

Przyczynek do kwestyi wyrośli adenoidalnych.

Wyrośle adenoidalne u głuchoniemych.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warsz.
w dniu 21/IV 1891 r.).

Napisał

Władysław Wróblewski,

lekarz ambulatoryjum dla chorób gardła, nosa i krtani w szpitalu
ewangelickim w Warszawie.

Najważniejszem bez zaprzeczenia cierpieniem jamy nosogardzielowej jest przerost gruczołu Luschki, co inaczej nazywamy cierpieniem adenoidalnem migdałka gardzielowego, wyroślami adenoidalnemi, *Rachenadenome* (Jurasz), *tumores adenoidei*, *hypertrophia tonsillae pharyngeae* i t. d.

Literatura specjalna zagraniczna przepelniona jest w ostatnich latach pracami tego cierpienia dotyczącemi. I nie dziwnego, gdyż cierpienie to odgrywa w patologii nosa, gardziela i uszu, a nawet i w patologii całego ustroju ogromną rolę. Bardzo wiele chorób odnośnych organów możemy wyleczyć radykalnie po usunięciu przyczyny tych chorób, t. j. wyrośli adenoidalnych.

Nie będę tu powtarzał wszystkich szczegółów kwestyi tej dotyczących, gdyż pisałem o nich w „Gazecie Lekarskiej“ w r. 1889 r., przytoczę tu tylko rzeczy najważniejsze dla przypomnienia ich szanownym Panom i przejdę do tematu, którym dziś uwagę Ich zająć pragnę.

Z-140029

Akc. z l. 2024 nr. 172

W błonie śluzowej gardziela znajdujemy dwojakiego rodzaju gruczoły: złożone gruczoły śluzowe i elementarne gruczoły limfatyczne. Te właśnie ostatnie zlewają się na stropie gardziela w jednolity pokład tkanki limfatycznej, rozciągający się od tylnych nozdrzy nosa na tylną ścianę jamy nosogardzielowej, prawie aż do wysokości podstawy podniebienia względnie do brzegu otworu potylicowego wielkiego. Dalej tkanka ta wyściela i ściany boczne jamki Rosenmüllera i dochodzi do otworów Eustachijusza, tworząc tam *tonsillam tubalem* Gerlacha. Tkanka limfatyczna przylega mocno do warstwy włóknistej stropu gardziela, t. j. do *fibrocartilago basilaris*, w niej znajdujemy bardzo dużo gruczołów śluzowych złożonych. Masa ta jest w bardzo ścisłym związku z błoną śluzową, gdyż tkanka tej ostatniej łączy się nieprzerwanie z siatką tkanki łącznej; pierwszy Luschka nazywał ją migdałkiem gardzielowym (*tonsilla pharyngea*), dokładnie ją zbadał i opisał i ztąd gruczoł ten nosi jego nazwisko. Największa prawidłowa grubość tej masy wynosi 6 do 8 mm. na sklepieniu gardziela. Budowa jej jest zupełnie podobną do budowy tkanki gruczołów chłonnych. Jestto siatka, składająca się z bardzo cienkich, przejrzystych włókienek, na połączeniu których widać miejscami owalne jądra. Oka tej siatki wypełniane są nader licznymi komórkami limfoidalnymi. Rozrost tej właśnie tkanki daje twory, które nazywamy wyrośłami adenoidalnymi. Od wielkości i umiejscowienia ich zależą objawy, które one wywołują.

Niekiedy są one tak duże, że wypełniają sobą całą jamę nosogardzielową i widać je już po uniesieniu języczka ku górze.

Umiejscowienie ich w jamie nosogardzielowej bywa różne, jużto wyrastają przeważnie ze stropu, jużto z tylnej ściany, jużto wreszcie ze ścian bocznych. O formie tych tworów widzianej w lusterku i częstości umiejscowienia powiem później.

