

19142

X
Dobler № 26732

305
202

WYROSŁE ADENOIDALNE

W NOSOWEJ CZĘŚCI GARDZIELI.

Vegetationes adenoideae in parte nasali pharingis.

OPISAL

WŁADYSŁAW WRÓBLEWSKI,

ordynator kliniki terapeutycznej szpitalnej.

D
O
B
L
E
R

BIBLIOTEKA
Szpitala im. Karola 1. 651
Dla Dzieci
335

Odbitka z Gazety Lekarskiej 1889 r.

~~BIBLIOTEKA
WARSZ. TOW.
LEKARS.
DUBLER~~

WARSZAWA.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska 29.

1889.

WYROŚLE ADENOIDALNE

W NOSOWEJ CZĘŚCI GARDZIELI.

Vegetationes adenoideae in parte nasali pharingis.

OPISZAŁ

WŁADYSŁAW WRÓBLEWSKI,

ordynator kliniki terapeutycznej szpitalnej.

BIBLIOTEKA
Szpitala im. Karola i Marii
Dla Dzieci
Nr. _____

*Manusum Doktora
Léopoldo Lazzarini
w swoim pracu
i zyskiwać
ofiaruje
Bodor*

Odbitka z Gazety Lekarskiej 1889 r.



WARSZAWA.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska 29.

1899.



www.dlibra.wum.edu.pl

Дозволено Цензурою.
Варшава, 20 Октября 1889 г.

**Biblioteka Główna
WUM**



www.dlibra.wum.edu.pl



WYROŚLE ADENOIDALNE W NOSOWEJ CZĘŚCI GARDZIELI.

Vegetationes adenoideae in parte nasali pharyngis ¹⁾).

Wyrośle adenoidalne jamy noso-gardzielowej należą do cierpień, nadzwyczajnie często spotykanych u nas w praktyce specjalnej, o których jednak w literaturze naszej takie panuje milczenie, że wcale się dziwić nie należy, gdy kwestyja ta, choć niesłychanie doniosła, tak mało znaną jest ogółowi lekarzy: Cierpienie to znają dokładnie i zajmują się niem tylko specjaliści, laryngologowie — gdyż prawie każdy numer odnośnych pism niemieckich i francuzkich traktuje o wyrosłach adenoidalnych z powodu wielkiej roli, jaką w patologii odgrywają.

U nas, w Warszawie, raz tylko kwestyja ta była poruszona, mianowicie przez HERYNGA, który miał odczyt w Towarzystwie Lekarskiem w roku 1881, streszczony w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego w zeszyte II tomu LXXVII. Odczyt zatytułowany był: „O cierpieniu adenoidalnem migdałka gardzielowego“. Wówczas prelegent demonstrował chorego, dotkniętego tem cierpieniem, posługując się światłem DRUMMOND'a. Drugą polską pracą o tym przedmiocie znajduję w 1884 roku w Przeglądzie Lekarskim, napisaną przez D-ra KLEMENSA KOCHLERA. W pracy tej zatytułowanej: „Pogląd na sposoby operowania przerosłego migdałka polykowego“ — autor zastanawia się i roz-biera krytycznie leczenie chirurgiczne danego cierpienia. Więcej prac polskich nie znajduję.

Cierpienie to zostało wykryte około 30 lat temu — dokładnie zbadane i opisane przed 15 laty. Pierwszeństwo rozpoznania i leczenia tworców adenoidalnych przypisuje sobie VOLTOLINI ²⁾ — przypadki zaś, które przed nim widzieli CZERMAK, TUERCK i SEMELEDER, nie należą do pewnych, co zresztą

¹⁾ Synonimy: *Tumores adenoidei. Hypertrophia tonsillae pharyngeae.* Po polsku: Wyrośle adenoidalne. Cierpienie adenoidalne migdałka gardzielowego. Przerost migdałka LUSCHKA'i.

²⁾ Anwendung der Galvanokaustik. Von D-r VOLTOLINI 1867 r. I wydanie. 1872, II wydanie. D-R WL. WRÓBLEWSKI.

i TRAUTMANN ¹⁾ potwierdza. Przypadek, opisany przez CZERMAKA (*Der Kehkopfspiegel. 1863 r.*), przedstawia tylko zgrubienie *plicae salpingopharyngeae*, nie zaś typowe wyrośle adenoidalne. Zgrubienie takie miał VOLTOLINI także wcześniej widzieć i opisać (*Festschrift zum Jubiläum der Universität Breslau. 1861 r.*). Większość jednak autorów przyznaje to pierwszeństwo CZERMAKOWI. Największą jednak zasługę w tym względzie położył WILHELM MEYER, otijatra z Kopenhagi, który cierpienie to zupełnie dokładnie zbadał i opisał, tak pod względem anatomo-patologicznym, jak klinicznym i leczniczym ²⁾.

Następną źródłową pracę w tym względzie ogłosił LOEWENBERG ³⁾, który już w roku 1865 opisał 3 odnośne przypadki. Od tego czasu rok rocznie ogłaszają mnóstwo artykułów w gazetach lekarskich, rozpraw doktorskich i t. d., mających na celu wyczerpanie danego przedmiotu. Przytoczę tu ważniejsze: CHATELLIER ⁴⁾, *Des tumeurs adénoïdes du pharynx*; COLLET ⁵⁾, *Étude sur les végétations adénoïdes du pharynx nasal*; PANSE ⁶⁾, *Ueber adenoïde Wucherungen im Nasenrachenraume*; CARL SCHOLZ ⁷⁾, *Ueber adenoïde Vegetationen im Nasenrachenraume besonders bei Erwachsenen*. Następnie spotykamy mniej lub więcej wyczerpujące opisy vegetacyj adenoidalnych we wszystkich prawie specjalnych podręcznikach chorób gardła i nosa, że przytoczę tu: MACKENZIE ⁸⁾, STOERK ⁹⁾, SCHECH ¹⁰⁾, MOLDENHAUER ¹¹⁾, SCHAEFFER ¹²⁾, VOLTOLINI ¹³⁾, MICHEL ¹⁴⁾ i w podręcznikach do chorób usznych: URBANTSCHITSCH, TROELTSCH, POLITZER i t. d.. Z autorów mniejszych prac można wspomnieć: B. FRAENKEL'a ¹⁵⁾, V. LANGE'go ¹⁶⁾, LUBLIŃSKIEGO ¹⁷⁾ i wielu innych, których bądź zupełnie milczeniem pominię, bądź przytoczę niżej przy rozpatrywaniu objawów, leczenia i t. d., o ile prace ich na to zasługują, przyczyniając się do rozświetlenia danego cierpienia.

¹⁾ TRAUTMANN. Anatomische, pathologische und klinische Studien über hyperplasia der Rachen tonsille. Berlin. 1886.

²⁾ W. MEYER, Kopenhagen. Archiv für Ohrenheilkunde. Tom VII i VIII. rok 1873/74.

³⁾ Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Par le D-r B. LOEWENBERG. Paris. 1879.

⁴⁾ Thèse de Paris. 1886.

⁵⁾ Lyon. 1886.

⁶⁾ Inaugural Dissertation. Halle. 1888.

⁷⁾ Inaugural Dissertation. Breslau. 1888.

⁸⁾ Die Krankheiten des Halses und der Nase von M. MACKENZIE, deutsch bearbeitet von F. SEMON. Tom II, str. 701—724.

⁹⁾ Klinik der Krankh. des Kehlkopfes etc. 1830 r., str. 117.

¹⁰⁾ Die Krankh. der Mundhöhle, des Rachens und d. Nase. 1888 r., str. 117—126.

¹¹⁾ Die Krankh. der Nasenhöhlen etc. 1886 r., str. 157—170.

¹²⁾ Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie etc. 1885 r., str. 54.

¹³⁾ Die Anwendung der Galvanokaustik. 1872. Die Krankh. der Nase. 1888 r., str. 356—371.

¹⁴⁾ Die Krankh. der Nasenhöhle. 1876 r., str. 77—92.

¹⁵⁾ Adenoïde Vegetationen. Deut. med. Wochenschrift. 1884 r., Nr. 16 i 17.

¹⁶⁾ Veget. adenoïdeae. Deut. med. Woch. 1883 r. Nr. 51.

¹⁷⁾ Ad. Veget. Deut. med. Zeitung. 1887. Nr. 24. Referat w Revue mensuelle de laryngologie. 1888 r. str. 102.

A n a t o m i j a.

Siedliskiem guzów adenoidalnych jest część nosowa gardzieli, dlatego też przypomnę pokrótce stosunki anatomiczne i histologiczne danej okolicy.

Jama noso-gardzielowa, komunikująca z przodu za pomocą nozdrzy tylnych z jamą nosową, ku dołowi zaś szerokim otworem z *isthmus faucium*, ma wysokości około 2 cm., szerokości do 3,5 cm., przy wymiarze przedniotylnym 2 cm.. Objętość tej jamy, która ma pewne podobieństwo do sześciangu z zaokrąglonemi kątami, oblicza LUSCHKA ¹⁾ na 4 cm. sześć.. Rozróżniamy tu następujące ściany: górną, tylną, przednią i dwie boczne. Górna ściana, t. j. sklepienie gardzieli jest utworzone przez trzon kości klinowej, część podstawową kości potylicowej i część piramid kości skroniowych; ściana ta przechodzi bez widocznej granicy w ścianę tylną, która opiera się na łuku przednim kręgu szczytowego (*atlas*) i na trzonie kręgu obrotowego (*epistrophæus*). Przednia ściana składa się z otworów tylnych nosa, z przegrody nosa, w danem miejscu lemiesza, poziomej części kości podniebiennej, z wyrostków skrzydlatych kości klinowej (*proc. pterygoidei ossis sphenoidæ*) i tylnej powierzchni podniebienia miękkiego, które w czasie skurczu, przez przylegania do tylnej ściany, tworzy jednocześnie dolną granicę jamy gardzielo-nosowej; ściany boczne tworzą się częścią ze skrzydła wewnętrznego wyrostka skrzydlastego kości klinowej i częścią z części skalistej kości skroniowej. Na samym prawie środku [według TILLAUX] ścian bocznych znajdujemy z każdej strony wały i otwory trąbki EUSTACHIJUSZA (*tuba et orificium tubæ Eustachii*), łączące jamę nosogardzielową z uchem średnim. Trąbka EUSTACHIJUSZA znajduje się na wysokości tylnej części muszli nosowej dolnej, oddalona od niej na 7 mm.. Otwór trąbki podobny jest do elipsy wysokości 8 mm, szerokości 5 mm.. Otwór ten otoczony jest wałem, w którym rozróżniamy dwie wargi, przednią i tylną. Warga przednia przechodzi ku dołowi w fałdę, idącą do podstawy podniebienia miękkiego (*plica salpingopalatina*). Warga tylna przechodzi w fałdę gardzielową (*plica salpingopharyngea*), mającą bardzo ważne znaczenie w fizjologii i patologii gardła. Fałda ta obfituje w gruczoły. Schodzi ona równolegle z *plica salpingopalatina* po bocznej ścianie jamy noso-gardzielowej i krzyżuje się z brzegiem tylnym mięśnia unoszącego podniebienie miękkie ²⁾, bezpośrednio ponad łukiem podniebiennym tylnym (*arcus palatopharyngeus*); fałda ta rozpląszcza się i, skręcając się ku tyłowi i na zewnątrz, idzie dalej do łuku tylnego, zlewa się z zewnętrzną częścią górnej jego blaszki. Przy wydawaniu głosu i połykaniu fałda ta porusza się do wewnątrz i ku dołowi i pomaga, według ZAUFAŁ'a, do zamknięcia jamy gardzielo-nosowej od połykowej ³⁾. Pomędzy *plica salpingopharyngea* a tylną ścianą gar-

¹⁾ Der Schlundkopf des Menschen. Tübingen. 1868.

²⁾ LUSCHKA, l. c. str. 46. *Musc. levator veli*, inaczej *musc. petro-salpingo-staphylinus*, zaczyna się dwoma pęczkami: jednym znacznie grubszym od kości skalistej, drugim mocniejszym od chrząstki trąbki EUSTACHIJUSZA; idzie ku dołowi ukośnie do podstawy *veli palatini*, gdzie rozdziela się na trojaki włókna. Jedne przyczepiają się do dolnego bocznego brzegu nozdrzy, inne do powięzi *tensoris palati*, trzecie krzyżują się z takimi włóknami przeciwnej strony i dochodzą do łuku tylnego przeciwnej strony.

³⁾ SCHECH l. c.

dzieli nosowej jest zagłębienie, nazwane: *fossa Rosemülleri*, które TOURNAU nazywa *recessus pharyngis lateralis*.

Kościec gardzieli pokryty jest następującymi warstwami:

- 1) Warstwa tkanki łącznej.
- 2) Warstwa mięśniowa, t. j. trzy zwieracze (*constrictores pharyngis*).
- 3) Warstwa wyłącznie włóknista (*aponeurosis pharyngis*).
- 4) Warstwa błony śluzowej.

