



II. O przewlekłym zapaleniu gardzieli ze szczególnem uwzględnieniem t. z. Pharyngitidis lateralis.

Skreślił D-r **Teodor Hering.**

Pomimo nadzwyczajnej częstości przewlekłych zapaleń gardzieli, podtrzymywanych zarówno nadużyciem tytoniu i alkoholu, jakoteż nieczystem, pełnem kurzu powietrzem wielkich miast, niektóre jego formy pod względem anatomo-patologicznym są bardzo niedokładnie zbadane ¹⁾, leczenie zaś mało ustalone a często jednostronne. Grzeszą pod tym względem zarówno specjaliści, posilkując się prawie wyłącznie leczeniem miejscowem, jako też i terapeuci, którzy, nie przywiązując do leczenia miejscowego żadnej wartości, stosują wody mineralne, lub zalecają wdychania z rozpylonych płynów nawet i w takich przypadkach cierpień gardzieli, w których dopiero energicznem użyciem galwanokauteru skuteczną potrafimy przynieść pomoc.

Nie trudno przyjdzie mi wykazać, jak bezużyteczną jest dla chorych ta jednostronność terapii, wymagającej uwzględnienia różnych okoliczności, aby rzetelny przyniosła pożytek. Łączność i jednociągłość błony śluzowej gardzieli z jamą noso-gardzielową i błoną śluzową krtani, zbyt mało dotąd bywa uwzględniana, a zamedbanie tego punktu jest nieraz powodem ujemnych wyników kuracji. Kilkoletni, bogaty materiał obserwacyjny wyrobił we mnie to przekonanie, że bez dokładnego uwzględnienia, a zatem wybadania nosa i krtani, przewlekłe cierpienia gardzieli skutecznie leczone być nie mogą. Niezbędny do tego badania pewien zasób techniki, wyrobić sobie każdy z lekarzy potrafi, jeżeli — nie zrażając się pierwszymi trudnościami — wytrwale w tym kierunku pracować i kształcić się będzie. Ponieważ w ostatniej mojej pracy o badaniu i leczeniu chorób jam nosowych, punkt ten obszerniej nieco opracowanym został, pozostaje mi jeszcze zwrócić uwagę na szkodliwy wpływ nadmiernego palenia tytoniu na gardziel i na związek cierpienia gardzieli z przewlekłym nieżytem żołądka. Obszerniejszą o tem wzmiankę znajdzie czytelnik w sprawozdaniu ze zjazdu la-

WVB 4581 oz 1881/15 Z-140197

Akc. z l. 2024 nr 218.....

1402526070

ryngologów, odbytego w 1880 roku w Medyjolanie, drukowanem w N-rach 21, 22, 23-cim „Kroniki Lekarskiej“ r. z. w pracach D-ra R a m o n d e l a S o t a i D-ra A v i r a ²⁾.

Zanim przystąpię do opisu dwóch form zapalenia gardzieli, które w tem miejscu rozebrać zamierzam, t. j. zapalenia ziarnistego (*Pharyngitis granulosa s. glandulosa*) i zapalenia bocznego, przerostowego (*Pharyngitis lateralis hypertrophica*), zastanowię się pokrótce zarówno nad ważniejszymi sposobami oświetlenia i badania gardzieli, jako też i nad niektórymi szczegółami anatomii i histologii, których przypomnienie ułatwi czytelnikowi zoryjentowanie się w niektórych szczegółach tej ze wszech miar ciekawej sprawy. Badanie gardzieli, t. j. *partis oralis* (*arrière bouche*), nie wymaga użycia szczególnych narzędzi. Oświecać ją możemy albo wprost za pomocą rozproszonego światła dziennego, albo też światła odbitego za pomocą reflektora.

Światło sztuczne, czy to lamp naftowych, czy gazu, nawet światło elektryczne, nie pozwala tak dokładnie ocenić wszelkich odcieni barwy, wszelkich wyniosłości, obrzmiń lub nalotów, jak zwykle światłoienne. Wyjątek jedyny stanowi światło D r u m o n d'a, które ze względu na swą białość, zbliża się do światła słonecznego, lecz którego przyrządzenie jest dość drogie i wymaga użycia specjalnych i kosztownych aparatów ¹⁾.

Chcąc badać za pomocą światła słonecznego, trzeba zamiast luster wkłęsłych, użyć lustra płaskiego, gdyż inaczej łatwo wywołać oparzenie gardzieli, gdy takowa znajdzie się w ognisku lustra. Osobę, mającą być badaną, ustawiamy tyłem do słońca, które zwierciadłem powinno być odbite z prawej strony badającego. Dla zobaczenia większej powierzchni ściany tylnej gardzieli, trzeba za pomocą szpatla przycisnąć język ku dołowi. Szpatel T ü r c k'a jest najdogodniejszym dla badania zarówno gardzieli, jak i do rynoskopii. U chorych drażliwych wystrzegać się należy zbyt głębokiego wprowadzenia szpatla, aby nie dotykać nasady języka, przez co zwykle wywołuje się krztuszenie. Ucisk powinien być z początku łagodny, równy, na całą powierzchnię języka wywarty. U chorych, którzy przy nakładaniu szpatla język unoszą ku górze, pomagamy sobie w ten sposób, że wysunięty koniec języka, przykryty chustką, chwytamy pomiędzy dwa palce, ważkim zaś szpatlem stopniowo, coraz to silniej uciskamy język ku dołowi. Wydawanie tonu *a* lub *ae* jeszcze więcej ułatwi zbadanie nie tylko gardzieli, lecz i podniebienia i migdałków. Podczas zakładania szpatla chory powinien równo i spokojnie oddechać, o czem osoby nerwowe i trwożliwe zwykle zapominają i przez cały czas zakładania szpatla wstrzymują bezwiednie oddechanie.

¹⁾ Pierwszy dokładny opis t. z. *Angine granuleuse*, ogłosił w 1846 r. C h o m e l w *Gazette médicale*.

²⁾ R a m o n d e l a S o t a: Szkodliwy wpływ tytoniu na gardziel — D-r A v i r a: De la laryngopathie gastrique.

¹⁾ Aparat odpowiedni demonstrowałem w tym roku na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w mieście Styczniu.

