

Da. III - 3540



O NOWSZYCH SPOSOBACH
BADANIA I LECZENIA
CHORÓB JAM NOSOWYCH

z uwzględnieniem operacyi polipów nosa zapomocą pętlicy.

OPRACOWAŁ

DR. TEODOR MERING.

(Osobne odbicie z „Medycyny”.)

z 7-ma drzeworytami.

WARSZAWA,
W DRUKARNI M. ZIEMKIEWICZA i W. NOAKOWSKIEGO,
Krakowskie-Przedmieście Nr. 415.

—
1880.

O nowszych sposobach badania i leczenia chorób jam nosowych.

Skreślił dr. Teodor Hering.

Jednym z najmniej znanych i najbardziej zaniedbanych działów diagnostyki lekarskiej były i są do dziś dnia niezaprzeczenie choroby jamy nosowej i noso-gardzielowej. Traktowane po macoszemu przez lekarzy, choroby nosa i przez chorych uważane były jako stan, w obec którego terapija zawsze prawie bywa zbytęczną, a co gorsza bezzilną.

Leczyć się na nieżyt, niejednemu wydawało się śmiesznem. Jakie jednakże ten nieżyt sprowadzić może następstwa, w jakim pozostaje związku z cierpieniem gardła, krtani, ucha, o tem dowiedział się świat lekarski dopiero od chwili wynalezienia w 1858 r. przez CZERMAK'A, osobnego sposobu badania, t. j. Rhynoskopii. Brak właśnie sposobu, brak także anatomopatologicznych danych, samo wreszcie ukryte położenie narządu powonienia, były przez długi czas powodem owego dziwnego napozór zanie dbania.

CZERMAK'OWI więc zawdzięczyć należy, że w ostatnich czasach więcej zaczęto zwracać uwagi na choroby nosa. Niemalą też zasługę położyli TRÖLTSCHE i ZAUFAL wykazaniem, że jamy nosowe i nosogardzielowe mają znaczenie nietylko dla narządu powonienia, ale że i przy oddychaniu bardzo ważną odgrywają rolę. Zadaniem jam nosowych jest ogrzanie powietrza, za pośrednictwem błony śluzowej wyściełającej muszle nosowe i oczyszczenie takowego z przymieszek kurzu i pyłu, tak aby czyste i ciepłe dostawało się do gardzieli, krtani i płuc. Silnie rozwinięta sieć jamista, w jaką zaopatrzone są muszle nosowe, w zupełności temu celowi odpowiada. Gdy na skutek spraw chorobowych sieć ta ulegnie zanikowi, powietrze zimne dostając się do tylnych i bocznych części jamy nosogardzielowej, drażni błonę śluzową i prowadzi zarówno do nieżytów tejże jamy, jak i nieżyty trąbki EUSTACHIUSZA, a ztąd do zapaleń ucha środkowego (*Otitis media*).

Dopiero w ostatnich czasach zwrócono uwagę, że przewlekły nieżyt nosa zawsze prawie przenosi się na gardziel, a często i na błonę śluzową krtani.

Najczęściej powikłanie to nieżytu nosa z cierpieniem błony śluzowej gardzieli, zdarza się u osób u których jak wykazał ZAUFAL znajdujemy wrodzony zanik, lub słabe bardzo rozwinięcie muszli nosowej dolnej. Stan ten łączy się często z *ozaeną* i zdradza się zewnątrz postacią nosa zwaną siodełkową (*Sattelnase*).

Wiadomą jest rzeczą, że błona śluzowa nosa wydziela przy nieżycie znaczne ilości śluzu i że do jego wydalenia przyczynia się zarówno ruch nabłonka migawkowego, prąd powietrza przez nos przepędzany, a prawdopodobnie i ruchy przełykania. Przy silnie powiększonej wydzielinie i te trzy czynniki okazują się niedostatecznymi. Odpływ wtedy śluzu ułatwionym jest na skutek nachylenia podłogi jamy nosowej i skośnego kierunku kanałów nosowych względem nozdrzy tylnych i jam obocznych nosa. Głównym jednakże czynnikiem, przy nagromadzeniu wielkiej ilości śluzu w nosie, jest siła powietrza przepędzanego podczas wydychania przez nos. Siła, ta jak to wykazał ZAUFAL zależną jest od różnych okoliczności. Wyobraźmy sobie, że z nosa usunięte zostały zarówno przegroda jak i muszle nosowe, a będziemy zamiast wąskich kanałów, mieli przed sobą jamę obszerną, połączoną wprost z jamą noso-gardzielową. Im cewka jaka jest węższa, tem silniejszym będzie tarcie prądu powietrza przez nią przepuszczanego i tem łatwiej wydzielina powlekająca ściany tej cewki wyrzucaną będzie na zewnątrz. Przegroda nosowa, muszle i pokrywająca je gruba błona śluzowa mają więc na celu jamę tę zwęzić, a przez to powiększyć siłę prądu powietrza i ułatwić wydzielanie się śluzu od przodu, lub nozdrzami tylnymi. Wycierając nos, ściskamy go aby otrzymać silniejszy prąd powietrza; jednocześnie muszle nosowe chwilowo nabrzmiewają i zwężają kanały nosowe.

Charkanie t. j. silne ruchy wdechowe przez nos, spowodują drganie podniebienia miękkiego. Śluz i strupy pokrywające je od tyłu zostaną w ten sposób obluźnione i wyrzucone na zewnątrz.

Wyobraźmy sobie teraz, że muszle nosowe są od urodzenia mało rozwinięte, lub zanikłe, albo uległy zanikowi na skutek przewlekłego nieżytu a łatwo pojmemy, że następstwem tego zaniku będzie zatrzymanie wydzieliny która wysychając na skutek łatwego dostępu powietrza, przylega do podniebienia, ztamtąd przenosi się na gardziel i rozkładając się wywołuje podrażnienia i zapalenia błony śluzowej do której przylega. W taki właśnie sposób nieżyty nosa długo trwające, u osób skrofalicznych, doprowadzają do zaniku przerosłych z początku muszel, a później do ciężkich postaci zapaleń gardzieli, ucha średniego, lub krtani, postaci opierających się długi czas wszelkiej terapii, póki badanie nosa nie wykryje istotnej przyczyny choroby.

Nieżyt nosa u ossesków, wywołuje skutkiem obrzmienia błony śluzowej napady silnej duszności i uniemożliwia ssanie. Podług KUSSMAUL'A spowodza on nieraz silne dopływy krwi do płuc. STAMMER przytacza przypadki, gdzie dzieci zmuszone przy nieżycie do oddychania przez usta, ule-

gały napadom zaduszenia, które przychodziły do skutku z powodu połknięcia języka. Przy silnych bowiem wdychaniach, język, będąc słabo przytrzymanym długiem i wiotkiem wędzidełkiem, nasadą swoją silnie zaciskał nagłośnię i przeszkadzał dopływowi powietrza do płuc. U dorosłych, przewlekły nieżyt nosa prowadzi często do zatkania jamy nosowej lub nosogardzielowej.

Następstwa tego stanu zdradzają się zarówno mową jak i wyglądem. Twarz na skutek zawsze prawie otwartych ust ma wyraz głupowaty. Sen jest niespokojny, przerywany ciągłą potrzebą odwilżania podsycającej błony śluzowej gardzieli. Osoby dotknięte tem cierpieniem podczas snu głośno chrapią. Wązka przestrzeń zawarta pomiędzy grzbietem języka, a podniebieniem miękkim, zmniejsza się jeszcze we śnie skutkiem opadania języka ku tyłowi. Przez tę wąską szparę ilość powietrza dopływającego naraz do płuc, jest niedostateczną. Ulega ono rozrzedzeniu w gardzieli i krtani; ztąd powstaje drzenie podniebienia miękkiego, wytwarzające dźwięki, które nazywamy chrapaniem. Chorzy dotknięci zatkaniami jam nosowych, nie mogą ani śpiewać ani przez czas dłuższy głośno mówić. Szybki ruch, podnoszenie ciężarów, wywołuje napady duszności.

Uderzającym jest zły wygląd takich chorych: cera ich bleda, twarz wygląda staro, żuchwa jest nieco opuszczoną ku dołowi.

Mowa ma charakter stłumiony, rezonancja bowiem jamy nosogardzielowej jest zmniejszoną. MEYER mowę taką słusznie nazwał *martwą*. (*Todte Sprache*).

Oprócz wymienionych tu objawów, będących następstwem zatkania jam nosowych, zdarzają się inne zaburzenia w oddychaniu, do dziś dnia jeszcze niewytłumaczone, a mianowicie napady duszności, w obec istniejących w nosie polipów śluzowych. Pierwszym który na związek tych dwóch stanów zwrócił uwagę był VOLTOLINI. Po wyjęciu tych nowotworów astma ustawała. Spostrzeżenie te stwierdził FRÄNKEL w dwóch przypadkach ¹⁾.

Daleko gorszem jeszcze następstwem przewlekłych nieżytów nosa, jest dla chorych przykra woń wydychanego powietrza, wywołana rozkładem wydzieliny zatrzymanej już to w jamie nosowej, już to w zatokach obocznych. Wyklucza ona chorych z towarzystwa skoro raz spostrzegli że otaczający unikać ich zaczynają. Stan ten zwany ogólnie *ozeną*, przeważnie pojawia się u osób dotkniętych zolżami lub przymiotem. Czasami bywa wrodzonym i jest, jak to wspomniałem, następstwem zaniku muszli dolnej, lub słabego rozwinięcia wszystkich 3 muszel nosowych. Czasami rozwija się jednostronnie, jak to u dwóch chorych spostrzegać miałem sposobność. Może być następstwem próchnienia lemiesza lub muszel, zdarza się jednak również przy zatrzymaniu wydzieliny, na skutek porażenia podniebienia miękkiego (po błonicy) lub przy zatrzymaniu wydzieliny w ja-

¹⁾ Przed rokiem miałem sposobność badania chorego cierpiącego na astmę, u którego w nosie znalazłem dwa dość duże polipy. Pomimo wyjęcia takowych napady astmy jednakże nie ustąpiły.

mach obocznych nosa (MICHEL). Ozaena zatem nie stanowi jak to mylnie dotąd utrzymywano, cierpienia *sui generis*, lecz jest objawem zatrzymania i gnicia ropnej wydzieliny, w nadmiernie szerokich jamach nosowych. Nie dowodzi ona zawsze obecności próchnienia kości nosowych, albo obecności wrzodów, gdyż wiadomo powszechnie, że ropa wrzodów lub próchniejących kości wtedy tylko śmierdzi, jeżeli z jakiegokolwiek powodów zatrzymaną zostaje i w przystępie powietrza ulegnie rozkładowi. Samo się przez się rozumie że przy długotrwałych nieżytych węch ginie zupełnie.