Dla nas najważniejszą jest ta ostatnia, dlatego też na nią tylko zwrócimy uwagę. Błona śluzowa części nosowej jest bladoróżowa, z żółtym odcieniem naokoło otworów trąbek EUSTACHIJUSZA; błona zaś śluzowa gardzieli połykowej ma odcień więcej czerwony i pokryta jest nabłonkiem płaskim wielowarstwowym, wtedy gdy pierwszą wyściela nabłonek cylindryczny, migawkowy. W błonie śluzowej gardzieli znajdujemy dwojakiego rodzaju gruczoły, a mianowicie: złożone gruczoły śluzowe i elementarne gruczoły limfatyczne. Pierwsze najobficiej rozłożone są w górnej części gardzieli, gdzie na tylnej ścianie, w bliskości otworu gardzielowego trąbki EUSTACHIJUSZA i na tylnej powierzchni podniebienia miękkiego, tworzą prawie jednolitą warstwę. Dalej ku dołowi w miarę zbliżania się do przełyku stają się one coraz mniej liczne. Elementarne gruczołki [guziki] limfatyczne istnieją również w całej błonie śluzowej gardzieli; rozkład ich w różnych okolicach jest bardzo niejednostajny. Gdy w części przełykowej gardzieli leżą one pojedynczo i najczęściej naokoło przewodów wyprowadzających gruczołów śluzowych — to w jamie noso-gardzielowej są one liczne w postaci oddzielnych kępek; na stropie gardzieli, pomiędzy otworami obu trąbek EUSTACHIJUSZA, zlewają się w jednolity pokład tkanki limfatycznej, w której u dorosłego człowieka rzadko można wyróżnić zupełnie ograniczone guziki limfatyczne — widać zaś je w wielkiej liczbie u 1 do 2-letnich dzieci. Obecność grubej warstwy tej tkanki limfatycznej nadaje błonie śluzowej w jamie noso-gardzielowej szczególny wygląd. Staje się ona mianowicie znacznie grubsza, miękka i więcej gąbczasta, a nadto więcej lub mniej mocno wystaje nad poziom otaczającej błony śluzowej, tak, że powierzchnia jej wydaje się chropowata. Wymieniony rozlany pokład tkanki limfatycznej na stropie gardzieli rozciąga się z przodu ku tyłowi od tylnych nozdrzy na tylną ścianę gardzieli, prawie aż do wysokości podstawy podniebienia, *resp.* do brzegu otworu potylicowego wielkiego. Dalej tkanka ta wyściela i ściany boczne, jamki ROSENMUELLER'a i dochodzi ku przodowi aż do otworów EUSTACHIJUSZA, przenikając niekiedy w same otwory i tworząc tam *tonsillam tubalem* GERLACH'a.

Tkanka limfatyczna przylega mocno do warstwy włóknistej stropu gardzieli, t. j. do *fibrocartilago basilaris*. W niej znajdujemy bardzo dużo gruczołów śluzowych złożonych, zwłaszcza naokoło wylotów trąbek EUSTACHIJUSZA w *recessus Rosenmülleri*, wielkości prosa aż do soczewicy. Masa ta jest w bardzo ścisłym związku z błoną śluzową, gdyż tkanka tej ostatniej łączy się nieprzerwanie z siatką tkanki łącznej; pierwszy LUSCHKA nazwał ją migdałkiem gardzielowym (*tonsilla pharyngea*). Największa prawidłowa grubość tej masy wynosi 7 do 8 mm, na sklepieniu gardzieli. O gruczołach tym znajdujemy wzmiankę

już u SANTORINI'ego (*Septemdecim Tabulae. Parmae. 1775*); dalej u LACANCHÉI [1853] w *Traité d'hydrotomie*; później u KOELLIKER'a w *Gewebelehre*, 1859 roku, lecz LUSCHKA (*l. c.*) dopiero zbadał i opisał go dokładnie, dlatego też nazywamy go zwykle: *tonsilla pharyngea LUSCHKII*. Tkanę, z której składają się twory, o których mówimy, nazwał HIS, „*adenoides Gewebe*“; HENLE: „*conglobirte Drüsensubstanz*“, a KOELLIKER „*cytogene Substanz*“; budowa jej jest zupełnie podobną do budowy tkanki gruczołów chłonnych. Jestto siatka, składająca się z bardzo cienkich, przezrzystych włókienek, na połączeniu których widać miejscami owalne jądra. Oka tej siatki wypełnione są nader licznymi komórkami limfoidalnymi.

Na sklepieniu gardzieli na samym środku linii, idącej od górnego punktu przegrody nosa do *tuberculum anterius atlantis*, znajdujemy prawie zawsze otwór, prowadzący do zagłębienia (*cul-de-sac*), głębokiego na 2 mm. do 1 cm., opierającego się dnem o tkankę włóknistą sklepienia — to właśnie tworzy *bursam pharyngeam*, która w ostatnich czasach tak dokładnie została zbadaną przez TORNWALDT'a ¹⁾.

Co się tyczy układu krwionośnego migdałka gardzielowego, to spotykamy tu następujące tętnice: tętnicę gardzielową wstępującą, gałązkę szyjowej zewnętrznej; tętnicę podniebienną wstępującą, pochodzącą bądź z tętnicy szczękowej zewnętrznej, bądź z tętnicy szyjowej zewnętrznej, a niekiedy z tętnicy gardzielowej wstępującej. Dalej: tętnicę migdałkową, gałązkę tętnicy szczękowej zewnętrznej; tętnicę podniebienną zstępującą z tętnicy szczękowej wewnętrznej i tętnicę WIDJUSZA z tętnicy podniebiennej zstępującej ²⁾. Sploty żyłne są w dalnej okolicy niezwykle obficie rozwinięte, największym z nich jest *plexus venosus palati mollis anterior et posterior*. Wszystkie sploty żyłne gardzieli wlewają się do żyły szyjowej wewnętrznej.

Naczynia chłonne są tu również bardzo obfite; tworzą one siatkę w błonie śluzowej i mięśniowej, niosą limfę częścią do gruczołów podstawy czaszki częścią do podszczękowych.

Z nerwów spotykamy tu gałązki drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego, z nerwu językogardzielowego i z części szyjowej nerwu błędnego.

Otóż, migdał gardzielowy LUSCHKI stanowi grunt, na którym wyrastają twory adenoidalne.

Anatomija patologiczna.

Wyrosłe adenoidalne rozwijają się z migdałka gardzielowego i wypełniają w mniejszym lub większym stopniu jamę nosogardzielową. Forma ich, wielkość i punkt wyjścia bywają bardzo różne. MEYER rozróżnia dwie główne ich formy: płaską ze szeroką podstawą, t. j. wprost zgrubienie — przerost tkanki adenoidalnej prawidłowej; i wybujałości palczaste podobne do grzebieni kogucich. Naturalnie, pomiędzy temi dwiema formami istnieje całe mnóstwo przejściowych

¹⁾ Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea für die Erkennung und Behandlung gewisser Nasenrachenraum-Krankheiten. 1885.

²⁾ Według LUSCHKA'i [*l. c.*] HIRSZFELDA. Anatomija opisowa ciała ludzkiego. Tom II i TRAUTMANN'a [cytaty w różnych dziełach].

odmian, tak, że zapewne dwa takie same przypadki trudno by znaleźć. Toż samo da się powiedzieć i o wielkości ich. Czasem są one tak duże, że wypełniają całą jamę nosogardzielową i dosyć jest unieść dobrze ku górze podniebienie miękkie, aby je zobaczyć; innym znowu razem zajmują bardzo tylko nieznaczną część tej jamy, gdy są usadowione gdzieś z boku, lub przy samym tylko sklepieniu. Od punktu wyjścia ich zależą i zaburzenia, jakie wywołują. Gdy się rozwijają u stropu i na tylnej ścianie, zakrywają nozdrza, przeszkadzając do oddechania fizjologicznego; boczne zaś wybujałości, zakrywając wylot gardzielowy trąbki EUSTACHIJUSZA, wywołują różne zaburzenia ze strony uszu. We wszystkich prawie wybujałościach adenoidalnych znajdujemy powierzchnię zewnętrzną nierówną z licznymi wklęsłościami i wyrostkami. Przy dotykaniu palcem masy ich otrzymujemy wrażenie, jakbyśmy dotykali masy mózgowej, przyczem palec będzie zawsze zakrwawiony z powodu niezwykle bogatego ukrwienia i miękkości ich wytworów. Konsystencja ich zależy także od wieku; u dzieci są one łatwiej rozrywalne i bardziej miękkie, niż u dorosłych. Podstawa ich jest zawsze twardszą i trudniej rozrywalną.

Ta ostatnia okoliczność wpływa też na to, że jedne i te same wybujałości raz przedstawią nam się u danego osobnika znacznie większymi, drugi raz mniejszymi, co zależy od większego lub mniejszego przyływu krwi [LOEWENBERG] barwa tych wybujałości jest bladeróżową, wygląd nieco galaretowaty. Nie mogę; tu pominąć milczeniem bardzo słusznego twierdzenia LOEWENBERG'a (*l. c.*), który utrzymuje, że tak powszechna choroba gardzieli przełykowej: *pharyngitis granulosa* — różni się od wytworów adenoidalnych tylko ilością elementów, wchodzących w grę, a nie jakością ziarniny w gardzieli; jest to rozrost tejże samej tkanki adenoidalnej, która, jak wspomniałem wyżej, nie ogranicza się wyłącznie do części gardzielo-nosowej, lecz znajduje się i niżej, tylko już nie w postaci jednolitej masy, lecz kępkami. Otóż, rozrost tych kępek, usadowionych naokoło przewodów gruczołów śluzowych, daje nam obraz kliniczny ziarninowatego zapalenia gardzieli (*pharyngitis granulosa*).

Przy badaniu drobnowidzowem przekonywamy się, że wytwory te zawdzięczają swoje powstawanie tylko rozrostowi prawidłowych części składowych, gdyż budowa ich nie różni się zupełnie od budowy prawidłowej migdałka gardzielowego. W rozroście przyjmuje udział prawie tylko tkanka łączna limfatyczna, siatkowata (*reticuläres, adenoides Bindegewebe*), gdyż bardzo mało i tylko drugorzędnie rozrasta się warstwa głębsza, złożona z tkanki łącznej włóknistej. Ten ostatni rozrost widzimy tylko przy podstawie i w środku adenoidalnych guzów. Stanowi on rodzaj rusztowania dla guzów: składa się z równoległych włókien łączno-tkankowych, które, wychodząc z warstwy włóknistej, rozpraszają się pędzelkowato powierzchnym końcem w guzie adenoidalnym. Nabłonek błony śluzowej nad wyrosłami adenoidalnymi rozrasta się również. Składa się on z dużych wałeczkowych komórek z licznymi rzęskami. Pod temi komórkami znajdują się komórki wrzecionowate o dużych jądrach; jeszcze głębiej spotykamy komórki duże sferyczne o bardzo dużym jądrze i cienkiej warstewce zarodki. Miejscami na powierzchni guzów spotykamy, zamiast nabłonka wałeczkowego, nabłonek płaski dwuwarstwowy, trzywarstwowy, lub wielo-

warstwowy. Na granicy warstwy nabłonkowej i masy samego migdałka spotykamy wyraźną t. z. *basement membrane*.

Z powyższego wynika, że masa wyrosła adenoidalnych składa się z siatk włókienek z dużemi okami, w których spotykamy bardzo liczne komórki limfoidalne, okrągłe. Miejscami ta tkanka limfatyczna wyraźnie się zagęszcza i tworzy ograniczone, okrągławe guziki limfatyczne. Złożone gruczołki śluzowe w guzach adenoidalnych stosunkowo rozrastają się mało. Tu i owdzie przewody wyprowadzające rozciągnięte są gęstym śluzem w rodzaju drobnych, mikroskopowych torbieli. Naczyń krwionośnych większych i włoskowatych jest też bardzo dużo. Żadnych drobnoustrojów, związanych z rozwojem guzów adenoidalnych, dotąd nie zaobserwowano. Bardzo udatne preparaty drobnowidzowe, które posiadam i na których te rzeczy studyjowałem, zawdzięczam kol. DMOCHOWSKIEMU, za co mu na tem miejscu serdecznie składam podziękowanie, jak również i D-rowsi med., prosektorowi, PRZEWÓSKIEMU za łaskawe wskazówki i pomoc przy układaniu części anatomo-patologicznej. Preparaty nasze stwardniały w alkoholu i parafinie; jedną seryję barwiono hematoksyliną i kwasem pikrynowym, drugą — hematoksyliną i eozyną.

E t y j o l o g i j a.

Do niedawnego czasu przypuszczano powszechnie, że wyrosłe adenoidalne są cierpieniem, spotykanem wyłącznie w krajach z klimatem surowym i wilgotnym, np.: w północnych Niemczech, Danii, Holandyi, Anglii. Od czasu jednak, jak zostało ono dokładnie poznanem, jak się nauczono zwracać na nie uwagę i badać w tym kierunku chorych, przekonano się, że cierpienie to jest wszędzie jednakowo prawie rozpowszechnionem. Zjawily się prace francuzkie, włoskie, hiszpańskie i t. d., dowodzące, że klimat żadnego nie wywiera wpływu, lub tylko bardzo mały wpływ w tym kierunku wywiera. Cierpienie to spotykamy, jeżeli nie wyłącznie, to przeważnie w wieku młodym, t. j. od 5 do 20 roku życia. Czy ono jest wrodzonym, trudno orzec. TRAUTMANN widział je na sekcji u 10 miesięcznego dziecka. W jednym z moich przypadków, o ile sądzić można z anamnezy, wystąpiło ono w 9 miesiącu życia. Zdarza się ono jednakowo często u obu płci. Warunki bytu również żadnego nie zdają się mieć znaczenia: dzieci pałaców i suteran jednakowo często mu podlegają.

Żadnych pewnych danych nie ma dla stwierdzenia przyczyny tych wyrosła. Może istnieje jakaś jedna rzeczywista przyczyna, która nam jednak dotąd nie jest znana. Tymczasem musimy się zadowolić całym szeregiem przyczyn usposabiających. Według badań LOEWENBERG'a, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że dziedziczność ma pod tym względem bardzo ważne znaczenie. Autor ten obserwował całe rodziny, dotknięte tem cierpieniem. W jednej rodzinie, oprócz matki, cierpieniu temu uległy wszystkie dzieci, z których najmłodsze miało 8 miesięcy. Miałem dwukrotnie możność badania rodziców takich dzieci i w obu przypadkach stwierdziłem istnienie wyrosła adenoidalnych u rodziców. Znam również rodzinę, składającą się z zupełnie zdrowych rodziców i dziesięciorga dzieci, z których troje miało przerost gruczołu LUSCHKI. W innej znouu

rodzinie cierpieniu temu uległa matka i dwoje dzieci, pięcioro innych i ojciec są pod tym względem zdrowi. TRAUTMANN uważa za najbardziej usposobionych do tego cierpienia potomków gruźliczych rodziców.