Okoliczność ta nie tylko utrudnia badanie, ale co gorsza, przyczynia się do wystąpienia przekrwienia żylnego, które nieraz brane bywa jako sprawa patologiczna i każe się domniemywać kataru tam, gdzie go wcale niema. O słuszności tego spostrzeżenia każdy na sobie przekonać się może, jeżeli badając własną gardziel w lustrze, wstrzyma oddech na kilka sekund. Natychmiast na bladoróżowej błonie śluzowej zarysowuje się delikatna sieć naczyń krwionośnych żylnych, która znika przy prawidłowem oddechaniu.

Dla systematycznego badania gardzieli najlepiej trzymać się pewnego porządku, t. j. rozpocząć badanie od podniebienia miękkiego i jego łuków, potem obejrzeć języczek, migdałki, wreszcie i tylną ścianę gardzieli. Dla wybadania ścian bocznych, zarówno jak i dla obejrzenia błony śluzowej jamy nosogardzielowej koniecznem jest użycie lusterka. Badanie uzupełniamy starannym egzaminem jam nosowych, dokonaniem od przodu za pomocą odpowiednich wzierników, wreszcie zbadaniem krtani za pomocą laryngoskopu.

Po dokładnem obejrzeniu wszystkich wymienionych tu części, zwrócić należy uwagę na funkcję podniebienia miękkiego, a mianowicie, czy takowe jest symetrycznie opuszczonem ku dołowi i czy podczas wydawania wysokich tonów *a* lub *ae*, podnosząc się w górę wraz z języczkiem, przystaje do tylnej ściany gardzieli; słowem, czy zamknięcie jamy nosogardzielowej jest zupełne. Na okoliczność tę bardzo mało zwracano dotąd uwagi, pomimo wielkiego jej znaczenia, gdyż stanowi wywiera wpływ na brzmienie głosu.

Lekkie stopnie porażenia podniebienia miękkiego, bardzo często towarzyszą przewlekłym nieżytom jamy nosowej i nosogardzielowej. Michel, w najnowszej swej pracy o cierpieniach gardzieli ¹⁾, opracował bardzo starannie rozdział porażen podniebienia i do jego cennej pracy odsyłam ciekawego Czytelnika. Lekkie stopnie porażenia poprawiają się przy użyciu faradyzacji, która stosowaną być winna przed innemi środkami leczniczymi, głównie dlatego, że bez dokładnego zamknięcia podniebienia, chorzy nie znoszą wstrzykiwań płynów, koniecznych przy leczeniu nieżytów jamy nosogardzielowej. Płyny te, wpadając do gardzieli i krtani, silnie wywołują krztuszenie.

Po zbadaniu funkcyi, należy wybadać za pomocą zgłębnika wrażliwość podniebienia miękkiego, tylnej i bocznych ścian gardzieli. Błona śluzowa gardzieli i podniebienia jest w ogóle mało czuła. Najczulsze na dotyk są ściany boczne gardzieli, położone za łukami tylnymi, gdyż u wielu osób dotknięcie tych miejsc zwykle wywołuje krztuszenie. Przy przewlekłych nieżytach bocznej części gardzieli, chorzy odczuwają lekki ucisk zgłębnika jako przykry ból, którego siedlisko nieraz palcem wskazać są w stanie. Dopiero po zbadaniu podniebienia i gardzieli za pomocą palca, którym obmacać trzeba zarówno podniebienie miękkie, jakoteż migdałki (w razie ich przerostu), wreszcie przy pewnych formach cierpienia i ściany boczne gardzieli, badanie uważać możemy jako skończone.

¹⁾ Michel. Zur Behandlung der Krankheiten der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes. 1880.

Niejeden z Sz. Kollegów opisany tu sposób badania zgłębnikiem i palcem będzie może uważał za niepotrzebną pedanterję, od której chorego uwolnić można bezpiecznie. Że tak nie jest, dowodzi następujący przypadek, który w tym roku obserwować miałem sposobność.

Pan B. zgłosił się do mnie z powodu lekkiego bólu gardła, trwającego od tygodnia i nieznacznej przeszkody przy polykaniu pokarmów stałych. Jako jedyną zmianę znalazłem powyżej języczka na podniebieniu miękkim jedno miejsce wielkości ziarna soczewicy, nieco bledsze od prawidłowo zabarwionej błony śluzowej. Dotykanie zgłębnikiem wykazuje, że punkt ten jest bolesny nawet przy lekkim ucisku. Palec wprowadzony wykrywa, że owo białawe zabarwienie odpowiada twardemu guzikowi wielkości orzecha laskowego, który od tyłu podniebienia jest doskonale wyczuwalny, podczas gdy od przodu zdradza się zaledwie lekkim podniesieniem błony. Gdy z anamnezy dowiedziałem się, że chory przebywał przed 20-stu laty przymiot, postanowiłem, po uprzedniej naradzie z kol. Klinkiem, poddać chorego leczeniu specyficznemu. Po trzech tygodniach guzik zginął zupełnie, pozostawiając stwardnienie wielkości główki od szpilki. Tu zatem badanie zgłębnikiem i palcem wykryło obecność gummatu, niewidocznego prawie dla oka, a energiczna odpowiednia kuracyja uchroniła pana B. od możliwości przedziurawienia podniebienia miękkiego.

Po zbadaniu łuków podniebienia, zwrócić trzeba uwagę na języczek. Normalna jego długość wynosi od $\frac{1}{2}$ do 1 centymetra, barwa blado-różowa, bledsza od łuków przednich. Bywa on niekiedy rozszczepionym w końcu; niekiedy jest tak cienki i mały, że przy unoszeniu się podniebienia chowa się dla wzroku. Niekiedy koniec jego jest jakby płynem wypełniony, lub błona na przedniej jego powierzchni pomarszczona, ułożona w fałdy. Co do położenia, bywa on czasem ku jednej stronie zagięty i zakrzywiony, i tę pozycję stale zatrzymuje. Większą część jego błony śluzowej zajmują gruczoły śluzowe, położone głównie na powierzchni przedniej. Włókna mięsne przebiegające pomiędzy nimi, otaczają te gruczoły i podczas skurczu ułatwiają wydzielanie się śluzu. Drażniąc błonę śluzową podniebienia za pomocą strumienia indukcyjnego, można zobaczyć, jak szybko, przy skurczach podniebienia, takowa pokrywa się drobnymi kropelkami śluzu.

