

W KWESTYI ROZPOZNAWANIA, ORAZ LECZENIA t. zw. **WYROŚLI ADENOIDALNYCH** W JAMIE NOSO-GARDZIELOWEJ.

Napisał

D-r Jan Sędziak.

Cierpienie powyższe, do niedawna jeszcze bardzo mało znane, w ostatnich latach wytworzyło już sobie zagranicą kolosalną literaturę. U nas natomiast istnieje jedyna w tym kierunku praca D-ra WRÓBLEWSKIEGO, ogłoszona w roku zeszłym w Gazecie Lekarskiej [Nr. 34 i dalsze]. Podczas mych dłuższych studiów na klinikach zagranicznych miałem sposobność niezwykle często się spotykać z powyższem cierpieniem. Byłem przytem w tych szczęśliwych warunkach, że mogłem poznać naocznie różnorodne metody lecznicze, w tem cierpieniu stosowane; sądzę więc, że nie bez interesu będzie dla Czytelników zapoznać się pokrótce z rezultatami moich w tym kierunku badań. Ze względu jednak na to, że praca WRÓBLEWSKIEGO w wyczerpujący sposób przedstawia kwestyję wyrośli adenoidalnych, ograniczę się na kilku, czysto praktycznych uwagach w kwestyi leczenia oraz rozpoznawania tego cierpienia.

Przedewszystkiem jednak chciałbym zająć się rozwiązaniem kilku kwestyj, aczkolwiek ogólniejszej natury, będących jednak niesłychanej doniosłości praktycznej.

Kiedy i czy zawsze operować ¹⁾ należy wyrośle adenoidalne? Wielu Autorów [MOLDENHAUER ²⁾, SCHECH ³⁾, MOURE ⁴⁾] jest zdania, że operacyja adenoidalnych wyrośli jest wskazaną wtedy, gdy powodują zaburzenia mniej lub więcej groźne, bądź to ze strony narządów oddechania, bądź słuchu, bądź wreszcie

¹⁾ Mam tu na myśli tylko krwawą operacyję, *resp.* wycinanie wyrośli, gdyż inne metody, jak przypalanie kwasem chromnym, azotanem srebra, z wyjątkiem może jednej galwanokaustyki, nie prowadzą do celu.

²⁾ „Die Krankheiten der Nasenhöhlen etc.“. 1886, str. 163.

³⁾ „Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase“. 1890. III Wydanie, str. 130.

⁴⁾ „Manuel pratique des maladies des fosses nasales etc.“ 1886, str. 270.

Z-138505

136 0069430

Akc. zL. 2023. nr. 478

stanu ogólnego. Gdy takich zaburzeń brak, wstrzymać się należy od wszelkiej interwencji chirurgicznej; rozpowszechnione bowiem jest przekonanie wśród lekarzy, że wyrosłe adenoidalne z czasem, t. j. w okresie dojrzałości płciowej, ulegają stopniowemu zanikowi. Pogląd ten do pewnego stopnia jest słusznym; cierpienie bowiem powyższe, o ile niesłychanie częstem jest u dzieci, o tyle znowu rzadziej napotykać się daje u dorosłych. Z drugiej jednak strony przypadki wyrosli adenoidalnych w wieku późniejszym do wielkich znów rzadkości nie należą. Mnie przynajmniej stosunkowo często dało się to spostrzegać. Jestem przekonany, że, badając u każdego chorego dorosłego jamę noso-gardzielową niezależnie od tego, czy istnieją, lub nie istnieją objawy, przemawiające za istnieniem wyrosli adenoidalnych, zdumieni byłibyśmy częstością powyższego cierpienia. Szkoda wielka, że nie posiadamy dotąd odpowiednich statystycznych danych, na większym materyjale obserwacyjnym opartych; dotychczasowe bowiem np. SCHMIEGELOW'a ¹⁾, SEMON'a ²⁾ i t. d. mało nas pod tym względem pouczają. Bardzo ciekawy przypadek opisał SOLIS COHEN ³⁾: u 70-letniej kobiety przerost migdałka gardzielowego.

Tak, czy owak, t. j. choćbyśmy nawet przyjęli możliwość samoistnego zaniku wyrosli adenoidalnych, to względ ten bynajmniej nie powinien, zdaniem mojem, wstrzymywać nas od operacyjnego usunięcia ich i to jaknajrychlejszego, skorośmy tylko obecność ich, choćby nawet w braku objawów, od tego cierpienia zależnych, skonstatowali.

Czyż bowiem brak objawów tych daje nam gwarancję, że po pewnym czasie one ze szkodą dla chorego nie wystąpią? Czy dalej, zwlekając z operacją wobec istniejących już szkodliwych dla ustroju objawów, w nadziei, że cierpienie to samo przez się w wieku późniejszym ustąpi, działać będziemy dla dobra chorego? Bynajmniej, wyrosłe adenoidalne uledez mogą wprowadzić stopniowemu zanikowi, pozostanie jednak cały szereg szkodliwości, będących nieuniknionem następstwem tego cierpienia [upadek zdolności intelektualnych, głuchota, zaburzenia w narządach oddechania, w stanie ogólnym i t. d.].

I dlatego, zdaniem mojem, nie ma przeciwwskazania do wykonania operacji przy tem cierpieniu. Zdanie, że dziecko jest zbyt jeszcze słabem, że wobec tego zaczekać należy do stosowniejszej pory, jest absolutnie fałszywem: osłabienie owo ustroju, przeciwnie, mając za przyczynę wyrosłe adenoidalne, tylko po usunięciu tych ostatnich skutecznie zwalczonem być może. Jeżeli więc jedyną racjonalną metodą leczniczą tego cierpienia jest operacja, to wypada nam zastanowić się obecnie nad tem, jak, t. j. w jakich warunkach ją wykonać należy.

W większości przypadków, zwłaszcza u dzieci, operuje się na ślepo, t. j. bez kontroli lusterka, wprowadzając narzędzia [o których poniżej] przez jamę ustną do jamy noso-gardzielowej.