Nie ostatnią rolę, zdaje się, w tym względzie odgrywa skażenie żołądowe. Zawsze prawie u takich dzieci można znaleźć gruczoły chłonne, zwłaszcza na szyi, powiększonymi, lub inne objawy żołądów obecne w chwili badania, lub dawniej przebyte.

O b j a w y.

Wyrośla adenoidealne rozwijają się bardzo powoli i wskutek tego mogą w ciągu długiego czasu nie dawać żadnych zgoła objawów, lub też bardzo tylko nieznaczne objawy. Z czasem objawy wzmagają się, co zależy raz od wielkości wyrosła, powtórnie od umiejscowienia i wtedy występuje zaburzenie bądź ze strony organów oddechowych, bądź ze strony ucha, bądź też z obu tych stron jednocześnie. Chorzy, skarżąc się na różne dolegliwości, nigdy nie czują prawdziwej przyczyny cierpienia, t. j. ani bólu, ani ciała obcego w gardzieli nosowej i nigdy nie są w stanie zwrócić uwagi na miejsce bezpośrednio cierpiące; dla tego też prawdziwa przyczyna choroby uchodzi często uwagi lekarza.

Pod względem klinicznym chorzy ci przedstawiają trzy oddzielne typy, które tak trafnie wyosobnił CALMETTES.

Przyprowadzają dziecko do otijatry z zastarzałym i upartym wpływem ropnym z uszu, a niekiedy i ze znacznym osłabieniem słuchu. Po przedmuchnięciu stan ten się poprawia, lecz na bardzo krótko. Drugą postać tego cierpienia, która najczęściej pozostaje nierozpoznaną, przedstawiają dzieci blade, wychudzone, chorowite, z zatrzymanym rozwojem ustroju. Śpią one źle, często raptownie budzą się w nocy spocone i przerażone. Podczas czuwania mają usta otwarte, wyraz twarzy głupekowaty, słuch nieco przytępiony, są mało rozwinięte umysłowo i zwykle narażone na pośmiewisko towarzyszy. Jeżeli wszystkie te objawy są bardzo spotęgowane, rodzice radzą się lekarza, częściej jednak wszystko to przypisują „wyrostowi“. Najczęstszą formę, z którą się tacy chorzy do nas zgłaszają, stanowią zaburzenia ze strony uszu i oddechania.

W początkowych okresach tego cierpienia, t. j. gdy wyrosła adenoidealne są jeszcze mało rozwinięte, objawy są też niezbyt wielkie — jednakże istnieją zawsze. Bardzo wczesnym towarzyszem jest nieżyt nosa z obfitą wydzieliną i nieżyt gardzieli, która wówczas jest pokryta warstwą śluzu zielonawego często z przymieszką krwi. Taki nieżyt nosa u dzieci, będących przy piersi, jest bardzo groźnym powikłaniem, gdyż przeszkadza do ssania. CHATELLIER ¹⁾ wspomina o przypadkach śmierci z głodu u ssawców, wskutek niemożności ssania z powodu nieżyty nosa. Toż samo znajduję u BOUCHUT'a ²⁾. W pierwszych okresach zaraz zjawiają się granulacyje w gardzieli, o których ściśłym związku ze sprawą, zajmującą nas, wspominaliśmy wyżej. Już i wtedy daje się spostrzegać częste otwieranie ust, lub nawet stałe oddechanie przez usta.

¹⁾ Thèse de Paris, str. 29.

²⁾ Traité pratique du maladies des nouveau nés, par E. BOUCHUT. Paris. 1873.

Naturalnie, objawy te nie wystarczają do zrobienia pewnego rozpoznania, powinny jednak od razu zwrócić uwagę lekarza, w jakim kierunku należy badać. Rozpoznanie staje się pewnem wtedy, gdy zobaczymy te wyrosłe w lusterku za pomocą rynoskopii tylnej, albo w razie braku odpowiedniej wprawy lub przyrządów, gdy zbadamy daną okolicę palcem. Należy zwracać baczną uwagę na najwcześniejsze okresy tego cierpienia, aby wystąpić z odpowiednią interwencją czynną; gdyż leczenie ogólne samo przez się żadnego pożytku przynieść nie może wobec istniejącej stale materjalnej przeszkody, tak ujemnie wpływającej na rozwój młodego organizmu. W miarę powiększania się rozrostu gruczołu LUSCHKA'İ, objawy potęgują się ilościowo i jakościowo, a zależnie od umiejscowienia wywołują zaburzenia, bądź ze strony oddechania i mowy, bądź ze strony serca. Gdy wielkość ich jest o tyle duża, że zatyka nozdrza tylne, oddechanie przez nos staje się niemożliwem, dzieci takie zmuszone są oddechać ustami, co się, jak wiadomo, sprzeciwia prawom fizjologii. Usta trzymają ciągle otwartemi, co nadaje twarzy wyraz głupowaty; szczęka dolna bywa obwisnięta, jamy nosa przez nieużywalność znacznie zmniejszone. Wargę górną jest zgrubiała i podniesiona do góry, tak, że zęby górne są odkryte. Cera skóry blada. Wyraz twarzy, jak widzimy, bardzo charakterystyczny wskazuje odrazu na jakieś ukryte cierpienie. Gdy sprawa trwa długo, t. j. u dzieci starszych, od 13 do 15 lat mających, daje się zauważyć znaczne wydłużenie twarzy, zapadnięcie policzków i zbyt wielki rozwój szczęki dolnej, która jest wtedy ku przodowi wysuniętą. Podniebienie przyjmuje formę kopułową, t. j. więcej wklęsłą w punkcie granicy między podniebieniem miękkim i twardem.

Nietylko jamy nosa zwężają się, lecz i części miękkie, nie będąc unoszonymi przez powietrze, zanikają i nos staje się wązkim i małym.

Oddechanie niefizjologiczne, t. j. przez usta, wywiera i bezpośredni ujemny wpływ na gardziel. Powietrze, wdechane przez nos, ogrzewa się oczyszcza się i przyjmuje wilgoć — wdechane zaś przez usta pozbawione jest tego dodatniego wpływu błony śluzowej jamy nosowej i jam sąsiednich. Prace PASTEUR'a, TYNDALL'a, a niedawno THOST'a dowiodły, jak ważną rolę gra nos we względzie oczyszczania powietrza. Nie mówiąc już o pyłe, dymie i t. d., tak obficie osiadającym na błonie śluzowej nosa z wdechanego powietrza, THOST ¹⁾ znajdował w najzdrowszym nosie liczne bakteryje chorobotwórcze, a najczęściej pneumokoki FRIEDLAENDER'a. Żeby się przekonać o mnóstwie pyłu, który osiada w nosie, dosyć jest wytrzeć nos po powrocie z jakiegoś balu, koncertu, spaceru: wtedy śluz na chustce będzie koloru brunatnego, lub nawet czarnego. Wszystkie te nieczystości z powietrza wpadają wprost do gardzieli, krtani i płuc dzieci, nie mogących oddechać nosem; gdy dodamy do tego, że powietrze wdechane jest chłodnem i suchem, zrozumiemy łatwo cały szereg szkodliwości, jakim ulegają narządy oddechowe. Błona śluzowa gardzieli ochładza się i wysusza, a będąc w ten sposób stale drażnioną, znajduje się w stanie ciągłego niezytu. *Pharyngitis granulosa*, stały prawie towarzysz wy-

¹⁾ Ueber den Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Nase und der Lungen. Deutsch. Med. Woch. 1887. Nr. 35.

rośli adenoidalnych, zależy zapewne po części od tegoż drażnienia, więcej jednka od związku anatomo-histologicznego, o którym wspominałem wyżej.

Wyrośle adenoidalne wydzielają bardzo dużo śluzu, który spływa po tylnej ścianie gardzieli i przysycha tam, tak, że z wielką tylko trudnością mogą go dzieci ztamtąd odpluć, a zwłaszcza z rana. Najczęściej połykają to wszystko razem ze śniadaniem. Z powodu tej obfitości śluzu spostrzegamy u chorych ciągle prawie chrząkanie. Stale też prawie spostrzegamy mniej lub więcej duży przerost migdałów, którym przypisywano zwykle wszystkie zaburzenia, o których mówiłem wyżej. Objaw ten występuje często na pierwszy plan i chorzy tacy bywają kierowani do specjalistów dla wycięcia migdałów a dopiero po bliższym zbadaniu okazuje się, że przyczyną takiego powiększenia jest przerost gruczołu ЛУСЧКА'и. W tych razach wycięcie migdałów do celu nie prowadzi i przynieść może bardzo tylko małą ulgę. Nigdy nie obserwowano, aby wycięcie migdałów wpłynęło na zmniejszenie się wyrośli adenoidalnych, gdy przeciwnie usunięcie doszczętne tych wyrośli sprowadza znakomite zmniejszenie migdałów i często czyni wycięcie migdałów zbytecznym.

Wyroślom adenoidalnym towarzyszy zawsze niezbyt nosa przewlekły, w większości zaś przypadków przerostowy. Tylne końce muszel brzmią niekiedy tak, że przedstawiają się w postaci guzów, które wymagają specjalnego postępowania chirurgicznego. Częściej jednak niezbyt nosa zwykły ustępuje wkrótce po usunięciu wyrośli, przerostowy zaś — po przypaleniu błony śluzowej kwasem chromnym, lub żegadłem galwanicznym.

Z powodu nie oddechania przez nos, a po części z powodu obrzmienia błony śluzowej nosa, skarżą się tacy chorzy na brak powonienia i smaku.

Najczęstszym powodem, dla którego przyprowadzają takie dzieci do lekarza, jest „brzydkie przyzwyczajenie spania z otwartymi ustami i chrapania we śnie“ — ten objaw jest prawie stałym. Objasnić go można w ten sposób, że podniebienie miękkie, *resp.* języczek zwykle przy tem cierpieniu mało sprężysty, przylega do podstawy języka, każdy więc wdech i wydech powoduje jego unoszenie się i opuszczanie, co jest połączone z pewnym szmerem. Gdy dodamy jeszcze do tego, że samo oddechanie odbywa się bardzo głośno przez gardziel, zwężoną obrzmieniem całej błony śluzowej, powiększonymi migdałami i nader obfitą, mocno przylegającą wydzieliną, łatwo zrozumiemy owo chrapanie podczas snu.

W przypadkach zupełnej niemożności oddechania przez nos, instynkt samozachowawczy uczy takich chorych oddechania przez usta ciągle otwarte. Zdarza się jednak, zwłaszcza u dzieci małych, które nie przyzwyczyły się jeszcze dostatecznie do tego rodzaju oddechania, iż zamkną usta podczas snu; wtedy następują różnego rodzaju napady duszenia się. Dzieci budzą się raptownie, z krzykiem, mocno wystraszone i oblane potem; wtedy wystarcza kilka głębokich wdechów, aby przyszły do siebie. W przypadkach jednak więcej posuniętych napady takie powtarzają się bardzo często i zamieniają się na napady typowej dusznicy. Poglądy autorów różniły się pod tym względem, czy wyrośle adenoidalne mogą powodować astmę zwrotnego pochodzenia, czy

nie ¹⁾). Obecnie, t. j. od czasów, gdy teoria nerwie zwrotnych Hack'a zyskała w nauce prawo obywatelstwa, nikt o tem, zdaje się, nie powątpiewa. Na zasadzie kilku przypadków, przezemnie spostrzeganých, jestem przekonany, że wyrosłe adenoidalne mogą pośrednio spowodować napady dusznicowe zwrotnego pochodzenia, ustępujące zupełnie po usunięciu przyczyny. Przypadki te opiszę poniżej.

NIEMAYER uważa za najczęstszą przyczynę fałszywego krupu, oddechanie przez usta i dlatego też dzieci, mające wyrosłe adenoidalne, są więcej skłonne do tego. Pomijając już takie napady gwałtowne i mniej lub więcej niebezpieczne, musimy zwrócić uwagę na to, jak szkodliwie muszą wpływać wyrosłe adenoidalne, *resp.* oddechanie niefizjologiczne, na rozwój klatki piersiowej i płuc, a co za tem idzie i na ogólne odżywianie dziecka. Klatka piersiowa jest płaska, zapadnięta i w stosunku do całego ustroju za mało rozwinięta, co się od razu rzuca w oczy. LOEWENBERG objaśnia to tem, że we wczesnych okresach choroby, póki dziecko nie nauczy się jeszcze oddechać przez usta, odbywa się oddechanie przez niezupełnie jeszcze zatkany nos, ilość jednak powietrza jest za małą, wskutek czego klatka piersiowa nie rozszerza się dostatecznie, a że okoliczność ta przypada na czas najszybszego rozwoju organizmu, rozwój klatki upośledzonym zostaje.

Z tego, cośmy dotąd mówili o oddechaniu, wypływa objaśnienie, dlaczego dzieci takie zapadają tak często na nieżyty krtani i oskrzeli, bardzo uporczywe i bardzo często powtarzające się. Leczenie ogólne sprowadza bezwątpienia i w tych razach poprawę lecz chwilową i nigdy nie jest w stanie usunąć skłonności do nieżyty, których przyczyny są fizycznymi.

Charakterystyczną jest też mowa takich dzieci. Mowa ta jest bezdźwięczna, monotonna, niewyraźna z odcieniem nosowym. MEYER słusznie nazwał ją „*totte Sprache*“. Dzieci te nie mogą wymawiać „m“ i „n“, a zamiast tych dźwięków używają spółgłosek „b“ „p“ „d“.