Od boków języczka ciągną się ku zewnątrz i ku dołowi wolne brzegi łuków podniebieniowych. Przednie (*arcus glosso palatini*) i tylne (*arcus pharyngo palatini*), schodząc ku dołowi i ku bokom gardzieli pozostawiają pomiędzy sobą trójkątną przestrzeń, w której leżą migdałki (*tonsillae*). W stanie prawidłowym nie przechodzą one po za brzegi łuków podniebienia, lub też wystają po za nie bardzo nieznacznie. Forma ich zwykle owalnie spłaszczona, powierzchnia przednia posiada liczne szparkowate lub okrągławe otwory (od 10 do 16). Prowadzą one do zatok płytszych lub głębszych, pionowo lub skośnie przebiegających, ślepo zamkniętych, wysłanych nabłonkiem (*cryptae*). Często u osób skłonnych do przewlekłych zapaleń gardzieli, w zatokach tych nagromadza się biała, do kredy podobna wydzielina, którą łatwo wydobyć zgłębnikiem, a która nieraz przy zapaleniu migdałów braną bywa za nalot dyfterytyczny. Migdałki zajmują część przestrzeni zwanej *interstitium pharyngo-maxillare*. W części tylnej

tej przestrzeni leżą: *carotis interna et externa*. Pierwsza oddalona jest od migdałka o 1½, druga o 2 centymetry. Wspominam o tym szczególnie anatomicznym głównie dlatego, że wielu lekarzy przy wycinaniu przerosłych migdałów, obawia się zranic tętnicę. Niebezpieczeństwo to jest przy przeroście migdałków tem mniejsze, że sprawa przerostu odbywa się ku środkowi, t. j. ku wewnątrz gardzieli, nigdy w głąb. Na szczegóły te Wenzel, Linhardt i Luschka¹⁾ oddawna zwracają uwagę. Bywają jednak co do tego pravidła wyjątki.

U jednej z moich chorych, panny R., dotkniętej przewlekłym cierpieniem nosa, badając gardziel, znalazłem za łukiem tylnym prawym, na bocznej ścianie gardzieli, jedno miejsce, w którym mogłem zobaczyć wyraźną pulsacyję. Przy każdym tętnieniu unoszoną była błona śluzowa ku górze, na przestrzeni 4—5 milimetrów. Pulsacyja wyraźną również była i dla palca przyłożonego do tego miejsca, jako dosyć silne i rozległe uderzenie. Przy otwieraniu zatem ropni w migdałkach, lub w tkance łącznej otaczającej migdałki (*abscessus peritonsillaris*), nie należy zapominać o wybadaniu bocznej okolicy gardzieli za pomocą palca, aby czasem nie uszkodzić naczynia krwionośnego²⁾.

Błona śluzowa tylnej ściany gardzieli, niejako oprawiona w ramy utworzone przez tylne łuki podniebienia, jest niejednostajnie czerwono zabarwiona. Pochodzi to ztąd, że siatki żyłne otaczają miejsca bledsze, odpowiadające gruczołom śluzowym. Najliczniejsze są one tam, gdzie błona śluzowa ściany tylnej przechodzi na ściany boczne tylnych łuków podniebienia. Podczas mowy, a głównie przy połykaniu, forma gardzieli zmienia się, gdyż *arcus palato-pharyngei* zasłaniają ściany jej boczne, jakby firanki. Po za nimi kryją się wtedy szczegóły bardzo ważne dla sprawy, którą w dalszym ciągu zając się zamierzam, a mianowicie *plicae salpingo-pharyngeae*, stanowiące część anatomiczną wylotu trąbki Eustachijusza, a mianowicie przedłużenie jej stopniowe ku dołowi.

Dla zobaczenia tej części, potrzeba za pomocą zgłębnika lub haka podniebiennowego, odsunąć łuki tylne ku zewnątrz, albo też wywołać krztuszenie, przez naciśkanie szpatlem nasady języka. Pierwszy sposób, wykonany ostrożnie narzędziem ogrzanem, jest lepszy, gdyż jednocześnie pozwala ocenić drażliwość bocznej ściany gardzieli na dotyk. Przy przeroście migdałków części te obejrzeć można tylko za pomocą lusterka.

Błona śluzowa gardzieli, posiada—stosownie do miejsca—różne właściwości budowy. W jamie noso-gardzielowej, aż do linii zakrytej zwykle przez podniebienie miękkie, pokrywa ją nabłonek słupkowy, opatrzoney migawkami. W ogóle jest ona w tej części bogatszą w naczynia i w gruczoły, a więc pulchniejsza i grubsza od błony śluzowej gardzieli właściwej (*pars oralis*). Nabłonek płaski, pokrywający tę ostatnią, czasem stopniowo, czasem odrazu przechodzi w migawkowy. Błona śluzowa gardzieli jest znacznie uboższą w pokład t. z. tkanki adenoidalnej, tak obficie wyściełającej górną część sklepienia, nagromadzonej w zatokach Rosenmüllera, naokoło wylotu trąbki Eustachijusza, wreszcie w sa-

1) Luschka. Der Schlundkopf des Menschen. 1868.

2) Michel (l. c.) w tem samym miejscu kilka razy widział tętnienie arteryi.

mym migdałku gardzielowym (*tonsilla pharyngea*). Ta właśnie tkanka adenoidalna porozrzucana w postaci okrągłych dość ściśle odgraniczonych tworów, stanowi w błonie śluzowej gardzieli t. z. *follicula*. Najwięcej znajduje się takowych z boków gardzieli, czasem ułożonych jeden za drugim podłużnie; często są one formy owalnej, czasem znów kilka zlewa się razem, tworząc wałek lub różaniec różnej długości. W bocznych częściach gardzieli znajdujemy także najobfitszy pokład gruczołów śluzowych, leżących w tkance podśluzowej, niekiedy tuż nad włóknami zwieracza górnego gardzieli (*constrictor pharyngis superior*). W innych miejscach błony śluzowej, t. j. na ścianie tylnej, liczba i rozmieszczenie gruczołów śluzowych i torebek bywa różna.

Znając te szczegóły budowy, łatwo przyjdzie zrozumieć natężenie i umiejscowienie przewlekłych spraw zapalnych gardzieli.

