

KILKA UWAG

w kwestji t. zw.

Torebkowatego zapalenia gardzieli

(angina follicularis)

ORAZ

JEGO STOSUNKU DO BŁONICY.

Napisał

Dr. Jan Sędziak

b. asystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych w szpitalu Ś-go Ducha
w Warszawie.

Odbitka z „Kroniki Lekarskiej“.

WARSZAWA

Drukarnia Estetyczna Sierpińskiego

Ś-to Krzyżka 22, Mazowiecka 2.

1894.

Дозволено Цензурою.
Варшава, 13 Сентября 1894 года.

WVB 5449 ki 1894

Z-138657

Akc. z l. 2024 nr 80

KILKA UWAG W KWESTYI
t. zw. torebkowego zapalenia gardzieli (angina follicularis)
ORAZ
jego stosunku do błonicy.

Napisał Dr. Jan Sędziak,

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu
Ś-go Ducha w Warszawie.

T. zw. torebkowe zapalenie migdałów jest cierpieniem, z którym nie tylko specjalista chorób gardlanych, lecz i lekarz ogólny niezwykle często ma sposobność się spotykać. Tymczasem zarówno pod względem właściwego rozpoznania, jakoteż racjonalnego leczenia tego cierpienia daje się zauważyć wśród lekarzy niezupełnie jeszcze jasne pojęcie. Tyczy się to przede wszystkim stosunku tego cierpienia do właściwej błonicy gardzieli. W kwestyi więc powyższej, zdaniem mojem, z punktu widzenia praktycznego bardzo ważnej, chciałbym wypowiedzieć uwag kilka, opartych na własnem doświadczeniu klinicznem, oraz odnośnych badaniach bakteryjologicznych.

Pod nazwą angina s. tonsillitis follicularis rozumiemy sprawę ostrą, z mniejszą lub większą gorączką przebiegającą, sprawę niewątpliwie zakaźnej natury, charakteryzującą się występowaniem ograniczonych do krypt migdałków żółtawych lub białoszarawych punkcików.

Przedewszystkiem co się tyczy samej nomenklatury, to zauważyć się w niej dają pewne niedokładności. I tak nazwa „an-

139 154 18 70

gina follicularis“ jest niewłaściwą, gdyż sprawa chorobowa ogranicza się jedynie do migdałków resp. ich krypt. Z drugiej strony określenie „follicularis“ nie jest zgodne z rzeczywistością, gdyż—jak to wykazują odnośne badania anatomo-patologiczne (porównaj doskonałą pracę Sokołowskiego i Dmochowskiego ¹⁾—follikuly w tem cierpieniu nie są zajęte sprawą chorobową. Należy więc trzymać się jednej racjonalnej nazwy, jaką jest „tonsillitis lacunaris“ przytem dodawać jednocześnie „acuta“ dla odróżnienia od sprawy przewlekłej, również w kryptach umiejscowionej, znanej pod nazwą „tonsilitis caseosa“, lub właściwiej „tonsillitis lacunaris chronica.“ Tej to więc nazwy będę się stale trzymał w niniejszej pracy, tak również tylko tę sprawę nazywa prof. Jurasz w swoim podręczniku dla chorób gardła ²⁾.

Jak już we wstępie wspomniałem tonsillitis lacunaris acuta spotyka się niesłychanie często. Ja przynajmniej, na podstawie własnego materiału klinicznego mogę to stanowczo twierdzić. W ciągu bowiem ostatnich lat 3-ch spostrzegałem 133 przypadki tego cierpienia na ogólną liczbę chorych 3,470, co stanowi około 4% (3,8%). Sokołowski i Dmochowski również często spostrzegali to cierpienie, gdyż około 5% (na 3,482 przyp. — 169 razy).

Dziwnem wielce w obec tego wydaje mi się to, że Jurasz w ciągu około 8 lat na ogólną liczbę przeszło 4,000 chorych ambulatoryjnych notował tylko 29 przyp. tonsillitidis lacunaris acutae. Być może, że u nas istnieją jakieś szczególne warunki, sprzyjające rozwojowi tego cierpienia, podobnie, jak to ma miejsce z ropniem naokołomigdałkowym (abscessus peritonsillaris s. peritonsillitis abscedens), które to cierpienie u nas należy do nadzwyczajnie częstych, podczas gdy w innych krajach ³⁾ zdarza się ono o wiele rzadziej (tenże Jurasz np. podaje zaledwie 8 przyp. tego cierpienia).

Niezapominajmy jednak, że dokładna statystyka nie jest tu

¹⁾ „Przyczynek do patologii i terapii spraw zapalnych migdałów.“ Gaz. Lek. 1891.

²⁾ Die Krankheiten des oberen Luftwege, II-gi zeszyt; Die Krankheiten des Rachens, 1891, p. 122.