Co zaś do związku chorób jam nosowych z cierpieniem ucha, to jak już wspomniałem, cierpienie jam nosowych łączy się często z nieżytem trąbki EUSTACHIUSZA, czasem nawet doprowadza do ropnego zapalenia jamy bębnekowej i przedziurawienia bębienka. Przy t. z. Ozaenie ZAUFAL widział 80% przypadków połączonych z cierpieniem ucha wewnętrznego. Wykazawszy pokrótce następstwa przewlekłych nieżytów jamy nosowej, zastanowimy się teraz treściwie nad sposobami badania takowych, wreszcie nad używanymi dziś metodami leczniczymi.

Zanim jednak przystąpię do opisu nowszych sposobów badania narządów powonienia, sądzę że nie będzie zbyt trudnem określić treściwie główne podstawy Rhynoskopii, która u nas daleko mniej jest znaną i wykonywaną niż badanie krtani t. j. Laryngoskopija. Dać czytelnikowi ogólny pogląd na sposoby badania i leczenia chorób jam nosowych, oto zadanie i cel niniejszej pracy.

Rhinoscopia posterior.

Rhinoskopiją nazwał CZERMAK sposób badania jamy noso-gardzielowej, polegający na oświetleniu tychże części za pomocą małego zwierciadła, wprowadzonego do gardzieli, gdzie takowe ustawia się pomiędzy podniebieniem miękkim, podstawą języka i tylną ścianą gardzieli.

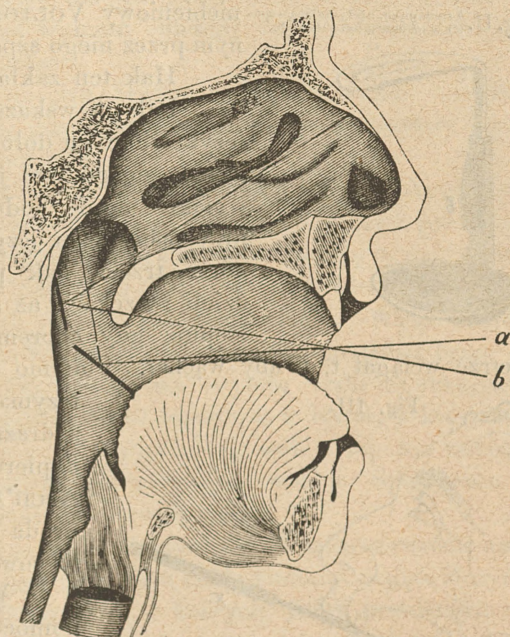
Aby jamę tę oświetlić potrzeba za pomocą reflektora rzucić światło na lusterko zwrócone powierzchnią odbijającą ku górze, a którego trzonek leży prawie poziomo na grzbiecie języka. Wykonanie tej napozór prostej manipulacji jest jednakże bardzo trudnem i nie u wszystkich osób daje się przeprowadzić. Trudności jakie tu napotykamy, polegają już to na wielkiej drażliwości części z którymi lusterko stykać się musi, po części ztąd pochodzą, że budowa gardzieli nie dozwala na wprowadzenie lusterka, bez użycia pomocniczych ku temu środków. Mięsisty język, obrzmienie migdałków, podniebienie zanadto zbliżone do tylnej ściany gardzieli, oto główne punkta utrudniające badanie. Nieraz potrzeba odciągnąć podniebienie miękkie, aby powiększyć przestrzeń potrzebną do odpowiedniego ustawienia lusterka. Wykonując badanie rhynoskopijne, drażnimy: 1) błonę śluzową gardzieli i języka, 2) pociągamy ku sobie i drażnimy podniebienie wprowadzeniem odpowiedniego narzędzia, 3) przeszkadzamy oddychaniu. Te 3 punkta tłumaczą nam jasno, dla czego Rhinoscopia jest o wiele trudniejszą od Laryngoskopii.

Pozycja chorego którego jamę nosową zbadać zamierzamy, musi być inną niż przy wykonaniu badania krtani. Głowa powinna być trzymana prosto, światło kieruje się w ten sposób, aby oświecało tylną ścianę gardzieli; oko badającego powinno znajdować się na wysokości ust badanego. Co do narzędzi, to jak wspomniałem używane są mało okrągłe lusterka, których wielkość stosować należy do obszerności gardzieli; mają one od 1 do 2-ch ctm. w średnicy, kąt jaki tworzą z trzonkiem, wynosi 100—110°. Przed wprowadzeniem ogrzanego lusterka, należy język za pomocą szpatła przycisnąć ku dołowi, aby przez to objętość jamy gardzielowej powiększyć. Najlepszym do tego szpatelkiem jest podany przez ТҮРСК'А. Wprowadza się go tak głęboko aby nie dochodząc końcem do nasady języka, z pewną siłą można było język ucisnąć i ułożyć płasko w jamie ust. Lusterko wprowadzamy po górnej powierzchni szpatła, starając się przeprowadzić je obok języczka, bez dotykania takowego. Ułatwiemy sobie wprowadzenie lusterka gdy osoba badana, wymawia *a* lub *e*, gdyż wtedy języczek unosi się ku górze. Skoro lusterko przesunęło się około języczka i odpowiednio ustawionem zostało, chory powinien oddychać lekko przez nos, lub wymawiać: *q*, gdyż wtedy podniebienie opuszcza się ku dołowi. Przez ostrożne obrotowe poruszenia lusterka, będziemy wtedy w stanie obejrzeć jamę noso-gardzielową.

Dla zorientowania się, wykonywamy lusterkiem poruszenia boczne, lub podnosimy albo opuszczamy rączkę lustra. Części od przodu leżące jako to nozdrza i przegroda są najwidoczniejsze przy pionowym położeniu lusterka ¹⁾ części zaś górne t. j. *fornix* i tylne, przy położeniu prawie poziomem ²⁾. Po skombinowaniu częściowych obrazów otrzymanych lusterkiem, będziemy dopiero mieli dokładne wyobrażenie ogólnego obrazu jamy noso-gardzielowej.

Zanim przystąpię do treściwego opisanja tego co przy pomocy rhinoskopii zobaczyć można, zatrzymam się nieco nad sposobem usunięcia niektórych trudności jakie przy badaniu najczęściej napotykam.

Fig. I.

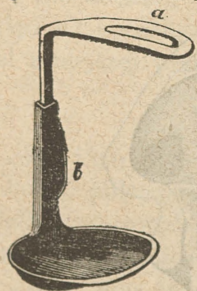


¹⁾ Fig. I linija *b*. ²⁾ Fig. I linija *a*.

Pominąwszy niezwykłą drażliwość badanej gardzieli, którą stępić można pędzłowaniem roztworem taniny lub płukaniem roztworem bromku potassu, najważniejszą przeszkodę stanowiło zawsze podniebienie miękkie. Przy każdym dotknięciu gardzieli, przy przełykaniu lub dłuższem badaniu, unosi się ono ku górze i zamyka jamę noso-gardzielową.

Dla usunięcia tej niedogodności, CZERMAK za pomocą odpowiedniego narzędzia, starał się dostać pod języzek i pociągnąć podniebienie ku przodowi. TÜRCK zakładał pętliczkę ze sznurka na języzek. LÖRI podał również narzędzie, do kleszczyków zbliżone, którem podniebienie pociągało się ku przodowi. STÖRCK radzi przez obie jamy nosowe przeprowadzić dwie taśmy jedwabne, przedostać je przez usta i związawszy razem wykonywać trakeye. Jest to sposób podany przez DEGRANGEA w 1854 r. Wszystkie te sposoby są niepraktyczne, co wielokrotnie sprawdzić miałem sposobność, wypróbowaawszy każdy z nich z osobna. Również nie praktycznymi są lustra VOLTOLINIEG'O połączone ze szpatlem, lub złączone z hakiem podniebieniowym pomysłu STOERK'A. Toż samo muszę powiedzieć o rhynoskopach FRAENKL'A lub WALDENBURG'A. W razie przeszkody w badaniu ze strony podniebienia miękkiego, jedynym narzędziem którym czasami t. j. przy małej drażliwości chorego podniebienie ku przodowi pociągnąć można, jest hak pod-

Fig. II. ^b sprężynka, utrzymująca szpatel w nadanem mu położeniu.

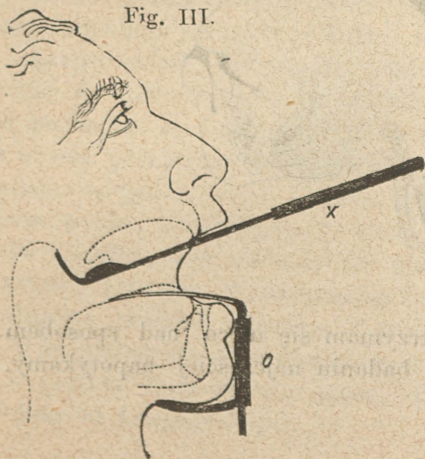


nym przez niego szpatlem pomysłu ASCH'A. (Fig. II).

Hak ten zakłada się w następujący sposób.

Palcem wskazującym lewej ręki przyciska się język silnie ku dołowi, szybkim ruchem ręki prawej wsuwa się go pod języzek aż do nożdrzy tylnych i ciągnie silnie podniebienie ku przodowi. Jeżeli przy naciśnięciu języka podniebienie się podnosi ku górze, trzeba hak przyłożyć do tylnej ściany gardzieli i czekać, aż się podniebienie opuszcza, co następuje gdy choremu zaleci się aby przez nos powietrze wciągał t. j. aby wahał. Pomimo dławienia trzeba hak założony

Fig. III.

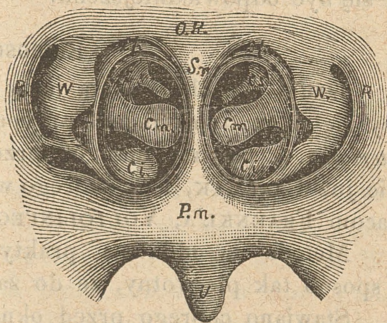


trzymać tak długo, póki się chory z drażnieniem tem nie oswoi. Wtedy dopiero na język zakładamy szpatel ASCH'A i zbliżając część dolną tak aby broda na niej się oparła, prawą ręką wprowadzamy lusterko (Fig. III).

W większości przypadków przy pomocy narzędzi tu opisanych można dokładnie rozpatrzeć się w obrazie jamy noso-gardzielowej trzymając się przy badaniu wymienionych już przepisów. Zdarzają się jednakże wyjątki gdzie żaden z podanych powyżej sposobów zastosować się nie daje i rhynskopija wykonaną być nie może.