Możnaby wprowadzić metodzie tej zarzucić, że jest barbarzyńską, że skaleczyć można w ten sposób części zdrowe, zarzut ten jednak przy bliższem rozpatrzeniu

¹⁾ Ref. w Int. Centr. f. Lar. 1890. Nr. 11.

²⁾ W MACKENZIE'go. „Die Krankheiten des Halses und der Nase“. Tom 2, str. 705.

³⁾ „Enlarged pharyngeal tonsil in the aged“. str. 54 w Jour. of Laryng. 1889.

niu nie wytrzymuje poważnej krytyki: należy tylko 1) dokładnie znać stosunki anatomiczne danej miejscowości, *resp.* jamy nosogardzielowej, 2) dokładnie zbadać umiejscowienie, oraz charakter danych wyrośli, co przez uprzednie zbadanie, bądź palcem, bądź lepiej jeszcze lusterkiem krtaniowem [co nie jest znów tak trudnem, jak to niektórzy autorowie utrzymują], uskuteczniom być winno.

W pewnych jednak razach, zwłaszcza u dorosłych, operacyja ta, acz trudna może być wykonaną pod kontrolą lusterka [SCHECH ¹⁾]. VOLTOLINI ²⁾ operuje zawsze w ten sposób galwanokaustycznie: używa on lusterka dużego kalibru od strony nosa, lub jamy ustnej. Zbyt łatwem to jednak nie jest, jak o tem niejednokrotnie przekonać się mogłem. W razach takich używam kilku pomocniczych narzędzi, mianowicie szpatla SCHLESINGER'a [kombinacyja Ash'a z lusterkiem krtaniowem] do trzymania języka, oraz samotrzymającego się haka podniebiennego M. SCHMIDT'a, lub PORCHER'a, a to w celu zwiększenia pola operacyjnego.

Drugi sposób operowania wyrośli adenoidalnych jest przez nos. Jest to wprawdzie krótsza droga, zwłaszcza w przypadku wyrośli, usadowionych w okolicy trąbki EUSTACHIJUSZA, ma ona jednak tę ujemną stronę, że nie wszystko tą drogą usunąć jesteśmy w stanie i że niezawsze zastosować ją można. U dzieci zwłaszcza, u których przewody nosowe są z natury wąskie, wprowadzenie nawet najdelikatniejszych narzędzi, często jest niemożliwem. Z drugiej znowu strony u starszych osobników przeszkodę do operacyi przez nos mogą stanowić różnorodne sprawy patologiczne [skrzywienia przegrody nosa, przerost mniej lub więcej znaczny muszel; to ostatnie cierpienie stosunkowo często spotrzegać się daje jednocześnie z wyroślami adenoidalnemi]. W wielu jednak razach operacyja tą drogą jest możliwa, zwłaszcza po uprzednim zakokainowaniu, przyczem przerosłe muszle do pewnego stopnia się zmniejszają, a pojemność przewodów nosowych w stosunku prostym powiększa.

I tu, t. j. przez nos, podobnie, jak przez jamę ustną, operować możemy na ślepo, w tym celu używamy np. okrągłego noża [skrobaczka] MEYER'a, wprowadzając go przez dolny przewód nosa, jednocześnie wprowadzamy palec do jamy noso-gardzielowej przez usta, co dopomaga w ustawieniu narzędzia w odpowiedniej pozycji. W ten sposób operujemy u małych dzieci.

Metody tej używałem niejednokrotnie w Anglii, obecnie ją jednak zarzucałem, jako bolesny, wysoce nieprzyjemny dla chorych rękoczyn. Już daleko bardziej racjonalnym jest sposób operowania wyrośli adenoidalnych przez wziernik nosowy [najlepiej ZAUFAŁ'a]. Muszę tu zauważyć, że nie jest to znów tak rzadką rzeczą, jak chcą niektórzy autorowie, widzieć wyrośle adenoidalne od strony nosa, zwłaszcza u osobników starszych. Przeciwnie, na zasadzie własnego doświadczenia zgodziłbym się z MOLDENHAUER'em ³⁾, oraz HARTMANN'em, że stosunkowo dość często to ma miejsce. Dla dokładniejszego zoryjentowania się w obrazie, widzianym przez wiernik nosowy, dopomagamy sobie zglębniakiem.

¹⁾ Loco citato.

²⁾ Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes. II. wyd. str. 365.

³⁾ Loco citato.

Do operacyi tą drogą używamy jużto zimnej [MOLDENHAUER, HARTMANN], jużtoż gorącej pętli [VOLTOLINI]. Co do mnie, to przekładam pierwszą.

SCHECH ¹⁾ jest przeciwnikiem metody operowania wyrosli przez nos; twierdzi on mianowicie, że tą drogą łatwiej powstają powroty cierpienia. Co do tego ostatniego twierdzenia, to B. FRAENKEL ²⁾, o ile się zdaje, słusznie nie przyjmuje prawdziwej możliwości powrotu choroby, tylko rzekomą, sądzi on, że za powrót cierpienia przyjmuje się zazwyczaj pozostałe po operacyi nietknięte małe twory adenoidalne, które się rozrastają. Czy miejscowe znieczulenie, *resp.* użycie kokainy jest koniecznem? W większości przypadków, zwłaszcza u małych dzieci—nie, gdyż operacyja do zbyt bolesnych nie należy; dalej nie jesteśmy w stanie dokładnie wszystkich części zakokainować; wreszcie, co ważniejsza, użycie kokainy nie jest znowu tak niewinnem, byśmy względu tego na uwagę nie brali, coraz częściej bowiem ogłaszane są przypadki mniej lub więcej groźnego otrucia kokainą ³⁾. W wielu jednak razach, zwłaszcza u starszych chorych, uprzednie użycie kokainy jest wskazanem. Używam najczęściej spreju z 10—15% roztworu kokainy, zarówno przez dolne przewody nosa, jakoteż i bezpośrednio do jamy noso-gardzielowej. Rzadziej stosuję pędzlowania 15—20% roztworem w tenże sam sposób. WRÓBLEWSKI zadawała się pędzlowaniami jamy noso-gardzielowej przez nos. Nierównie ważniejszą kwestyją jest to, czy ogólne znieczulenie [chloroformowanie] jest niezbędnem, lub czy ma ono wyższość nad wykonaniem operacyi, bez narkozy.