Najczęściej mamy do czynienia z tem cierpieniem u dzieci, gdyż u dorosłych twory te w większości przypadków znikają i przy powiększaniu się jamy nosogardzielowej

stanowią stosunkowo małą w niej przeszkodę. Ślady ich jednak zawsze wykryć można bądź w postaci zgrubienia błony śluzowej w mniejszym lub większym stopniu, bądź też w postaci bardzo przewlekłych i uporczywych nieżytów nosa, uszu i gardziela, będących rezultatem długiego trwania wyrośli. Bywają jednak przypadki, że i u dorosłych znajdujemy przerost migdałka gardzielowego w stopniu wymagającym usunięcia go na drodze chirurgicznej. Na 80 przypadków, które operowałem, było 15 powyżej ośmnastego roku życia.

Objawy tego cierpienia są bardzo charakterystyczne, zwłaszcza przy większym stopniu wzrostu.

Przedewszystkiem skarżą się chorzy tacy na trudność oddechania nosem, na chrapanie we śnie i sen niespokojny, przerywany często napadami zaduszenia, na suchość w gardle z powodu sypania z otwartymi ustami, na bóle gardła, katary nosa, chrząkanie, sapanie i t. p. Mowa ich bezdźwięczna, monotonna, „przez nos“, t. zw. *totde Sprache* Mayera. Wyraz twarzy głupowaty z powodu otwartych wciąż ust, szczerka dolna obwisła i wysunięta ku przodowi, wargę górną zgrubiała, twarz wydłużona, policzki płaskie, nos wąski, cera blada. Taki jest mniej lub więcej obraz.

Od stopnia rozrostu zależą mniej lub więcej wydatne objawy. Typy identyczne z powyżej przytoczonym zdarzają się dosyć rzadko, w każdym jednak przypadku wyrośli adenoidalnych spotykamy pewną grupę objawów, o których wspominałem. Najczęściej przyprowadzają dziecko do lekarza, gdyż miewa nieustanne katary nosa, lub często zapada na bóle gardła i wtedy po bliższem zbadaniu dowiadujemy się, że ono i sapie i chrapie i chrząka i t. p.

Cierpieniu temu towarzyszy zwykle nieżyt nosa i uszu, granulacje w gardzielu (których wypalanie wtedy nie ma żadnej racyi) i przerost migdałków, uważany często przez lekarzy za główną przyczynę całego niezdrovia. Tymczasem o ile usunięcie wyrośli samo przez się wpływa na zmniejszenie migdałów i poprawę ogólnego stanu, samo wycięcie migdałów przy istniejących wyroślach żadnego nie

wywiera wpływu na ich zmniejszenie. Jest to fakt często stwierdzany przez nas. Bywa bez wątpienia przerost migdałów bez wyrosli adenoidalnych. Obserwowano również, że po wycięciu migdałów (przy istniejących wyrosłach) kikuty ich znacznie się z czasem powiększały.

Wielu autorów zgadza się na to, że fałszywy krup bywa najczęściej u dzieci mających wyrosłe, ja sam ani potwierdzić, ani przeczyć temu nie mogę.

Jednym z objawów tego cierpienia bywają obfite krwotoki z nosa, które ustępują po usunięciu wyrosli. Skonstato wałem to w trzech przypadkach. Przytoczę tu jeden jako dokładniej zanotowany.

Chaja D., lat 14, przysłana mi przez Dra Janouska z Żyrardowa. *Epistaxis* od lat 4 zawsze z prawej dziurki. W nocy usta otwarte, chrapanie. W nosie nieżyt przewlekły, żadnej jednak przyczyny krwawienia nie widać. Cała tylna ściana jamy nosogardzielowej wysłana grubą warstwą wyrosli. *Tubae Eustachii* leżą wciśnięte w wyrosłe jak w poduszki. Migdały oba powiększone. W lekkiej narkozie *tonsillotomy duplex et excisio vegetationum*. Widziałem chorą w pół roku po operacyi, ani razu nie było krwawienia z nosa, błona śluzowa nosa mniej czerwona i pulchna niż poprzednio.