Wprowadziwszy odpowiednio lusterko zobaczymy naprzód, tylną ścianę gardzieli, naturalnie w skróceniu. Idąc za nią ku górze dojdziemy wzrokiem aż do sklepienia, gdzie znajdziemy t. z. migdałek gardzielowy, (*Tonsilla pharyngea*) t. j. pokład tkanki gruczołowej (adenoidalnej) której nierówną powierzchnię złożoną z listewek wyniosłych, czasem jakby szczelinami przeciętej, łatwo rozpoznać. Czasem widzieć się daje otworek większy t. zwanej *Bursae pharyngeae*, wykazanej przez LOUSCHKE.

Fig. IV.



Nadając lusterku położenie prawie pionowe, zobaczymy (Fig. IV) otwory tylnych nozdrzy (*Ch*) przegrodzone pionową ścianką (*S. n.*). Przegroda nosowa jest węższą i żółtawą u dołu, szerszą i czerwoną u góry. Po bokach przegrody idąc od góry, rzadko kiedy zobaczyć można wąską listewkę stanowiącą muszlę górną (*C. s.*). Poniżej oddzielona kanałem nosowym górnym leży muszla średnia, (*C. m.*) stalowej lub żółtej barwy, zwykle nieco pokryta śluzem, pod nią, kanał nosowy średni; niżej zaś widzimy muszlę dolną (*C. i.*) największą, u spodu zaś przewód nosowy dolny.

Najlepiej widzimy kanał nosowy średni i muszle średnie. Trudniej zobaczyć przewód nosowy dolny, gdyż zwykle zakrywa go podniesiony ku górze brzeg otworów nosowych tylnych.

Jeżeli lusterku nadamy lekki obrót ku zewnątrz i na wysokości muszli średniej cofniemy wzrok ku tyłowi i na zewnątrz, sprstrzeżemy po za brzegiem nozdrzy, wał wyniosły trąbki EUSTACHIUSZA, (*w*) jej wylot i zatokę ROSENMMÜLLER'A (*R*). Błona śluzowa wylotu jest nieco bledszą od otaczającej błony, czasem żółtawa, co ułatwia jej wynalezienie. Wylot znajduje się w głębi wałkowatego, półkulistego zgrubienia, którego jeden brzeg stanowi *plica salpingo-palatina*. Dla zobaczenia wylotu trąbki EUSTACHIUSZA *en face*, podał VOLTOLINI sposób badania zapomocą 2 luster, z których jedno wprowadza się pod języzek i powierzchnię odbijającą ma zwróconą ku gardzieli, drugiemu zaś nadaje się pozycja zwykła. Sposób ten jest teoretycznie uzasadniony, praktycznie niewykonalny.

Kończąc opis sposobu rhinoskopijnego badania chciałbym zwrócić uwagę Sz. kolegów na podane przez d-ra SCHADEWALD'A fantomy, mające służyć do wprawiania się w badanie. Fantomy te, z których jeden przedstawia pionowe przecięcie jamy nosowej, drugi części otworów nosowych tylnych, pod względem prawdy w oddaniu stosunków anatomicznych są bez zarzutu. Uzmysławiając obrazy jamy nosowej, są jednocześnie przydatne dla wypróbowania wszelkich narzędzi mających być przy operacjach wprowadzonymi do nosa, jako to: galwanokauterów, pętlicy dla odcinania polipów, cewników do trąbki EUSTACHIUSZA i t. d. Ułatwiają one orjentowanie się

w przypadkach nowotworów jamy nosowej i noso-gardzielowej, powinny zatem interesować nie tylko specjalistów, lecz każdego chirurga, który zamierza dokonywać jakiegokolwiek bądź w jamie nosowej operacji. Kazałem dorobić do nich odpowiednią statywkę i połączyłem z dawniejszym modelem krtani pomysłu TOBOLD'A, przez co dla ćwiczeń rhynoskopijnych zdają mi się być odpowiedniejszymi.

Rhinoscopia anterior.

Drugi sposób badania jamy nosowej, łatwiejszy od poprzedniego i dający się w każdym niemal przypadku przeprowadzić, jest t. z. *Rhinoscopia anterior* t. j. badanie nosa od przodu, którego możliwość podniósł wprowadzić już CZERMAK, lecz którego wydoskonalenie datuje od lat kilku, dzięki pracom FRAENKL'A, VOLTOLINI'EGO, MICHEL'A i ZAUFAL'A.

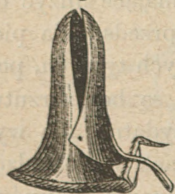
Metoda ta oddawna praktykowaną była przez ogół lekarzy, lecz w sposób tak pierwotny, że do żadnego wyniku doprowadzić nie mogła.

Stawiano chorego przed oknem i unosząc koniec nosa ku górze, zaglądano w jamę nosową. Cóż widziano? Nic, lub prawie nic, niekiedy przedni koniec obrzękłej muszli dolnej, naśladujący polipa. Było to w czasach kiedy całą terapię rozlicznych cierpień nosa stanowiło wciąganie węń wody zimnej.

Dopiero gdy niedokładność tego rodzaju badania przez wszystkich uznaną została, wspomnieni powyżej lekarze przez wprowadzenie t. z. dylatatorów t. j. rozszerzadeł, czyli luster nosowych i zastosowanie sztucznego światła, dawniejszy sposób badania podnieśli do godności naukowej metody. Główna zasługa pod tym względem należy się MICHEL'OWI, który oświetlając jamy nosowe za pomocą światła DRUMOND'A, przyczynił się znacznie do udoskonalenia tej gałęzi diagnostyki lekarskiej, a co więcej, wprowadzeniem kilku nowych sposobów leczniczych wielkie dla Rhinoterapii położył zasługi. Drugim również na tem polu zasłużonym jest prof. ZAUFAL w Pradze, o którego sposobach badania i operowania wspomnę w odpowiednim miejscu. Wzierniki nosowe w ogóle podzielić można na 2 rodzaje: krótkie i długie. Do pierwszych należą: *Speculum FRAENKL'A*, *ROTH'A*, *DUPLAY'A* i *VOLTOLINI'EGO*; do drugich, dylatatorów *ZAUFAL'A* i jego lejki nosowe.

Ze spekulów krótkich najlepszym bezspornie jest wziernik *DUPLAY'A* (Fig. V) vel *CHARIER'A*, zmodyfikowany przez *VOLTOLINI'EGO*. Modyfikacja

Fig. V.



polega na zamianie szruby, przez pręciik zazębiany, tak, że rozszerzenie wziernika i wyjęcie, prędzej wykonać można. Wziernik długi *ZAUFAL'A*, ma jedną niedogodność a mianowicie, że chorzy przy wprowadzeniu jego narzekają na ból w nosie i silnie łzawią.

Jeżeli po lekkim ogrzaniu wprowadzimy do nosa zamknięty wziernik *VOLTOLINI'EGO*, to po roztworzeniu i oświetleniu ujrzymy: wewnątrz jam nosowych, przegrodę, muszle, czasem przy obszernych jamach, tylną ścianę gardzieli i wał trąbki

EUSTACHIUSZA. Dla zorientowania się trzymać się trzeba następujących wskazówek. Przedewszystkiem szukamy przedniego końca muszli dolnej, a to z powodu stałego jej położenia względem otworu zewnętrznego nosa, przewodu nosowego dolnego i wylotu trąbki EUSTACHIUSZA.

Aby ją wynaleźć powinien chory nie przechylać głowy ku tyłowi, jak to mimowolnie czyni, lecz trzymać ją prosto, tak aby osłona wziernika leżała równolegle do kierunku przewodu nosowego dolnego. Muszla którą przy takim położeniu wziernika znajdziemy w jego końcu, jest muszlą dolną. Jeżeli chory głowę nieco ku tyłowi przechyli, wzrok ogarnia przedni koniec przewodu nosowego środkowego i dolny brzeg muszli średniej. Przedni jej koniec leży nieco więcej ku tyłowi niż przedni koniec muszli dolnej. Wypukłą powierzchnię muszli średniej trudno dobrze zobaczyć w części średniej, gdyż zbliżoną jest bardzo do przegrody nosowej. Muszle górne opisują wszyscy prawie jako niedostępną dla wzroku. W jednym przypadku przewlekłego cierpienia jamy nosowej, w którym muszle były w stanie zanikłym, a stąd jama obszerną, udało mi się zobaczyć i muszle górne, w całej rozciągłości, po wprowadzeniu odpowiedniego dylatora. Fakt ten sprawdzili u mnie prof. BARANOWSKI i kol. BENNI.

W przypadkach ozaeny już VOLTOLINI'EMU udało się widzieć tylną ścianę gardzieli i wylot trąbki EUSTACHIUSZA, badając nos od przodu. U dwóch chorych miałem sposobność sprawdzenia spostrzeganych przez MICHEL'A ruchów podniebienia miękkiego i wylotu trąbki usznej. Po wprowadzeniu dylatora widziałem u pewnego junkra, dotkniętego t. z. ozaeną zanikową, że podczas wydawania tonów jako to *e* lub *i*, górna ściana podniebienia miękkiego w postaci kulistej powierzchni unosiła się ku górze, a jednocześnie wał trąbki podnosił się i zbliżał do linii środkowej gardzieli. Z opadnięciem podniebienia i wał też opadał. Podniebienie przy połykaniu unosiło się ku górze, przylegało do wyniosłości trąbki, i zasłaniało ją zupełnie.

Podobne spostrzeżenie zrobili MICHEL i ZAUFAL.

W każdym razie tylko w wyjątkowych razach przez przednie otwory nosa, można wewnątrz jamy noso-gardzielowej zobaczyć tak dokładnie, jak to opisał MICHEL, który był w stanie obejrzeć sklepienie gardzieli (*formix*) a nawet zatokę ROSENMÜLLER'A.

Ten właśnie cel miał prof. ZAUFAL na oku, gdy w 1875 r. ogłosił nowy sposób badania jamy noso-gardzielowej, za pomocą rur, czyli lejków. Rury te które nazywa „*Nasenracentrichter*”, są wyrobione z kauczuku lub nowego srebra (Fig. VI). Są one od 10—11½ ctm. długie, a od 3—7 mil. szerokie. Przedni ich koniec lejkwato rozszerzony, mierzy od 1—2 ctm. tylny jak wspominałem od 3—7 mil. Jest ich kilka różnej średnicy, najużywansze są numera 2, 3, 4. Wprowadzamy je w następujący sposób:

Chory siedzi naprzeciw lekarza, który po oświetleniu otworów nosa, za pomocą reflektora prowadzi ogrzany lejek, poczynając od najwęższego, do przewodu nosowego dolnego. Lekkim ruchem obrotowym starać się

trzeba wprowadzić lejek coraz głębiej, śledząc przez otwór jego, czy nie napotyka przeszkody, którą się przez zboczenie omija. Z początku wtłacza się błona śluzowa do wnętrza lejka, lecz daje się usunąć na bok przy dalszem zagłębianiu się jego, przyczem badamy, czy są jakie zmiany godne uwagi na samej błonie. W ten sposób doszedłszy do jamy nosogardzielowej, co rozpoznać można po łatwości z jaką przednim końcem lejka poruszać możemy, oglądamy jej wnętrze, jako to boczne ściany gardzieli, migdałek gardzielowy, trąbkę EUSTACHIUSZA, jej ruchy przy phonacyi i t. d.