Jak wspominałem już wyżej, ucho średnie łączy się z gardzielą nosową za pomocą przewodów EUSTACHIJUSZA, nie więc dziwnego, że sprawy patologiczne z gardzieli bardzo łatwo mogą się przenosić i na ucho. Dla tego też większość cierpiących na wyrosłe adenoidalne doświadcza różnych dolegliwości i ze strony ucha. LOEWENBERG mówi, że $\frac{3}{4}$ takich chorych cierpi na uszy. W. MEYER na 175 przypadków rozrostu migdałka LUSCHKA' i widział 130 razy powikłanie uszne. WOLKES twierdzi, że najwyżej 5% takich chorych nie cierpi na uszy. MICHEL widział 92 przypadki, operował 72, z których 36 było głuchych. MICHEL nawet przypuszcza, że wszyscy ci chorzy bywają mniej lub więcej głuchymi i z wiekiem dopiero, gdy jama nosogardzielowa powiększa się, rozrost migdałka gardzielowego zaczyna mniej przeszkadzać swoją objętością. Zresztą częstość spostrzegania tych powikłań zależy i od specyjalności, której się lekarz poświęca: otyjatrzy spostrzegają je bardzo często, laryngologowie o wiele rzadziej.

¹⁾ SCHAEFER. Chirurg. Erfahr. ans der Rhinologie etc. 1885 r., str. 56. Spostrzegał i wyleczył 5 razy astmę na 270 przypadków wyrosłych adenoidalnych. SCHECH l. c., COLLET l. c. etc..

Według LOEWENBERG'a, wpływ wyrosli adenoidalnych na ucho jest dwojaki:

1) Podtrzymują one stan zapalny błony śluzowej gardzieli i zapalenie to przenosi się na ucho średnie.

2) Zatrzymują mechanicznie wylot trąbek EUSTACHIJUSZA przez rozrost tkanki adenoidalnej sąsiedniej (*glandula tubalis Gerlachii*).

Powstaje wtedy *otitis media catarrhalis chronica* z częstymi obostrzeniami, lub nawet *otitis media purulenta* z przedziurawieniem błony bębenkowej i obfitym wpływem ropnym. Niesłuchanie doniosły fakt podaje PEISSON ¹⁾, który badał 100 uczniów w Paryżkim Instytucie głuchoniemych i znalazł więcej niż u połowy z nich wyrosłe adenoidalne, którym przypisuje nadzwyczaj ważną rolę w etyologii głuchoniemoty. Twierdzi on, że w przypadkach dziedziczności tego kalectwa nie należy szukać przebytego zapalenia opon lub zapalenia opon i labiryntu, które bynajmniej nie są dziedzicznymi, lecz wyrosli adenoidalnych. Objasnić to można w ten sposób, że wyrosłe w takich przypadkach rozwijają się w bardzo wczesnym dzieciństwie i umiejscawiając się przeważnie naokoło wylotu trąbki EUSTACHIJUSZA, pozbawiają zupełnie słuchu. Dziecko więc, które zupełnie nie słyszy, nie odbiera tą drogą żadnych wrażeń i przez to nie może nauczyć się mówić. Fakt ten wymaga jeszcze dalszych spostrzeżeń i badań; w każdym razie należałoby na niego zwrócić więcej uwagi, niż to się dotąd robi, a być może, byłibyśmy w stanie choć jakąś część nieszczęśliwych uwolnić od tak przykrego kalectwa.

Do częstszych również objawów tego cierpienia należą skargi chorych na ból głowy, ciężar w czole, a niekiedy na migrenę i nerwoból nadoczodołowy. Większość takich dzieci bywa ociężałą, leniwą, do nauk niezdolną. Przy chodzeniu męczą się łatwo. W zabawach rówieśników udziału nie przyjmują.

Oprócz wszystkich, wyżej przytoczonych, objawów, jest jeszcze jeden bardzo ważny, na który zwrócił uwagę Prof. GUYE ²⁾ z Amsterdamu i nazwał go *aproseszia*. Ponieważ jest to termin nieznanym i nowy, przytoczę więc tutaj w krótkim streszczeniu tę ważną pracę.

Wiadomo powszechnie, że nawet przy ostrym niezycie nosa bywa ból i ciężkość głowy, jakoteż trudność myślenia.

Przy sprawach zaś przewlekłych w nosie, a zwłaszcza, gdy oddechanie odbywa się otwartymi wciąż ustami, twarz przyjmuje wyraz głupowaty, co wskazuje do pewnego stopnia na zaburzenia czynnościowe mózgu. Na dowód przytacza GUYE następujące spostrzeżenia.

I. Chłopiec 7-letni nie może wcale przez nos oddechać. Od roku chodzi do szkoły i ledwo przez ten czas mógł się trzech pierwszych liter abecadła nauczyć. Już w tydzień po wyjęciu masy wyrosli adenoidalnych poznał całe abecadło.

¹⁾ Thèse de Paris. 1883.

²⁾ Ueber Aprosesia [von προσέχειν τὸν νοῦν], die Unfähigkeit seine Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand zu lenken, als Folge von nasalen Störungen. Dent. Med. Woch, 1887 r., Nr. 43.

II. B., 20-letni uczeń ostatniej klasy gimnazjum, cierpiał oddawna na szum w prawym uchu. Od 3 miesięcy niezdolność do nauki, ból i zawroty głowy; gdy tylko czytać zacznie, z tego, co czyta, nic nie jest w stanie zrozumieć i zapamiętać. Sześciotygodniowy pobyt na wsi i leczenie ogólne stanu tego nie poprawiło. Przy badaniu: *rhinitis hypertrophica, vegetations adenoideae*. Już we dwa dni po operacji mógł się uczyć swobodnie, ból i zawroty głowy przeszły bezpowrotnie. W parę miesięcy mógł złożyć ostateczny egzamin.

III. S., 23 lat liczący, student medycyny, od dziecka sypia z otwartymi ustami i cierpi na katar nosa. Od 3 tygodni zupełna niemożność rozumienia i pamiętania czytanego lub wykładów, zmęczenie, ciężkość i zawroty, tak, że zdawało się, iż będzie musiał rzucić nauki: wyzdrowienie zupełne po zoperowaniu wyrosła adenoidalnych i przywróceniu oddechania przez nos.

Aprosexia charakteryzuje się niezdolnością zwrócenia uwagi na dany przedmiot. Spostrzegamy to codziennie u ludzi, nadmiernie zmęczonych pracą. W przypadkach wyżej przytoczonych o tem nadmiernem zmęczeniu nie może być mowy—był to stan, wywołany anatomiczną przeszkodą i ustąpił po usunięciu przyczyny. Objaw tego wrzekomego zmęczenia mózgu objaśnia GUYE tak: materyjalną podstawą zmęczenia jest wyczerpanie, spowodowane bądź zamałym dowozem materyjału odżywczego, który został zużyty na przemianę materyi, bądź też niedostatecznie wydalonymi produktami przemiany materyi. AXEL KEY i RETZIUS dowiedli, że drogi limfatyczne wychodzą z czaszki razem z włóknami nerwu słuchowego i łączą przestrzenie limfatyczne podoponowe z błoną śluzową nosa. Gdy wskutek zmian w błonie śluzowej nosa odpływ limfy od mózgu zatrzyma się, powstaje stan wyczerpania (*Retentions-Erschöpfung*), które może powodować takie same zaburzenia czynnościowe, jak i fizjologiczne wyczerpanie, t. j. zmęczenie.

GUYE słusznie radzi, aby tak nauczyciele, jak i rodzice, zwracali baczną uwagę na sposób oddechania dzieci niezdolnych, leniwych i nieuważnych, gdyż bardzo być może, że w wielu z tych przypadków znajdzie się przyczyna, mogąca być usuniętą. Tą samą przyczyną dadzą się objaśnić uporczywe bóle głowy, tak często spotykane u młodych osobników. Zdaje się, że dużo z tych przypadków, które niedawno opisał GERMAIN SÉE jako „*céphalée des adolescents*“ wskutek obciążania pracą w szkole (*surmenage scolaire*), zależy od zaburzeń w nosie. W zakończeniu swej pracy wspomina GUYE o możliwości istnienia *aprosexiae, partialis*, np.: *mathematica, historica, grammaticalis* i t. d. i przytacza jedyny spostrzegany dotąd przez siebie przypadek. Uczeń gimnazjum nie zdał z matematyki w pierwszym roku przy innych zupełnie dobrych stopniach. W drugim roku ze wszystkich przedmiotów zdał bardzo dobrze, z matematyki jaknajgorzej. Nie było nadziei przejścia. Cierpiał on ból na głowy i kaszel, jak się okazało, pochodzenia zwrotnego. Po wyleczeniu się z choroby nosa i przywróceniu prawidłowego oddechania, chłopiec bardzo prędko stał się dobrym uczniem w matematyce i z powodzeniem dalej się uczył. Takież dwa przypadki opisał już SCHAEFFER ¹⁾ w roku 1885, zaznaczając tylko fakt, że dzieci po usu-

¹⁾ Chirurgische Erfahrungen in Rhinologie etc. D-r MAX SCHAEFFER. 1885, str. 56.

nięciu wyrosli adenoidalnych stały się znacznie zdolniejszymi. W bliższe objaśnienia SCHAEFFER nie wdaje się.

R o z p o z n a n i e.

Rozpoznanie wyrosli adenoidalnych nie przedstawia żadnych prawie trudności. Zrobić je łatwo można na zasadzie objawów, na które zwraca uwagę otoczenie chorych dzieci. W krótkich słowach zestawię te objawy: oddechanie przez usta wciąż otwarte, wyraz twarzy głupowaty, cera blada, chorobliwa; katary nosa i gardzieli; przerost migdałów; paralityczna klatka piersiowa; zła wymowa „przez nos“; chrząkanie, wielka ilość wydzieliny w gardzieli; sen niespokojny z częstym przebudzaniem się i chrapaniem, częste bóle głowy; przytępienie słuchu; wpływ z uszu i t. d.. Zupełnie pewne rozpoznanie możemy otrzymać jednak tylko za pomocą badania fizykalnego, t. j. za pomocą rynoskopii przedniej i tylnej, oraz za pomocą badania palcem.

Rynoskopiję przednią skuteczniamiy za pomocą różnego rodzaju wzierników, *resp.* rozszerzadeł przednich nozdrzy. Wzierniki te bywają najczęściej lejkowate, np. wziernik VOLTOLINI'ego, DUPLAY'a, ROTH'a, HERYNGA i t. d., lub też wprost z drutu, w ścisłym znaczeniu wyrazu rozszerzadła, np. wziernik FRAENKEL'a, JURASZA i t. d..

Słup światła słonecznego bezpośredniego, lub odbitego od reflektora, a częściej światło sztuczne [nafta, gaz] służy do oświetlenia wnętrza nosa. Jeżeli wnętrze nosa jest dosyć obszerne, muszle nie poprzerastane, można tym sposobem zobaczyć, czy tylna część jamy nosowej jest wolną, czy też zajęta przez wytwór patologiczny. Wyrosłe adenoidealne wydają nam się wtedy bladoróżowemi, lśniącemi, dotykane zgłębnikiem łatwo krwawią. Gdy chory robi ruchy połykania, unoszą się wyrosłe do góry i opuszczają. W rzadkich jednak tylko przypadkach rozpoznanie fizykalne, tą drogą zrobione, daje nam niewątpliwe dane, gdyż pole widzenia bywa zbyt małe. Zupełnie pewne rozpoznanie można zrobić za pomocą rynoskopii tylnej. Główna zasada tego badania jest następująca. Chory otwiera usta możliwie szeroko, głowę nieco pochyła naprzód. Podczas badania języczek i miękkie podniebienie nie powinny przylegać do tylnej ściany gardzieli, gdyż zasłoniłyby tylną część jamy nosowej, dlatego trzeba kazać badanemu oddechać przez nos, wstrzymać oddech, lub wymawiać „ą“. Wtedy, przyciskając szpatlem nasadę języka jedną ręką, drugą wprowadza się nieco ogrzane lustereko krtaniowe, powierzchnią szklaną zwrócone do góry mniej więcej tak, aby tworzyło ono z tylną ścianą gardzieli kąt ostry 45°. Wtedy możemy zobaczyć w lusterku, zwolna niem poruszając na prawo i na lewo, całą część nosową gardzieli. Wyrosłe, jeżeli są, widzimy w obrazie bardzo skróconym, perspektywicznym tak, że możemy poznać tylko względną ich wielkość. Badanie to ułatwia znacznie szpatel SCHLESINGER'a, gdzie automatycznym przyrządem język przyciska się do dna jamy ustnej, a lustereko, stale przymocowane do aparatu, zostawia nam jedną ręką swobodną; drugą zaś za pomocą odpowiedniego przyrządu odciągamy podniebienie miękkie. Dawniej używano do tego badania lusterek bardzo małych, dziś chętniej używamy dużych, krtaniowych.

Badanie to wymaga bardzo dużej wprawy, a pomimo to rzadko udaje się je u dzieci dokładnie wykonać, raz z powodu krztuszenia się i oporu ze strony małych chorych, a powtórnie z powodu zmian materyjalnych w gardzieli, jakie spotykamy zwykle przy tej chorobie: zgrubienie całej błony śluzowej, znaczny przerost migdałów.