³⁾ Porównaj mój felieton „O stanie laryngologii w Londynie“ Gaz. Lek. 1889.

możliwą, gdyż, jak to później zobaczymy, istnieją sprawy pośrednie między dyfterytem a zapaleniem lakunarnem migdałków, których li tylko na podstawie obrazu klinicznego nie podobna zaliczyć do tej lub owej kategorii; jedyną rozstrzygającą tu rzeczą byłoby badanie bakteryjologiczne, takowe jednak, niestety, nie zawsze przeprowadzone być może ¹⁾.

Co się tyczy kwestyi, czy ta lub owa płęć częściej zapada na to cierpienie, to na zasadzie moich obserwacyj wyraźniejszych pod tym względem różnic nie byłem w stanie zauważyć (na 133 przypadki było mężczyzn 63, kobiet zaś 70). Dr. Jurasz również nie zdaje się przypisywać płci jakiegoś znaczenia, jakkolwiek nieco częściej spostrzegał ostre lakunarne zapalenie migdałków u mężczyzn (17 przyp.), niż u kobiet (12 przyp.).

Oдноśnie do wieku jeden tylko przypadek spostrzegałem poniżej roku (6-cio miesięczna dziewczynka), najczęściej zaś to cierpienie występowało w moich przypadkach w 3-m dziesięcioleciu (61 przyp.), również dość często spostrzegałem tonsillitis lacunaris acuta między 10 a 20-m rokiem życia (37 przyp.), następnie kolejno co do częstości idą: okres czasu między 30 a 40 rokiem (18 przyp.), między 5 a 10 rokiem (6 przyp.), 1 a 5 rokiem (3 przyp.), również między 40 a 50 rokiem życia (3 przyp.), wreszcie po 2 przyp. było między 50 a 60 i 60 a 70 rokiem. Najstarsza z moich chorych, cierpieniem tem dotknięta, była 62-letnia chora. I dr. Jurasz najczęściej spostrzegał to cierpienie w 2-im i 3-im dziesiątku lat (20 przyp.).

Co się tyczy etylogii tego cierpienia, to przedewszystkiem nie ulega najmniejszej wątpliwości, że jest ono natury zakaźnej (Bouchard, Leyden, Semon, Seifert). Za tem przemawia zarówno cały obraz kliniczny: ostry początek, dreszcz, ogólne rozłamanie, gorączka etc., jakoteż występowanie tego cierpienia epidemicznie pod postacią t. zw. epidemij domowych, o których wspominają

¹⁾ Schrank w Wiedniu radzi (Vorschlag betreffend die Anzeigepflicht bei Diphtherie. Allg. med. Zeit. 1893, 34) zaprowadzić obowiązujące od roku w New Yorku próbe bakteryjologiczną: aptekarze mają gotowe epruwetki ze sterylizowaną surowicą krwi Loeffler'a, na którą lekarze w każdym przypadku anginy zaszczepiają nieco nalołu. Epruwetki odsyłają się ponownie do apteki, skąd do pracowni bakteryjologicznej. Po 12-tu godzinach rezultat hodowli wiadomy.

liczni autorowie (B. Fraenkel, Jurasz etc.). Mnie podobnie, jak i Juraszowi, zdarzało się widywać po kilka na raz przypadków tego cierpienia, po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu, zarówno w praktyce prywatnej, jako też i ambulatoryjnej, co pozwalało przypuszczać epidemiczne występowanie tonsillitis lacunaris acutae w mieście. Oprócz tego przypominam sobie dokładniej 4 epidemie domowe, które tu w krótkości podaję:

I. W czerwcu 1892 roku zostałem wezwany do 34-letniej żony urzędnika, skarżącej się na ból gardła, oraz gorączkę, trwającą od 2-ch dni. Przy badaniu znalazłem co następuje: budowa wątła, ciepłota znacznie podniesiona ($39,0^{\circ}\text{C.}$) obrzmienie i bolesność gruczołów limfatycznych szyjowych. Na zaczerwienionych i obrzękłych migdałkach podniebiennych widać było porożrzucające, ściśle do krypt ograniczone żółtawe punkciki. Na drugi dzień znacznie lepiej (chorej zalecono uprzednio olej rącznikowy, salol do płukania, oraz antipyrinę do wewnątrz) zarówno co do stanu ogólnego, jakoteż i miejscowego. Jednocześnie u 2-ch córeczek chorej (8- i 10-letniej) wystąpiły objawy analogiczne do poprzednich (silna gorączka, ogólne rozłamanie, dreszcze, oraz miejscowo białe-szarawe czopki w kryptach), zwłaszcza silnie wyrażone u młodszej, u której poprzednio jeszcze konstatowałem dosyć znacznie powiększone migdały. W końcu zapadła na ostre lakunarne zapalenie migdałków, wprowadzie w bardzo słabym stopniu, ostatnia najmłodsza, 6 miesięcy licząca córeczka, którą matka sama karmiła wówczas. W parę dni zarówno matka, jak i córki zdrowe.