Mackenzie ¹⁾ w najnowszej swojej pracy daje następującą definicyę, przewlekłego nieżytu gardzieli:

„Nieżyt chroniczny gardzieli, polega na przewlekłym zapaleniu torebek (*follicula*), pojawiającem się w dwóch postaciach: przerostowej i wysiękowej. W postaci pierwszej powiększeniu podlegają gruczoły lub twory nabłonkowe i wystają nad powierzchnię błony śluzowej jako ziarna lub brodaweczki. W formie drugiej, gruczoły wydzielają gęsty białawy wysięk, który albo przylega do miejsca, z którego się wydobył, albo tworzy na błonie śluzowej wysepki białawe, mocno przylegające. W jakim związku te dwie postacie pozostają i czy w ogóle mają one pomiędzy sobą jakibądź związek, dotąd nie rozstrzygnięto“. Dosłownem przytoczeniem słów Mackenzie'a chciałem wykazać, jak mało, do dziś dnia jeszcze, anatomija patologiczna tego cierpienia jest znana. Forma przerostowa, t. z. *pharyngitis granulosa*, była w każdym razie nieco staranniej badana. Co do istoty drugiej formy (*pharyngitis sicca*), wiadomości nasze pod względem anatomicopatologicznym są prawie żadne.

W roku zeszłym M. Saalfeld ²⁾ zajął się zbadaniem zapalenia przerostowego i doszedł do następujących wniosków. Ziarna i wyniosłości, wystające po nad powierzchnię błony śluzowej, dochodzące nieraz aż do wielkości grochu, mają wygląd i blask galaretowaty i otoczone są zwykle siatką przekrwionych naczyń. Błona śluzowa, pomiędzy niemi zawarta, najczęściej mało bywa zmienioną, czasem jednakże przerosłą, lub — stosownie do formy, wikłającej tę sprawę — zanikłą. Badając owe wyniosłości na trupie, łatwo po rozciągnięciu błony dojrzeć okiem albo lupą, na wierzchu każdego ziarna, maleńką szparę podłużną. (Najwyraźniej na preparatach stwardnionych w alkoholu.) Szczegół ten, powiada S., dotąd przez nikogo nie był spostrzegany. Badanie drobnowidzowe wykazuje, że przy wylocie rozszerzonego przewodu gruczołów śluzowych, znajduje się bogaty pokład obrzmiałej tkanki limfatycznej (adenoidalnej). Czasem przeplata on jednostajnie tkankę błony śluzowej i nie układa się w okrągłe albo podłużne torebki; często obok tych miejsc bardziej rozlanych, można spotkać obrzmiałe *follicula*, w których podścielisko tkanki siatkowatej jest bardziej zbite. Otworki zatem na ziarnach

¹⁾ Die Krankheiten des Halses und der Nase. Tłumaczenie niemieckie F. Semona. 1880.

²⁾ Virchow's Archiv. Bd. 82. Heft I. 1880.

przerosłych są wylotami gruczołów śluzowych. Nabłonek, pokrywający owe wyniosłości, mniej lub więcej zanika; czasem widać tylko jeden lub dwa pokłady komórek. Niekiedy brak zupełnie nabłonka i guziczek przedstawia na swej powierzchni utratę substancji. To samo spostrzeżenie zrobił już dawniej Stoerk i na niem opierał drażliwość błony śluzowej, pozbawionej miejscami ochraniającego nabłonka ¹⁾). Opis zmian, podanych przez Stoerk'a, nie zgadza się z podaniami powyżej szczegółami; Stoerk utrzymuje bowiem, że ziarna, czyli granulacje, składają się tylko z nabrzmiąłych, okrągławych komórek nabłonkowych. Niezgodność jego zdania tłumaczy Saalfeld tem że Stoerk, badał zapewne owe białawe, płaskie guziczki, pojawiające się czasem i w zdrowej części przełyku i w gardzieli, a przeważnie złożone z komórek nabłonka.

Co do błony śluzowej, takową Saalfeld najczęściej znajdował mało zmienioną, również jak i błonę podśluzową. Niekiedy jednak ulegała ona przerostowi. Uderzającą również jest ta okoliczność, że podobnie jak przy cierpieniach łącznicy, w miejscach gdzie prawidłowo bardzo niewiele bywa torebek, ilość ich przy tem cierpieniu znacznie się powiększa. Sprawie tej towarzyszy nagromadzenie się ciałek limfatycznych naokoło samych torebek lub w mięszu błony śluzowej.

Wspomniałem poprzednio, że przy przewlekłym zapaleniu gardzieli, obrzmiały torebki najliczniej pojawiają się z boków gardzieli, t. j. za łukami tylnymi. Tworzą one tam albo rodzaj nierównego wałkowatego obrzmienia, albo w postaci wyrosły, podobnych do grzebienia koguciego, lub obrzęklej fałdy, wyglądają z po za łuków podniebienia. Cierpienie to znane mi jest w tej formie od lat kilku, a ze względu na szczególne swe objawy, częstość pojawiania i odrębne swe leczenie, odróżniłem je jako osobną formę, prawie zupełnie dotąd nie uwzględnianą. Ze względu na siedlisko i naturę cierpienia, nazwałem ją *pharyngitis lateralis hypertrophica* i pod tą nazwą figuruje ono w moim dzienniku od 1878 roku. Nie mając bardzo długo sposobności badania zmian anatomo-patologicznych, właściwych dla tej patologicznej sprawy, wstrzymywałem się z jej opisem. Jak się obecnie przekonuję nieco za długo, gdyż wyprzedzony zostałem przez M. Schmid't'a, który pod nazwą: *pharyngitis lateralis* sprawę tę ogłosił ²⁾). Jeżeli teraz przystępuję do ogłoszenia niektórych szczegółów tej sprawy, czynię to nie dla windykania sobie prawa pierwszeństwa, lecz głównie dlatego, że mimo zgodności jego spostrzeżeń z tem, co tylekroć widzieć i sprawdzić miałem sposobność, jestem dziś w stanie obraz chorobny tego cierpienia uzupełnić pewnemi szczegółami, ważnemi zarówno z anatomo-patologicznego, jak i z klinicznego punktu widzenia.

Schmidt cierpienie to nazwał *pharyngitis lateralis* (*der entzündete Seitenstrang des Pharynx*) i uważa je jako odmianę *pharyngitidis granulosae*.

Zaznacza on, że wzmiankę o niem znalazł dotąd tylko w książce Stoerk'a (l. c. pag. 114), który odróżnia tę formę jako odmianę zapalenia ziarnistego i podaje, że bywa przyczyną nadczułości (*hyperaesthesia*) tego miejsca.