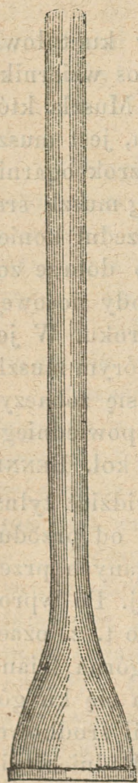
Samo wprowadzenie lejka nie zawsze jednak jest łatwem. Główną przeszkodą przy wprowadzeniu jest ból, potem łatwe krwawienie z nosa. Podczas wprowadzenia lejka chorzy silnie łzawią.

Ucisk na przegrodę jest dla chorych bardzo przykrym, należy go więc unikać. Czasami niezwykłą przeszkodę stanowią wyrosłe kostne, wyrastające z przegrody nosowej, niekiedy silne bardzo obrzmienia błony śluzowej, lub skrzywienia przegrody nosowej ku prawej lub lewej stronie, innym razem mostki tkankowo-łącznowe, rozciągające się od muszel do przegrody, wreszcie szczególny zanik muszel, połączony z niezwykłą czułością błony śluzowej. Za pomocą swych lejków widział i opisał ZAUFAL następujące zmiany patologiczne: zanik, niepełny rozwój lub zagięcia wałka trąbki EUSTACHIUSZA; kilkakrotnie spostrzegł przekrwienia, lub obrzmienia błony śluzowej, nadżarcia i owróżdzenia pochodzenia przymiotowego, blizny, przerosty migdałka gardzielowego, zwyrodnienie adenoidalne i polipowe, raz jeden wylew krwi, pochodzący z jamy bębenkowej do trąbki EUSTACHIUSZA. Z ciał obcych spostrzegł w wylocie trąbki włoski i drobinki tabaki.

Zaletą sposobu ZAUFAL'A jest możność badania ruchów zarówno podniebienia, wylotu trąbki EUSTACHIUSZA, jako też i tylnej ściany gardzieli.

Podczas gdy przy rhinoskopii z częściowych obrazów lusterka otrzymujemy dopiero wrażenie całości, przez lejki badać możemy te same anatomiczne szczegóły bezpośrednio okiem, przyczem unikniemy błędnego pojęcia co do kształtu wałka trąbki EUSTACHIUSZA, który widziany w perspektywie skróceniu za pomocą lusterka, przedstawia się krótszym i grubszym niżeli jest w istocie. Ponieważ są osoby u których badanie rhinoskopijne jest bezwarunkowo niemożliwem, czy to z powodu nie dającej się usunąć drażliwości, czy z powodu przyrostu podniebienia miękkiego do tylnej ściany gardzieli, czy wreszcie z powodu ankylozy stawu szczęki dolnej, w takich zatem przypadkach sposób ZAUFAL'A może nam rhinoskopię zastąpić w zupełności lub częściowo. Dodać tu jednak muszę, że z pożytkiem rury te używane być mogą tylko u osób o obszernej jamie nosowej,

Fig. VI.



gdzie wprowadzić się dadzą rury grubsze, jako to numera 4-ty lub 5-ty. W takich razach, nabrawszy pewnej wprawy, możemy bez lusterka szczegółowo jamę noso-gardzielową obejrzeć. U kilku zaledwie chorych grubsze rury wprowadzić mogłem bez bólu i bez wywołania krwawienia, lecz w tych razach i bez lejków, wprost przez rozszerzenie otworów zewnętrznych spostrzegałem ruchy podniebienia i trąbki EUSTACHIUSZA. Przy silnem obrzmieniu błony sluzowej, przeprowadzenie lejków nie jest wcale łatwem, jakkolwiek jest ono możliwem. Nie należy wtedy używać siły, lecz starać się przeszkodę ostrożnie ominąć.

Co się dotyczy możliwości operowania w jamie noso-gardzielowej przez lejki ZAUFAL'A, to użytym być może tylko prosty galwanokauter, dla przypalenia np. resztek odjętych polipów nosowych. Pętlica, nawet mała, przeprowadzić się przez lejek nie daje i manipulować nią w ogóle bardzo trudno. Pomijam tu zupełnie opis szpatla nosowego ZAUFAL'A, którym przy badaniu uciska się obrzmiałą błonę sluzową nosa, aby obejrzeć głębsze części jamy nosowej i w kilku tylko słowach wspomnę o badaniu jamy noso-gardzielowej za pomocą dotyku t. j. palpacyi.

Ten sposób badania głównie zalecany przez W. MEYER'A w Kopenhadze i stosowany przez niego przy przeroście migdałka gardzielowego, polega na wprowadzeniu zakrzywionego wskaziciela po za podniebienie miękkie ku górze. Dla strony prawej chorego wprowadzamy lewy, dla strony lewej chorego, nasz prawy palec wskazujący. Najdogodniej wejść palcem podczas gdy chory wdęcha, przyczem nigdy nie należy używać siły. Aby głowa pozostała nieruchomą dobrze jest oprzeć jedną rękę na potylicy chorego a drugą wykonać badanie; pierwsze badanie nie powinno trwać długo aby chorego nie zrażać. Można w ten sposób palcem obmacać przegrodę nosową wał trąbki, dół ROSENMÜLLERA i sklepienie gardzieli, głównie u osób u których gardziel jest obszerną a drażliwość małą. Co do oświetlenia wnętrza jam nosowych posługiwać się można albo światłem słonecznem, odbitem za pomocą płaskiego reflektora, albo światłem lampy naftowej, gazowej, wreszcie światłem DRUMONDA (*Kalklichtlampe*). Przy użyciu gazu lub lampy naftowej, dla wzmocnienia światła przydatnym jest każdy przyrząd laryngoskopijny, czy to TOBOLD'A czy FRAENKEL'A. Dla wprawnych w badanie reflektorem i ten ostatni wystarcza. W ogólności jednak z powodu wąkości jam nosowych, posługiwać się trzeba ile możliwości silnem i skupionem światłem. Najlepszem ale i najdroższem jest światło DRUMOND'A. O ile polyskop elektryczny TROUVE'GO t. j. przyrząd oświetlający za pomocą rozżarzonego do białości drutu platynowego okaże się dla badania jam nosowych praktycznym, przyszłość okaże.

Z wydoskonaleniem sposobów badania jamy nosowej i terapija tego cierpienia uległa znacznym zmianom. Zanim przystąpię do opisu nowszych metod leczniczych, uwzględnie pokrótce niektóre postacie cierpienia jam nosowych, które spostrzegać miałem sposobność, a co do których w podręcznikach traktujących o chorobach nosa rzadko kiedy znalazłem wzmiankę.

Trądzik błony śluzowej nosa (*Acne*) ¹⁾.

Postać ta, nadzwyczajnie uparta, polega na zapaleniu torebek włosowych i gruczołów łojowych otaczających wewnątrz wylotu nozdrzy, przyczem naokoło włosków (*vibrissae*) wytwarza się biała krosteczka, zawierająca kropelkę ropy. Po jej zaschnięciu pozostaje strupek bardzo mocno przylegający do błony śluzowej, a zarazem i do nasady włosa, który zwykle dopiero po 8 lub 12 dniach sam odpada. Strupki te, chorzy najczęściej przed ich zupełnym zaschnięciem zdrapują paznogciem, czem dają powód do powstawania nowych krosteczek, którym nieraz towarzyszą ból i znaczne zaczerwienienie i obrzmienie skóry pokrywającej nozdrza i koniec nosa. Podczas kiedy jedne guziczki zasychają, tworzą się obok drugie, na skutek zetknięcia się wydzieliny bardzo ostrej z błoną śluzową nosa. Sprawa podtrzymywana najczęściej drażnieniem nosa, czy to przez zdrapywanie strupków, czy też przez zbyt częste wycieranie, a zatem i ściskanie nosa, trwać może od kilku tygodni do kilku miesięcy i dłużej. Jest ona najczęściej następstwem nieżyty, którego wydzielina z początku drażniąca, wywołała wysypkę, podtrzymaną później, już po ustąpieniu nieżyty, niewłaściwem postępowaniem chorego. Bardzo często sprawę tę widziałem występującą jednostronnie. Wydzielina zwykle bywała śluzową, przezroczystą i bardzo wodnistą. Czasami widziałem postać tę u dzieci skrofulicznych, gdzie krostki zlewały się z sobą, a wysychając tworzyły strupy tak znaczne, że oddechanie nosem było zupełnie niemożliwem. Wyróżnia się ona od zwykłego wyprysku tem głównie, że prawie nigdy z błony śluzowej nie przenosi się na skórę.

Terapija powinna przede wszystkim polegać na zaprzestaniu wszelkiego drażnienia błony śluzowej, zarówno przez odrywanie strupków jako też przez zbyt częste i zbyt mocne wycieranie nosa. Jeżeli strupki zlewają się z sobą, zalecam z dobrym bardzo skutkiem wprowadzenie do odpowiedniego otworu nosowego zwitka skubanki, posmarowanej maścią podług następującego przepisu. *Rpe: Hydrg. amidato-bichlor. Magist. bismuthi aa gr. 10. Axungiae dr. 2 S. zewnątrznie.*

Pozostawia się skubankę w nosie przez całą noc, wyjmując rano i wciągając w nos letni napar rumianku. Przy krostkach nielicznych wystarcza kilkakrotne w ciągu dnia smarowanie błony śluzowej tą samą maścią. Zwykle po 2—4 dniach następuje wyleczenie. Środki kaustyczne jako to: lapis, czy w słabej solucyi czy w substancyi, okazały się wprost szkodliwymi, o czem kilkakrotnie przekonać się miałem sposobność. Wyrwanie włosów z nozdrzy, jest bolesnem i nie prowadzi do celu. U jednego chorego, który nożyczkami powycinał włoski z prawego nozdrza, z powodu niezwykłej ich długości, widziałem nadzwyczajnie uporczywy nieżyt tej samej strony, który rozwinął się od tej chwili i trwał blisko 2 miesiące, opierając się wszelkiemu leczeniu. Ustał on sam gdy włoski napowrót odrósł.

¹⁾ Skóra zewnętrzna nosa wraz z jej gruczołami łojowymi wchodzi do wylotu jam nosowych i rozciąga się aż do miejsca gdzie kończy się nos chrząstkowy.