Pod tym względem zdania autorów są jeszcze podzielone: jedni, jak MOLDENHAUER i t. d. znieczulenia nie używają, inni [SOUSTRE ⁴⁾], a liczba ich coraz więcej w ostatnich czasach wzrasta, obstają za chloroformowaniem.

Do liczby gorliwych zwolenników narkozy przy operacyi wyrosli adenoidalnych zaliczyć należy SEMON'a ⁵⁾, do niedawna jeszcze wielkiego nieprzyjaciela chloroformu przy tej operacyi. Jako ujemne strony narkozy ogólnej, autor ten podawał ⁶⁾: popierwsze, operacyję wykonywa się na jednym posiedzeniu, a więc możliwem jest, wskutek silnego drażnienia, zajęcie ucha średniego. Zarzut ten jednak nie wytrzymuje krytyki, owszem jest to dodatnią stroną tej metody, że odrazu cierpienie usunąć pozwala; co się zaś tyczy drażnienia, to będzie ono bodaj czy nie większe przy kilkakrotnym, niż przy jednorazowym rękoczynie. Zresztą więcej niż wątpliwą jest rzeczą, czy *otitis media* jest następstwem zbyt silnego drażnienia, czyli też jest ono wywoływane wadliwym wykonaniem operacyi. Już daleko poważniejszym jest drugi zarzut, mianowicie: istnieje niebezpieczeństwo aspiracyi krwi, śluzu, wreszcie odciętych kawałków do dróg oddechowych [t. zw. *Schluckpneumonie*]. Zdaje się jednak, że obawa ta jest nieco przesadzona; ja przynajmniej, asystując przy kilku dziesiątkach podobnych operacyj,

¹⁾ Loco citato.

²⁾ „Ueber adenoide Vegetationen“. *Deut. med. Woch.* 1884. Nr. 41. Ref. w *Int. Centr. str.* 277. r. 1884.

³⁾ Patrz moją pracę: „O leczeniu suchot krtaniowych“. *Kronika Lekarska*, 1889 4—6.

⁴⁾ Ref. w *Int. Centr. f. Lar.* 1889. Nr. 3.

⁵⁾ *Int. Centr. für Laryng. etc.* 1889. Nr. 6.

⁶⁾ W MACKENZIE'ego dziele, loco citato, str. 718.

[z których część sam wykonałem] w Anglii, gdzie prawie jedynie pod chloroformem operują wyrosłe adenoidalne, ani razu nie widziałem owej aspiracji, pomimo, że tam narkozy używają całkowitej, t. j. do zniesienia odruchów, np. kaszlowych. Wielu autorów jednak [SCHECH, LUC ¹⁾, SEMON, WRÓBLEWSKI, STEWART ²⁾] operuje w pół uśpieniu, sądząc, że w ten sposób owe niebezpieczeństwo daje się zażegnać, gdyż spływająca podczas operacji krew [zazwyczaj w obfitej ilości] ruchami kaszlowymi wydzielaną zostaje na zewnątrz.

Co do mnie, to przypuszczam, że przy dokładnie wykonanej operacji, nawet przy zupełnem uśpieniu chorego na żadne niebezpieczeństwo, w rodzaju zapalenia płuc (*Schluckpneumonie*), nie narażamy. Może nie od rzeczy będzie, jeśli w tem miejscu opiszę szczegółowo całą procedurę, tak jak ją się wykonywa w specjalnym szpitalu MACKENZIE'go dla chorych gardlanych na Golden Square w Londynie.

Operację wykonywa się w obecności i przy współudziale następujących osób: operator, jeden z 4 ordynatorów szpitalnych, lekarz miejscowy dla chloroformowania chorego, posługacz doświadczony [u nas w braku takich, najlepiej młody lekarz, lub felczer], którego zadaniem jest ustawiczne oczyszczanie jamy gardzielowej z nagromadzonej krwi. W tym celu ma on w pogotowiu przygotowany spory zasób gąbek aseptycznych [odpowiedniej wielkości], mogą one być obsadzone na długich prostych trzonkach. Personel powyższy uzupełniają jeszcze dwie siostry miłosierdzia. Po dokładnem uśpieniu dziecka, leżącego w pozycji ze zwieszoną głową, za pomocą rozwieracza otwiera się szeroko usta, następnie operator [po dokładnem poprzednio zbadaniu jamy nosogardzielowej palcem] wprowadza prawą ręką pod kontrolą palca [lewego wskaziciela] kleszcze [najczęściej LOEWENBERG'a], leżące poprzednio pół godziny w 5% roztworze kwasu karbolowego. Wyjawszy szybkim ruchem zwykle pokąsną porcję owych narośli, wkłada ją wraz z kleszczami do miseczki z kwasem karbolowym, tymczasem zaś posługacz zajęty jest oczyszczaniem jamy gardzielowej za pomocą gąbek. Operator, obmywszy i zdezyfekowawszy palec, po raz drugi wprowadza go do jamy nosogardzielowej, jednocześnie kleszczami wydobywa drugą porcję, poczem następuje ponowne oczyszczanie jamy ustnej ze krwi. Taką procedurę powtarza się dotąd, dopóki palec nie wyazuje, że wszystko usuniętem zostało. Zazwyczaj wystarcza średnio około 3 wprowadzeń kleszczy, poczem chory, nie mający podczas całego tego aktu żadnej świadomości, nie dający żadnych odruchów, zostaje obudzony, wtedy również robi się toaletę [obmywanie i t. d.] chorego. Otóż, przy tak wykonanej operacji nie ma obawy owego spływania krwi do dróg oddechowych, gdyż 1) ona w tej chwili usuniętą bywa za pomocą gąbek, 2) przeszkadza temu zwieszenie ku dołowi głowy chorego.