Fakt ten nie ulega dla mnie najmniejszej wątpliwości, choć, o ile mi wiadomo, nikt jeszcze dotąd nie zwrócił na niego uwagi; obserwujmy go więc ściśle dalej, a być może przyjdziemy do wniosku, że nie jest on zbyt rzadkim i że widoczne dla nas przyczyny *epistaxis* (*excoriationes septi* i t. d.) nie są wyłącznemi, lecz istnieją głębsze powody.

Zwrócę tu również uwagę na niektóre krwioplucia bez zmian w płucach, bez kaszlu u ludzi zdrowych, nabawiające ich jednak wielkiego strachu napróżno, gdyż pochodzą one tylko z jamy nosogardzielowej, co mi się udawało niejednokrotnie stwierdzić za pomocą rinoskopii tylniej. Odnosny przypadek opisał już kiedyś w „Gazecie Lekarskiej“ Dr. Aleksa.

Istnienie wyrosli, a co za tem idzie, niefizjologiczne oddechanie przez usta wywołuje cały szereg objawów następnych: częste zapalenie gardziela, krtani, oskrzeli, upo-

śledzony rozwój klatki piersiowej (gra tu ważną rolę i *rachitis*) i ogólnego odżywiania.

Wspomnę tu jeszcze o ważnym objawie, na który zwrócił uwagę prof. Guye z Amsterdamu, o t. zw. *aprosexia*, która charakteryzuje się niezdolnością zwrócenia uwagi na dany przedmiot. Należy zwracać baczną uwagę na oddech dzieci, zwłaszcza niezdolnych, często bowiem po usunięciu przyczyn nefizjologicznego oddechania dzieci takie stają się zdolnymi do nauk. Kafeman z Królewca ogłosił w roku zeszłym pracę: „*Schuluntersuchungen des kindlichen Nasen- und Rachenraumes an 2238 Kindern mit besonderer Berücksichtigung der Tonsilla pharyngea und der Aproxexia nasalis*“, w której zwrócił uwagę na dzieci mniej zdolne i zawsze prawie znajdował u tychże zmiany przeszkadzające w normalnem oddechaniu. Nawołuje on lekarzy i nauczycieli, aby zawsze pamiętali o tym objawie i wpływali na rodziców w kierunku leczenia takich dzieci.

Co się tyczy rozpoznawania tego cierpienia, to w zasadzie jedyny racjonalny sposób jest *rhinoscopia posterior*. Ale to tylko w zasadzie; w praktyce zaś daleko większe zastosowanie znajdzie badanie jamy nosogardzielowej palcem, naturalnie dokładnie wymytym szczotką, mydłem, wodą, sublimatem i t. d., aby nie mieć po takim zbadaniu objawów septycznych, jak to się zdarzyło jednemu ze słynnych lekarzy petersburskich. Wszelkiego rodzaju badania chorych o tyle wyżej stoją, o tyle są pożyteczniejsze i praktyczniejsze, o ile są dostępne dla wszystkich lekarzy i mniej wymagają przyrządów i zachodu. Badanie palcem jamy nosogardzielowej wykonać może każdy lekarz i od razu zdać sobie sprawę, czy jama ta jest wolna, czy tam jest coś nieprawidłowego. Zapewne, że przed wykonaniem operacji (którą będzie wykonywał ten, co to umie), trzeba się dokładnie przekonać, z czem mamy do czynienia za pomocą lusterka, o ile je zastosować można. Są bowiem pacjenci, a zwłaszcza mali, tak krztusiwi, że lusterka absolutnie znieść nie mogą, a nawet włożyć go nie pozwolą, lub co też często bywa, przy przeroście migdałka gardzielowego podniebienie

