. Przyczynek do leczenia zbocezeń przegrody nosowej. Przegl. Lek. 1888. 145—159.
137) STECKI. Ciało obce, wyjęte z jamy HIGHMOR'a. Med. 1885. XIII. 579.
138) STELLA-SAWICKI. List do Redakcyi o skuteczności formaldehydu w katarze. Przegl. Lek. 1895. N. 48.
139) ŚWIĄTECKI. Nowotwór jamy nosogardzielowej. P. T. L. W. 1895. IV.
140) SZTEYNER. Przypadek twardzieli nosa. P. T. L. W. 1889, LXXXV. 330.
141) SZUMLAŃSKI. Kreolina w cierpieniach gardzieli, krtani i nosa. Med. 1888. XV. 845.
142) TACZANOWSKI. Dyagnostyka lekarska. Laryngoskopia i Rynoscopia. 1871. Warszawa.
143) WITKOWSKI. Próchnienie zatoki szczęki górnej; leczenie za pomocą wstrzykiwań płynu VILLOT'a; wyzdrowienie. Gaz. Lek. 1867. II. 538.
144) WRÓBLEWSKI. Wyrosła adenoidalne w jamie nosogardzielowej. Gaz. Lek. 1889. p. 676 etc.
145) dto Przyczynek do kwestyi wyrosli adenoidalnych. Wyrosła adenoidalne u głuchoniemych. Przegl. Lek. 1891. p. 289.
146) dto Sprawozdanie za rok 1890 z ambulatoryum dla chorych z cierpieniem nosa, gardła i krtani w Szpitalu Ewangelickim w Warszawie. Kron. Lek. p. 157—222.
147) dto Dwa przypadki gruźlicy błony śluzowej nosa. Gaz. Lek. 1893.
148) dto O zastosowaniu nalewki jodowej [Tra Jodi] w chorobach gardzieli i nosa. Gaz. Lek. 1893. p. 251.
149) dto O zastosowaniu antipyrini, jako środka znieczulającego w chorobach nosa, gardzieli i krtani. Ibidem. 1893. p. 1067.
150) dto O ostrych ropniach przegrody nosa. Ibidem. 1894. N. 43.
151) dto Krwotoki nosowe. Ibidem. 1895. p. 1258 etc.
152) dto Kilka uwag o syfilisie nosa. Ibidem. 1896 p. 503 etc.
153) ZACZYŃSKI. Wydobycie kawałka lufy pistoletu z grzbietu nosa po 10 miesiącach. Przegl. Lek. 1890. XXIX. N. 1.

**SPIS DOTYCHCZASOWYCH PRAC ORYGINALNYCH AUTORA
W PORZĄDKU CHRONOLOGICZNYM.**

Rok 1888.

- 1) O leczeniu suchot płucnych kreozotem. Gaz Lek. N. 7—8.
- 2) Wstrzykiwania międzowe kreozotu w suchotach płucnych. Gazeta Lekarska N. 30.
- 3) Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w tchawicy. Gaz. Lek. N. 6.

Rok 1889.

- 4) Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w drogach oddechowych, oraz w przewodzie pokarmowym. Gazeta Lekarska. N. 31.
- 5) O leczeniu t. zw. suchot krtaniowych wraz z uwagami o gruźlicy krtani pierwotnej, oraz wyleczalności takowej. Kronika Lekarska.
- 6) On the treatment of the so called phthisis of the larynx with remarks on primary laryngeal tuberculosis and its curability. Jour. of Laryng.
- 7) Sixty second Congress of German Physicians and Naturalists, held at Heidelberg. September 17—23—1889 (Section of Laryngology and Rhinology). Journal of Laryngology etc.
- 8) O stanie laryngologii w Londynie na podstawie osobistych spostrzeżeń. Gazeta Lekarska. N. 36 etc.
- 9) Intubacja krtani (metoda O'DWYER'a). Gazeta Lekarska. N. 45.

Rok 1890.

- 10) Leczenie przerostu migdałków (*hypertrophia tonsillarum*). Kron. Lek.
- 11) Kwas trójchloroctowy (*acidum trichloraceticum*) w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów. Gazeta Lekarska. N. 34.
- 12) W kwestyi rozpoznawania, oraz leczenia t. zw. wyrosli adenoidalnych w jamie nosogardzielowej. Gazeta Lekarska. N. 50.

Rok 1891.

- 13) O zboczeniach przegrody nosa. Przegląd Lekarski.
- 14) Deviations of the nasal septum. Journal of Laryngology etc.
- 15) Analysis of nine cases of tuberculosis of the larynx treated with Koch's lymph—(together with Dr. SOKOŁOWSKI). Journal of Laryngology etc.

Rok 1892.

- 16) Kilka uwag w kwestyi stosowania galwanokaustyki w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów. Kronika Lekarska.
- 17) Przypadek t. zw. „*angina ulcerosa benigna*“. Przegląd Lekarski.
- 18) Ein Fall der sogenannten „*angina ulcerosa benigna*“. Monatschrift für Ohrenheilkunde.
- 19) Drugi przypadek t. zw. „*anginae ulcerosae benignae*“. Nowiny Lekar.
- 20) A second case of so called „*angina ulcerosa benigna*“. Journal of Laryngology etc.

21) Przyczynę do kwestyi t. zw. krupu nosa (*rhinitis crouposa s. fibrinosa*). Nowiny Lekarskie.

22) Contribution to the question of so called croup of the nose. Journal of Laryngology etc.

23) Niezwykły przypadek „*sarcomata multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae dextrae*“. Gazeta Lekarska. N. 44.