Tym sposobem uśpienie, ewentualnie pół-uśpienie, mając wiele stron dodatnich, zasługuje, zdaniem mojem, na jaknajszersze rozpowszechnienie przy operacji wyrosłych adenoidalnych. W wielu jednak razach użyć metody tej nie

¹⁾ Ref. w Jour. of Laryng. 7. 1889.

²⁾ Ref. w Jour. of Lar. 3. 1890.

możemy, sprzeciwia się bowiem temu otoczenie dziecka. Zwłaszcza wśród naszej publiczności zauważyć się daje niechęć do użycia chloroformu ¹⁾, o czym niejednokrotnie przekonać się mogłem. Wtedy nie pozostaje nic innego, jak operować bez ogólnego znieczulenia, co jednak bardzo rzadko u spokojnych wyjątkowo, starszych dzieci łatwo wykonać się daje. W większości jednak przypadków zmuszeni jesteśmy użyć gwałtu i wtedy niezbędną jest pomoc kilku osób silnych. Najlepiej postępować w ten sposób: silny mężczyzna trzyma dziecko na kolanach, przyczem nóżki dziecka silnie są wkliniwane między kolana trzymającego główkę dziecka w odpowiedniej pozycji [nieco ku tyłowi przechyloną] musi podtrzymywać silnie druga osoba, która może również i trzymać ręce małego chorego, jakkolwiek lepiej by tę ostatnią czynność spełniała osoba trzecia. Operator, siedzący *vis à vis* dziecka, lewą ręką przytrzymuje szpatlem [najlepiej Tuerck'a] język, prawą zaś wprowadza kleszcze, lub inne narzędzie, o czym poniżej.

W Heidelbergu na klinice prof. Moos'a widywałem nieco odmienny sposób wykonywania tej operacji, mianowicie: dziecko sadza się na specjalny fotel, do którego dolne i górne kończyny dziecka przytwierdza się za pomocą pasów rzemiennych. Tym sposobem potrzebną jest tylko jedna osoba dla podtrzymania głowy, nie jest to jednak metoda przyjemna dla chorych, a co ważniejsza niezawsze do celu prowadzi.

Zanim przejdę do opisu różnorodnych narzędzi, służących do usunięcia wyrośli adenoidalnych, których ilość jest kolosalna i z dnia na dzień się powiększa, podam główne zasady, dotyczące się wykonywania danej operacji. Jest to zdaniem mojem nierównie ważniejsze, niż wybór tego lub owego narzędzia, co zależy zwykle od predylekcyi operatora. Pierwszą kardynalną zasadą, jaką winniśmy się kierować przy operowaniu wyrośli adenoidalnych [naturalnie nie ma tu mowy o uśpieniu], jest: *n i e z a w i e l e n a r a z w y c i n a ć*; z jednej bowiem strony mali pacjenci nie zgadzają się na powtórne zakładanie narzędzia, czemu i dziwić się nie należy, gdyż następne rękoczynny są coraz więcej bolesne, powtórne unikamy przez to zbyt silnego drażnienia, oraz krwawienia, które wogóle przy tej operacji jest dość znaczne. Za zasadę mieć należy na pierwszym posiedzeniu nie wkładać narzędzia [kleszczy] więcej niż 3 razy, na następnych natomiast posiedzeniach może ich być 5 i więcej. Dalej ważną jest rzeczą wykonywać operację z w o l n a, nie spieszyć się zbyttno zwłaszcza z wprowadzeniem kleszczy; zdarzyć się bowiem może, że między łyżki narzędzia dostanie się języczek. Ten moment operacji powinno się wykonywać pod kontrolą oka, natomiast drugą część operacji, którą na ślepo wykonywamy, t. j. wydobyć wyrośli adenoidalnych—nawiasowo mówiąc, najnieprzyjemniejszą dla chorych — należy skutecznie możliwie szybko. Jest to najważniejszy moment operacji, od zręcznego wykonania zależy powodzenie całej operacji. Ponieważ działamy tu na ślepo, potrzebną więc jest dokładna znajomość stosunków anatomicznych danej miejscowości, jak niemniej umiejscowienia, oraz charakteru

¹⁾ Wogóle niechęć, czy obawa, niezem nieusprawiedliwiona, gdy idzie o wykonanie operacji. Często wypowiedzieć słowo „operacja“ wystarcza, by chory usunął się z pod naszej obserwacji. Czemu przypisać należy tę anomalję w pojęciach naszej publiczności, trudno mi jest rozstrzygnąć.

wyrośli adenoidalnych. Dalej wystrzegać się należy wprowadzania narzędzia w jednym i tym samym kierunku, a to dla uniknięcia niepotrzebnego bólu, oraz narażenia się na ujemny rezultat operacji; przeciwnie za każdym razem starać się należy wycinać inne części wyrośli. Narzędzie [czy to kleszcze, czy skrobaczkę] przednim końcem należy silnie ku górze podnieść, ażeby dojść aż do stropu gardzieli, tylną zaś część oprzeć o tylną ściankę jamy nosogardzielowej. Skoro już jesteśmy za języczkiem, należy w kleszczach roztworzyć łyżki, by między nie dostała się jaknajwiększa część wyrośli; zamykając łyżki, część ową zazwyczaj [gdyż wyrosłe w większości przypadków są miękkie] z łatwością odcinamy. Kiedy przystąpić do następnej operacji? To zależy od odczynu zapalnego; jeśli ten niezbyt jest znaczny, można w dni kilka [nie mniej jednak, niż dni trzy] powtórzyć ją. W przeciwnym razie zaczekać należy aż do ustąpienia wszelkiego odczynu, przyczem czasami uczynić należy przerwę do kilku tygodni. Ilość posiedzeń również zależy od zachowania się dziecka, jakoteż od stopnia natężenia samej sprawy. Zazwyczaj dla zupełnego usunięcia wyrośli wystarcza przecięciowo 3—5 posiedzeń.