2-gą taką epidemię spostrzegałem w grudniu tegoż (1892) roku u państwa P. Początek choroby dała służąca 20-kilkoletnia, przebieg dość ciężki, duża gorączka, osłabienie, obrzmienie migdałków wraz z licznymi nalotami, umiejscowionymi w kryptach migdałków (przeważnie w prawym). Od tejże służącej zaraża się 8-letni synek gospodarstwa, przebieg jednak o wiele łagodniejszy, zarówno ogólne, jakoteż i miejscowe objawy o wiele mniej wyrażone, wreszcie pielęgnująca go matka zapada znowu na dość silną obustronną typową tonsillitis lacunaris acuta. Epidemia w kilka dni zakończyła się pomyślnie przy zastosowaniu zwykłych środków (salol. etc., vide leczenie tego cierpienia).

3-cią epidemię obserwowałem jeszcze w r. 1890 w miesiącu sierpniu 28-letnia żona komisarza zapadła na dość ciężkie

ostre lakunarne zapalenie obu migdałków, z dużą gorączką ($39,0^{\circ}$), z zajęciem gruczołów limfatycznych etc. Jednocześnie u męża wystąpiły objawy tegoż cierpienia z łagodniejszym nieco przebiegiem (zajęcie przeważnie lewego migdałka, przedstawiającego się zaczerwienionym, oraz obrzmiałym, w kryptach biało-żółtawe punkciki). Gorączka umiarkowana. W parę dni potem ja sam uległem infekcyi, objawy również bardzo słabo wyrażono, gorączka niewielka ($38,2^{\circ}$) lekkie rozłamanie, ból z prawej strony gardła, gdzie też na zaczerwienionym i obrzmiałym migdałku w kryptach zauważyłem parę typowych punkcików (w ogóle migdał ten u mnie częstem jest siedliskiem spraw chorobowych zakaźnych).

Wreszcie 4-tą i ostatnią epidemiję domową spostrzegłem w domu państwa G. 12-letni uczeń gimnazjum nagle dostał silnych dreszczy, gorączki, dochodzącej do 40° , bólu przy łykaniu; na mocno zaczerwienionych i powiększonych migdałkach (hypertrophia tonsillarum) widać było znaczną ilość białawo-żółtawych punkcików, ściśle do krypt ograniczonych, gruczoły szyjowe powiększone, na ucisk bolesne, ogólne rozłamanie. Jednocześnie 16-letni brat jego zapadł na typową dość ciężką tonsillitis lacunaris acuta, przeważnie po stronie lewej (migdał nieco powiększony, natomiast na prawym migdałku, którego część przed rokiem usunąłem pętlą galwanokaustyczną, zaledwie ślad nalotów). W parę dni obydwu przy zastosowaniu zwykłych środków, najzupełniej zdrowi.

Co się tyczy pytania, czy pora roku ma jakiś wpływ na wystąpienie tego cierpienia, to ja, podobnie jak i Jurasz, nie byłem w stanie tego w swoich obserwacjach stwierdzić. Zdaje się jednak, że wiosna i jesień zwłaszcza późna (Październik, Listopad) usposabia do tego cierpienia. To ostatnie podają również Sokołowski i Dmochowski.

Czy przerost przewlekły migdałków może usposabiać do sprawy lakunarnej zapalnej ostrej—oto kwestyja, co do której niezupełnie jeszcze autorowie się zgadzają. Niektórzy, jak Jurasz, utrzymują, że przerost ten nie gra absolutnie żadnej roli w etyologii tego cierpienia. Ja osobiście jestem wręcz przeciwnego zdania. Stosunkowo często u osób zapadających na tonsillitis lacunaris acuta, konstatowałem jedno, lub obustronny mniej lub więcej znaczny przerost migdałków podniebiennych (na 133

przyp. 36 razy). Dalej niejednokrotnie spostrzegałem takie fakty, że osobniki z przerostem migdałków niezliczoną ilość razy zapadali na to cierpienie (np. u jednej 25-letniej kobiety spostrzegałem tonsillitis lacunaris acuta w ciągu 2 miesięcy ni mniej ni więcej tylko 4 razy). Usposobienie to częstokroć udawało mi się zwalczyć skutecznie przez usunięcie (operacyjnie) przerostów, choć nie zawsze tak bywa, jak tego dowodzi przypadek, opisany powyżej w 4-ej epidemii.

Jeżeli jeszcze wspomnę, że bardzo często widywałem li tylko, lub przynajmniej o wiele silniej zajęty przerosły migdał, to ostatecznie musimy dojść do przekonania, że bądź co bądź przerost migdałków musi stanowić grunt podatny, uspasabiający dla rozwoju sprawy chorobowej, zwanej pod nazwą tonsillitis lacunaris acuta. Wspomnieć tu jeszcze muszę, że raz jeden (u chłopca 10-letniego) widziałem występowanie tej sprawy w tydzień po operacji wycięcia wyrosli adenoidalnych. Dalej jeden przypadek spostrzegałem, w którym tonsillitis acuta lacunaris po stronie prawej wystąpiło w parę dni po ropnem ostrem zajęciu ucha średniego prawego (otitis acuta media dextra suppurativa).