¹⁾ Stoerk. Klinik der Krankheiten des Kehlkops etc.

²⁾ Deutsches Archiv f. klin. Medizin. Bd. XXVI, Heft 3 u. 4, 1880,

Pod względem anatomicznym, najstaranniejszy opis bocznej części gardzieli podał L u s c h k a (l. c.) i Z a u f a l, metodę zaś badania opisał dokładnie V o l t o l i n i w ostatniej swojej pracy, ogłoszonej w roku zeszłym ¹⁾.

Gdyby S c h m i d t wspomnianą pracę V o l t o l i n i e g o przeglądał nieco uważniej, znalazłby w niej wzmiankę, że już C z e r m a k o w i cierpienie to było znanem, jak tego dowodzi opis i rysunki pomieszczone w drugim wydaniu jego książki (*Der Kehlkopfespiegel*, pag. 128.).

M i c h e l ²⁾ zwraca również uwagę, że jeszcze w roku 1873 opisał boczne zapalenie gardzieli i wskazał leczenie.

B r u n s ³⁾, mówiąc o stosowaniu metody galwano-kaustycznej przy chorobach gardzieli, opisuje zgrubienie, z boku położone, występujące jako wałek mięsisty, który wymaga energicznego przypalenia żegadłem.

Z przytoczonych tu zdań wypływa, że cierpienie to nie uszło bynajmniej uwagi lekarzy, lecz znaczenie jego nie było ostatecznie ocenionem, objawy zaś zbyt pobieżnie traktowano.

Główną zasługą S c h m i d t'a jest zwrócenie uwagi na tę sprawę i wykazanie, że stanowić może samoistną formę chorobną. Głównym objawem *pharyngitidis ateralis* podług S c h m i d t'a (*Der entzündete Seitenstrang*), jest wystąpienie podłużnego, z boków gardzieli położonego wałka, grubości ołówka, czasem dochodzącego do grubości małego palca. Wałek ten jest silnie zaczerwieniony, czasem składa się z obrzmiałych, obok siebie ułożonych guziczków (*folliculi*) i stanowi obrzmienie dolnego końca *plicae salpingo pharyngeae*. Cierpienie to bywa obustronne, zwykle jest silniej rozwinięte z jednej strony niż z drugiej. Czasem zgrubiały wałek dochodzi aż do wysokości nagłośni, u góry przedłużyć się może aż do przedłużenia trąbki Eustachijusza (*Tubenwulst*). Główną przyczyną bolesności tej sprawy, bolesności, na którą chorzy często bardzo zwracają uwagę lekarza, wskazując palcem miejsce bolesne, jest ucisk jakiemu zgrubienie to ulega ze strony zwieracza górnego gardzieli (*constrictor pharyngis superior*). Mięsień ten, kurcząc się, tworzy wystającą wyniosłość i ugniata wałek, znajdujący się pomiędzy nim, a tylnym łukiem podniebienia. Zwracając baczną uwagę na to cierpienie, mówi S., przekonamy się, że przypadki nerwobólu lub nadczułości błony śluzowej gardzieli będą coraz rzadsze, a leczenie skuteczniejsze niż bywało dotąd.

Podany przez S c h m i d t'a opis boczного zapalenia gardzieli wymaga pełnego uzupełnienia i uporządkowania, szczególniej odnośnie do stosunku zapalenia boczного do zwykłej *pharyngitis granulosa*. Co do symptomatologii, to wiadomo powszechnie, że u niektórych osób znaleźć można mnóstwo przerosłych guziczków na tylnej ścianie, które żadnych nie wywołują objawów. U osób przyzwyczajonych do tytoniu, wrażliwość gardzieli stopniowo tępieje, również jak u ludzi używających mocnych napojów spirytusowych. Zdarzało mi się jednak spotykać chorych, u których objawy, wywołane przewlekłym ziarnistym za-

¹⁾ R. V o l t o l i n i. Die Rhinoskopie und Pharyngoskopie. pag. 151.

²⁾ l. c. pag. 23.

³⁾ Die galvano-kaustischen Apparate. pag. 448. 1878.

paleniem gardzieli, bywały tak przykre i uporczywe, że doprowadziły do hypochondryi. Wieczna skarga chorych takich w dziwnej była sprzeczności z pojawieniem się kilku bladych gruczołków, rozsianych na błonie śluzowej i wcale na dotyk niebolesnych. Po większej części ową nadczułość znajdowałem u kobiet, u których, obok cierpienia gardła, często występowały wybitne objawy hysteryi. Nieustanna troska, że sprawa na którą cierpią zakończy się suchotami, odbiera im sen i spokój, i zniewała do ciągłego szukania porady. Dla chorych takich żadna operacyja nie jest zbyt bolesną, żaden rękoczyn nie jest przykrym. Poddają się wszelkim badaniom lusterkiem lub zgłębnikiem z największą rezygnacyją, ufni, że tak troskliwe badanie potrafi wreszcie wykryć źródło ich cierpienia. Jeśli u takich osób wykonamy przyżeganie lapisem lub galwano-kauterem, przychodzą nazajutrz i z zadowoleniem oświadczają, że czują się znacznie lepiej. Skoro tylko główny efekt przyżegania—t. j. ból—ustąpi, wraca cały szereg poprzednich skarg i narzekań, na pieczenie, zasychanie, drapanie w gardle, na uczucie obcego ciała, na obecność włoska w gardzieli, na uczucie zamrożenia lub uczucie odcisków. Najlepiej chorym takim, pomimo prośb o zapędzłowanie, odmówić pomocy, a stanowczem zapewnieniem, że nic im nie grozi, stan ich nieraz uspokoić można. Dodać tu winienem, że skargi podobne słyszałem również i od śpiewaków, którzy wszelkie niepowodzenia głosu przypisywali katarom gardła i krtani, i recytowali całą litanię skarg, najczęściej będących wynikiem szczegółowego i ciągłego zwracania uwagi na gardło.

Pharyngitis granulosa jest cierpieniem, pojawiającem się najczęściej u osób zmuszonych powołaniem do wydobywania głosu, a zatem u śpiewaków, kaznodziei, aktorów i t. d. Usposobienie do niej powiększa konstytucyja skrofuliczna, zdaniem Mackenziego również i *diathesis rheumatica* lub *arthritica*. U dzieci skrofulicznych stanowi ona jedno ogniwo z szeregu licznych i dobrze każdemu znanych przypadłości, właściwych sprawie żółzowej.