Rodzi się kwestya, ile wycinać należy? Niektórzy autorowie są zdania, że zadawałać się należy usunięciem tych wyrośli, które przedewszystkiem zatykają tylne nozdrza, gdy więc drożność ich dla powietrza powróci. Zdaniem mojem, powinno się usunąć wszystko, o ile to jest możliwem, co zawsze łatwiej nawet na jednym posiedzeniu pod uspieniem, niż na kilku bez narkozy uskutecznić się daje.

Jak operować? Czy kleszczom, skrobaczkom, lub pętłom należy oddać pierwszeństwo przy operacji wyrośli adenoidalnych? Jest to kwestya podrzędniejszej wagi. Wielką rolę odgrywa tu przyzwyczajenie. Najwięcej zwolenników mają kleszcze, mianowicie LOEWENBERG'a [zmodyfikowane przez WOAKES'a lub SCHECH'a], mniej już skrobaczki, z tych najwięcej jest w użyciu nóż GOTTSTEIN'a, po części HARTMANN'a. Co się mnie tyczy, to zwykle używam skombinowanej metody, mianowicie z początku usuwam większe wyrosłe za pomocą kleszczy [najczęściej JURASZ'a, rzadziej LOEWENBERG'a], resztę zaś wyskrobuję za pomocą noża GOTTSTEIN'a, krającego w przednio-tylnym kierunku, w końcu używam skrobaczki HARTMANN'a dla usunięcia narośli, umiejscowionych w bocznych odcinkach jamy noso-gardzielowej. Postępowanie takie dało mi najlepsze dotąd wyniki; w podobny sposób postępuje i SCHECH. Dodam tu nawiasowo, że zawsze, gdy tylko uzyskam zezwolenie rodziny, operuję pod chloroformem, na jednym więc posiedzeniu; w przeciwnym zaś razie operację wykonywam w ciągu paru tygodni na kilku posiedzeniach.

Niesłuchanie ważną jest rzeczą, ze względu na następce powikłania, odpowiednie zachowanie się po operacji: przedewszystkiem unikać należy stanowczo przestrzykiwania nosa bezpośrednio po operacji. Rękoczyn ten może spowodować zapalenie ucha średniego ze wszystkimi następstwami [przedziurawienie błony bębenkowej i t. d.]. Niektórzy jednak autorowie [WRÓBLEWSKI ¹⁾, MOURE ²⁾] nie zwracają na tę okoliczność odpowiedniej

¹⁾ Loco citato.

²⁾ Loco citato.

uwagi i szprycowania takie wykonywają. Do nich należał niegdyś SEMON który jednak obecnie zarzucił tę metodę, przekonawszy się o jej szkodliwości. MOLDENHAUER również potępia ją. Toż samo tyczy się i przedmuchiwanie powietrza przez nos [metoda POLITZER'a] bezpośrednio po operacyi wyrosli adenoidalnych u osobników, dotkniętych głuchotą, jak to radzi SCHAEFFER ¹⁾.

Jak zapatrywać się należy na kwestyję następczego wypalania resztek, pozostałych po operacyi krwawej wyrosli adenoidalnych? Niektórzy autorowie metodę tę stosują. I tak: LUC ²⁾ używa w tym celu żegadła galwanicznego, SEMON pierwotnie używał lapisu [dwukrotnie w ciągu dni 8]. WRÓBLEWSKI również stosuje owe przypalania. Ja osobiście następcze owe przypalania uważam za zbytczne, do celu nie prowadzące, są one przytem dla chorych bolesniejsze, niż sama operacyja wycinania.

SEMON obecnie również metodę tę zarzucił.

Choremu, lub chorej po operacyi należy zalecić jechać do domu, dobrze jest uszy oraz otwory nosa [przez które zwykle obficie sływa krew podczas operacyi] zatkać watą, oraz pozostać w tym dniu w domu. Jest to warunek *sine qua non* i dlatego to na niego szczególny kładę nacisk. Niewykonanie tego przepisu pociąga za sobą częstokroć bardzo nieprzyjemne skutki. Najlepiej kilka pierwszych dni przeleżeć w łóżku; jakkolwiek bowiem po operacyi zazwyczaj nie ma objawów ogólnych groźniejszych, zdarzają się jednak przypadki [SCHECH], w których po operacyi występuje silna gorączka z dreszczami, gwałtownym bólem głowy, bóle silne przy połykaniu, obfite wydzielanie się śluzoropnej wydzieliny i t. d.. W tych razach choremu należy zalecić środek czyszczący, oraz sporą dawkę chininy. Wogóle po operacyi w ciągu dni kilku należy zabronić używania zbyt gorących i drażniących napojów i pokarmów, najstosowniejsze są płynne i półpłynne. Jeśli dziecko jest starsze, można zalecić płukania jakiegoś środka antyseptycznego [kwas borny i t. d.].

Ponieważ w większości przypadków [zwłaszcza u starszych osobników] obok wyrosli adenoidalnych istnieje jeszcze mniej lub więcej znaczny przerost muszli nosowych, rodzi się więc kwestyja, jak w przypadkach podobnych postępować należy. Najracyonalniej po usunięciu wyrosli usuwać ów przerost zwykłymi metodami [galwanokaustyka, kwas tróchloroctowy ³⁾ i t. d.].

Nierównie częściej, mianowicie u małych dzieci, przerost migdałka gardzielowego [LUSCHKA] bywa powikłany zajęciem migdałków podniebiennych (*hypertrophie tonsillarum*): oba cierpienia jako wyrażenie istniejących zółzów. Zdarza się to częściej, niżby się zdawało [SEMON ⁴⁾]. Niektórzy autorowie, jak SCHECH z Monachijum, na jednym posiedzeniu [pod chloroformem] usuwają oba cierpienia. Co się mnie tyczy, to obie te operacyje wykonywam oddzielnie, wycinając przedewszystkiem przerosłe migdałki, następnie zaś na innem posiedze-

¹⁾ Cytowany u MOLDENHAUER'a. Loco citato.