miękkie tak mało jest od tylnej ściany odsuniętem, że pomimo wszystkiego za mało jest światła dla dokładnego obejrzenia tej jamy. Wtedy uciekamy się do badania palcem. Najlepiej zrobić to w ten sposób: stanąć z tyłu chorego, objąć lewą ręką głowę i wskazujący lewy palec wcisnąć lekko wraz z kątem policzkowym między zęby, prawy zaś wskazujący palec wprowadzić pod języczkiem do jamy nosogardzielowej. W tej pozycji dziecko ust nie zamknie i palca nie pogryzie i stają się zbyt szkodliwymi wszelkie sztuczne w tym celu używane ochrony metaliczne.

Wskazania do usunięcia wyrosła adenoidalnych są bardzo różnorodne i zależą od objawów i powikłań przez nie wywołanych.

Na pierwszym miejscu stoją zaburzenia w oddechu, t. j. gdy chory z powodu mechanicznej przeszkody nie oddecha nosem lecz ustami. Zaburzenia te bywają mniejsze i większe i sprowadzają niekiedy zupełne zatkanie nosa, częściej jednak wywołują tylko sapanie, chrapanie i t. d., co zwykle stoi w prostym stosunku do wielkości wyrosła. Dalej idą zaburzenia ze strony uszu, najczęściej zapalenie ucha średniego nieżytowe lub ropne. Przy tego rodzaju zaburzeniach należy zawsze operować przerost gruczołu Luschki, nie bacząc na jego rozmiary, inaczej bowiem nieżyt ucha średniego nie da się radykalnie usunąć. Na 39 przypadków przewlekłego ropienia uszu, jakie spostrzegałem w moim ambulatoryjum w ciągu r. z., 10 razy znalazłem wyrosłe. Sądzę, że lekarze chorób usznych muszą niezwykle często fakt ten spostrzegać.

Uważam również za wskazaną zawsze operację tę przy nerwicach zwrotnych: kaszel nerwowy, astma, newralgije, nagle powstające i szybko przemijające obrzmienia muszki nosowych i t. d. Dalej uporeczywe i często powtarzające się krwotoki nosa i krwioplucia, o których wyżej mówiłem, jak również uporeczywe katary nosa i gardziela.

Miałem w praktyce wiele przypadków, w których zmuszony byłem operować bardzo nawet małe wyrosłe i potem dopiero, przy zastosowaniu zwykłych środków ustępowały łatwo upor-

czywe nieżyty, opierające się poprzednio latami całemu leczeniu. Przyszedłem również do wniosku, że jak tylko jest wskazanie do przypalania muszel nosowych, nigdy nie należy tego czynić przed usunięciem istniejących współcześnie wyrosli, choćby te były najmniejszych rozmiarów, gdyż one są w tych przypadkach przyczyną podtrzymującą obrzmienie muszel, które raz przypalone powrócą szybko do pierwotnego stanu. W oczach zaś pacjenta napróżno zdyskredytujemy tak dzielny rękoczyn (o ile jest umiejętnie zastosowanym) jak przypalanie błony śluzowej nosa.

Wszystkich wskazań do tej operacji nie podobna ująć w ścisłą osobną formułę, lecz w każdym oddzielnym przypadku należy się oddzielnie oryjentować. To pewna, że nie zawsze rozmiary wyrosli stoją w prostym stosunku do konieczności operowania, zależy to od ich formy, lokalizacji i objawów.

Przerost migdałka gardzielowego jest u nas cierpieniem bardzo częstem. W ciągu ostatnich trzech lat spostrzegałem 150 przypadków wyrosli adenoidalnych, z których 80 operowałem. Nie będę tu wyliczał wszystkich narzędzi i różnych sposobów operowania, odsyłając po te szczegóły do wyższej przytoczonej mojej pracy. Przedstawiam tu szan. Pantom najważniejsze instrumenta, z tych najczęściej posługuję się w ostatnich czasach zmodyfikowaną skrobaczką Goldsteina i kleszczami Jurasza. Zaznaczę tylko, że obecnie o wiele częściej operuję wyrosłe w półśpieniu chloroformem, niż to czyniłem dawniej. Pod chloroformem operowałem 25 przypadków. Za sposobem tym przemawia oszczędzenie bólu choremu, w większości przypadków dziecku, a głównie możność doszczętnego usunięcia cierpienia na jednym posiedzeniu.