U dzieci takich, zwykle pomiędzy 6-tym a 12-tym rokiem, rozwija się stopniowo przerost migdałków, rzadko dochodzący do wysokiego stopnia. Są one blado-różowe, gąbczaste, miękkie, otwory krypt wyraźne, czasami zatkałe białawą wydzieliną. Tylne ściany gardzieli jest zwykle pokryta nielicznymi wprawdzie, lecz dużymi wyniosłościami blado-różowemi; schodzą się one z boku tuż przy migdałkach w formie wałków podłużnych, czasem obok fałdy błony śluzowej również bladej, wiotkiej i na dotykanie zupełnie niebolesnej. Objawy, towarzyszące tej odmianie ziarnistego zapalenia gardzieli, są prawie żadne. Przełykanie jest niebolesne, dotyk zgłębnikiem części bocznych nie wywołuje przykrego uczucia, tylko przełykanie śliny odczuwane jest jako lekka zawada. Z powodu przerostu migdałków, dzieci takie w nocy chrapiają, nad ranem zwykle wyrzucają dość obfitą śluzową, szarawą plwocinę. Gdy na skutek zaziębienia, lub innej szkodliwości, sprawa się pogarsza i zmusza do zasięgnięcia porady, badanie wykrywa obok przerostu migdałków, i cierpienie błony śluzowej tylnej ściany gardzieli, które samo przez się żadnych zwykle przykrych objawów nie wywołuje; czasami lekkie zasychanie. Formę tę bez względu na to, czy guziczki mieszczą się z boków gardzieli, czy tylko na ścianie tylnej, określić wypada jako: *pharyngitis follicularis scrophulosa*.

U dorosłych, sprawa ta przeważnie umiejscawia się z boków gardzieli, a to z powodu budowy błony śluzowej, o której poprzednio wspomniałem.

Każdemu ostremu nieżyłtowi gardzieli towarzyszy, obok przekrwienia i spulchnienia błony śluzowej, obrzmienie torebek limfatycznych (*folliculi*). Stosownie do natężenia procesu, do budowy błony śluzowej, wreszcie i do konstytucji, liczba ich będzie zmienną, również jak zmiennym będzie wygląd, a więc stopień przerostu, czyli wielkość samych torebek. Wystają one jako białawe, niezbyt duże wyniosłości, otoczone przekrwioną siecią naczyń.

Boczne części gardzieli są również obrzmiałe i zaczerwienione. Czasem błona w postaci fałdy wydobywa się z poza łuków tylnych i pokryta jest nielicznymi guziczkami. Nie przemawia to wcale za poglądem Schmid't'a, który pojawienie się fałd bocznych przy ostrym nieżycie gardzieli uważa jako znak *pharyngitidis lateralis*. Gdy sprawa nieżyłtowa zbliża się ku końcowi, wraz ze zmniejszeniem obrzmienia błony, giną i owe obrzmiałe guziczki. Jeżeli jednak po kilkakrotnie przebytych zapaleniach, pod wpływem różnych szkodliwości, proces przechodzi w formę przewlekłą, wytwarza się u pewnej liczby osób, szczególna forma zapalenia, tem charakterystyczna, że przy mało zmienionej błonie śluzowej powiększa się zarówno liczba, jak i wielkość owych guziczków. Mamy wtedy do czynienia z typową formą zapalenia ziarnistego. Skoro zajmuje ono boczne części gardzieli, gdy na obrzmiałych zaczerwienionych fałdach, wystąpią guziczki okrągławe lub podłużne, które nie przechodzą na *plicam salpingo pharyngeam*, lecz leżą pod nią, lub obok takowej, proces ten słusznie nazwać można: *pharyngitis granulosa lateralis*. Pod tę nazwę również wypadnie podciągnąć i te stany, w których zapalenie i zgrubienie błony zajmuje boczne części tylnej ściany gardzieli, nie zakryte wcale łukami tylnymi, lecz tuż przy nich położone.

Następujące spostrzeżenie, poparte drobnowidzowem badaniem wyciętych bocznych fałd gardzieli, usprawiedliwia wyróżnienie tej odmiany zapalenia, zarówno jak i jego nazwę.

Pan S., lat 22 liczący, konstytucji limfatycznej, oddawna zapada na zapalenie gardzieli, nieżyty oskrzeli i nosa. Matka i ojciec padli ofiarą suchot płucnych. W młodości przebywał zapalenie nieżyłtowe płuc, przed rokiem poraz pierwszy zaczął płuć krwią. Obecnie kaszle dużo, głównie jednak skarży się na ból przy łykaniu i częste zasychanie w gardle. Badanie płuc wykazuje, oprócz rozlanego wszędzie nieżyłtu oskrzeli, stępienie w lewym wierzchołku, tamże drobne rzeżenia z przydźwiękiem metalicznym. W gardzieli ściana tylna bladoróżowa, nielicznymi wyniosłościami pokryta. Z boków, nawet przy opuszczonem podniebieniu, widać za tylnymi łukami dwa wałki, grubości ołówka, bladoróżowe, złożone z guziczków wielkości soczewicy, obok siebie gęsto ułożonych, które na dotyk zgłębnikiem są bolesne, i które, jak wykazuje zarówno badanie palcem jak i lusterkiem, nie łączą się z wałkiem trąbki Eustachijusza. Za pomocą pętlicy z cienkiego stalowego drutu, udało mi się wyjąć część wałka z prawej strony położonego. Stanowił on fałdę blisko 2 ctm. długą, a 5 milim. szeroką, złożoną z białych obok siebie ułożonych wyniosłości.

Badanie drobnowidzowe, dokonane przez kolegę Przewoskiego wykazało następujące zmiany:

Nabłonek, pokrywający błonę śluzową, nieco zgrubiał. Pomiędzy komórkami nabłonkowymi gdzieś widać komórki limfoidalne. Cała błona śluzowa pod nabłonkiem mocno nacieczona ciążkami wędrującymi, tak, że w niej z trudnością odróżnić można torebki limfatyczne. W miejscach, gdzie infiltracja błony śluzowej jest nieco mniejsza, widać, że takowa najsilniej występuje około naczyń i przewodów gruczołów śluzowych. Torebki limfatyczne (*folliculi*) są mocno powiększone i mocno rozrosłe. One to stanowią owe ziarniste wyniosłości, obok siebie ułożone.