²⁾ Ref. w Int. Centr. f. Lar. 1890. Nr. 8.

³⁾ Patrz moja pracę: „Acidum trichloraceticum w chorobach gardła, krtani, nosa i uszu“. Gazeta Lekarska. 1890.

⁴⁾ The throat department of the Thomas's Hospital. 1885, str. 7.

niu wyrosłe anenoidalne, o czem zresztą w pracy mej: „O leczeniu przerostu migdałków“, obszerniej wzmiankowałem ¹⁾).

Co się tyczy powikłań w przebiegu operacyi tego cierpienia, to na pierwszym planie postawić należy zapalenie ucha średniego, ze wszystkimi następstwami [przeziurawienie błony bębenkowej i t. d.]. Zdaniem mojem, częstość tego powikłania jest, co najmniej, przesadzoną. Przy prawidłowo wykonanej operacyi, przy zachowaniu wszelkich ostrożności podczas i po operacyi, o których wyżej wzmiankowałem, przypadki takie niesłychanie rzadko przytrafić się mogą. Ja np., pomimo dość znacznego w tym kierunku doświadczenia, nigdy podobnego nie miałem zdarzenia. Co się tyczy krwawienia, to podczas samego aktu operacyi jest ono dość znacznem [przeważnie przez otwory nosa], szybko jednak samo przez się ustaje. Zbyteczne, a nawet niebezpieczne [ze względu na ucho] są wszelkie szprycowania, tamowanie krwi na celu mające. MACKENZIE, podobnie jak i ja, nigdy nie widział potrzeby uciekania się do hemostatyków. Acz bardzo rzadko [ja ich nie widywałem] mogą się zdarzać jednak krwawienia następce [TRAUTMANN], kilka godzin, lub dni trwające. Wreszcie wypada nam wspomnieć jeszcze o jednym powikłaniu, mianowicie o wpadnięciu cząstek wyskrobanych do przełyku [co jest mało szkodliwe], lub do dróg oddechowych [VOLTOLINI, SCHWARTZE, TRAUTMANN ²⁾]. Sądzę jednak, że ewentualność ta musi się niesłychanie rzadko przytrafiać. Czasami chorzy uskarżają się na bóle po operacyi, rozszerzające się w kierunku zębów i uszu, niekiedy bywa, jak to już wspomniałem, lekka gorączka.

Na zakończenie słów parę w kwestyi samych narzędzi, do usunięcia wyrosły adenoidalnych służących.

Jak już wspomniałem, ilość ich jest imponująca. Byłem w tych szczególnych warunkach, że większość tych narzędzi miałem sposobność wypróbować. Na zasadzie własnego doświadczenia doszedłem do przekonania, że tylko niektóre z nich odpowiadają swemu celowi.

Wszystkie narzędzia podzielić można na: 1) kleszcze, 2) skrobaczki i 3) pętle. Do najważniejszych należą kleszcze, one też najwięcej są używane [BRYSON DOLAVAN ³⁾]. Istnieje cały szereg kleszczy, większa ich część jest tylko mniej lub więcej szczęśliwą modyfikacją kleszczy LOEWENBERG'a. Tu więc należą kleszcze WOAKES'a [znanego oto-rynologa angielskiego], zachwalane bardzo przez MACKENZIE'go, SEMON'a i wielu innych, dalej kleszcze HOVEL'a ⁴⁾, CALMETTES'a ⁵⁾, SCHECH'a, SOLIS COHEN'a, STOERK'a, CATTI'ego, DELSTANCHE'a [t. zw. adenotom], MACKENZIE'go, JURASZA i wiele innych, których wyliczenie byłoby zbytecznem. Różnica po większej części nieznaczna w tych narzędziach polega: 1) na długości, t. np. kleszcze LOEWENBERG'a [modyfikacja CALMETTES'a] są dłuższe, niż SCHECH'a, lub JURASZ'a. Jest to bardzo ważne;

¹⁾ Kronika Lekarska. 1890.

²⁾ „Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes“ von VOLTOLINI. II wydanie str. 362.

³⁾ „Forceps for post nasal growths“. Point. Med. Jour. March. 3. 1888.

⁴⁾ „Les végétations adénoïdes du pharynx nasal“. Ref. w Int. Centr. 1884, str. 276.

⁵⁾ Ref. w Jour. of Lar. 2. 1890.

siła bowiem w dłuższych kleszczach będzie znacznie większą przy stosunkowo nieznacznych ruchach, niż w krótszych.

2) Na wygięciu części przedniej, co jest również uwzględnione w racjonalnie pomyślanych kleszczach. Wygięcie takie ma na celu niezaciemnianie pola operacyjnego.

3) Najważniejszą jednak różnicą w rozmaitych kleszczach stanowi ich część przednia, t. j. ta, która przeznaczoną jest do jamy noso-gardzielowej. Pod tym względem niektóre kleszcze są poprostu niemożliwe, zdradzają one w autorach kompletny brak znajomości anatomicznych stosunków danej miejscowości, pewna ich część np. ma koniec przedni tak ku przodowi zagięty, że możliwem jest uchwycenie górnej części przegrody nosowej. Większa część kleszczy posiada w swej przedniej części zakończenie w postaci ostrych łyżeczek [LOEWENBERG, SCHECH i t. d.], inne, jak np. JURASZA, mają boczne otwory. We wszystkich krają tylko górne i tylne powierzchnie, przednie natomiast są tępe. Z całego szeregu tych kleszczy najlepszymi są stanowczo: 1) kleszcze LOEWENBERG'a, lub modyfikacja ich przez WOAKES'a obmyślana, 2) SCHECH'a, wreszcie 3) JURASZA, których najchętniej używam. Wybór jednego z powyższych narzędzi zależy od przyzwyczajenia.