Najdokładniejszym, nigdy nie zawodzącym, jest trzeci sposób, t. j. badanie tylnej części jamy nosowej palcem. Przemawia za nim i to, że nie wymaga żadnych przygotowań [z wyjątkiem absolutnie czystych rąk] i przyrządów; może być wykonanym zawsze i wszędzie przez każdego lekarza przy jakiej takiej wprawie. Należy dziecko posadzić na krześle, stanąć z jego prawej strony — lewą ręką, położoną na tyłogłowi, pochylić główkę nieco ku przodowi; prawej ręki wskazujący palec, haczykowato zgięty, wprowadza się poza języczek i obchodzi całą gardziel nosową: t. j. ścianę górną, boczne i tylną — oryentujemy się tam zawsze nozdrzami tylnymi. Gdy dziecko jest krnąbrne i nie pozwala na podobną manipulację, należy mu włożyć w usta rozszerzadło; druga osoba trzyma dziecko za nogi. Jeżeli wyrosła nie ma, znajdziemy błonę śluzową wszędzie gładką, względnie twardą, miejsca dla ruchów palca dużo; jeżeli wyrosła są, trafiamy na masę miękką ¹⁾, mniej lub więcej wypełniającą nozdrza tylne, palec wszędzie napotyka przeszkodę dla swobodnych ruchów. Tym sposobem możemy skonstatować ilość guzów, ich konsystencję i miejsce usadowienia. Palec w tym razie zawsze wyjmujemy zakrwawiony, a gdy spojrzymy później w gardziel widać cieniutki strumyk krwi, spływającej po tylnej ścianie; często też i nosem nieco krwi odchodzi, o czem należy zawsze badanych i otoczenie uprzedzić. Tę metodę badania może i powinien posiadać każdy lekarz bez wyjątku i żaden przypadek wyrosła adenoidalnych nie powinien pozostać nierozpoznanym. Jedną z oznak rozpoznawczych, którą wielokrotnie sprawdziłem, jest według SEMON'a i MICHEL'a ta, że gdy przestrzykujemy nos wodą, która w zwykłych warunkach powinna wypływać drugą dziurką nosa, przy wypełnionej tylnej części jamy nosowej, wypływa po trochu przez usta, lub częściej wraca tą samą dziurką. Należy się więc bardzo wystrzegać zalecania w tych razach szprycowań nosa, gdyż bardzo łatwo można wywołać nieżyt ucha średniego ze wszystkimi jego następstwami (*perforatio membranae tympani*, wypływ ropny i t. d.). Otyjatrzy rozpoznają bardzo łatwo wyrosła adenoidalne przy kateteryzacji, gdyż dziób cewnika utyka w masę miękką, utrudniającą odnalezienie otworu trąbki EUSTACHIJSZA, cewnik bywa pokryty śluzem, niekiedy krwią.

P r z e b i e g.

Przebieg wyrosła adenoidalnych bywa dosyć powolny, tak, że one w ciągu kilku nawet lat mogą nie dawać żadnych objawów z powodu małej objętości. Niektórzy autorowie twierdzą, że z wiekiem wytwory te mogą zanikać same przez się, lub też przestają rosnąć i stanowią małą przeszkodę w powiększającej się jamie nosogardzielowej. Mam obecnie w leczeniu mężczyznę, 42 lat liczą-

¹⁾ CRESSWEL BABER porównywa ją do aglomeratu glist.

cego, u którego wyrosłe te istnieją, powodując zupełne zniesienie słuchu po stronie lewej. Takież przypadki przytacza LOEWENBERG i inni. Główną rolę w przebiegu grają powikłania, o których wyżej obszernie mówiłem.

W przypadkach, gdzie wyrosłe te zanikły nawet, zawsze można znaleźć ślady ich istnienia: *pharyngitis chronica, granulosa*, kopułowate sklepienie podniebienia, głuchotę i t. d..

R o k o w a n i e.

Rokowanie przy tem cierpieniu jest dobrem, tak ze względu na możność doszczętnego usunięcia wyrosli, jak i ze względu na możność zupełnego wyleczenia wszystkich powikłań, o ile te przez długie trwanie nie wywołały zbyt głębokich zmian materyjalnych. Powroty bywają, choć niezbyt często. Powszechnie przyjętem jest zdanie B. FRAENKEL'a, który twierdzi, że wyrosłe raz usunięte nie odrastają, tylko mniejsze pozostawione guziczki rozrastają się.

L e c z e n i e.

Wyrosłe adenoidalne należą do tego rodzaju cierpień, gdzie rola lekarza nie potrzebuje ograniczać się wyłącznie do skonstatowania faktu; przeciwnie, wszystko zależy tu od nas samych i jesteśmy w stanie chorego takiego radykalnie wyleczyć. Jedynie racjonalnem jest tu leczenie miejscowe, powiem więcej, chirurgiczne. Dla zupełnego wyleczenia potrzeba doszczętnego usunięcia tych wyrosli. Różne drogi prowadzą do tego celu. Metody leczenia można podzielić na dwie główne grupy: 1) wypalanie, 2) wycinanie.

W y p a l a n i e.

Często powtarzane przypalania może wyrosłe w końcu zniszczyć; lecz leczenie to jest niezmiernie uciążliwem dla chorego i musi trwać bardzo długo. W celu przypalania stosuje się: *kali causticum, zincum muriaticum, argentum nitricum* i *acidum chromicum*. Przypalania takie, może, mają rację bytu przy wyrosłach bardzo małych, płaskich, lub w celu zniszczenia resztek, pozostałych jeszcze po usunięciu głównej masy innym sposobem. Nie potrzebuję dodawać, że wszystkie wyżej wyliczone środki powinny być użyte w postaci natopienia ich na zglębnik srebrny sposobem HERINGA, podanym dla kwasu chromnego, gdyż inaczej zawsze by groziło niebezpieczeństwo wpadnięcia do krtani lub przełyku ukruszonego kawałka. Po dokonaniem przypalenia należy przestrzyknąć od strony nosa rozczynek słonej wody (po *arg. nitr.*), lub dwuwęglanu sodu (po *ac. chrom.*), aby usunąć nadmiar danego *causticum* i zapobiedz spłynięciu niżej. Wszystkie te środki podczas stosowania ich rozplływają się łatwo na wszystkie strony, czemu nie jesteśmy w stanie zapobiedz. Ja osobiście nigdy obecnie nie używam tego sposobu leczenia, a zawsze musiałem tego żałować, wielokroć go stosowałem. Sam fakt przypalania można uczynić niebolesnym przez poprzednie znieczulenie kokainą; lecz zato bóle następce są bardzo silne, czego nigdy nie bywa po operacji krwawej. Ci chorzy, którym

w kilku posiedzeniach zmuszony byłem usuwać wyrosłe narzędziami ostremi, bardzo chętnie poddawali się wszelkim innym rękoczynom, wyprasząc się stanowczo od powtórnego przypalania. Zresztą jest to metoda nudna, trudna, długotrwała; jednym słowem: w mojem przekonaniu nie za nią nie przemawia i z wielkim pożytkiem może być zaniechana. Więcej już racyi bytu ma wychwalane przez VOLTOLINI'ego przypalanie żegadłem galwanicznym: nie potrzeba tu bowiem żadnych szprycowań, które zawsze połączone są z pewną przykrością; nie ma obawy rozlewania się na części, których palić nie chcemy; następcze bóle są o wiele mniejsze; dany punkt obrany możemy wypalić doszczętnie; unikamy krwawienia. Mało jednak kwalifikuje się ono u małych chorych, z którymi najczęściej mamy do czynienia i u których trzeba operację tę wykonywać szybko, aby im nie dać czasu na zoryjentowanie się, o co chodzi. VOLTOLINI przypala zwykle te wyrosłe, wprowadzając żegadło przez nos — pod kontrolą lusterka, wprowadzonego do gardzieli. Rzadziej przypala on od strony gardzieli, wtedy zwykle bez lusterka.

W y c i n a n i e.

Najlepszą metodą i najpewniejszą jest usuwanie wyrosli adenoidalnych. W tym celu podano takie mnóstwo narzędzi i sposobów operowania, że niepodobna opisywać wszystkich szczegółowo. Powiemy o główniejszych; pętlice galwanokaustyczne; pętlice zimne — proste i wygięte; kleszcze ostre SCHECH'a; kleszcze ostre łyżeczkowate LOEWENBERG'a, zmodyfikowane przez WOAKES'a; ostra łyżeczka TRAUTMANN'a; nóż obrączkowy MEYER'a; nóż okienkowy GOTTSTEIN'a; skrobaczki LANGE'go, HARTMANN'a i bardzo wiele innych modyfikacyj wyliczonych tu narzędzi. Zresztą każdy prawie lekarz więcej operujący przyzwyczajają się z czasem do jednego narzędzia, ulepsza je, modyfikuje i opisuje; postaci rzeczy nie zmienia to, czem usuwamy, byleśmy usunęli dane wytwory. Przed każdą operacją, a nawet u dzieci wrażliwych i przed zbadaniem, trzeba znieczulić nozdrza tylne kokainą. Ponieważ pędzlowanie gardzieli nosowej od strony jamy ustnej jest nadzwyczaj przykre dla małego chorego, przeto nigdy go prawie nie używam obecnie; gdyż wielokrotnie przekonałem się, że zupełnie ten sam skutek otrzymuję za pomocą pędzelka, wprowadzonego przez kanały nosowe. Najlepszym pędzelkiem jest prosty, na 1 do 2 ctm. gruby, długi 15—18 ctm., kawałek drutu z nacięciami szrubowemi na cieńszym końcu, na który nawijają się watę hygroskopijną, za każdym razem świeżą. Kokainy używam najczęściej roztworu 15%. Pędzlowanie takie powtarzać należy przez oba nozdrza po dwa razy i to zwykle wystarcza do zupełnego znieczulenia. Pędzelkiem, wprowadzonym w ten sposób, trzeba wykonywać ruchy w różnych kierunkach, aby obejść możliwie wszystkie zakątki nozdrzy tylnych. Zresztą pod tym względem należy się oryjentować usadowieniem, formą i wielkością wyrosli. Jeżeli nos dziecka jest bardzo wązki i mały, trzeba wziąć drut cieńszy. Muszle silnie poprzerastane kurczą się szybko pod wpływem kokainy i zawsze można znaleźć dość miejsca dla przeprowadzenia cienkiego pędzelka. Nadmiar kokainy z pędzelka spływa po tylnej ścianie gardzieli i podniebienia miękkiego, znieczu-

lając te części zupełnie i pozwalając na wykonanie operacyi od strony gardzieli tak samo bez bólu, jak i od strony nosa.

Działanie wszystkich wyżej wyliczonych narzędzi polega na oddzielaniu mniejszych lub większych kawałków wyrosli przez odcinanie, odrywanie, skrobienie i t. d.. Zawsze więc w tych razach należy być odpowiednio przygotowanym na dwie okoliczności, które nastąpić się tu mogą: na wpadanie kawałków oddzielonych do dróg oddechowych i na krwotok. Co do krwotoku, ten bywa zawsze w większym lub mniejszym stopniu, nigdy jednak nie widziano złych następstw, choć TRAUTMANN spostrzegł kilka przypadków krwotoków wtórnych. Krwotoki podczas operacyi wyrosli adenoidalnych można zwykle bardzo łatwo zatrzymać, wystarcza do tego wstrzykiwanie zimnej wody przez nos, przy bardziej uporczywych dodajemy do wody taniny, ałunu, lub innych ściągających środków. W celu zapobieżenia krwotokom wtórnym jakoteż zmniejszenia reakcyi zapalnej i bólu, należy zalecić choremu pozostawanie w domu przez cały dzień po operacyi — płókanie gardzieli wodą z lodem, lody. Zabrania się używania gorących napojów i potraw w ciągu dwóch dni. Ostrożności te wystarczają zupełnie.

Ważniejszem powikłaniem podczas operacyi jest wpadnięcie kawałka wyrosli do dróg oddechowych. Na tę okoliczność trzeba mieć baczną uwagę zwróconą. W tym celu powinny być pod ręką odpowiednie narzędzia do wyjęcia takiego kawałka z krtani, a nawet przyrządy i pomoc do ewentualnego przecięcia krtani. Wszyscy autorowie opisują przypadki, gdzie kawałki takie wpadały do krtani, lecz zawsze udawało się w porę je usuwać bądź z podstawy języka, bądź z nagłośni, bądź z tylnej ściany krtani, bądź nawet z *aditus ad laryngem*. Jeden tylko VOLTOLINI ¹⁾ opisał przypadek, w którym nastąpiła natychmiastowa śmierć podczas operacyi u 6½-letniego chłopca, który miał jednak bliżej nieokreślone zwężenie krtani i zmiany w płucach, a przyszedł do autora z bardzo silnym stenotycznym oddechem. Małeńkie kawałeczki bywają zwykle łatwo wykrztuszane przez chorych. Często się zdarza, że po wyjęciu kilku kawałków wyrosli jeden pozostaje jeszcze naderwany, wiszący na strzępku — na to trzeba baczną zwracać uwagę i natychmiast usuwać je kleszczykami, gdyż później w domu mogłoby nastąpić jeszcze wpadnięcie do krtani. Wogóle przed wypuszczeniem chorego do domu należy go dobrze zbadać i nigdy nie pozostawiać naderwanych kawałków. Nos trzeba dokładnie przestrzyknąć płynem dezynfekcyjnym.

Powikłań pooperacyjnych nie spostrzegalem nigdy, a nawet i w literaturze ich nie spotykam. Rozumie się samo przez się, że przy operacyi tej winniśmy jak najściślej przestrzegać wszelkich zasad antyseptyki, robić ją narzędziami absolutnie czystymi i po możliwie dokładnem oczyszczeniu pola operacyjnego. W tym celu przestrzykuję [ze wszelkimi ostrożnościami] nos dwuprocentowym roztworem kwasu bornego i sublimatem [1 na 3000]. Do narzędzi używam 5% roztworu kwasu karbolowego, w którym pozostają one około pół godziny przed operacyją. Ponieważ często podczas operacyi potrzeba wprowadzać palec do noz-

¹⁾ Die Krankh. der Nase. 1888 r., str. 362.

drzy tylnych w celu skontrolowania, co zrobiono, a co jeszcze pozostaje do zrobienia, przeto ręce muszą być wciąż czysto myte.