Jak to powyżej wspomniałem, tonsillitis lacunaris acuta jest stanowczo cierpieniem zakaźnej natury, na co prawie wszyscy autorowie się zgadzają. Natomiast co do istoty samego zarazka zdania są jeszcze podzielone.

Niektórzy autorowie, do których u nas zaliczyć należy Sokłowskiego i Dmochowskiego, nie uważają tej sprawy za samodzielną, lecz po prostu jako lżejszą odmianę dyfterytu, a więc zależną od lasecznika Klebs-Loefflera. Autorowie ci jednak opierają swój pogląd jedynie na anatomo-patologicznych badaniach.

Z drugiej jednak strony odnośne badania bakteryjologiczne, dokonane przez B. Fraenkla, Seifert'a, Gabbi'ego, Ritter'a, wreszcie Goldscheidera, autora najświeższej pracy z kliniki prof. Leyden'a w Berlinie („Bacterioscopische Untersuchungen bei angina tonsillaris und Diphtherie“ Zeitschr. f. kl. Med. 22 tom 4 i 4 zeszyt p. 534) i innych ¹⁾ stanowczo wykluczają jakikolwiek

¹⁾ D'Espine i Marignac (Genewa). Ueber die Streptokokken der acuten nicht diphtheritischen Anginen (Semon's Centr. 8, 95). Bouengier — Quelques considérations pratiques à propos des angines (Semons Centr. 8, 94).

związek między obiema temi sprawami chorobowemi; że więc t. zw. angina follicularis jest cierpieniem sui generis, nie zależnem od lasecznika błonicowego, którego żaden z powyższych autorów nie był w stanie wykryć w wydzielinie krypt. Ja również w roku zeszłym przeprowadziłem cały szereg badań bakteriologicznych w pracowni D-ra Jakowskiego (hodowle, szczepienia) nad naturą tonsillitidis lacunaris acutae. Szczegółowo będą one ogłoszone wkrótce w specjalnej pracy ¹⁾. Nadmienię tu więc tylko, że zgadzają się one w zupełności z rezultatami powyższych autorów (B. Fraenkel, Goldscheider etc.): ani razu (na 30 przyp. szczegółowo pod tym względem zbadanych przypadków) nie byłem w stanie wykryć pasożytów Klebs-Loefflera, które, jak wiadomo ²⁾, obecnie za przyczynę błonicy powszechnie są przyjmowane, natomiast stale znajdowałem inne drobnoustroje, nie specyficzne dla tego cierpienia, lecz mające cechy zwykłych ropotwórczych (staphylo i streptokoki) oraz t. zw. pseudo-dyfterytyczne laseczniki w kilku przypadkach (7).

Co się tyczy obecnie *anatomii patologicznej*, to takowa doskonale jest opracowaną w obszernej pracy wielokrotnie już cytowanych autorów (Sokołowski i Dmochowski). Autorzy ci na skrawkach, barwionych sposobem Weigerta, znajdowali przede wszystkim mocno rozszerzone krypty, całkowicie wypełnione zawartością, która składała się z wielkiej ilości drobnoustrojów (przeważnie drobnutkie diplokoki) oraz ciałek limfatycznych, leżących pośród drobnej siateczki włóknika, „którego stosunek różnił się nieco od stosunku, jaki zwykle obserwujemy przy błonicy złośliwej. Tam siateczkę włóknikową znajdujemy w samej tkance, i tkanka ta ulega nekrozie. Tu chociaż jedno i drugie daje się spostrzegać, jednak sprawa ta odbywa się bardzo łagodnie, nekrotyczne ogniska spotykamy w wielu miejscach i to tylko w powierzchownych warstwach tkanek“. Nabłonek, wyściełający krypty, bywa zwykle bardzo mocno nacieczony. Co się zaś tyczy tkanki adenoidalnej, to ta, prócz nacieczenia, żadnych zmian szczególnych nie przedstawia, toż samo i pollikuły

¹⁾ Była ona odczytaną na zjeździe międzynarodowym w Rzymie.

²⁾ Porównaj moją pracę „Krup, czy dyfteryt gardła“ Gaz. Lek. 1892, oraz w Monatschr. p. Ohrenheili, 1893.

(stąd nazwa tonsillitis follicularis, jak to już na wstępie zaznaczyliśmy, jest błędną).

Wreszcie w jednym z 3-ch zbadanych przypadków tego cierpienia autorzy ci znaleźli zmiany, charakteryzujące typową błonicę (błony rzekome, nekroza powierzchownych warstw). Na zasadzie powyższych badań autorzy wypowiadają pogląd swój co do tożsamości obu tych spraw chorobowych i proponują dla tego cierpienia nazwę tonsillitis lacunaris pseudomembranacea).