Co się tyczy użycia kleszczy w odpowiednim razie, to o tem już wspominałem. Powtórzę tu jeszcze raz główne zasady. Wprowadzać należy bezwzględnie pod kontrolą światła, ażeby nie schwycić między łyżki języczka. Niektórzy autorowie, jak WRÓBLEWSKI, zalecają w tym celu rurkę gumową, którą obciągają kleszcze aż do zamka. Jest to, zdaniem mojem, zupełnie zbytecznem, nie widziałem, by który z lekarzy za granicą sposobu tego używał.

Drugi rodzaj narzędzi, używanych w celu usunięcia wyrosli adenoidalnych, stanowią t. zw. skrobaczki. Ilość ich również jest dość znaczna. Do rzędu tych narzędzi należy t. zw. nóż obrączkowy (*Ringmesser*) MEYER'a z Kopenhagi, któremu zawdzięczamy pierwsze dokładne nasze wiadomości o tem cierpieniu. Narzędzia tego w szpitalu na Golden Square w Londynie często używałem [na klinice WOLFENDEN'a]; wprowadza się je przez dolny przewód nosa do jamy noso-gardzielowej, jednocześnie pomagamy sobie palcem, wprowadzonym przez jamę ustną. Nie jest to jednak narzędzie zupełnie odpowiednie; najprzód samo wprowadzanie go przez nos jest często trudnem, czasem niemożliwem, a zawsze bardzo bolesnem. Prócz tego nie jesteśmy w stanie za pomocą noża MEYER'a wszystkiego usunąć. I dlatego to obecnie mało kto go używa.

Za to rzeczywiście doskonałym jest nóż GOTTSTEIN'a. Ma on, najzupełniej słusznie, bardzo wielu zwolenników [SEMON i t. d.], do nich i ja się zaliczam. Przy jego użyciu postępować należy w następujący sposób: głowę chorego lub chorej należy silnie trzymać w nieruchomej pozycji, lub jeszcze lepiej oprzeć o stały jakiś przedmiot [ściana, poręcz wysokiego krzesła, lub przyrząd, podobnie jak przy fotografowaniu używają], wprowadziwszy następnie w zwykły sposób skrobaczkę za języczek do jamy noso-gardzielowej, o przednio-górną powierzchnię oprzeć go silnie należy i ruchem szybkim skierować w kierunku ku tyłowi i nieco ku dołowi: w ten sposób zawsze udaje się wydostać mniej lub więcej znaczną część wyrosli adenoidalnych. W celu przeszkodzenia

wpadnięciu jej do przełyku, lub, co gorzej, do dróg oddechowych, należy bezwzględnie po dokonanej operacji nachylić choremu głowę ku przodowi i kazać mu spluć. Ręczoczyn to szybki i przezto mało bolesny. Jediną ujemną stroną tego narzędzia jest to, że nie nadaje się do wyrośli, usadowionych w bocznych częściach jamy nosogardzielowej [w okolicy trąbek EUSTACHIJUSZA]; kraje on bowiem tylko od przodu ku tyłowi. W tych więc razach należy się uciec dodatkowo do innej skrobaczki, któraby działała w przeciwnym kierunku, t. j. z prawa na lewo. Najlepszą jest skrobaczka HARTMANN'a, znanego otorynologa berlińskiego. Jest to modyfikacja skrobaczki LANGE'go [od której jest szersza]. Zastosowanie jej jest takie same, jak noża GOTTSTEIN'a i HARTMANN'a. Należy również silnie oprzeć skrobiącą część narzędzia o środkową część stropu gardzieli i ruchem szybkim skierować je na prawo i na lewo. Do tejże grupy narzędzi, co GOTTSTEIN'a i HARTMANN'a, należy niezła skrobaczka TRAUTMANN'a, mająca tę wadę jednak, że do przednich części stropu nie dochodzi.

Niektórzy autorowie, jak MOURE, LENNOX BROWNE ¹⁾, DUNDAS GRANT ²⁾, ORWIN ³⁾, GUYE, O'TOOLE i t. d. przekładają ponad wszelkie narzędzia paznokieć wskaziciela zwykły, lub sztuczny [ZAUFAL'a, CAPART'a-JUSTI'ego], bądź to paznokieć tylko, bądźteż wreszcie palec z umieszczoną w części przedniej skrobaczką. Jest to jednak metoda nadzwyczajnie dla chorych nieprzyjemna, bolesna, wreszcie do celu zwykle nieprowadząca [MOLDENHAUER]. W razie użycia palca możliwem jest jeszcze zakażenie, zwłaszcza jeśli się nie jest pedantem w zachowaniu antyseptyki [mycie dokładne rąk, za każdym razem mydłem, z następną dezynfekcją ich; szczególną należy zwracać uwagę na stan paznokcia].

Wreszcie do 3-ciej i ostatniej grupy narzędzi, używanych przy operacji wyrośli adenoidalnych, należą pętłe, bądź zimne, bądź gorące, otwarte, lub ukryte [STOERK, HARTMAN]. Można je wprowadzać, albo przez nos [HARTMANN], albo przez jamę ustną, naturalnie to ostatnie pod kontrolą lusterka krtaniowego. Zwolennikami gorących pętli są VOLTOLINI i MICHEL. MOLDENHAUER natomiast je gani. Co do mnie, to acz rzadko, przeważnie u dorosłych, używam jednak z względnem powodzeniem zimnej pętli, przez nos wprowadzonej.

O ile operacja wyrośli adenoidalnych bynajmniej do łatwych nie należy, przeciwnie wymaga ona wielkiej zręczności, czego jedynie tylko przez wielką wprawę nabyć można, o tyle znowu rozpoznanie tego cierpienia nie napotyka na żadne trudności. W większości przypadków, zwłaszcza w daleko posuniętych stopniach tego cierpienia, już sam wygląd chorych naprowadza nas na myśl, z czym mamy do czynienia: wyraz twarzy idyiotyczny, twarz blada, wydłużona, nos nieproporcjonalnie wązki, otwory nosowe małe, wargę górną zbyt krótką, ztąd wystające zęby, zwłaszcza sieczne (*dentes incisivi*), usta rozwarłe, wskutek ustawicznego oddechania przez nie przy niedrożności nosa, warunkowanej zatkaniem mechanicznem jamy nosa wyrostkami adenoidalnymi, chrapanie w nocy, często niedorozwój klatki piersiowej, wskutek niedostatecznego aktu oddechania, ogólny upadek odżywiania. Częstokroć głuchota, od dawna istniejąca.