Dziecko znajduje się podczas operacji w pozycji półsiedzącej; chloroformu dajemy tyle tylko, aby zostały zniesione ruchy samowolne, z zachowaniem jednak odruchów mimowolnych: kaszlu, wykrztuszania i t. d. Chory jest obrócony twarzą do światła dziennego. Jeżeli migdały są powiększone, to te naprzód wycinam, przez co zyskuję więcej miej-

sca i łatwiejszy dostęp do jamy nosogardzielowej. Następnie wchodzę odpowiednimi narzędziami do tej jamy i usuwam częściowo wyrosłe, kontrolując od czasu do czasu palcem, co zrobiono, a co zostaje jeszcze do zrobienia. Zbytecznem jest dodawać, że palec przed każdym wprowadzeniem do jamy nosogardzielowej dokładnie opłukuję w sublimacie 1—1000, każdy zaś instrument wyjmuję wprost z 5% kwasu karbowego, w którym wszystkie leżą na pół godziny przed rozpoczęciem i podczas całej operacji. Po skończonej operacji badam raz jeszcze całą jamę nosogardzielową palcem i zeszkrobuję paznogciem wszystkie drobne resztki pozostałe, poczem przestrzykuję nos i gardziel płynami antyseptycznemi dopóty, dopóki nie ustąpi krwawienie.

W ostatnich czasach niezależnie od przestrzykiwania owijam palec gazą jodoformową zmoczoną w sublimacie 1 na 1000 i silnie wycieram całą jamę nosogardzielową. Niezmiernie ważną jest rzeczą, aby nie zostawiać naderwanych strzępków, lecz w ogóle starać się, aby rana była gładką, te bowiem niedokończone operacje dają często krwotoki wtórorzędne.

Dzięki tym ostrożnościom nie spostrzegałem nigdy po tych operacjach gorączki itd., t. j. spraw septycznych, z wyjątkiem jednego przypadku, o którym niżej będzie mowa. W rzadkich przypadkach, gdzie nieco więcej podano chloroformu, spotyka się wymioty krwawe skutkiem spłynięcia krwi do żołądka, co trzeba mieć na uwadze i otoczenie uprzedzić o możliwości tego objawu.

Po operacji zostawiam takich chorych przez pierwsze trzy doby w domu i czwartego dnia dopiero przemycam nos po raz pierwszy, a ósmego po raz drugi i na tem kończy się cała kuracja. O wiele dłużej ciągnie się leczenie, gdy operujemy bez chloroformu. Wymaga to zwykle kilku posiedzeń operacyjnych co 8 lub 10 dni i wówczas znieczulam 20% roztworem kokainy, pędzłując nią od strony nosa, częściej od strony gardziela. U osób starszych nigdy chloroformu nie używam, gdyż są cierpliwszi i wytrzymalsi. U osób

wyżej 20 lat wieku wyrosłe są daleko twardsze i silniej krwawią niż u dzieci.

W jednym tylko przypadku miałem bardzo poważne powikłania po operacji, przytoczę go więc tutaj jako niezwykle pouczający.

Gitla K., lat 10, blada, szczupła, usta wciąż otwarte. Chrapie przez sen, katary nosa ciągle. Nieżyt nosa przerostowy. Migdał lewy nieco powiększony. Jama nosogardzielowa całkowicie wypełniona wyrostkami.