Nie każde dziecko pozwala na wszystkie tego rodzaju rękoczynny. Są czasem dzieci tak krnąbrne i uparte, że niczem sobie wyperswadować nie dadzą, a nawet na porządne zbadanie nie pozwolą. Wtedy pozostaje jako *ultimum remedium* uspienie dziecka chloroformem i wykonanie operacji pod narkozą. Utrudnia to niesłuchanie operację, wymaga dużej pomocy, zawsze jest obawa wpadania do krtani kawałków wyrośli i spływania krwi, czemu można zapobiedz tylko z wielką trudnością z powodu nader małego pola operacyjnego. Raz jeden tylko byłem zmuszonym do wykonania tej operacji pod chloroformem. Przy pomocy kol. KRAJEWSKIEGO i KIJEWSKIEGO odurziliśmy tylko lekko 6-letniego chorego i wyjęliśmy mu wyrośle i migdały w pozycji siedzącej — tak, że operowany sam odruchowo odpluwał skrzepy krwi.

Sposób operowania pod chloroformem potępia zupełnie SEMON¹⁾, który dwukrotnie widział obfite spływanie krwi do dróg oddechowych i sposób ten ostatecznie zarzucił. SCHAEFFER²⁾, MOLDENHAUER, KOEHLER³⁾ i bardzo wielu innych autorów sposób ten potępiają.

Co do ilości posiedzeń operacyjnych muszę dodać, że rzadko bardzo można się ograniczyć do jednego, niekiedy potrzeba 3, 4 i więcej do doszczętnego usunięcia tych wytworów. Zależy to głównie od cierpliwości chorego, *resp.* od tego, ile razy można wejść do nozdrzy tylnych narzędziami.

Uważam za bardzo słuszne dowodzenie KOEHLER'a, że zawsze i wyłącznie należy operować pod kontrolą lusterka, lecz życzenie to pozostanie nazawsze niespełnionem, a w wyjątkowych tylko okolicznościach może być zastosowanem. U osób starszych operuję zawsze prawie pod lusterkiem, u dzieci — nigdy. Większość operatorów wypowiada ten sam pogląd. Jama gardzielowa dziecka jest za nadto małą, aby można wprowadzić na raz kilka narzędzi. Lusterko potrzebnem jest nieodzownie do zbadania, do kontroli, lecz gdy raz już wiemy dokładnie, z czym mamy do czynienia, możemy lusterko zostawić w spokoju.

Przytoczenie tych kilku wstępnych uwag uważałem za konieczne przed opisaniem ważniejszych narzędzi i sposobów operowania.

Narzędzia, używane do usuwania wyrośli adenoidalnych, mogą działać trojakim sposobem: 1) przez skrobanie, 2) przez wrywanie, 3) przez podcinanie podstawy. Do pierwszego rodzaju należy nóż obrączkowy MEYER'a; składa on się z kółka, mającego w średnicy poprzecznej 10 mm. — w podłużnej 7 mm., cały brzeg wewnętrzny tego kółka jest ostry. Osadzonym on jest na długiej rączce. Narzędzie to wprowadza się przez nos, palec zaś wskazujący lewej ręki do części tylnej jamy nosowej, a pod kontrolą palca skrobie się. Narzędzie to nadaje się tylko do wyrośli, mieszczących się na stropie gardzieli.

Skrobaczka LANGE'go (*curette*), jest to nóż owalny, osadzony pionowo do rączki odpowiednio wygiętej. Wprowadza się ją od strony gardzieli, kraje bo-

1) MACKENZIE. Die Krankheiten des Halses etc. Przypiski SEMON'a, str. 722. Tom II.

2) L. c.

3) Pogląd na sposoby operowania przerosłego migdałka polykowego. D-r KLEMENS KOEHLER. Przegląd Lekarski. 1884. Nr. 32 i 33.

cznie. Działamy nią, poruszając na prawo i na lewo, przycisnąwszy poprzecznie do stropu i tylnej ściany gardzieli.

Jest kilka modyfikacyj tej skrobaczki, polegających bądź na innym zgięciu rączki, bądź na odmiennej nieco formie noża. FRITSCHÉ¹⁾ nadał nożowi formę gruszki i większe zgięcie rączce. Oprócz LANGE'go używają bardzo podobnych narzędzi JUSTI, HARTMANN, KILIAN. TRAUTMANN używa łyżeczki ostrej, zupełnie podobnej do łyżeczki VOLKMANN'a, osadzonej na odpowiednio zgiętej rączce; krótsze ramię, przeznaczone do zaprowadzania do jamy noso-gardzielowej, ma kilka centymetrów długości, zakończone jest łyżeczką i osadzone pod kątem rozwartym na prostej rączce, długiej około 20 ctm. łyżeczka ta skrobie od przodu ku tyłowi i z góry na dół. Niedawno opisał znowu KRAKAUER²⁾ nową skrobaczkę swego pomysłu, którą nazwał „*Vegetationsschaber*“. Bardzo użytecznym narzędziem, a zwłaszcza dla dzieci, jest nóż GOTTSTEIN'a. Ma on formę trójkąta z zaokrąglonemi kątami, osadzony pionowo i w płaszczyźnie poprzecznej do rączki, górny tylko wewnętrzny brzeg ma ostrze. Wprowadza go się za podniebienie miękkie możliwie najwyżej, a silnie przyciskając do stropu, sprowadza go się po ścianie tylnej. Kraje on z góry ku dołowi. Działanie jego jest nadzwyczaj szybkie, tak, że dziecko nie zdąży krzyknąć, kiedy już jesteśmy na zewnątrz wraz z większym lub mniejszym kawałkiem wyrosli. Wszystkie wyliczone tu narzędzia bywają różnych wymiarów, stosownie do wieku chorego, *resp.* do wielkości jamy nosogardzielowej. W celu wyskrobienia wyrosli adenoidalnych używają też niektórzy operatorowie, za przykładem GUYE'a, z Amsterdamu, paznokcia wskazującego palca, lub sztucznego paznokcia CAPART'a. Składa się on bądź z kółka metalicznego, wkładanego na palec [JUSTI], bądź z pochwy metalicznej ze stawami ruchomemi, na końcu której przymocowaną jest mała skrobaczka formy półkuli z ostremi brzegami [ZAUFAL]. Ten rodzaj operacji, jak słusznie utrzymuje COLLET (*l. c.*), jest nadzwyczaj przykrym dla chorych.

Do drugiej grupy narzędzi należą wszelkiego rodzaju kleszcze, jakoto: kleszcze STOERK'a, CATTI'ego, MICHEL'a, LOEWENBERG'a, SCHECH'a, adenotom DELSTANCHE'a i t. d.. Najczęściej używane i najpraktyczniejsze są kleszcze SCHECH'a i LOEWENBERG'a; o nich więc kilka słów powiem. Kleszcze SCHECH'a, stanowią bardzo mocno zbudowany przyrząd długości około 22 ctm.; mają one dwa zgięcia, z których mniejsze, długie na 6 ctm. [licząc od zamka], przeznaczone jest do wprowadzenia do tylnej części jamy nosowej; kończy się ono dwiema ostremi łyżeczkami, dobrze dopasowanemi. Ostrza znajdują się na górnym i tylnym brzegu. łyżeczki te są owalne ze średnicą pionową 14 mm. i poprzeczną 12 mm..

Kleszczy LOEWENBERG'a używa się wyłącznie w postaci, zmodyfikowanej przez WOAKES'a. Jest to narzędzie długości 28 ctm., wygięte w postaci S. Zamek umieszczony jest bliżej krającego końca, niż w kleszczach SCHECH'a, koniec przyrządu do trzymania w rękę jest bardzo długim i daje dużą siłę cięcia przy bardzo małych ruchach. Część, wprowadzana do jamy nosogardzielowej, kończy

1) Deut. med. Woch. 1887. Nr. 3.

2) Berl. klin. Wochenschr. 1889. Nr. 5.

się też dwiema ściśle przylegającymi do siebie ostremi łyżeczkami, które są nieco większe, niż w kleszczach SCHENK'a; krają w tył i do góry. Cały ten przyrząd jest dłuższy, lecz lżejszy i delikatniejszy. Inne, wyżej wyliczone, kleszcze, przeznaczone do operacji w jamie noso-gardzielowej, nie wiele różnią się od opisanych. tutaj. Mają one bądź nieco inne wygięcie i długość, bądź formę kończących je łyżeczek odmienną; u jednych łyżeczki są tępe u innych ostre, wydrążone lub z bocznymi otworami. Przy operowaniu kleszczami należy ogromnie uważać na języczek, który bardzo łatwo wpada między ramiona rozwartych kleszczy i może być zgniecionym. W celu zapobieżenia temu najlepiej jest obciągnąć narzędzie aż do zamka łatwo podatną rurką gumową, zostawiając niepokrytymi tylko łyżeczki same. Operowanie kleszczami posiada tę dodatnią stronę, że lekarz nie ma obawy, aby kawałki wyrosli wpadły do dróg oddechowych; krwawienie zato jest nieco większe. Kleszcze ostre nadają się wybornie do płaskich wyrosli, które niebardzo poddają się narzędziom skrobiącym, lub też do resztek tych wytworów. Kleszcze bywają różnych wielkości, przystosowanych do pojemności jamy nosogardzielowej, zależnej od wieku.

Do trzeciej grupy narzędzi należą pętlice z drutu, wprowadzane bądź przez nos, bądź od strony gardzieli. Nadają się one tylko do wyrosli wiszących w postaci sopli. Używane są w tym celu przez jednych pętlice zimne [HARTMANN, STOERK, ZAUFAL], przez innych galwanokaustyczne [VOLTOLINI, MICHEL]. W celu ułatwienia wprowadzania pętli od strony gardzieli, najlepiej używać pętli krytej STOERK'a, lub HARTMANN'a; gdyż bez tego drut zgina się, raz już nasunięty na wyrosłe zsuwa się przy łaďa zakrztuszeniu się chorego.

Każdy z autorów wychwala swój sposób operowania; dużą rolę odgrywa tu przyzwyczajenie i wprawa: każdym z tych narzędzi można równie dobrze operować i pożądaný cel osiągnąć. Po skończonej operacji przestrzykujemy nos płynem dezynfekcyjnym i wtedy, jeżeli woda wychodzi przez drugą dziurkę nosa pełnym strumieniem, jest to, według SEMON'a, najpewniejszą oznaką zupełnego ukończenia operacji.

L e c z e n i e p o w i k ł a ń .

Po usunięciu głównego cierpienia, należy się zabrać do leczenia wszelkich powikłań, które wtedy ustępują dziwnie łatwo i prędko przy naszym zwykłym leczeniu, choć toż samo leczenie, stosowane poprzednio przez miesiące, a nawet lata całe, bywało bezskutecznem. Nieżyty gardzieli i nosa należy traktować płókaniami, *resp.* przestrzykiwaniami z letniej wody z dodawaniem środków lekko ściągających [tanina, ałun, sól kuchenna 1—3%]. Nieżyty przerozowe, t. j.: *pharyngitis granulosa*, *rhinitis hypertrophica*, ustępują tylko przyżeganiem. W gardzieli najpewniejszym, najmniej bolesnym i najszybciej działającym jest galwanokauter; w nosie wybornie działa, oprócz żegadła galwanicznego, kwas chromny, stosowany sposobem HERINGA ¹⁾). Wszystkie te przypalania wykonywać należy zupełnie bez bólu, t. j. po poprzedniem dokładnem znieczule-

¹⁾ Gazeta Lekarska. 1884. Nr. 41 etc.

niu [15%] kokainą. Dla zapobieżenia następczemu bólowi, na nos należy stosować zimne okłady w przeciągu kilku godzin co 10 do 15 minut, gardziel płókać lodową wodą, lub jeść lody. W ciągu dwóch dni unikać trzeba gorących napojów i potraw. Gardziel należy płókać w ciągu kilku [5 do 8] dni następnych *kalio chlorico* lub *acido borico* 1—2%. Z nosa w kilka dni po przypaleniu muszel lekarz sam powinien usunąć strupy, a nos przestrzyknąć. Zwykle wystarcza dwukrotne opatrzenie nosa, t. j. na 4 i 8 dzień po operacji, w rzadkich tylko przypadkach potrzebna jest dłuższa opieka lekarska.

Migdały niezbyt wielkie można pozostawić w spokoju, gdyż zwykle zmniejszają się one po pewnym czasie same przez się. Przy zbyt wielkim przeroście wykonać trzeba wycięcie migdałków (*tonsillotomia*).

Otitis catarrhalis można leczyć przedmuchiwaniem powietrza sposobem POLITZER'a, w uporczywych przypadkach wstrzykiwaniami przez zgłębnik *sol. zinci sulph.* 1 do 2%.

Przy *otitis purulenta* wykonać paracentezę, poczem postępowanie POLITZER'a, ciepłe wstrzykiwania środków ściągających. LOEWENBERG (*l. c.*) radzi stopniowo coraz silniejsze wstrzykiwania alkoholu absolutnego z wodą, zaczynając od 20%.

Dziecko, które dotąd zawsze oddechało ustami, trudno się przyzwyczaja do oddechania przez nos. Do tego trzeba go przyzwyczajać ciąglem przypomnieniem. Niezawsze to jednak wystarcza i w tym celu używane są odpowiednie przyrządy w rodzaju respiratorów, nie przepuszczających powietrza. Najwięcej znanym jest t. zw. *contre-respirator* GUYE'a. Przyrządy takie zakłada się na usta na noc. Toż samo da się osiągnąć za pomocą zwykłej chustki, którą należy usta zawiązywać kilka razy dziennie na dłuższy lub krótszy przeciąg czasu i na noc.

Złą wymowę należy zwalczać poprawianiem ciąglem, a zwłaszcza podczas głośnego czytania. Spłaszczenia klatki piersiowej niewielkiego stopnia przechodzą po pewnym czasie same; więcej posunięte należy leczyć odpowiednią gimnastyką.