¹⁾ ²⁾ ³⁾ Jak o tem naocznie przekonać się mogłem.

⁴⁾ Ref. w Int. Centr. f. Lar. 1890. Nr. 10.

Przy badaniu jamy ustnej w wielu przypadkach znajdujemy przerost migdałków podniebiennych, czasami przerost migdałka językowego (*tonsilla lingualis*). W gardzieli znajdujemy nieżyt przewlekły, często przerostowy (*pharyngitis granulosa*). W nosie często również istnieje przerost mniej lub więcej znaczny muszel nosowych.

Co się tyczy właściwego rozpoznania obecności wyrośli adenoidalnych w jamie nosogardzielowej, to opiera się ono na następujących danych: Stosunkowo dość częste, zwłaszcza u starszych dzieci, przy sprzyjających warunkach [niezbyt wąskie przewody nosa, brak znacznieszego przerostu muszel, oraz skrzywień przegrody nosowej] można wyrośle adenoidalne widzieć od strony nosa za pomocą zwykłego, lub ZAUFAL'owskiego wzornika nosowego. Przedstawiają się one pod postacią mas lekko czerwonych, nierównych, przy dotknięciu zgłębnikiem, miękkich, łatwo krwawiących. W warunkach tych, jak już wspomniałem, dość łatwo je operować przez nos za pomocą pętli. W większości przypadków rozpoznanie tą drogą jest niewystarczające, uciec się więc należy do zwykłego badania przez jamę ustną. Można to skutecznie, albo na ślepo za pomocą palca [wskaziciela], wprowadzonego do jamy noso-gardzielowej, co jest jednak metodą niesłychanie dla chorych nieprzyjemną, bolesną wprowadzić, lecz nigdy nie zawodzącą; palcem najlepiej przekonać się można nie tylko o obecności wyrośli, lecz i o ich umiejscowieniu, oraz charakterze. Badanie palcem ma prócz bolesności jeszcze jedną ujemną stronę, mianowicie lekarz naraża się na skaleczenie, *resp.* ugryzienie, co względnie często się zdarza, zwłaszcza gdy się ma do czynienia z niesfornymi chorem. W celu zabezpieczenia się od podobnej ewentualności rozmaicie w różnych miejscowościach postępują. W Anglii np. używają w tym celu ochrony na palec, albo gumowej [KOVELL], albo skórkowej [LENNOX BROWN], lub poprostu lewy wskaziciel, okręcony chustką [lub szmatką], wprowadza się między zęby [gra on więc rolę rozwieracza ust], prawym zaś już bezpiecznie się bada [BOND]. W Niemczech używają niektórzy ochrony na palec metalicznej, całkowitej, lub kolankowatej [ZAUFAL]. Ja używam tej ostatniej.

Zanim przystąpimy do badania palcem, metody, jak wspomniałem, wysoce nieprzyjemnej, powinniśmy zawsze spróbować badania lusterkiem (*rhinoscopia posterior*). Jest to metoda, którą niesłusznie za bardzo trudną się uważa i dlatego zaniedbuje, zastępując ją wygodniejszą palpacją. W wielu przypadkach, nawet u dzieci małych, a prawie zawsze u starszych [z wyjątkiem naturalnie niesfornych chorych], badanie to daje się z względną łatwością wykonać, naturalnie potrzebna tu jest pewna wprawa. W Anglii rzadko kiedy uciekają się do badania palcem, używają do rynoskopii tylnej lusterek dużego kalibru [4, nawet 5 numer]. Inni laryngologowie [przeważnie w Niemczech] posilkują się w tym celu małymi lusterkami krtaniowymi. JURASZ np. z Heidelberga używa t. zw. amerykańskich lusterek Nr. 1, B. FRAENKEL swego rynoskopu [zarazem szpatla językowego] i t. d.. Ja skłaniam się więcej ku ostatnim. Wprawdzie bowiem w dużym lusterku więcej i lepiej widzieć można, często jednakże wprowadzenie go natrafia na poważne trudności ze strony chorych, którzy po większej części nie znoszą lekkiego nawet dotknięcia języczka, czego, stosując naj-

mniejszy numer lusterka, uniknąć możemy. Metoda badania jamy noso-gardzielowej jest zbyt ważną, bym jej nie poświęcił słów kilka. Język przycisnąć należy szpatlem zwyczajnym [można użyć szpatla ASH'a, lub SCHLESINGER'a, samotrzymającego], lekko ogrzane lustro wprowadza się ręką prawą [lewą, jeśli używamy haka podniebiennego] ostrożnie za języczek, ustawiamy pod kątem 45° powierzchnię lustrzaną ku górze zwróconą, przyczem robimy niemi ruchy w prawo, w lewo, więcej lub mniej poziomo, a to w celu obejrzenia całej jamy noso-gardzielowej [strop gardzieli, okolice trąbki EUSTACHIJUSZA]. Oryjentować się należy tylną powierzchnią przegrody nosa i tylnymi otworami nosa (*choanae*) ze znajdującymi się w nich muszlami [tylne końce dolnych i średnich]. Wyrośle adenoidalne przedstawiają się nam pod postacią po większej części mniej lub więcej wyraźnych sopli, które w umiarkowanym przeroście migdałka LUSCHKI zakrywają nam zaledwie górną część przegrody nosa i otworów tylnych nosa, w silnie zaś rozwiniętych postaciach otwory tylne nosa są niewidzialne, gdyż zakrywają je wyrośle, wypełniające wtedy całą jamę noso-gardzielową.

Oto jest mniej więcej wszystko, co w kwestyi rozpoznawania oraz leczenia operacyjnego wyrośli adenoidalnych powiedzieć chciałem.