30/X 1890 przy pomocy kol. Horodyńskiego usunąłem wyrosłe w półuśpieniu chloroformowem. Po skończonej operacji nos dokładnie przestrzyknąłem 3% kwasem borowym. Widziałem chorą 3 i 6 listopada i stan jej znalazłem zupełnie zadowalającym: gorączki nie było, apetyt dobry, śpi spokojnie. 8/XI wyjąłem tampon. 13 i 15/XI bardzo obfite krwotoki nosem i gardłem, które mogłem zatrzymać tylko tamponadą tylną z gazy jodoformowej.

18/XI po wyjęciu tamponu, wymyciu dokładnem nosa znaleźliśmy wraz z kol. Kijewskim w nosie i na nozdrzach tylnych białoszare, grube błony dyfterytyczne. Stan ogólny zły: chora wycieńczona, blada, apatyczna, ciepłota 38.4 do 39.6° C. Tętno drobne, słabe, 140 uderzeń na minutę. Leczenie nasze polegało na dokładnem wymywaniu jamy nosogardzielowej, poczem pędzlowaliśmy mocną nalewką jodową, natrzepując miejsca błonicą zajęte, następnie zakładaliśmy za pomocą rurki Belocqa tampony z gazy jodoformowej. Leczenie takie trwało około 2 tygodni, w ciągu tego czasu stosowano jodynę 5 razy i zmieniano tampony 7 razy.

Podczas tego leczenia krwotoki już się więcej nie powtarzały i w tydzień po rozpoczęciu kuracji chora przestała gorączkować.

22/XI t. j. w trzy tygodnie po operacji przyłączyło się obustronne ropne zapalenie ucha środkowego, które jednak w kilka tygodni pomyślnie przeszło. Słuch zupełnie powrócił. Od połowy grudnia dziewczynę można było już uważać za zupełnie zdrową.

Etyjologia tych krwotoków była dla mnie początkowo zupełnie ciemną, później dopiero przyznano mi się, że pomimo zakazu przestrzyknięto chorą nos w domu strzykawką używaną poprzednio u dziecka chorego na błonicę. Tak więc mieliśmy tu do czynienia z błonicą przyranną. Jestto, o ile mi wiadomo, jedyny opisany tego rodzaju przypadek. Krwotoki wtórordne po operacji wycięcia przerostłego migdałka

gardzielowego zdarzają się nie zbyt rzadko, bywają one jednak w ciągu pierwszych 24 do 48 godzin. We własnej praktyce nie spostrzegalem nigdy tego powikłania, jak również żadnego innego z opisywanych, opisany wyżej jest jedynym, w którym przebieg pooperacyjny był nieprawidłowym.

Tamowanie krwotoków po operacjach w jamie nosogardzielowej nie przedstawia żadnych trudności. Nieocenionym i nie dającym się zastąpić instrumentem, jest rurka Belocqa. Przy jakiejś takiej wprawie w ciągu kilku minut można tak szczelnie zatamponować jamę, że każdy krwotok się wstrzyma. Krwotoki następowe bywają najczęściej u dorosłych po wycięciu wyrosła, o czym zawsze pamiętać należy, a nawet dla ostrożności, gdy chory daleko od nas mieszka i niemożemy zbyt prędko stawić się na jego wezwanie, nie zawadzi zatamponować jamę nosogardzielową tuż po operacji i zostawić tampon całą dobę.

Korzystając z łaskawego pozwolenia Dyrektora Instytutu głuchoniemych w Warszawie Dra med. Zieńca, zbadałem nos, gardziel i jamę nosogardzielową u 160 pensyjonaży. Chłopców w tej liczbie było 92, dziewcząt 68. Badania moje miały na celu wykazanie, jak często spotyka się u głuchoniemych wyrosłe adenoidalne i o ile te ostatnie wpływają na powstawanie głuchoniemoty.

Obszerniejszą pracę wraz z protokołami badań ogłoszę w Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. Tutaj podaję tylko krótkie jej streszczenie.