Zapalenie nieżyłowe błony śluzowej zatoki klinowej i sitowej.

Wspominając na wstępie tej pracy o ozaenie, przytoczyłem pokrótce, że cierpienie to przez niektórych badaczyw pojmowanem jest jako zależne od przeniesienia się nieżyty nosa na jamy oboczne, a mianowicie na zatoki sitowe i zatokę klinową. Przedstawicielem tego poglądu jest głównie MICHEL według którego przemawia za nim:

- 1) Brak odpowiednich patologicznych zmian na błonie śluzowej nosa.
- 2) Sposób rozprzestrzeniania się wydzieliny w tylnej części jamy nosowej i na sklepieniu jamy noso-gardzielowej.
- 3) Smrodliwa woń płynnej i ropnej wydzieliny, która pochodzić musi z jakiejś jamy, w której ulega rozkładowi.
- 4) Niezwykła uporczywość cierpienia.

Nie mogę w tem miejscu zająć się krytycznym rozbiorem poglądów MICHEL'A, co do powstawania i pojmowania ozaeny. Wspominam tu o nich dla tego tylko, że miałem sposobność spostrzegać 3 chorych u których cierpienie podług wszelkiego prawdopodobieństwa umiejscowionem było w jamach obocznych nosa, a jednak wydzielina była bezwoną.

Podług MICHEL'A zatoki kości sitowej otwierają się na tylnym końcu muszli średniej 1, 2-ma lub 3-ma otworkami, przez które nawet udało mu się przeprowadzić koniec zgłębnika. Ujście zatoki klinowej znajduje się podług niego na 1, 1½ lub 2 ctm. powyżej brzegu otworów tylnych i naprzeciw tylnego końca muszli średniej; zwykle jest ono pojedyncze i leży z lewej strony sklepienia zatoki.

Na skutek tego położenia ujścia, odpływ śluzu jest utrudnionym, odbywa się jednak łatwiej przy pochylonej głowie.

U dwóch chorych znalazłem w miejscu odpowiadajacem ujściu zatoki klinowej, muszlę średnią pokrytą ropą, która po oczyszczeniu jamy nosowej za pomocą strumienia wody, po kilku minutach znów się pojawiała. Odchyliwszy końcem zgłębnika muszlę średnią, zobaczyłem z jednego miejsca sączącą się kroplę płynnej ropy, rozlewającej się po powierzchni muszli ku tyłowi, a która starta watą, przy nacisku na to miejsce zgłębnikiem, znów sączyć się poczęła. U innego chorego ten sam obraz widziałem w miejscu odpowiadajacem położeniem ujściu zatok sitowych. Nadmienię tu muszę, że u wszystkich 3 chorych cierpienie nie było wrodzonym, u dwóch zajmowało ono tylko prawą połowę jamy nosowej, u jednego chorego cierpienie było natury przymiotowej, u żadnego z tych 3 chorych wydzielina nosa nie była cuchnąca. Co się dotyczy leczenia tej przypadłości, wspomnę o niej przy opisie różnych metod używanych do przeprowadzenia płynów przez jamy nosowe.

Odsyłając czytelnika co do aetiologii i symptomatologii ostrego nieżyty nosa do odpowiednich podręczników ¹⁾, zastanowię się w tem miejscu nad leczeniem przewlekłego nieżyty nosa, jego następstw, a mianowi-

¹⁾ FRÄNKEL B. *Krankheiten der Nase*, w ZIEMSEN'A *Krank. d. Respirationsop.* Tom I.

cie zgrubienia i przerostu błony śluzowej pokrywającej muszle nosowe, wreszcie nad nową metodą operacyi polipów nosa, za pomocą pętlicy z drutu, lub galwanokaustycznej.

Przewlekły nieżyt nosa. (*Stockschupfen*).

Zdradza się dłuższy czas trwającą obfitą wydzieliną już to śluzową już to śluzo-ropną i utratą zupełną lub częściową powonienia. Często bardzo łączy się z przewlekłym zapaleniem gardzieli opisywanem zwykle jako *Pharyngitis sicca*. Na 178 przypadków przewlekłego nieżytu gardzieli, u 88 chorych znalazłem jako przyczynę takowego przewlekły nieżyt nosa. Błona śluzowa tylnej ściany gardzieli jest zaczerwieniona, sucha, błyszcząca, jakby pokostem pokryta. Rzadko znajdziemy na niej obrzmiałe gruczołki odosobnione. Węch jest słaby lub zanikły. Rano chorzy tacy wśród charkania i krztuszenia, czasem dochodzącego do wymiotów, wyrzucają ropną wydzielinę, czasem żółtawe zeschłe strupy. Badanie wziernikiem od przodu, wykazuje zwykle obrzmienie przedniego końca muszli dolnej. Błona śluzowa muszli średniej i dolnej jest szaro-żółta, niekiedy zaczerwieniona i obrzmiała. Przedni koniec muszli średniej bywa nieraz tak obrzmiałym i ruchomym, że robi wrażenie polipa. Te same zmiany w różnym stopniu znajdujemy i na tylnych końcach muszli dolnej i średniej. Przegroda nosowa rzadko kiedy jest siedliskiem nieżytu.

Co do leczenia, takowe dawniej polegało zwykle na przeprowadzeniu przez nos wody letniej, czystej z dodatkiem ściągających środków jako to: alunu lub tanniny. Najczęściej zalecano słabe roztwory soli kuchennej. Płyny wprowadzali zwykle chorzy sami, albo wciągając je wprost przez nozdrza albo za pomocą natryskiwacza WEBER'A. Przyrząd ten znany jest zapewne wszystkim kolegom, co mnie od jego opisu uwalnia. Ponieważ jednak przy jego użyciu zdarzały się przypadki, że płyny lecznicze dostawały się do trąbki EUSTACHIUSZA i wywoływały zapalenie ucha środkowego, dziś odrzucono go jako niepraktyczny i zastąpiono albo strzykawką nosową, albo pompką DAWISOHN'A. Zasada na której polega przeprowadzenie płynów przez jamę nosową, jest następująca.

Jeżeli za pomocą strzykawki nosowej wprowadzimy z pewną jednostajną siłą strumień wody do nosa, kierując takowy prostopadle na tylną ścianę gardzieli, a jednocześnie przez otwarte usta obserwować będziemy podniebienie miękkie, to przekonamy się, że z chwilą gdy strumień uderzy o ścianę gardzieli następuje szybkie i kurezowe podniesienie podniebienia miękkiego ku górze. Zamknięcie jamy nosowej jest wtedy tak szczelnem, że ani kropla płynu nie przedostanie się do gardzieli.

Płyn wprowadzony przez jeden otwór nosa, z zupełną swobodą wypływać będzie przez drugi tak długo, póki trwa skurez podniebienia. Ponieważ jednak po upływie 20—40 sekund, napięcie mięśnia unoszącego podniebienie słabnie, zatem jako pierwszą i kardynalną zasadę uważać należy, aby płynu dłużej nad pół minuty przez nos nie przepuszczać. Tej zasadzie sprzeciwia się natryskiwacz WEBER'A, gdzie ciśnienie jest nie-

stałe, w miarę ubywania płynu zmniejsza się bowiem, powtórę prąd przepływa ciągle, a przez to po wyczerpaniu siły podniebienia miękkiego, woda dostaje się prawie zawsze do gardzieli. Inną jeszcze niedogodnością przyrządu WEBER'A, jest kanka w postaci oliwki, która cały nos zatyka i uniemożliwia odpływ od przodu; wreszcie bardzo mały otwór samej kanki. Skoro więc przy napelnionej i zatkaney od przodu jamie nosowej płyn zacznie spływać do gardzieli, chorzy mimowoli robią ruch przelękania i płyn wtłaczają do rozwierającej się przy przelękaniu trąbki EUSTACHIUSZA. Następstwa tego aktu bywały różne, czasem podrażnienie silne, czasem zapalenie ucha środkowego, doprowadzające nieraz do przedziurawienia błony bębenkowej. Dzięki poszukiwaniom bardzo starannym WEBER LIEL'A wiemy dzisiaj, nie tylko jak uniknąć przedostania się płynów do ucha wewnętrznego, ale i poznaliśmy warunki w jakich podrażnienie tego narządu przychodzi do skutku.

Dla przeprowadzenia płynów przez nos najlepiej posługiwać się albo strzykawką TUERCK'A, albo WEBER LIEL'A.

Chory powinien trzymać głowę prosto. Przed iniekcją należy się przekonać czy przez obydwa otwory nosowe przechodzi powietrze. Jeżeli jeden otwór jest zatkanym, lub mniej powietrza przepuszcza, należy przestryknięcie od strony zatkaney rozpocząć, aby odpływ płynów odbywał się swobodnie. Również ważnem jest wybadanie podniebienia, czy takowe przy wydawaniu tonu *u* podnosi się ku górze, co czasem nicodbywa się dokładnie, mianowicie jeżeli chory niedawno przebywał błonicę, albo jeżeli migdalek gardzielowy jest znacznie powiększony. Skoro te dwa punkta t. j. prawidłowa czynność podniebienia i przenikliwość nosa dla powietrza uwzględnionemi zostały, można przystąpić do wykonania iniekcji. Płyn powinien być ciepły; jeżeli ma służyć do oczyszczenia jamy nosowej należy dodawać do niego węglanu sodowego, w stosunku 1 do 2 dr. na funt wody. Z doświadczeń WEBER LIEL'A wypływa, że płyn taki nawet jeżeli przedostanie się do trąbki EUST. nie wywoła podrażnienia ani zapalenia, skoro tylko chory wychodząc na powietrze ochroni ucho od zaziębenia, przez wprowadzenie doń kawałka waty. Przeciwnie, roztwór nawet słaby soli kuchenej, zawsze prawie wywoływał zapalenie ucha środkowego, jeżeli przedostał się przy mimowolnem przelękaniu do tegoż ucha.

Koniec strzykawki należy wprowadzić na cał głęboko do jamy nosowej przycisnąć lekko do przegrody i strumień kierować poziomo. Chory powinien oddychać przez wół otwarte usta i podczas przepływania płynu przez nos, pod żadnym warunkiem nie wykonywać ruchów przelękania. Jeżeli płyn przedostanie się do gardła, należy choremu zalecić aby takowy zamiast przelękać, wypluwał.

Zdarza się jednak, że mimo zachowania wszelkich ostrożności, chorzy przez przelękanie wprowadzają sobie płyn do ucha środkowego. W takim razie jeżeli ból w uchu połączony jest z uczuciem ciepła i palenia, ratychmiastowe przystawienie pijawek za uchem, objawy zapalne zmniejsza i takowym rozwinąć się nie dozwala.