Objawy. Choroba zawsze zaczyna się ostro, zwykle dreszczem, poczem następuje mniej lub więcej znaczne podniesienie ciepłoty, ogólne rozłamanie, ból głowy, poczem dopiero dołącza się bolesne połykanie. W przypadkach moich objawy ogólne bywały raz więcej, drugi raz mniej silnie wyrażone. Ciepłota w wielu razach dochodziła do znacznego natężenia (41°C), w niektórych jednak przypadkach bardzo szybko następował spadek ciepłoty, tak że już często na 2-gi lub 3-ci dzień stan bywał bezgorączkowy. W ogóle przebieg cierpienia jest par excellence ostry, rzadko kiedy sprawa przeciąga się do tygodnia lub dłużej. Bóle głowy częste niezbyt ciężkie, natomiast bardzo dokuczliwym bywa ból przy połykaniu, choć to trwa również bardzo krótko. Parę razy chorzy moi narzekali na bóle, promieniujące, w kierunku do uszów, bez zmian jednak w tych ostatnich. Niesłychanie często znajdowałem u moich chorych powiększone mniej lub więcej, oraz bolesne na dotyk gruczoły limfatyczne szyjowe. O objawie tym wspomina również, jako o bardzo częstym, Jurasz.

Co się tyczy zmian miejscowych na migdałkach podniebiennych, to takowe podlegają przedewszystkiem na mniejszem lub większem zaczerwienieniu migdałków, oraz nieco i sąsiednich części (łuków), następnie zaś na obecności w kryptach w mniejszej lub większej ilości żółtawych, lub białawo-szarawych punkcików, czasami na pierwszy rzut oka zdaje się, że mamy do czynienia z właściwą błonicą, gdyż punkciki te nieco się ze sobą zlewają, tworząc jakby błony rzekome, bliższe jednak przyrzenie się, przy braku sprawy nalotowej na innych częściach (miękkiego podniebienia), wreszcie dalsza obserwacja, zbadanie błonek pod względem bakteryjologicznym pozwala nam wykluczyć błonicę. Są to w każdym razie przypadki nietypowe, przejściowe; w nich to po większej części znajdowałem obok staphylo lub streptokoków, t. zw. laseczники pseudodyfterytyczne, tj.

twory jedynie z wyglądu zewnętrznego przypominające Klebs-Loefferowskie, nie posiadają one natomiast zupełnie cech tych ostatnich (porównaj najświeższą pracę Escherich'a: „Zur Frage des Pseudodiphtheriebacillus und der diagnostischen Bedeutung des Loefflerschen Bacillus.“ Berl. kl. W. 21, 93).

W większości przypadków oba migdałki są dotknięte sprawą chorobową, rzadko przytem w jednakowym stopniu, czasami jednak sprawa umiejscawia się tylko na jednym migdałku, najczęściej wtedy jest on mniej lub więcej przerosły. I tak, na 133 przypadki 24 razy spostrzegałem jednostronne zajęcie (13 razy po lewej, 11 zaś po prawej stronie).

Na szczególną uwagę zasługuje zajęcie migdałka językowego, czyli czwartego (tonsilla lingualis s. quarta).

O takim powikłaniu nie wspomina Jurasz, natomiast znajdujemy o tem wzmianki u Seiferta, autora najnowszej doskonałej monografii o cierpieniach migdałka językowego (Die Pathologie der Zungentonsille. Arch. f. Lar. 1 zeszyt 1883). Autor ten, jakkolwiek sam ani razu nie spostrzegał tego cierpienia, co, bardzo słusznie objaśnia, po prostu nie zwracaniem uwagi w tym kierunku, cytuje jednak Hagen'a, Fleischman'a (16 przyp. glossitis follicularis acutae), Michelson'a, wreszcie Gurowitsch'a. Do tych autorów należy jeszcze dodać u nas kol. Wróblewskiego, który w roku 1892 ogłosił obszerną pracę o migdałku językowym.

Co się mnie osobiście tyczy, to na 133 przypadki tonsillitis lacunaris acutae spostrzegałem jednocześnie zajęcie tą sprawą migdałka językowego 12 razy. Jestem najmocniej przekonany, że zajęcie to zdarzać się musi o wiele częściej, nie zawsze tylko na to zwraca się uwagę. Powyższe twierdzenie opieram na tem, że dopiero w ostatnich czasach każdego chorego z tonsillitis lacunaris acuta zacząłem badać lusterkiem krtaniowem, od tego czasu stosunkowo często znajduję to powikłanie. Przedewszystkiem zauważyć tu muszę, że we wszystkich 12 przyp. tonsillitis lingualis acutae znajdowałem mniej lub więcej powiększony migdał językowy, co również zdaje się stwierdzać mój pogląd co do usposabiającego czynnika, jaki stanowi przerost migdałów na powstawanie sprawy kryptowej ostrej. Co się tyczy obrazu, jaki przedstawia t. zw. follicularne zapalenie migdałka językowego, to w niczem on nie różni się od tego, jaki opisałem