Wyrosłe adenoidalne w większym lub mniejszym stopniu znalazłem u 92 osobników, t. j. 57·5% wszystkich badanych przeze mnie głuchoniemych.

Na 92 chłopców były one u 52 t. j. 55·4%

„ 68 dziewcząt „ „ „ 40 t. j. 58·7%

Kafeman, który zbadał 2238 dzieci w szkołkach ludowych znalazł wyrosła u 7·8%. Na 650 chorych, których przyjąłem w ciągu roku zeszłego w ambulatoryjum szpitala ewangelickiego, znalazłem wyrosłe u 45 t. j. 7%. Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że u głuchoniemych spotyka się przerost migdałka gardzielowego bez porównania częściej, niż u innych osób.

Z ogólnej liczby badanych głuchoniemych (160) nie znalazłem żadnych zmian:

w nosie u 33 chłopców i 18 dziewcząt t. j. 51 razy
w gardzieli u 34 chłopców i 14 dziewcząt t. j. 48 razy,
w jamie nosogardzieliowej u 32 chł. i 19 dziew. tj. 51 razy.
Żadnych zmian w nosie, jamie nosogardzieliowej i gardzieliu jednocześnie nie było tylko u 20 osób.

Tutaj zwrócimy uwagę tylko na tych 92 głuchoniemych, u których znaleziono wyrośle.

Badanie jamy nosogardzieliowej wykonać się dało przeważnie lusterkiem, u 30 tylko mniejszych dzieci badanie to wykonać zmuszony byłem palcem. U znacznej większości *rhinoscopia posterior* była tak łatwo znoszona, że obrazy z łatwością rysowaćby można było. Z tego więc powodu chcę tutaj opisać najczęstsze formy wyrośli, jakie widziałem w lusterku. Rozdzielam je na pięć grup.

I. Wyrośle wypełniające całą jamę nosogardzielową jednolitą, bezkształtną masą tak, że trudno orzec, gdzie się ich punkt wyjścia znajduje. Formę tę spotkałem u 10 osobników.

II. Wyrośle soplaste podobne do ostrokęgów stalaktytowych mniejsze i większe, sięgające niekiedy do dolnego brzegu nozdrzy tylnych. Bywają one w postaci jednego lub kilku nawet sopli wyrastających ze stropu. Znalazłem je u 23 głuchoniemych.

III. Wyrośle guzowate, t. j. mające wejrzenie odcinka mniejszej lub większej kuli, zdarzają się one tak na stropie, jak i na tylnej ścianie. Spotkałem je 13 razy.

IV. Wyrośle brodawkowate, t. j. w postaci mniejszych i większych guziczków podobnych do brodawek skórnych, grochu i t. p. Występują zwykle w większej liczbie. Spotkałem je 6 razy. W jednym przypadku na większym guzie stropu siedział jeden taki guziczek wielkości grochu, jakby *appendix*.

V. Najczęstszą formę stanowią wyrośle płaskie, gdyż spotkałem je u 50 osobników. Znajdują się one na stropie, na tylnej i bocznych ścianach jamy nosogardzieliowej. Występują niekiedy w postaci wałków płaskich obok siebie ułożonych i rozdzielonych bruzdami, lub też wałków wypełniających *fossae Rosenmülleri*. W dwóch przypadkach dokładnie skonstatowałem, że wyrośle takie wyścielały formalnie całą powierzchnię jamy nosogardzieliowej dosyć grubą, jednolitą, bladoróżową warstwą tak, że wcale nie było widać otworów trąbek Eustachijusza.

Co się tyczy miejsca usadowienia wyrosły adenoidalnych, najczęstszym bez kwestyi jest strop, potem tylna ściana, najrzadziej ściany boczne. Rzadko stosunkowo bywa tak, aby z jednego tylko z wymienionych punktów rozwijały się wyrosłe, przeważnie bywają z dwóch z nich lub i ze wszystkich naraz.

Niezwykłe często spotykałem wyrosłe boczne u głuchoniemych (23 razy) w porównaniu z takimiż wyrosłami u innych osób.