Rozwój zapalenia zależy od tego, czy ucho do którego płyn się przedostał było zdrowem, czy też uprzednio już podrażnionem, co bardzo często przy chorobach nosa miewa miejsce, np. przy ozaenie. Ucho zdrowe na ciepłe roztwory sody w stosunku powyżej podanym oddziaływa bardzo mało; podług WEBER LIEL'A prawie nigdy. Woda zimna bez żadnych dodatków jest więcej dla ucha wewnętrznego drażniącą niż letnia; unikać więc jej należy.

Przy wprowadzaniu płynów do nosa nie należy strumienia kierować pionowo ku górze, z powodu możności przedostania się ich do zatoki czołowej lub do przewodu noso-lzowego (*ductus naso-lacrymalis*). Wywołuje on w pierwszym razie silne bóle głowy w okolicy kości czołowej, w drugim podrażnienie spojówki.

Występujące niekiedy po przestrzykiwaniu nosa objawy zapalne w uchu środkowem były powodem, że rozmaite podawano sposoby aby tej przykrej ewentualności uniknąć. Zalecano trzymanie wody w ustach podczas przestrzykiwania, wymawianie głośne *u*, podnoszenie palcem podniebienia ku górze (ZAUFAŁ). Wszystkie te sposoby są niepraktyczne i mało pożyteczne. Można się bez nich obyć, trzymając się podanych powyżej zasad, które w ogromnej większości przypadków okazują się dostatecznemi. Na kilkadziesiąt przypadków, w których używałem przestrzykiwania nosa, w 2 tylko razach powikłanie to miało miejsce. W obydwóch, zapalenie dało się po kilku dniach złagodzić i do przedziurawienia nie doprowadziło.

Jeżeli chory zmuszony jest przestrzykiwać nos częściej, trzeba mu zalecić gumową strzykawkę DAWISOHN'A ¹⁾ która dla chorych o wiele jest odpowiedniejszą, a którą pierwszy polecać zaczął MICHEL w Kolonii. Zasady dla jej użycia są te same co i dla strzykawki WEBER LIEL'A. Kanka wprowadza się poziomo po wypędzeniu z niej powietrza, balon należy silnym ruchem ręki opróżniać tylko do połowy. Chcąc płyn wprowadzić do jam obocznych nosa zalecamy choremu aby w chwili skoro takowy drugim otworem odpływać zaczął, nozdrze palcem zacisnął i głowę ku przodowi pochylił. Po minucie, pozostały płyn z nosa sam wycieka.

Wymienione powyżej niedogodności przestrzykiwania jam nosowych od przodu, zniewoliły do szukania innych sposobów wprowadzenia płynów oczyszczających i leczniczych, bez narażenia się na następowe cierpienia ucha. TÜRCK, a za nim STOERK zastosowali do strzykawki nosowej długą zakrzywioną w końcu cewkę, za pomocą której można płyn wprowadzić od tyłu t. j. przez nozdrza tylne, do jamy nosowej. Nasada wprowadza się podług przepisów podanych przez użyciu haka podniebieniowego, po za podniebienie miękkie; na skutek drażnienia tą cewką unosi się ono ku górze i zaslania wejście do trąbki EUSTACHIUSZA, pozwalając płynom odpływać tylko ku przodowi. W ten sposób można przeprowadzić przez nos znaczne ilości płynu, jeżeli połączymy cewkę z irrigatorem, a chory przyzwyczai się i wyuczy zakładać ją sobie po za podniebienie. I ten jednak sposób nie zawsze daje się zastosować, gdyż są osoby tak drażliwe, że dłużej nad kilkanaście sekund cewki po za podniebieniem znieść nie mogą.

¹⁾ Tak zwana klyzopompa angielska.

W takich razach z pożytkiem zastosować można wprowadzenie do jamy nosowej płynów sproszkowanych przyrządami pulweryzacyjnymi, podanemi w tym celu przez TROELTSCH'A i MACKENZIE'GO. Przyrząd TROELTSCH'A ma cewkę wylotową długą na 8 ctm. 4 milim. grubą i zupełnie gładką. Wsuwa się takową do jamy nosowej na cał głęboko i kieruje wylot jej nieco ku górze. Chory oddycha przez otwarte usta, trzymając głowę prosto lub lekko nachyloną ku przodowi. Płyn sproszkowany wypełnia całą jamę nosową i noso-gardzielową, a nadmiar jego skroplony spływa przez nozdrza przednie w odpowiednie naczynie, które chory trzyma w ręku. Jeżeli przyrząd dobrze proszkuje t. j. gdy otwór zewnętrzny jest mały, a balon gumowy sprężysty i niezbyt luźną siatką obciągnięty, gromadzi się w nosie tyle rozpylonego płynu, że widzieć można jak takowy przy oddychaniu wychodzi drugim otworem nosa. Przyrząd MACKENZIE'GO różni się od poprzedniego tem głównie, że cewka w której płyn się proszkuje, jest połączona z fiaską za pomocą 2 kauczukowych rurek, kształtem zbliża się ona do kateteru usznego; długość jej wynosi 16 ctm.

Wprowadzić ją można aż do jamy noso-gardzielowej, potrzeba jednak aby chory sam fiaskę z lekarstwem, mającem być proszkowaną, trzymał w ręku. Przyrząd TROELTSCH'A okazał mi się być nie tylko dogodniejszym lecz co więcej znacznie tańszym od aparatu MACKENZIE'GO. Z początku płyn użyty powinien być lekko ogrzany (25—30 R.) później, gdy chorzy przyzwyczajają się nieco, można używać zimnego. Obecnie posługuję się tą metodą prawie wyłącznie, nawet u małych dzieci, nie tylko dla wprowadzenia lekarstw odpowiednich, ale i w celu czyszczenia jamy nosowej ze śluzu i strupów jak np. przy ozaenie. Strzykawki nosowej WEBER-LIEL'A używam wtedy tylko, gdy strupy tak silnie do błony śluzowej nosa przylegają, że bez użycia mocnego strumienia wody oderwać ich nie można. Tylko tym chorym, powierzam strzykawkę angielską do użytku domowego u których przekonałem się, że podniebienie zachowuje się odpowiednio przy przeprowadzeniu płynów przez nos, i którzy wyuczyli się poprzednio jak się z takową obchodzić. Do przestrzykiwania nosa używam zwykle wody letniej, do której na kwartę dodać należy 1 do 2 dr. węglanu sody.

Przy ozaenie zalecam przestrzykiwania z roztworu chloranu potażu, dodając do kwarty wody gorącej, z początku łyżeczkę od kawy, później łyżkę stołową aż do dwóch łyżek tegoż przetworu. Przy znacznej suchości w jamie nosa i jamie noso-gardzielowej, zamiast soli kuchennej przepisuję roztwór salmianku z $\frac{1}{2}$ dr. na funt wody, przy wrzodach przymiotowych lub próchnieniu kości nosa, kwas karbolowy lub salicylowy, pierwszy w stosunku $\frac{1}{2}$ do 1 dr. na funt wody, drugi w stosunku 1 do 2 dr. na taką ilość płynu. Przetwory cynku, a mianowicie siarczan cynku odrzuciłem radą idąc za STOERK'A, z powodu że węch po niem ginie zupełnie i to na czas dłuższy.

Przy obfitej śluzoropnej wydzielinie używam tanniny lub alunu w stosunku 1 skr. do 1 dr. na funt wody.

Przepisy te stosują się również i do płynów wprowadzanych do nosa w postaci sproszkowanej. Można je użyć i w roztworach silniejszych, lecz

dopiero po przekonaniu się że słabsze roztwory dobrze są znoszone. W postaciach atonicznych śluzotoków dodaje do roztworów powyżej podanych wyskoku od $1\frac{1}{2}$ do 2 dr. na kwartę wody. Kurz gorąco zaleca użycie roztworów soli kuchennej (1 dr. na funt wody), proszkowanych aparatem TROELTSCH'A, przy ozaenii.

W ostatnich czasach dr. SCHADEWALD podał przyrządzik za pomocą którego parę wodną wprowadzać można, do jamy nosogardzielowej i do trąbki EUSTACHIUSZA. Zasada jego prosta. W baloniku szklanym połączonym cewką szklaną z drugim balonem nad nim pomieszczonym, a służącym jako zbiornik pary, ogrzewa się woda do zawrzenia. Para wypędzana jest za pomocą balonu kauczukowego, połączonego ze zbiornikiem górnym cewką kauczukową i drugą cewką, zakończoną giętką nasadą z kauczuku wulkanizowanego, w postaci cewnika usznego, wprowadza do odpowiedniej jamy nosowej, po wypróbowaniu uprzednio jej ciepłoty. Przyrząd ten ma niektóre niedogodności, do których należy skraplanie się wody w cewce wylotowej i wymaga pewnej wprawy w zastosowaniu. Zbyt mało go dotąd używałem abym stanowczo o wartości jego mógł sądzić.

Wspomnieć tu jeszcze muszę o nowej metodzie leczenia chorób jam nosowych dr. CATTI, za pomocą czopków z żelatyny, zawierających w sobie różne substancyje lecznicze, a wprowadzane do przewodów nosowych od zewnątrz. Czopki te długie na 6 ctm. a 4 milim. grube, cieńszym końcem wprowadzają się do jamy nosowej albo przez wziernik lub też bez jego pomocy, za pomocą lekkich ruchów obrotowych. Przed wprowadzeniem należy koniec ich zwilżyć wodą przez co łatwiej wsunąć się dają, poczem za pomocą kawałka waty zatyka się odpowiedni otwór nosowy i watę zostawia od 4—6 godzin. Zwykle po tym czasie czopek się rozplywa zupełnie i płyn powleka muszlę dolną, podłogę jamy nosowej, przegrodę, często spływa do gardzieli. Przez cały czas pozostawiania czopka w nosie chorzy nie powinni nosa silnie wycierać lub charkać, gdyż wtedy prawie zawsze czopek wyrzuconym zostaje tylnymi lub przednimi otworami nosa. Przy cierpieniu muszli średniej wprowadzam czopek do przewodu nosowego średniego i watę wsuwam wysoko w nos dla utrzymania leku. Wprowadzenie jest niebolesne, a przy pewnej wprawie nie wywołuje drażnienia. Czopki te przygotowywa w Wiedniu aptekarz GROHS ¹⁾ z dodatkiem alunu, tanniny, siarczanu cynku, siarczanu miedzi, octanu ołowiu, z kwasem karbowym, *cum extracto opii*, morfiną i t. p. przetworami. Wypróbowałem skuteczność ich w wielu przypadkach nieżyty nosa, połączonego z nadmierną śluzową lub śluzo-ropną wydzieliną i stwierdzić mogłem dobry ich wpływ na lekkie postaci nieżyty. Przy nieżycie przewlekłym, przerostowym, zmniejszały wprawdzie wydzielinę, lecz skutek ten szybko przemijał. Dodac tu muszę że zaraz po ich wprowadzeniu, wydzielina jamy nosowej staje się obfitszą lecz następnie t. j. na drugi dzień zmniejszać się zwykła.