Infiltracja błony śluzowej rozszerza się i na tkankę podśluzową, jest ona jednak mniejsza niż w błonie śluzowej, i tu również przeważnie występuje około naczyń.

Gruczoły śluzowe, w tkance podśluzowej znajdujące się, są nieco powiększone. Śródmięśniowa ich tkanka na całej przestrzeni jest dosyć mocno nacieczona ciążkami wędrującymi. Protoplasma komórek nabłonkowych nie różni się od prawidłowej. *Lunulae* pęcherzyków gruczołowych są powiększone.

Jeżeli opis powyższy porównamy z opisem zmian przytoczonych przez Saalfeld'a, przekonamy się, że w danym przypadku sprawa zapalna, ze względu na swe siedlisko i naturę cierpienia, zasługuje na nazwę: *pharyngitis lateralis granulosa*. Drugą odmianę zapalenia boczno-cechuje wystąpienie z jednej, rzadziej z obu stron bocznych ścian gardzieli, grubych, dość gładkich, czerwonych wałków, które czasami widać z poza łuków podniebienia, czasami dopiero po odsunięciu łuków na zewnątrz. Powstają one wskutek przerostu błony śluzowej, będącej przedłużeniem *plicae salpingo pharyngeae*, o czym zarówno palcem jak i lusterkiem przekonać się można. Wałek ten czerwony jest przeszkodą przy łykaniu, na dotyk jest bardziej bolesny niż w formie poprzednio opisanej. Przerost rzadko kiedy przechodzi i na wylot trąbki, i takie to formy opisał Czermak, jak o tem z rysunków przez niego wykonanych przekonać się można. Formę tę nazywać nam wypada: *pharyngitis lateralis hypertrophica*. Rozwija się ona samodzielnie, nieraz przy mało zmienionej błonie śluzowej ściany tylnej; udział torebek limfatycznych zdaje się być niewielki, przynajmniej rzadko kiedy widziałem ich kilka. Sprawa rozpoczyna się zwykle od zapalenia tylnego łuku podniebienia, który również grubieje, czasem zlewa się *cum plicae salpingo pharyngeae*, czasem obok niego wygląda, jako druga, dłuższa nieco podłużna fałda.

Te dwie formy Schmid't pomieszał z sobą, jakkolwiek wyróżniają się one szczegółami, które powyżej przytoczyłem, usprawiedliwiającami ich rozdział.

Co do objawów dodać tu muszę, że przy *pharyngitis hypertrophica lateralis*, często skarżą się chorzy na kłucie albo ból w uchu, czasem na lekkie przytępienie słuchu, lub uczucie zawady przy łykaniu śliny, które to objawy prawie nigdy nie towarzyszą formie zapalenia ziarnistego.

Zanim przystąpię do opisu terapii miejscowej, wypada mi dla całości obrazu uwzględnić pokrótce odmianę zapalenia gardzieli, zwaną zapaleniem suchem (*pharyngitis sicca, rareficerender Catarrh*). Wspomniałem już, że anatomija patolo-

giczna tej sprawy jest zupełnie zaniedbaną. Niewiadomo czy cierpienie polega na zaburzeniach w wydzielaniu sekrecyi, czy jest wynikiem zmian w torebkach limfatycznych, czy wreszcie sama błona śluzowa ulega zwyrodnieniu. Cierpienie to prawie zwykle łączy się z nieżytem jamy nosa gardzielowej, lub jamy nosa, zdarza się w każdym wieku, często jednak u osobników wyniszczonych i źle odżywianych, w złych warunkach żyjących. Błona śluzowa gardzieli jest cienka, blado-żółtawa, sucha, pokryta jakby lakierem cienką warstwą śluzu, który nie łatwo zebrać się daje pędzelkiem. Języczek jest blady, śpiczasty, podobny do kolca. Pokład tkanki adenoidalnej ginie zarówno w jamie gardzieli, jak i w jamie nosogardzielowej. W e n d t ¹⁾ znalazł zanik torebek limfatycznych i nieliczne gruczoły śluzowe, nabłonek zaś nie zmieniony. M i c h e l ²⁾ tę suchość błony tłumaczy zmniejszeniem wydzielania się śluzu, który na powierzchni zasycha, słowem, niedostateczną czynnością gruczołów śluzowych. Czasem tworzą się strupy żółtawe, szaro-zielone, zbite, które trzeba zdrapywać i skrobać, tak mocno do błony przylegają. Rzadko kiedy strupy te bywają cuchnące, wtedy tylko gdy sprawa powikłana jest z tak zwaną ozeną.

Ta forma objawami swemi staje się dla chorych przykrzejszą od innych, głównie z powodu ciągłego uczucia zasychania. Jest ona prawie niebolesną, z rana tylko wydalenie zaschłej wydzieliny męczy chorych, wywołuje krztuszenie a czasem wymioty.

Leczenie przewlekłych zapaleń gardzieli będzie różnem, stosownie do jego charakteru, umiejscowienia, czasu trwania, objawów jakie wywołuje, wreszcie do konstytucyi i wieku chorego.

Uwzględnię w tem miejscu tylko terapiję tych odmian, nad którymi obszerniej nieco się zastanowiłem, t. j. zapalenia ziarnistego i zapalenia przerostowego bocznego gardzieli. Jako kardynalną zasadę należy postawić, aby w przypadkach świeżych, którym towarzyszy silne przekrwienie, obrzmienie błony, ból i klucie przy łykaniu, wstrzymać się od użycia wszelkich energiczniejszych przyzęgań lapisem *in subst.* Środek ten, nie w porę użyty, wywołuje stanowcze pogorszenie, powiększa ból przy łykaniu i opóźnia wyzdrowienie, w razie powikłania z zapaleniem migdałów, często prowadzi do ropienia (*abscessus peritonsillaris*). W tym okresie zapalenia, środki czyszczące, a w razie wskazania i środek wymiotny, często znakomitą sprowadzają ulgę. U osób pełnokrwistych, przy silnem przekrwieniu błony śluzowej, właściwem i skutecznem jest przystawienie kilku pijawek z obu stron szyi (6 — 8). W pierwszej chwili okłady lodowe i łykanie kawałków lodu znakomitą przynosi ulgę. Zapisując środek wymiotny trzeba unikać emetyku, który w każdej formie silnie drażni błonę śluzową gardzieli, a ograniczyć się do naparu ipeki. Zbyt gorące i ostre potrawy, dłuższa i głośniejsza mowa, napoje wyskokowe, zarówno jak palenie tytoniu stanowczo muszą być zabronione. Przy silnem zasychaniu i uczuciu porażenia w gardle, znaczną ulgę przynoszą płukania lekko alkaliczną wodą lub roztworem *natri bromati* (3jj na

¹⁾ Krankh. d. Nasenraehenhöle u. des Rachens. Ziemssen's Handbuch. Tom 7.