powyżej dla migdałków podniebiennych. I tak więc nasada języka, t. j. przestrzeń między papillae circumvallatae i nagłośnią (t. zw. valeculae, t. j. jamki, znajdujące się po bokach lig. glossoepiglotticum medium ograniczone lig. glosso-epilot. lateralia zwykle bywają wtedy mniej lub więcej wypełnione przerosłym migdałkiem) przedstawia się zaczerwienioną obrzmiałą diffus, lub niektóre gruczoły torebkowate więcej prominiują, w otworach przewodów wyprowadzających tych gruczołów znajdujemy białawo-szarawe zazwyczaj, rzadziej żółtawe punkciki resp. czopki, analogiczne do tych, jakie jednocześnie lub nieco wcześniej występują na migdałku podniebiennym. Ilość ich różna od paru do kilku, zazwyczaj mniej niż w gardzieli. Przebieg ten sam, po większej części znikają one jednocześnie z ustępowaniem sprawy w gardzieli, a więc w kilka dni, czasami tylko nieco dłużej trwają. Bóle gardła b. silne, zwykle umiejscowione przeważnie w okolicy krtani.

Jako правило należy w tej komplikacji przyjąć sprawę wtórną, zstępującą z migdałków podniebiennych na migdałek językowy. Raz jeden jednak spostrzegalem odwrotnie sprawę ostrą lakunarną, która pierwotnie rozwinęła się na migdałku językowym. Przypadek dotyczył 35-letniego urzędnika, który zasięgał mojej porady w Październiku 1893 r.

Chory skarżył się na silny ból w okolicy krtani, gorączkę, ogólne rozłamanie, w ogóle bardzo silnie wyrażone objawy ogólne. Przy badaniu znalazłem co następuje: t. 39,0, gruczoły szyjowe obrzmiałe i bolesne, w gardzieli prócz lekkiego zaczerwienienia isthmi faucium, żadnej sprawy poważniejszej, któraby mi przedewszystkiem tłoczyła owo bolesne połykanie. Natomiast przy badaniu lusterkiem krtaniowem znalazłem wytłoczenie tego objawu w ostrem zajęciu migdałka językowego (mocne zaczerwienienie i obrzmienie, kilka plamek oddzielnych, białawo-szarawych). Zalecono oleum ricini, antipyrinę do wewnątrz, oraz kompres rozgrzewający na szyję. Na drugi dzień połykanie bez zmiany, objawy ogólne (febris) również in statu quo. Gruczoł podszczękowy, przeważnie prawy, mocno obrzmiał i na dotyk bolesny. Przy badaniu gardzieli spostrzegłem na obu (więcej prawym) migdałkach podniebiennych typowe w kryptach czopki obok mocnego zaczerwienienia i obrzmienia migdałków. Na migdałku językowym stan prawie bez zmiany. Zalecono płukanie z salolu.

Na drugi dzień o wiele lepiej zarówno subiektywnie (połykanie lepsze), jak i obiektywnie (febris mniejsza, sprawa na migdałkach, zwłaszcza językowym, słabsza), po kilku dniach chory zupełnie zdrow; badanie zarówno gardzieli, jako też i lusterkiem krtaniowem nie wykrywa absolutnie zmian żadnych. Przypadek ten jeszcze zasługuje na uwagę z tego względu, że w tydzień potem, jakoby po silnem zaziębieniu, wystąpiły raptownie silne bóle w okolicy zatok czołowych, oraz mocny katar nosa z wydzieliną ropiastą. Badanie wykryło obustronne ostre ropne zapalenie błony śluzowej tych zatok. Przy odpowiednim leczeniu (kateteryzacya), w parę tygodni nastąpiło zupełne wyleczenie.

W obec występowania sprawy zapalnej t. zw. follikularnej na migdałkach podniebiennych, oraz językowem, z samej już analogii zdawało by się, że i t. zw. 3-ci migdałek, tonsilla pharyngealis s. Luschki powinien ulegać tejże sprawie chorobowej. Jakkolwiek nie przypominam sobie, bym w literaturze odnośną wzmiankę znajdował ¹⁾, sądzę jednak, że przy tonsillitis lacunaris acuta zdarzać się musi i może nie tak nawet rzadko zajęcie jednocześnie tego migdałka. Wprawdzie brak mi jeszcze dostatecznych dowodów na poparcie tego twierdzenia, gdyż dopiero w ostatnich zupełnie czasach zacząłem badać w tym kierunku jamę nosogardzielową za pomocą lusterka (rhinoscopia posterior), co zresztą nie zawsze, jak wiadomo, jest możliwem. Zaledwie dotąd mam zanotowanych trzy przypadki tego cierpienia, jeden z nich dotyczył 14-letniej dziewczynki, u której obok typowej tonsillitis lacunaris acuta na obu migdałkach jednostronnych, jakoteż mocno przyrośłego migdałka językowego, również z paru typowymi plamkami białawo-szaremi; przy badaniu lusterkiem znalazłem mocne zaczerwienienie i obrzmienie migdałka gardzielowego, na nim zaś kilka (od 4—5) oddzielnych punkcików białawo-szarawych. Przebieg zwykły, przy zastosowaniu zwykłych środków (płukanie salolem, kompres na szyję, wreszcie kąpiele jamy nosogardzielowej—metoda Schmidta), w kilka dni nastąpiło wyzdrowienie. Migdałek Luschki, oprócz umiarkowanego prze-