Ponieważ użycie przestrzykiwania nosa ma więcej znaczenie oczyszczają-

¹⁾ Apotheke zur Austria. Währinger-Strasse. Nr. 22.

ce i rzadko kiedy wystarcza do wyleczenia przewlekłego nieżytu, podano inne metody, które silniej działając na błonę śluzową miały na celu usunięcia przewlekłego jej zapalenia. Najlepszym ku temu środkiem jest wprowadzenie proszków zawierających w sobie kamień piekielny w rozmaitym stosunku. Sposób ten zachwalany przez MICHEL'A, sprawdzić miałem sposobność, i pomimo że jest dla chorych nieprzyjemnym, przyznać muszę że wielkie posiada zalety. Stosunek kamienia piekielnego do talku jest różny, od 1 i 6 do 8 do 10 do 20. Zaczynać należy od najsłabszych proszków, które wprowadzają się za pomocą szklanej odpowiednio zagiętej cewki przez nozdrza tylne ¹⁾. Zaraz po insuflacyi, pojawia się kichanie, podrażnienie spojówki, czasem silny ból głowy trwający parę godzin, w miarę silniejszego lub słabszego składu proszku. Wdmuchiwanie od przodu nie działa tak dokładnie i w tem jest nieprzyjemniejsze, że część proszku z nosa dostaje się i do gardzieli, a czasem i do krtani.

Jeżeli obrzmienie błony śluzowej jest tak znacznem, że po kilkukrotnem wdmuchiwaniu proszków lapisu nie ustępuje, trzeba przystąpić do użycia lapisu w substancyi. Narzędzie do tego odpowiednie podał SCHROTER. Dozwala ono na wprowadzenie lapisu do miejsca najbardziej zwyrodnionego, lecz polecać go nie mogę z powodu że natapianie lapisu jest możne, skutek przyżegania powierzchowny, ból po kauteryzacyi bardzo silny i długotrwały.

Od czasu gdy idąc za przykładem MICHEL'A, zacząłem przy przewlekłym nieżycie nosa, połączonym z przerostem błony śluzowej, stosować przyżegania galwanokauterem, wszelkie kanteryzacje kamieniem piekielnym lub innemi kaustykami okazały mi się zbyt bezużytecznymi. Przyżegania galwanokauterem są daleko mniej bolesne od kauteryzacyi kamieniem piekielnym lub chlorkiem cynku, dają się łatwo wykonać, ból jest chwilowym i trwa tylko tak długo jak samo przypalenie, reakcja jest mała, tak że chorzy nawet na ból głowy się nie uskarżają i po przyżeganiu nie potrzebują dłużej nad kilka godzin pozostawać w domu. Przyżeganie wykonywa się za pomocą zagiętych kauterów różnej wielkości. Nawet w bardzo zastarzałych przypadkach kilkakrotne użycie galwanokauteru sprowadza ustąpienie obrzmienia, a po 10 dniach wydzielina znacznie się zmniejsza.

Stosownie do umiejscowienia nieżytu pociągamy paski narzędziem wzdłuż muszeli, poczynając od tyłu, przyczem należy się wystrzegać zbytniego rozpalenia platyny i dotknięcia błony śluzowej przegrody nosowej, drażliwszej od miejsc innych.

W tych przypadkach w których przedni koniec muszli dolnej jest silnie obrzmiały i tak mało elastyczny, że pod dotknięciem zgłębnika dołek w błonie śluzowej się nie wypełnia, albo gdy błona śluzowa na niej jest ziarnistą, ma wygląd brodawkowy, najlepiej odjąć przerosły guz za pomocą pętlicy galwanokaustycznej. Operację tę wykonałem dotąd kilkanaście razy w obecności kolegów: ZAWADZKIEGO, BENNIEGO, KONDRATOWICZA i innych.

¹⁾ Wyrabia je K. BERENT w Warszawie.

Tak samo postępuję przy bardzo znacznem obrzmieniu przedniego końca muszli średniej, gdy takowa wielkością swoją przewód nosowy zatyka.

Po odjęciu przedniego końca muszli, wewnątrz nosa staje się dostępnem dla wzroku i łatwo wtedy zwyczajnem żegadłem dostać się do części głębszych. Podczas założenia pętlicy trzeba się starać, aby takową jak najwyżej ku górze posuwać, póki się stałego oporu nie napotka. Inaczej łatwo pętlica spada. U osób pełno-krwistych, dla uniknięcia krwawienia należy bardzo wolno odpalać i to drutem rozpalanym do czerwoności.

W kilka godzin po operacyi ilość wydzieliny się powiększa, co trwa dni parę. Gdy ilość śluzu się zmniejszy, można w razie potrzeby powtarzać kauteryzacje. Reakcyja po odjęciu przedniego końca muszli jest bardzo małą. Lekki ból głowy, czasem łzawienie oka, są jedynymi objawami nieprzyjemnymi. Zalecam w takich razach okłady zimne na czoło i środek czyszczący. Odpowiednie narzędzia i wyroby Sz. kolegom przedstawiłem na posiedzeniu Tow. lekarskiego w d. 4 listopada 1879 r. Najpraktyczniejszym jest odciskacz SCHECH'A. Ma on tę wyższość, że jest bardzo cienki i łatwo założyć pętlicę. Zakładałem je ze stalowego drutu różnej średnicy którym drut platynowy zastępuję w zupełności, a jest znakomicie tańszym. Najlepszymi okazały się cienkie struny fortepianowe angielskie które przy ostrożnem rozpalaniu rzadko kiedy się stapiają. Jako ogólną zasadę przy kauteryzacyi błony śluzowej nosa przyjąć należy, aby przyżeganie odbywało się pod kierunkiem oka, aby koniec narzędzia był wprowadzany zimnym, a strumień puszczanym tylko przez kilka sekund. W razie gdy kauter przypieka silnie do błony śluzowej nie trzeba takowego odrywać, lecz przez krótkie zamykanie i otwieranie strumienia przypalać tak długo, dopóki żegadło strupa nie utworzy, poczem z łatwością odjąć je można. W ten sposób unikniemy krwawienia, połączonego zawsze z oderwaniem strupa i zyskamy na czasie. Krwawienie tamować trzeba wstrzykiwaniem wody zimnej czystej, lub z domieszką alunu. Jeszcze łatwiej wstrzymać je wprowadzając kawałek waty haemostatycznej aż do odpowiedniego miejsca.

W bardzo wielu przypadkach nieżyty przewlekłego nosa, obok terapii miejscowej koniecznem jest uwzględnienie konstytucyi i ogólnego stanu chorego. Szczególniej u dzieci skrofulicznych zdarzało mi się widzieć postacie nieżyków nosa, które bez żadnej miejscowej terapii ustępowały przy zmianie diety, podaniu tranu lub jodku żelaza, przy zalecanej solance Ciechoińskiej, po kąpielach solnych lub morskich.

Hartowanie ciała za pomocą kuracyi hydropatycznej, pobyt nad morzem w wielu razach okazały się skutecznymi. Przy usposobieniu do nieżyków nie tylko błony śluzowej nosa lecz gardzieli i płuc, połączone z nadmiernem wydzielaniem śluzu, z dobrym skutkiem podawałem przetwory żywiczne w postaci pigułek podług następującego przepisu:

Rp. *Ol. pini silvestr. Picis. liquid. Magnes. ustae. Amyli aa* S. dr. *M. f. l. a. pill.* Nr. 60. S. Dwa razy dziennie po 2 lub 3 pigułki. Samo się przez się rozumie że przy nieżytach nosa natury przymiotowej, bez ogół-

nej, do okresu cierpienia zastosowanej terapii, leczenie miejscowe okaże się bezskutecznem. U chorych takich po dokładnem oczyszczeniu nosa ze śluzu i strupów, za pomocą zgłębnika zbadać należy przegrodę i muszle czy nie natrafi się na miejsce zgorzelińowe, które podtrzymuje zapalenie i ropienie. U chorej jednej, dopiero po wyjęciu kawałka zmartwiałego lemiesza, ustąpiła smrodliwa woń powietrza i nieżył się zmniejszyć. Kończąc ten rozdział chciałem jeszcze zwrócić uwagę na pomyłkę którą wielu lekarzy bezwiednie popełnia, biorąc zaschlą, żółtą wydzielinę, pokrywającą muszle lub przegrodę za owrzodzenia. Rozpoznanie wrzodów uprzedzić bezwarunkowo winno oczyszczenie dokładne jamy nosowej i również dokładne oświetlenie wnętrza nosa, za pomocą sposobów podanych powyżej.

O operacyi polipów nosa.

Przystępuję teraz do opisu operacyi polipów nosa za pomocą pętlicy z drutu stalowego sposobem prof. ZAUFAL'A, który przed dawniejszą, nieco barbarzyńską metodą operowania kleszczami, ma tak wybitne zalety, że takową stanowczo z liczby chirurgicznych rękoczynów raz na zawsze wyruguje. Pomyśl tego sposobu należy się WILDE'MU, który pierwszy odjęcie polipów w nosie pętlicą wykonał. Po nim, VOLTOLINI, TROELTSCH, LUCAS i BRUNS gorąco takowy polecali. Dokładnym opisem i wydoskonaleniem narzędzi najwięcej jednak przyczynił się do jego rozpowszechnienia prof. ZAUFAL. Wszystkim zapewne kolegom znany jest dawniejszy sposób operowania polipów nosa. Po niekoniecznie dokładnem obejrzeniu wnętrza nosa i przekonaniu się, że powietrze przez nos nie przechodzi, siadał chory na krześle twarzą zwróconą do okna, operator zaś unosząc koniec nosa ku górze, doprowadzał do jamy nosowej kleszczyki polipowe, lub czasem kornchang i starał się dotrzeć aż do przyczepu polipa aby go od błony śluzowej oderwać. Ponieważ jednak operujący kierować się mógł tylko dotykiem, konsystencyja zaś polipów mało się różni od konsystencyi błony śluzowej, łatwo pojąć, że razem z polipem, a czasem zamiast niego, wrywano kawałki błony śluzowej, niekiedy zaś i części muszle nosowych. Operacyja przedłużała się zwykle aż do chwili póki chory nie zaczął przez nos oddychać. Obejrzenie wnętrza jamy nosowej po operacyi, bywało zwykle zaniechanem. Krwotoki, nieraz silne, tamowano przestrzykiwaniem wody; jako leczenie następowe zalecanem bywało wciąganie płynów zawierających alun lub taninę.