Zwróćmy się teraz do zmian, jakie spotkałem w gardzieli i w nosie u głuchoniemych mających przerost gruczołu Luschki. Najczęstszem powikłaniem wyrosły adenoidalnych w gardzieli był przerost migdałków podniebiennych, gdyż znalazłem go 52 razy (u 29 chłopców i 23 dziewczynek), co wynosi 56·5%. Kafeman znalazł na 201 dzieci z przerostem migdałów podniebiennych 45 razy wyrosłe, t. j. u 22·4%. Z tego wynika, że *tonsillitis hypertrophica* współcześnie z wyrosłami dwa razy częściej zdarza się u głuchoniemych, niż u innych dzieci.

Nieżyt nosa przewlekły znalazłem u chłopców 17, u dziewcząt 12 razy.

Nieżyt przerostowy nosa u chłopców 15. u dziewcząt 10 razy.

Polipowate zwyrodnienie muszel znalazłem u 6 osób.

Nieżyt ziarnisty gardziela u 16.

Nieżyt boczny (*pharyngitis lateralis*) w wysokim stopniu 4 razy, w mniejszym stopniu o wiele częściej.

Nieżyt gardziela przewlekły 15 razy.

Raz jeszcze przypominam, że wszystkie te cyfry dotyczą tylko tych 92 osób, u których znalazłem wyrosłe adenoidalne. Były zmiany w gardzieli i nosie i u innych głuchoniemych, po te jednak szczegóły odsyłam do obszerniejszej pracy, którą mam zamiar ogłosić w niedalekiej przyszłości.

W pracy mojej drukowanej w roku 1889 w *Gazecie Lekarskiej* („Wyrosłe adenoidalne“) wspomniałem, że Dr. Peisson (*Thèse de Paris* 1883), który badał 100 uczniów w paryskim Instytucie głuchoniemych, znalazł więcej niż u połowy z nich wyrosłe adenoidalne i przypisuje im nader ważną rolę w etjologii głuchoniemoty. Twierdzi on, że w przypadkach dziedziczności tego kalectwa nie należy szukać przebytego zapalenia opon mózgowych (*meningitis*) lub

opon i labiryntu (*meningolabyrinthitis*), które bynajmniej nie są dziedzicznymi, lecz wyrosły adenoidalnych. Że dziedziczność pod tym względem odgrywa ważną rolę, przekonywamy się codziennie, znajdując wyrosłe u dzieci i rodziców. Trautmann, B. Fraenkel i wielu innych autorów są tegoż zdania.

Objasnić to można w ten sposób, że wyrosłe w takich przypadkach rozwijają się w bardzo wczesnem dziecięctwie 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. Otóż praca Peissona dała mi impuls do przeprowadzenia powyższych badań. W zupełności potwierdzają one wnioski, do jakich doszedł Peisson.

Praktyczny wniosek z mojej pracy można wysnuć taki, że każdy lekarz, który skonstatuje u dziecka głuchoniemotę nie ulegającą wątpliwości, powinien zwrócić przedewszystkiem uwagę na jamę nosogardzielową i w razie istniejących wyrosły adenoidalnych poddać dziecko operacji bez względu na najmłodszy wiek. Im wcześniej operacja będzie dokonana, tem więcej będzie szans przywrócenia słuchu, a co zatem idzie i mowy. Długiego na to potrzeba czasu, bardzo wielu ścisłych obserwacji, całego szeregu operacji, aby hipotezę tę potwierdzić, dla niektórych jednak przypadków głuchoniemoty wydaje mi się ona być prawdopodobną.

Równocześnie ze mną badał u tychże osób słuch i uszy Dr. Modrzejowski i protokoły badań naszych mamy zamiar jednakowo zanumerować tak, że życzący zająć się tą kwestyją dalej, znajdzie już częśćkę nagromadzonego materiału.