1) W ostatnich dopiero czasach znalazłem w atlasie chorób gardła i nosa (1894) Grünwalda rysunek i opis: tonsillitidis pharyngea lacunaris (fig. 45)

rostu żadnych zmian nie przedstawiał, toż samo migdałek językowy.

Również interesującym ze względu na zajęcie sprawą chorobową w mowie będącą całego aparatu limfatycznego gardzielowego jest przypadek następujący: 25-letnia żona kupca zasięgała mojej porady w lecznicy w Grudniu roku zeszłego (1893), od kilku dni gorączkuje, skarży się na ostry ból przy połykaniu. Przy badaniu znaleziono: t^0 38,5, gruczoły szyjowe powiększone i bolesne. Na obu migdałkach podniebiennych, silnie zaczerwienionych i obrzmiałych, widać kilka w kryptach umiejscowionych białawo-żółtawych punkcików. Takież plamki więcej białawo-szarawe w ilości 4—5 znajdują się na również zaczerwienionym i mocno powiększonym migdałku językowym. Wreszcie, badając jamę nosogardzielową lusterkiem, spostrzegłem, że i migdałek gardzielowy przedstawia się mocno zaczerwienionym i obrzmiałym, na nim zaś porozrzucane w ilości 3—4 ograniczone wielkości łepka od szpilki białawo-szarawe punkciki.

Przy zastosowaniu zwykłego w tych razach leczenia [porównaj poprzedni przypadek ¹⁾] nastąpiło w ciągu mniej więcej tygodnia zupełne wyleczenie. Z wyjątkiem umiarkowanego przerostu migdałka Luschki, oraz znacznego powiększenia migdałka językowego, zmiany ostre ustąpiły najzupełniej.

W ostatnich czasach spostrzegałem jeszcze 3-ci przypadek jednoczesnego zajęcia migdałków podniebiennych, językowego i gardzielowego u 19-letniego subiekta handlowego. Typowa tonsillitis lacunaris acuta duplex (hypertrophia tonsillarum enormis). Dość silne wyrażone objawy ogólne. Bardzo dokuczliwy ból przy łykaniu. Obrzmienie i zaczerwienienie migdałka językowego, na nim kilka plamek białawo-szarawych. Na obrzmiałym i mocno zaczerwienionym migdałku gardzielowym 2—3 podobnie wyglądających plamek. Przebieg dość ciężki, zwłaszcza bóle przy połykaniu po kilku dniach dopiero ustąpiły przy zwykłym leczeniu.

Dotychczas więc widywałem jedynie wtórne zajęcie migdałka gardzielowego sprawą t. zw. follikularną. Przypadki te t. zw. kombinowane, gdyż jednocześnie i migdałek językowy

¹⁾ Z dodatkiem zasypywania raz na dzień jamy nosogardziellowej (od strony jam nosowych i jamy ustnej) arystolem.

bywał zajęty, odznaczały się większem napięciem, oraz dłuższem nieco trwaniem samej choroby, bóle silne przy połykaniu nie charakterystyczne dla tego zajęcia. Bóle głowy w obu przypadkach dość silne, nieco ku tyłowi umiejscowione (cephalgia occipitalis). Miejscowo sprawa zupełnie identycznie się przedstawiała na migdałku gardzielowym jak i na podniebiennych i językowym, mianowicie mniej lub więcej znaczne zaczerwienienie i obrzmienie (po większej części i tu podobnie, jak na migdałku językowym, istniała sprawa przerostowa przeważnie średniego napięcia). Wreszcie tu i owdzie porożrzucane drobne oddzielne białawo-szarawe punkciki, zazwyczaj w ilości niezna- cznej.