Dziś gdy metoda badania jamy nosowej od przodu nie przedstawia żadnych trudności, rozpoznanie co do obecności polipów w nosie jest zupełnie pewnem. Rzadko kiedy znajdziemy jednego tylko polipa, zwykle jest ich kilka lub kilkanaście. Czasem znajdują się w takiej ilości że wypełniają całą jamę nosową, zwieszają się do jamy noso-gardzielowej, a czasem wychodzą przez otwory przednie na zewnątrz. Rozpychają one i doprowadzają do zaniku muszle, rozszerzają kanały nosowe, a czasem szpecą nos wytłaczając jego skrzydła i boki na zewnątrz. Najczęściej

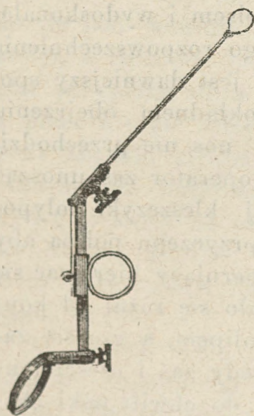
wyrastają z błony śluzowej pokrywającej brzeg muszli średniej; czasem punktem wyjścia bywa jednak błona śluzowa pokrywająca kość sitową. Zdarza się, że cała błona śluzowa wyściełająca muszlę średnią jest niemi jakby zasiana.

Zwykle siedzą na szypułce, nieraz bardzo cienkiej, która wytwarza się prawdopodobnie na skutek targania i tarcia jakimu ulega polip przy wycieraniu nosa, skutkiem siły przeciskanego przez nos powietrza.

Ze po operacyi wyrwania kleszczami każdy oderwany strzęp błony śluzowej może być dla nich punktem wyjścia, dowodzą preparata wyjęte przez ZAUFAL'A, który wydobyl kleszczami w pewnym przypadku kawałek muszli kostnej, naderwanej dawniej przy operacyi i cały pokryty świeżo wytworzonymi drobnymi polipami śluzowymi. Kość ta pokryta już była blizną z tkanki łącznej, której strzępki stały się punktem wyjścia świeżych zupełnych nowotworów.

Wielkość polipów śluzowych bywa różna, od ziarna soczewicy aż do wielkości dużej sliwki i większe. Postać ich zwykle podłużna, okrągława, konsystencyja miękka. Czasem robią wrażenie woreczka wypełnionego śluzem o powłoce świecącej, szarej, blado-żółtawej barwy. Na cienkiej ich powłoce czasem przebiegają drobne gałązki naczyń krwionośnych. Niekiedy polipy nieco twardsze zawierają w środku torbiel wypełnioną śluzem, co raz jeden sprawdzić miałem sposobność.

Fig. VII.



Po przekonaniu się za pomocą zgłębnika o miejscu przyczepu polipa, można przystąpić do operacyi za pomocą zaciskacza TOBOLD'A lub ZAUFAL'A (Fig. VII.) Instrument ZAUFAL'A jest tylko modyfikacją odciskacza, podanego przez BLACK'A dla polipów ucha. Drut cienki stalowy zakłada się w odpowiedni sposób i z niego wyciąga pętlę. Po oświetleniu jamy nosa i jej rozszerzeniu za pomocą dylatora VOLTOLINI'EGO lub CHARRIER'A, podprowadzamy prawą ręką odciskacz, kierując pętlę aż do nasady polipa i szybko ją zaciskamy. Polip albo spada, albo wydobywamy go wraz z narzędziem.

Przy miękkich polipach ból podczas operacyi jest żaden, zwykle wcale nie ma krwawienia. Po kolei w ten sposób odejmujemy jeden nowotwór za drugim starając się o to, aby naraz dużo nie chwycić i pętlę aż do nasady podsuwać. Przy silniejszym krwawieniu, zakładamy tampon z waty haemostatycznej. Bardzo praktycznymi okazały mi się tampony z waty alunowej, gdyż jako mniej kruche, łatwiej do odpowiedniego miejsca doprowadzić się dają.

Polipy bardziej od przodu leżące, stykając się z powietrzem, są twardsze, bardziej włókniste od polipów po za nimi położonych. Lepiej więc odejmować je za pomocą pętlicy galwanokaustycznej niż pętlą zimną ZAUFAL'A. Często bardzo po odjęciu wszystkich polipów, znajdujemy

blonę sluzową muszel tak zwyrodnioną, że potrzeba kilka lub więcej razy przyżęgać powierzchnię jej żegadłem galwanokaustycznym, aby zapobiedz możliwość recydywy. Miejsce przyczepu polipa należy również jak najstaranniej zniszczyć. Łatwiej wykonać to żegadłem niż kamieniem piekielnym lub chlorkiem cynku, gdyż bóle przy tej ostatniej manipulacji są silne i trwają dość długo.

W ogóle doszedłem do wniosku, że ze wszystkich metod leczniczych, najmniej bolesną i najłatwiejszą do wykonania jest dla przewlekłych zwyrodnień błony sluzowej nosa, metoda galwanokaustyczna. Zdanie to podziela większość specjalistów zajmujących się leczeniem chorób jam nosowych jako to: FRÄNKEL, VOLTOLINI, MICHEL, SCHADEWALD, z którymi w tym roku porozumieć się w tym przedmiocie miałem sposobność.

Zimna pętlica ZAUFAŁA wystarcza do usunięcia polipów miękkich. Ponieważ jednak nowotwory te są wynikiem przewlekłych zapaleń błony sluzowej, doszczętne wyleczenie cierpienia, bez użycia galwanokaustyki jest prawie niemożliwem.

Miałem dotąd sposobność operowania kilkunastu chorych dotkniętych polipami nosa. Liczba wyjętych polipów za pomocą pętlicy zimnej lub galwanokaustycznej, dochodzi 40-tu. Przy znacznem zatkaniu nosa, z początku ułożenie dokładne pętlicy nie jest tak łatwem jakby się zdawać mogło, gdy zgłębnik z powodu niemożności przeprowadzenia takowego i śledzenia okiem za jego końcem, nie wykryje dokładnie miejsca z którego nowotwór wyrasta. Trudniejszym jeszcze jest założenie pętlicy na polipy, gdy takowe wyrastają z tylnego końca muszli średniej i zwieszają się po podniebieniu miękkim ku tyłowi. W taki właśnie sposób osadzony był duży polip u jednego z kolegów, którego przed 4-ma miesiącami operować miałem sposobność. Oprócz tego nowotworu z przedniego końca muszli średniej wyrastał guz wielkości małej śliwki, który zatykał otwór nosa przedni i wypychał skrzydło odpowiedniej strony. Po operacji, którą w obec kolegi BELKEGO poczęści wykonałem pętlicą galwanokaustyczną, poczęści pętlą zimną, powietrze swobodnie przez nos przechodziło, nieżyt się zmniejszył, a z nim i ilość wydzieliny.

Opis leczenia ozaeny i poglądy co do jej natury pominąć tu muszę zarówno jak i leczenia chorób jamy nosogardzielowej, a mianowicie przerostu migdałka gardzielowego i nowotworów tejże okolicy. (Polipy nosogardzielowe).

Staralem się ile możności treściwie przedstawić dzisiejsze stanowisko Rhynoterapii i sposobów badania jam nosowych aby uwydatnić Sz. kołgom postępy jakie nauka w tym kierunku uczyniła i zachęcić do dalszej na tem polu pracy. W większości przypadków wystarcza dla rozpoznania cierpienia *Arhinoscopia anterior*. Narzędzia do jej wykonania potrzebne są proste, zorientowanie się w obrazach patologicznych łatwe. *Reflector, speculum* do nosa, zgłębnik w kolanko zgięty, oto główne narzędzia będące i tak w rękach większości lekarzy. Do operacji polipów nosa potrzeb-

nym jest jeszcze odciskacz ZAUFAL'A. Zbiór więc narzędzi chirurgicznych nie jest ani liczny, ani drogi.

Wątpię aby w obec tych danych znaleźli się jeszcze zwolennicy dawniejszego sposobu operowania naslepo kleszczami, którzy bez wypróbowania zalet nowej metody, uważając ją za niepotrzebne nowatorstwo, chcieli w obec niej przejść do porządku dziennego. Zaszkozić jej nie będą oni w stanie. Operację polipów za pomocą pętlicy przeprowadzą bowiem i utrwalą w chirurgii jeżeli nie lekarze, to chorzy tą metodą operowani.

SPROSTOWANIE.

Fig. III przedstawia w jaki sposób zakładać należy hak podniebieniowy (X i szpatel ASCH'A (O). Szpatel ten za pomocą sprężynki oznaczonej literą *b*. w Fig. II utrzymuje się w nadanej mu raz pozycji.

W ustępie objaśniającym użycie haka VOLTOLINIE'GO (str. 6 wiersz 36) zamiast *prawą* powinno być: *lewą* ręką wprowadzamy lusterko.

INNE PRACE Dra T. HERINGA.

Prace oryginalne:

O ruchach gwiazdowatych komórek barwnikowych i o zależnych od nich zmianach koloru skóry u żab. (Odbitka z Gazety lekarskiej Nr. 17, 20, 21, z roku 1868).

O jadzie gnilnym. Przez autora i Dr. J. Brzezińskiego. (Odbitka z Gazety lekarskiej Nr. 47, 50, 51, 52, z roku 1869).

Indygo w moczu. Przez prof. Fudakowskiego i T. Heringa. (Odbicie z Gazety lekarskiej 1873 r.)

O stosunku gruźlicy i suchot płucnych do zapalenia. Rozprawa konkursowa uwieńczona nagrodą Dr. A. Helbicha. Przekład w języku niemieckim wydany nakładem Augusta Hirschwalda w Berlinie w 1873 r. Przekład w języku rosyjskim drukowany w Военно-Медицинскомъ Журналѣ w 1873 r.

O przewlekłym śluzotokowym zapaleniu błony śluzowej nosa, gardzieli i krtani, z następczym zwężeniem błoniastem tchawicy. (Odbitka z Medycyny Nr. 41 i 42 z roku 1877.)

O leczeniu zwężeń krtani za pomocą metody Schröttera. (Pamiętnik Tow. Lekarskiego z 1878 r.)

Pęknięcie błony śluzowej krtani. (*Fissura mucosae*) (Odbitka z Gazety lekarskiej z 1878 r.)

Igła w zatoce polykowo-krtaniowej lewej. Jej wyjęcie. (Odbitka z Gazety lekarskiej z 1878 r.)

O operacji polipów krtani metodą wewnątrzkrtniową. (Odbitka z Gazety lekarskiej 1879 r.)

Niezwykły przypadek zwężenia krtani wywołany przedziurawieniem struny głosowej (Medycyna Nr. 39 z r. 1879.)

Ein neues Stativ für laringoskopische Beleuchtungsapparate Wiener medic. Presse. Nr. 13 1877 r.