²⁾ l. c. pag. 9.

funt wody). Gdy sprawa łączy się z cierpieniem krtani — właściwe będą częste, przez kilka minut przedłużane inhalacje pary wodnej czystej, lub z dodatkiem salmijaku (3j na funt wody).

Przewlekłe zapalenia gardzieli, którym towarzyszy ciągle zasychanie (forma sucha), wymagają częstych płukań słabemi roztworami wody słonej letniej, jako też użycia wód alkalicznych przez czas dłuższy (Ems, Obersalzbrunn). Od czasu do czasu pobudzić trzeba czynność błony śluzowej za pomocą pędzlowań nalewką jodową, czystą lub na wpół zmieszaną z gliceryną. Użycie lapisu w roztworach słabych, zarówno jak pędzlowania taniną, lub siarczanem cynku, okazały się być szkodliwemi. W przypadkach uporczywych dobry rezultat widziałem nieraz z podawania małych ilości jodku potassu lub *syr. ferri jodati*. Te właśnie formy najwięcej wymagają uwzględnienia ogólnego stanu, konstytucyi i dokładnego zbadania, o ile takowe nie są wynikiem pewnych dyskrazji, jako to: gruźlicy lub przymiotu. Leczenie miejscowe zwykle stanowiły dotąd: płukania, pędzlowania lub wdechania rozpylonych płynów.

Płukanie, ze względu że nie dochodzi zwykle do bocznych ścian gardzieli styka się tylko z niewielką powierzchnią błony śluzowej podniebienia i ściany tylnej, nie wiele przynosi pożytku. Pędzlowanie całej powierzchni tylnej ściany przy *pharyngitis granulosa* bardzo niewiele pomaga, gdyż silniejsze roztwory, które wywołują pieczenie i ból, natychmiast po zapędzlowaniu chorej spłukują przez popijanie wodą. Ponieważ błona, pomiędzy guziczkami położona, mało lub wcale nie cierpi, pędzlowanie całej jej powierzchni jest niczem nieusprawiedliwionym terapeutycznym rękoczynem. Tanina w roztworze, zarówno jak płyn M a n d l'a, nawet długi czas używane, małe dawały mi rezultaty, podobnie jak i inhalacje, które chwilową tylko sprowadzały ulgę. Szczególnem a niezasłużonem powodzeniem cieszy się chloran potassu w roztworze (3j : 3vi). Wskazany on jest głównie w obec owrzodzeń, czy to kataralnych, czy dyfterytycznych, jako przyspieszający oczyszczenie i zabliźnienie owrzodzeń jako *adstringens*, zarówno jak i słabe roztwory *kali hypermanganici*; działanie jego jest prawie żadne. Jeżeli chodzi o rozpuszczenie i rozmiękczenie zalegających strupów, silniej i lepiej działa słaby roztwór dwuwęglanu sodu lub soli kuchennej.

Jedyną racjonalną terapią w obec przerosłych torebek jest zniszczenie takowych za pomocą środków żrących, stosownie użytych. Metoda ta wtedy tylko ma rację bytu, gdy przez dokładne zbadanie przekonamy się, że owe granulacje, czy to na tylnej ścianie, czy z boków gardzieli położone, są przyczyną przykrych dla chorych objawów. Byłoby niefozsałkiem każdy znaleziony w gardzieli guziczek lub fałdkę niszczyć i wypalać, tam gdzie one żadnych nie wywołują dolegliwości. Do wypalenia użyć można albo lapisu *in substantia*, albo kwasu chromnego, który ostrożnie na każdy guziczek z osobna stosować wypada. Przy zapaleniu ziarnistym, bez względu na jego umiejscowienie, przyżegania lapisem *in substantia* zarówno guziczków jak i zgrubień z boku położonych, powtarzane kilkakrotnie, dobre i prędkie daje rezultaty. Lapis najlepiej natopić na srebrny zgłębnik, zagięty pod kątem odpowiednio do potrzeby. Przyżegania powtarzać można wtedy dopiero, gdy strupy powstałe w skutek pierwszego przypalenia odpadły. Ból po każdej kauteryzacyi trwa od godziny do kilku

godzin, czasem i dłużej. Daleko mniej bolesnem jest użycie galwanokauteru, zarówno do wypalania guziczków przy *pharyngitis granulosa*, jako też i wałków podłużnych przy *pharyngitis hypertrophica lateralis*. Żegadło przykładają się zimne do odpowiedniego miejsca i rozpala do żywej czerwoności. Ból jest bardzo nieznaczny i ginie z chwilą odjęcia narzędzia. Łagodzi go zupełnie płukanie wodą lodową, kilka godzin przedłużone. Strup odpada po 3—8 dniach, reakcyja po przypaleniu jest mniejsza niż po energicznem użyciu lapisu. Nigdy dotąd nie zdarzyły mi się nieprzyjemne powikłania, jako to: obrzęk zapalny, dłuższy czas trwający, lub głębokie ropienie. Metoda galwanokaustyczna ma, przy leczeniu zarówno zapalenia ziarnistego, jak i przerostowego bocznego, zalety tak wybitne, że dziś wyrugowała ona prawie wszelkie inne sposoby leczenia. Wprowadzona przez Michela, poparta poważnem zdaniem Bruns'a, Voltolini'ego i innych znanych na tem polu lekarzy, wywalczyła sobie dziś ogólne uznanie i ważny dla terapii tych cierpień stanowić będzie nabytek. Pochwały, które oddaje jej Schmidt, w zupełności na mocy wielu obserwacyj potwierdzić jestem w możności, gdyż dawniejsze leczenie, trwające nieraz miesiące, skraca ona do dni kilku lub kilkunastu.