Ponieważ dzieci, podlegające temu cierpieniu, są zwykle blade, z bardzo upośledzonym odżywianiem i źle rozwinięte, należy wszelkimi sposobami poprawić ich stan ogólny, co jednak da się osiągnąć dopiero po usunięciu wyrosli, jak to już zaznaczałem wyżej. A więc: pobyt na wsi w lecie, mleko, kąpiele słone, rzeczne, lub morskie, Cieclocinek, małe dawki jodku potasu, żelaza, tran, wino, gimnastyka i t. d., stosownie do wskazań w każdym oddzielnym przypadku.

S p o s t r z e ż e n i a.

Dla łatwiejszego zorientowania się w wyżej przytoczonych faktach i dla zwrócenia uwagi na niektóre objawy wyrosli adenoidalnych, przytoczę kilka odnośnych spostrzeżeń z mojej praktyki, uwzględniając w nich tylko rzeczy najważniejsze.

I. Janek Gł., wieku lat 7, przysłany mi przez szan. prof. BARANOWSKIEGO, cierpi od lat przeszło dwóch na napady astmy co noc po kilka razy,

tak, że i sam spać nie może i wszystkim w domu przeszkadza. Malec, wychowany i mieszkający dotąd na wsi w okolicy lesistej i zdrowej, przez cały czas trwania choroby leczony był na prowincyi bardzo starannie wszelkimi możliwymi sposobami, lecz to nie odniosło najmniejszego skutku.

Pierwszy raz zgłosił się do mnie 29. IX. 1889 r.. Chłopiec wzrostu średniego, pozornie dosyć dobrze odżywiony, lecz bladej. Twarz duża, policzki pełne, nalane. Oczy nadzwyczaj wypukłe z łącznicami czerwonymi. Rzuca się w oczy nos za mały i za wązki względnie do twarzy. Usta otwarte. Wargi grube. Gruczoły chłonne wszędzie znacznie powiększone, a najwięcej na szyi. Jednym słowem: robi on wrażenie dziecka bardzo skrofulicznego, co zresztą i wywiady potwierdzają; gdyż od wczesnego dzieciństwa zawsze podlega wypryskom, wyrzutom, ropniom i t. d.. Skłonność wielka do nieżyty nosa, kaszlu, bólu gardła i t. d..

N o s. Błona śluzowa wszystkich muszel w obu nozdrzach silnie przerośnięta, blada, łatwo ustępująca przy naciskaniu zgłębnikiem. Muszle na całej swej długości przylegają do przegrody. Oddechać przez nos nie może. Sypia zawsze z otwartymi ustami.

Część tylna jamy nosowej wypełniona prawie zupełnie wyrosłami adenoidalnymi, które zwieszają się w postaci kilku sopli ze stropu gardzieli.

G a r d z i e l. Migdały nieco powiększone i przyrośnięte do łuków. Na tylnej ścianie kilka granulacyj.

K r t a ń bez zmian.

Klatka piersiowa dobrze rozwinięta. Płuca w granicach zwykłych, słychać w nich trochę świstów i wilgotnych rżężeń. Serce bez zmian. Śledziona dochodzi do 8 żebra.

30. IX. przystąpiłem do leczenia miejscowego. Po uprzednim znieczuleniu kokainą sposobem wyżej podanym, wszedłem do części tylnej jamy nosowej raz jeden nożem GOTTSTEIN'a i wyjąłem mały kawałek wyrosli. Ponieważ malec, zmęczony ciągłymi napadami dusznicy, jest dosyć niecierpliw i stawia dużo oporu, na pierwszy raz nic więcej mu nie robiłem. Po tym rękoczynnie przez trzy dni następne miał tylko po jednym napadzie astmy.

3. X. Przypalenie muszel nosowych obustronne żegadłem galwanicznym, poczem dwie doby zupełnie bez astmy, trzeciej i czwartej doby po jednym słabym napadzie.

7. X. Usunąłem większą część strupów z nosa, powstałych wskutek przypalenia. Przez trzy doby astmy nie ma.

12. X. Przypalenie punktów muszel, stykających się z przegrodą, kwasem chromnym, poczem przez 4 doby napadu nie było, na 5 i 6 dzień dosyć silne napady.

20. X. Wyjąłem mu parę kawałków wyrosli adenoidalnych. Napady nocnej astmy ustąpiły — bywa kiedy niekiedy we dnie lekka duszność — po nocach kaszle przez sen.

5. XII. *Cauterisatio conchae inf. ac. chromico.*

Stan zupełnie zadawalający aż do końca Grudnia. Wtedy znowu napady astmy nocnej zaczęły mu dokuczać. Za przyczynę tych napadów musiałem

uważać resztki wyrosły adenoidalnych, a ponieważ malec był za mało cierpliwym, abym bez pomocy mógł je doszczętnie usunąć, zaprowadziłem go na oddział chirurgiczny D-ra KRAJEWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus i tam usunęliśmy wspólnie wszystkie resztki za pomocą wydrapania paznogciami. Od tego czasu w ciągu 5 tygodni napadów astmy nie było. Później go nie widziałem, gdyż wyjechał na wieś. Nie przesądzam, czy cierpienie nie wróciło, mam jednak dane przypuszczać, że nie. Zresztą po usunięciu wyrosły adenoidalnych i przerostowego nieżyty nosa, t. j. po przywróceniu oddechania fizjologicznego, leczenie ogólne przy dobrych warunkach bytu powinno przywrócić mu zdrowie.

II. Panna Ba..., lat 22 licząca, skierowana do mnie przez D-ra DUNINA w dniu 18. V. 1889 r., miewa od lat trzech napady astmy co noc, tak, że zrywa się ze snu około 4 zrana, musi okna otwierać, lub wychodzić na powietrze. Od miesiąca, podczas pobytu na wsi, stan ten pogorszył się znacznie. Napady trwają od 3—4 godzin; nietylko po wschodach chodzić nie może, lecz nawet najmniejsza przechadzka sprowadza dusznicę. Chora powiada, że przez nos jej trudno oddechać i czuje wyraźnie zatkanie w górnych częściach nosa. Sypia z ustami otwartymi.

N o s. Muszle dolne bez żadnych zmian. Kanał dolny nosa zupełnie drożny. Muszla średnia lewa wielkości małej wiśni, bardzo czerwona, kolbiasto rozdęta, przylega bardzo ściśle do przegrody nosa i zasłania sobą inne części. Muszla średnia prawa dosyć czerwona, lekko obrzmiała.

C z ę ś ć t y l n a j a m y n o s o w e j. Tylne odcinki muszle blade, nieco zgrubiałe. Ze stropu gardzieli wyrosłe adenoidalne w postaci jednolitej, o niegładkiej powierzchni, masy, opuszczają się aż do połowy tylnych otworów nosa.

Gardziel, krtań i wewnętrzne narządy żadnych zmian wybitnych nie przedstawiają.

L e c z e n i e. Ponieważ chora jest bardzo wrażliwa i wyczerpana częstymi napadami astmy, postanowiłem rozpocząć leczenie od mniej przykrego rękoczynu, t. j. od zniszczenia przerostu muszli. Przypaliłem więc muszle średnią lewą za pomocą głębokich ukłuczeń żegadła galwanicznego, przez co objętość jej zmniejszyła się nieco i wywierała tym sposobem mniejszy ucisk na przegrodę. Napady duszności stały się znacznie słabszymi, przychodziły co drugi dzień i trwały zaledwie przez godzinę. Na drugim posiedzeniu usunąłem wyrosłe adenoidalne za pomocą noża GORTSTEIN'a i przypaliłem obie przerośnięte muszle kwasem chromnym. Astma ustąpiła zupełnie. Na jak długo — to czas pokaże. Ponieważ jednak w danym przypadku znana jest jej przyczyna, każdy powrót cierpienia da się zwalczyć aż do nastąpienia zupełnego wyleczenia, t. j. doszczętnego usunięcia *rhinitidis hypertrophicae*.

III. Marcei Mat..., lat 10 liczący, przysłany mi 25. V. przez prof. BARANOWSKIEGO, błydy, źle odżywiany, skrofuliczny, nosem nigdy nie oddecha. Napady duszności miewa od półtora roku, mniej więcej co miesiąc i trwają po 3 do 4 dni. Napady te zaczynają się zwykle bardzo silnym katarrem nosa z obfitą wydzieliną.

N o s. Bardzo duży przerost wszystkich muszel nosowych, które przylegają do przegrody nosa.

C z ę ś ć t y l n a j a m y n o s o w e j. Wyrosłe adenoidalne w postaci dwóch sopli opuszczają się aż do dolnego otworu nozdrzy tylnych.

Usunął się od dalszej obserwacji.

IV. Leonidas Łoz..., lat 7 liczący, przysłany mi przez D-ra SIKORSKIEGO, niezłe odżywiany — choć bardzo skrofuliczny. *Adenopathia communis*. W 9 miesiącu życia zaczął miewać napady duszności, które powtarzały się bardzo często aż do lat 3. Później w ciągu lat dwóch prawie ich nie było, aż dopiero od roku przychodzą przecięciowo co miesiąc. Napady te niezawsze są jednakowe, raz występują w postaci fałszywego krupu, innym znowu razem w postaci typowej astmy. W ostatnich czasach napady fałszywego krupu dochodziły do takich rozmiarów, że lekarze miejscowi chcieli przystępować do tracheotomii. Ostatni napad był przed tygodniem.

N o s. Olbrzymi przerost muszel błony śluzowej na muszlach nosowych, wszystkie przylegają do przegrody nosowej. Są one silnie zaczerwienione.

C z ę ś ć t y l n a j a m y n o s o w e j. Wyrosłe adenoidalne w postaci dwóch sopli opuszczają się aż do dolnego otworu nozdrzy tylnych.

Usunął się od dalszej obserwacji.

Te cztery przypadki zestawilem razem, aby powiedzieć kilka słów o dusznicy, która była w nich najważniejszym objawem. U wszystkich prawie autorów, piszących o wyrosłach adenoidalnych, znalazłem wprost wzmiankę tylko, że widywali przypadki, powikłane astmą; nigdzie jednak nie ma dokładnego opisu badania takich chorych. Mam tu na myśli: *rhinitis hypertrophica*, którą znalazłem u wszystkich czterech moich chorych. Wiadomo nam dobrze, że przerostowa forma kataru nosa w większości przypadków nie bywa samodzielna, lecz jest tylko powikłaniem, lub wyrazem innych cierpień [choroby płuc, serca i t. d.]. Wyżej już zaznaczyłem, jak często spotykamy ją jako powikłanie u chorych, dotkniętych przerostem migdałka gardzielowego. Według mego przekonania, bezpośrednią przyczyną astmy jest tu *rhinitis hypertrophica*, mianowicie ucisk muszel na przegrodę nosową, a obojętną jest rzeczą, że przerost ten spowodowany został wyrosłami; gdyż u danych osobników taki przerost, wywołany jakąbądź inną przyczyną, powodowałby astmę. Przekonała mnie o tem ta okoliczność, że natychmiast po przypaleniu muszel nosowych napady astmy ustępowały na czas jakiś; powracały one wprawdzie później, lecz zawsze w stosunku prostym do zmniejszenia przerostu muszel, *resp.* ucisku ich na przegrodę. Ustępowała dusznica zupełnie wtedy, gdy przerost zupełnie wyleczony został przez usunięcie jego przyczyny, t. j. wyrosła adenoidalnych. Nie mam zamiaru poruszać obszerniej w tej pracy teorii HACK'a o nerwicach zwrotnych, tembardziej, że kwestyja ta była już kilkakrotnie w naszej literaturze wyczerpująco traktowaną. Dla przypomnienia jej sobie polecam ciekawym odczytanie pracy HERYNGA ¹⁾. Aby rozjaśnić to, co wyżej powiedziałem, przytoczę kilka z ostatnich wniosków, do jakich doszedł HERYNG na zasadzie swoich badań:

¹⁾ Nerwice zwrotne, wywołane cierpieniem jam nosowych. Gazeta Lekarska. 1885 rok.

„Istnieje związek przyczynowy pomiędzy całym szeregiem zaburzeń nerwowych zwrotnych, a cierpieniami nosa. Wykazanie tego związku jest niespożyłą zasługą HACK'a. Zależność tych stanów dotąd stwierdzić mogłem w następujących przypadłościach: duszność, zawroty głowy, nerwoból nadoczodołowy, kaszel krtaniowy, kichawica, kurcz krtani fonacyjny i oddechowy. *Rhinitis chronica hypertrophica* może być przyczyną *aphoniae spasticae*, może zarówno, jak obecność małych polipów, wywołać kurcz głośni, lub napady duszności, wreszcie t. zw. *dyspnoeam spasticam*. To samo wywołuje kolbiaste obrzmienie [moje spostrzeżenie II], lub torbiel muszli średniej, wyrosłe kostne przegrody nosowej, lub zrosty muszel z przegrodą, wreszcie każdy nacisk dłużej trwający pomiędzy przegrodą nosa a muszlami (*Druckneurose*). Dotyczy to zarówno muszli średniej jak i dolnej, bez względu na rozległość miejsca uciskowego, lub konsystencyję ciała uciskającego.“

V. Pan Br., lat 20 liczący, od dzieciństwa nosem nie oddecha — we śnie chrapie. Od 4 lat zaczął słuch w prawym uchu tracić, na co się leczył dwa lata bezustannie, w końcu zaniechał, gdyż żadnej poprawy nie doznał. Na płuca zapada bardzo często, parę zim przepędzał w Meranie. Mówi bardzo niewyraźnie — przez nos. Cera blada. Nos mały, wązki. Usta wciąż otwarte i niemożność zamknięcia ich dłużej, niż na minutę. Klatka piersiowa paralityczna. Leczy się ciągle. Badałem go po raz pierwszy 4. I. 1889.