24) Ein ungewöhnlicher Fall von „*Sarcomata multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae dextrae*“. Monatschrift für Ohrenheilkunde. N. 10.

25) Krup, czy dyfteryt nosa (*rhinitis fibrinosa, aut diphtherica*). Gazeta Lekarska. N. 34.

Rok 1893.

26) Quelques remarques sur l'emploi de l'anse galvanocaustique dans l'hypertrophie des amygdales. Revue de Laryngologie etc.

27) Croup, oder Diphtheritis der Nase? Monatschrift für Ohrenheilkunde. N. 3 etc.

28) Leczenie skrytych postaci ropotoków zatok bocznych nosa. Przegląd Chirurgiczny. N. 2.

29) Przyczynę do leczenia gruźlicy krtani *resp.* płuc za pomocą podskórnych zastrzykiwań tiozamininy. Pamięt. Tow. Lekar. N. 4.

Rok 1894.

30) The treatment of tuberculosis of the larynx and lungs by means of subcutaneous injections of thiosinamin. Journal of Lar. N. 3 etc.

31) Przyczynę do etiologii t. zw. czarnego języka. Przegląd Chirurgiczny. N. 2.

32) Rozpoznawanie skrytych postaci ropni zatok bocznych nosa. Gaz. Lek. N. 15—17.

33) Beitrag zur Aetiologie der sogenannten schwarzen Zunge. Monatschrift für Ohrenheilkunde. N. 5.

34) Contribution à l'etiologie de la soi disant langue noire. Revue de Laryngologie. N. 7.

35) Przyczynę do etiologii t. zw. „*angina follicularis*“ (odeczyt wygłoszony po angielsku na zjeździe międzynarodowym w Rzymie). Gazeta Lekarska. N. 31.

36) Przyczynę do etiologii t. zw. „*angina follicularis*“ (według odczytu rzymskiego). Nowiny Lekarskie. N. 9 etc.

37) Beitrag zur Aetiologie der sogenannten „*angina follicularis*“. Archiv für Laryngologie II—13—24.

38) Kilka uwag w kwestyi t. zw. torebkovatego zapalenia gardzieli (*angina follicularis*), oraz jego stosunku do błonicy. Kronika Lekarska. N. 5.

39) Przyczynę do kazuistyki guzów w jamie nosogardzielowej. Kronika Lekarska. N. 5.

40) Beitrag zur Casuistik der nasopharyngealen Tumoren. Monatschrift für Ohrenheilkunde. N. 6.

41) Contribution à la casuistique des tumeurs de la cavité nasopharyngienne. Revue de Laryngologie etc.

42) XI-ty zjazd międzynarodowy lekarski w Rzymie. Kron. Lek. N. 5.

Rok 1895.

- 43) Przyczynę do leczenia gruźlicy płuc za pomocą podgłośniowych wstrzykiwań płynów antyseptycznych. Kronika Lekarska.
44) Some remarks upon so called follicular angina and its relation to diphtheria. Journal of laryngology.
45) Niezwykły przypadek przymiotu migdałków. Kron. Lekarska.
46) Cas extraordinaire de syphilis des amygdales. Revue de Laryngol.

Rok 1896.

- 47) Zapalenie stawów obrączkonalewkowych pochodzenia reumatycznego (*arthritis crico-arythenoidea rheumatica*). Gazeta Lekarska. N. 2.
48) Przyczynę do kazuistyki guzów krwawiących przegrody nosa. Kronika Lekarska.
49) Contribution to the etiology of bleeding tumours of the nasal septum. Journal of Laryngology. N. 3.
50) Inflammazione delle articolazioni crico aritnoidee d'origine reumatica. Archivio italiana di otologia, rinologia laring. N. 2.
51) Entzündung der crico-arythenoidalen Gelenke rheumatischen Ursprungs. Arch. f. Lar. I—B. II H.
52) Ein ungewöhnlicher Fall von Soor der Mundhöhle, des Nasenraumes und des Larynx. Arch. f. Lar. IV—13, III H.

Rok 1897.

- 53) W kwestyi samoistnego wyleczenia ropnia zatoki szczękowej górnej (*sanatio spontanea empyematis antri Highmori*). Kronika Lekarska.
54) Sulla questione della guarigione spontanea dell'empiera dell'antro mascellare. Arch. ital. di otol. rin. e laring. V. V.
55) Niezwykły przypadek pleśniawek (*soor*) w jamie ustnej, nosogardzieli i krtani. Gazeta Lekarska.
56) Nowotwory złośliwe krtani (raki, mięsaki), ich rozpoznanie, oraz leczenie. (Praca nagrodzona na konkursie międzynarodowym w Tuluzie). Przegląd Chirurgiczny. T. III. Z. 2 i 3.
57) Die hörsartigen Geschwülste des Kehlkopfes und ihre radicale Behandlung, dargestellt auf Grund einer von der medicinischen Gesellschaft in Toulouse preisgekrönten Arbeit und einer in den Jahren 1894—1896, unternommenen Sammelforschung. Wiesbaden.
58) Contribution to the treatment of deaf mutism by operation on the so called adenoid vegetations. Journal of Laryng. N. 4.
59) O wynikach operacyjnego leczenia t. zw. wyrosli adenoidalnych w jamie nosogardzielowej. Gazeta Lekarska.
60) O zastosowaniu mięsienia drgawkowego (*Vibrations - massage* — BRAUN, *innere Schleimhaut-massage* — LAKEK) w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów. Nowiny Lekarskie.