N o s. Wszystkie muszle silnie obrzmiałe przylegają do przegrody nosa. W nozdrzu lewym są one czerwone — w prawym białoszare. Zgłębnikiem bardzo łatwo dają się uciskać.

C z ę ś ć t y l n a j a m y n o s o w e j w y p e ł n i o n a w y r o ś l a m i a d e n o i d a l n e m i w p o s t a c i s o p l i, w y r a s t a j ą c y c h z e s k l e p i e n i a i t y l n e j ś c i a n y.

G a r d z i e l. Tylna ściana dosyć blada z mnóstwem granulacyj. Migdały czerwone, bardzo duże.

K r t a ń. Struny prawdziwe różowe.

P ł u c a. Oddech w szczytach nieco osłabiony, kilka rozrzuconych wilgotnych rzeżeń.

G r u c z o ł y c h ł o n n e s z y i p o w i ę k s z o n e.

L e c z e n i e. W trzech posiedzeniach, co dwa tygodnie, usunąłem wszystkie wyrosłe adenoidalne nożem GOTTSTEIN'a, kleszczami SCHECH'a i LOEWENBERGA i skrobaczką HARTMANN'a. Przypaliłem muszle dwukrotnie i zniszczyłem granulacje w gardzieli galwanokauterem. Leczenie to trwało od 5. I. do końca Lutego. Wycięcie migdałów pozostawiłem na później, gdyż chory miał na miesiąc wyjechać; po powrocie jednak znalazłem migdały tak zmniejszonymi, że wycinanie ich uznałem za zbytne. Ostatni raz widziałem go w maju Migdały jeszcze mniejsze, niż poprzednio. Ogólny stan wyborny; chory utył, ma znacznie lepszy apetyt i cerę, mówi wyraźniej, usta otwiera jeszcze często, lecz to z powodu wieloletniego przyzwyczajenia. Kaszlu zupełnie tej wiosny nie miał, co dotąd bywało zawsze. Słuch w prawym uchu [bez żadnego odpowiedniego leczenia] poprawił się o tyle, że zegarek mój słyszy obecnie z odległości 10 ctm., a poprzednio słyszał go zaledwie z 2 ctm..

VI. Michał Je., 6 lat wieku mający, przysłany do mnie przez D-ra ADAMA CIĄGLIŃSKIEGO, jest bardzo źle odżywiony, błydy. Oddawna nosem nie oddecha. We śnie chrapie. Często się zrywa przestraszony i potem okryty. Mówi przez nos. Skłonny do kataru i kaszlu.

Nos jest wązki, mały, lecz muszle bez zmian. Kanały nosa są o tyle obszerne, że od przodu widać wyrosłe adenoidalne, a zwłaszcza gdy malec robi ruchy połykowe.

Część tylna jamy nosowej cała wypełniona soplami wyrosłi, które zwieszają się aż do podstawy podniebienia miękkiego.

Migdały nieznacznie powiększone, zresztą żadnych innych zmian w gardzieli i krtani nie znajduję.

Leczenie. Malec jest niezwykle rozsądny i cierpliwy, tak, że pozwolił na pięciokrotne wprowadzenie narzędzi do gardzieli i tym sposobem na jednym posiedzeniu usunąłem [nożem GOTTSTEIN'a i kleszczami LOEWENBERG'a], przy łaskawym udziale kol. CIĄGLIŃSKIEGO, prawie wszystkie wytwory adenoidalne. Przy przestrzykiwaniu nosa po operacji płyn wychodził drugą dziurką pełnym strumieniem.

Krótki stosunkowo czas trwania choroby jest tu zapewne przyczyną, że żadnych powikłań ze strony sąsiednich narządów nie spotykamy.

VII. Lucyjan Or., lat 10 liczący, przysłany mi przez D-ra SIERAGOWSKIEGO, oddecha zawsze przez usta, mówi bardzo niewyraźnie i przez nos. Skłonność wielka do nieżyków nosa i oskrzeli. W części nosowej gardzieli wyrosłe adenoidalne w postaci dwóch sopli, dochodzących do połowy nozdrzy tylnych.

Z powikłań w narządach sąsiednich zaznaczyć trzeba lekki nieżyt gardzieli i osłabienie słuchu w uchu prawem.

Badałem go pierwszy raz 12. XI. 1888 r. Na proponowaną operację rodzice malca nie zgodzili się, lecz leczenie ogólne prowadzone w ciągu całej zimy żadnego polepszenia nie sprowadziło. Na lato wyjechał do Ciechocinka. Przypadek ten interesującym jest z tego względu, że badałem ojca chorego, który od kilku lat począł słuch tracić, ma katar zawsze i przy najmniejszym zmęczeniu musi przez usta oddechać. Wysokoku najmniejszych ilości nie znosi: jeden kieliszek wina powoduje natychmiast takie zatkanie nosa, że tylko ustami może oddechać.

Pan Or..., liczący lat 42, ma wyrosłe adenoidalne, siedzące więcej na bocznych ścianach części tylnej jamy nosowej. *Rhinitis hypertrophica*. *Pharyngitis chronica*. Lewem uchem słyszy mój zegarek z odległości 10 ctm — prawem z 5 ctm. Pan Or. wkrótce ma się poddać operacji, gdyż słuch koniecznym mu jest przy jego zajęciach, leczenie zaś terapeutyczne, które dotąd prowadził, żadnej ulgi nie przyniosło.

VIII. Bronisław Żel., lat 14 liczący, zgłosił się do mnie 1. II. 1889 roku. Skarży się na to, że ma nos zawsze zatkany i musi ustami oddechać. We śnie chrapie zawsze. Mówi przez nos. Bóle głowy ciągłe. Z powodu ciągłego zapadania na zdrowiu i niezdolności do nauk musiał szkoły opuścić.

Gruzoły chłonne na szyi powiększone. Rynoskopija przednia wykazuje muszle nosowe powiększone, czerwone.

Rynoskopija tylna. Tylne końce muszel białoszare znacznie powiększone. Sklepienie gardzieli bez zmian, a z tylnej ściany od samej góry mnóstwo wyrosła adenoidalnych w postaci jednolitej, guzowatej masy, która przy badaniu palcem bardzo łatwo krwawi.

W gardzieli bardzo dużo granulacji, niektóre dochodzą wielkości pół grochu. Migdały nieco powiększone.

4. II. Usunąłem część wyrosła nożem GOTTSTEIN'a. Ból lekki trwał przez jedną dobę — krwawienie przez 2 doby. 7. II. usunąłem doszczętnie wyrosłe klezczami LOEWENBERG'a, nożem GOTTSTEIN'a i paznogciem. Po przestrzyknięciu nosa płynem chłodnym krwawienie ustało. Płyn przechodzi drugą dziurką zupełnie swobodnie.

1. III. *Cauterisatio concharum et granulationum pharyngis galvanocauterio.*

Ostatni raz badałem go w maju. Oddecha nosem. Bóle głowy ustały.

IX. Pani Wo., lat 25 licząca, zgłosiła się do mnie 4. IX. 1888 r.. Osoba bardzo dobrze zbudowana, dosyć pełna, lecz cera twarzy blada, wargi grube, usta przeważnie otwarte. Sypia zawsze z otwartymi ustami. Bardzo często bywają nieżyty nosa. Lewe nozdrze od kilku lat stale zatkane. Stan ten wydawał jej się znośnym, aż do czasu, gdy rozpoczęła naukę śpiewu, co miało miejsce przed rokiem. Pomimo doskonałego rozwoju klatki piersiowej, płuc i krtani, głos w śpiewie wychodził zawsze matowym, bezdźwięcznym, a po jakichś 10 minutach była tak zmęczoną, że dalej śpiewać nie mogła. Od pół roku leczy się bezskutecznie.

Rhinoscopia anterior. Muszle nieco obrzmiałe, czerwone. W nozdrzu lewym z muszli średniej wyrasta polip śluzowy wielkości orzecha laskowego.

Rhinoscopia posterior. Jama nosogardzielowa niezwykle obszerna, lecz w większej części wypełniona wyrosłami adenoidalnymi i polipem. Polip duży, biało-szary, zakrywa całe nozdrze tylne lewe i zwiesza się aż do podstawy podniebienia miękkiego. Ze stropu gardzieli w części niezastłoniętej polipem, t. j. po stronie prawej widać dużo vegetacji adenoidalnych w postaci masy, składającej się z licznych małych sopli.

Gardziel. Lekkie zaczerwienienie błony śluzowej i kilka drobnych granulacji.

Krtań duża, doskonale złożona. Struny prawdziwe długie, białe, lśniące, funkcjonują zupełnie prawidłowo. Tylne ściana krtani po stronie połykowej mocno czerwona, przyczem czerwoność idzie pasem szerokim na 0,5 ctm. po samym środku. Powstała ona wskutek drażnienia wydzieliną, która spływała z jamy nosogardzielowej i w danym miejscu zatrzymywała się dłużej. Po usunięciu wytworów nieprawidłowych z gardzieli nosowej i czerwoność ta znikła.

Inne narządy zbroceń nie przedstawiają.

7. IX. 1888 przystąpiłem do operacji. Po odpowiednim znieczuleniu kokainą, przeprowadziłem przez lewy dolny kanał nosowy platynowy drut pętli galwanoukaustycznej aż do gardzieli; palcem wskazującym wszedłem po za pod-

niebienie miękkie i nasunąłem pętlę na polipa aż do jego podstawy. Potem, zaciskając wolno, puściłem prąd elektryczny; polip, odpalony u samego przyczepu, spadł do gardzieli i został przez chorą wypluty. Długość polipu wynosiła 3,5 ctm., szerokość około 2 ctm.. Ten rękoczyn operacyjny trwał stosunkowo bardzo krótko; gdyż z powodu dużej pojemności gardzieli nosowej za pierwszym wejściem palcami udało mi się pętlę na polipa nasunąć, co wymaga niekiedy bardzo dużej cierpliwości, tak ze strony chorego, jak i lekarza.

Po usunięciu polipa przekonałem się, że i z lewej strony na stropie gardzieli są wyrosłe adenoidalne, choć nieco mniejsze.

Wyrosłe adenoidalne operowałem na kilku posiedzeniach. Używałem tu noża GOTTSTEIN'a, kleszczy SCHECH'a i LOEWENBERG'a, oraz paznogcia. W przypadku tym były one niezwykle twarde i niepodatne, tak, że do ostatecznego zniszczenia resztki ich przypalałem raz *arg. nitrico in substantia*, natopionem na srebrny zgłębnik, a raz żegadłem galwanicznym. Muszle nosowe i granulacje w gardzieli przypalałem galwanokauterem.

Z a k o ń c z e n i e.

Szereg moich spostrzeżeń wynosi kilka dziesiątków; nie chcąc jednak nad miarę rozszerzać tej pracy, ograniczę się tylko do wyżej przytoczonych, w których starałem się wybrać i uwydatnić fakty, mogące nas w danej chwili interesować. Od czasu, jak zacząłem każdego chorego w danym kierunku badać, przekonałem się, że cierpienie to jest u nas niezwykle rozpowszechnionem, choć niezawsze przyjmuje tak duże rozmiary, aby doprowadzić do poważnych zaburzeń w sąsiednich narządach. Przekonałem się również wielokrotnie, że owe nieżyty gardzieli, nosa, ucha i krtani, leczone niekiedy przez lata całe bez skutku, są spowodowane nieznacznym zaledwie przerostem migdałka gardzielowego. A jednak usunięcie tego nieznacznego przerostu, po następczym zastosowaniu bardzo prostego leczenia, usuwało zarazem i owe przewlekłe nieżyty.

Kwestyja, którą w tej pracy poruszyłem, obchodzi nas wszystkich zarówno, gdyż nie ma lekarza, nie ma specjalności, w którejby się odpowiednie przypadki nie zdarzały. A przecież rozpoznanie jest tak łatwe, nie wymaga żadnych przyrządów i zachodów ¹⁾, tak, że każdy bez wyjątku lekarz może je zrobić. Gdy wszyscy lekarze będą z tą kwestyją obeznani, a w razie potrzeby odpowiednio przygotują rodziny, w których stale leczą, nie będzie takiej grozy przed słowem „operacja“. Wtedy większa ilość chorych pozwoli się operować i wiele dotąd nieuleczalnych cierpień będziemy w stanie usunąć, rozumie się, nie sposobem DURET'a i LAVRAND'a, chirurgów z Lille. Panowie ci w najlep-

¹⁾ Badanie palcem jamy nosogardzielowej.

szej wierze opisali ¹⁾, jako przypadek niezwykle i dotąd nieznan, poprostu wyrośle adenoidalne, które zoperowali po rozszczepieniu podniebienia, wskutek tego MOURE ²⁾ dodał odpowiedni komentarz, streszczając ich pracę.

¹⁾ Journ. des scien. méd. de Lille. 3/II. 1888. Hypertrophie de la muqueuse du pharynx nasal

²⁾ Internat. Centralb. für Laryng. etc. Nr. 8. r. 1889. „Es handelt sich um adenoide Vegetationen bei einem 21-jährigen Mädchen, welche für unbekannte Affektion gehalten und mittelst Incision des palati operirt waren! DESPLATS erklärt, dass er die Patientin früher gesehen und das sie an ad. Veg. gelitten habe, man darf heutzutage wirklich nicht mehr mit den Symptomen der ad. Veget. unvertraut sein und die beschriebene Misshandlung des Gaumensegels mit dem Thermocauter gebe eine Idee davon, zu welcher Unzuträglichkeit es führt, wenn man die Existenz der LUSCHKA'schen Drüse im Nasenrachenraume nicht kennt!“
E. I. MOURE.

Ponieważ krytyka ta nie dała się odpowiednio dobitnymi wyrażeniami spolszczyć, przytaczam ją w oryginale.

Biblioteka Główna WUM

KS.1342



21000001342



www.dlibra.wum.edu.pl

SZPITAL IM. KAROLA I MARJI



B 335