Przechodzimy obecnie do zejść resp. powikłań tonsillitis lacunaris acutae. O jednym z nich t. j. ropnem zajęciu zatok czołowych wspominałem powyżej. Względnie często spostrzega- łem jednoczesne zajęcie dróg oddechowych (laringitis et bron- chitis acuta). Jurasz również wspomina o tem powikłaniu. Au- tor ten w jednym przypadku widywał herpes. W 2-ch przypad- kach spostrzegałem zejście w ropienie (tonsillitis abscedens) za- wsze jednostronne. Typowa tonsillitis lacunaris acuta unilateralis z gorączką, białą-szarawymi punkcikami etc.), w parę dni usta- piła, poczem znowu wystąpiły silne bóle gardła, coraz więcej się wzmagające, po tej samej stronie. Ostatecznie migdał w sta- nie przerostu będący, uległ zropieniu, (w jednym przypadku zmu- szony byłem za pomocą incyzji wypuścić ropę, w drugim ropień sam pękł).

O takim zejściu nie znajduję wzmianki u Jurasza. W lite- raturze istnieje opis jedynego przypadku tonsillitis follicularis, w którym w 72 godziny nastąpiło zejście śmiertelne wskutek ostrej infekcyjnej phlegmony gardzieli Kohn ¹⁾. New York Med. Rec. 4/IV. 1893.

Rokowanie przy tonsillitis lacunaris acuta jest absolutnie dobre. Choroba zwykle kończy się pomyślnie w kilka dni, nie pozostawiając po sobie żadnych śladów (porażeń etc.).

Rozpoznanie tego cierpienia jest po większej części łatwe: cierpienie ostre, gorączkowe, z zajęciem charakterystycznym mi-

¹⁾ „Acute infectious phlegmone of the pharynx following fol- licular tonsillitis Death in seventy two hours.“

gdałków (białawo-szarawe naloty w kryptach umiejscowione może być jedynie pomieszane ze sprawą dyfterytyczną. Ta ostatnia jednak różni się zajęciem jednoczesnem innych części gardzieli (uvula, tylna ścianka etc.), naloty same są więcej rozlane niekoniecznie w kryptach, pod postacią mniej lub więcej grubych błon rzekomych, szarawych lub brudnawych. Zajęcie nosa lub krtani w wielu razach, dalej sprawy następcze (porażenia etc.) pozwalają nam odróżniać te cierpienia. Objawy ogólne, zajęcie gruczołów typowych chłonnych, wreszcie zakaźny charakter nie mają znaczenia rozpoznawczego, gdyż przy obu sprawach zarówno mogą występować.

Jakkolwiek typowy *par excellence* wygląd migdałków przy tonsillitis locunaris acuta nie pozostawia zazwyczaj najmniejszych wątpliwości co do istoty samej sprawy, to jednak nie można zaprzeczyć, że czasami wygląd ten nie jest tak charakterystyczny, że naloty, jakkolwiek umiejscowiane w kryptach, mają charakter więcej rozlany. Są to t. zw. sprawy przejściowe, nietypowe. O nich już powyżej wspomniałem. Rozpoznanie w tych razach nie jest tak łatwe i tylko na drodze badań bakteryjologicznych rozstrzygnąć się daje. Przypadki takie niejednokrotnie spostrzegałem i w kierunku pasożytniczym badałem.

Leczenie. Należy mi przedewszystkiem rozstrzygnąć tu kwestyę bardzo ważną, co do której dotąd jeszcze wśród lekarzy niema zgody. Chodzi mianowicie o to, czy przy tonsillitis lacunaris acuta należy chorych izolować lub nie, jednym słowem postępować tak, jak to przy błonicy robimy. Rozstrzygnięcie tej kwestyi wypływa już po prostu z wzajemnego stosunku obu tych spraw chorobowych. Gdyby tonsillitis lacunaris acuta była niczem innem, jak poprostu lżejszą postacią dyfterytu, jak to jeszcze niektórzy, nieliczni wprawdzie autorowie utrzymują, to rzecz prosta wszystko to, co obowiązuje przy leczeniu błonicy, powinno również być stosowane i przy sprawie lakunarnej, a więc odłączanie chorych dzieci od zdrowych od najpierwszych chwil zaślabnięcia etc. Ponieważ jednakże, jak to powyżej wspomniałem, tak nie jest, ponieważ badania bakteryjologiczne wykazały, że sprawa ta absolutnie w żadnym nie stoi przyczynowym związku z właściwą błonicą, przeto izolacyja, jako metoda profilaktyczna jest najzupełniej zbyteczna ¹⁾. Prawda, że tonsillitis la-

¹⁾ Mam tu na myśli izolacyję w ścisłym znaczeniu tego słowa, t. j. usuwanie zdrowych dzieci (lub chorego) do innego pomieszkania,

cunaris acuta jest również cierpieniem również zakaźnem, mogącem występować po prostu epidemicznie, jednak: 1) przypadki zarażenia się tą chorobą są stosunkowo rzadkie (widywałem niejednokrotnie, że nawet matki, karmiące dzieci, nie zarażały tych ostatnich, choć i odwrotnie się zdarzało (porównaj jedną z powyżej opisanych epidemij); 2) co jest ważniejszem zarażenie wywołuje *zawsze*, przynajmniej w moich spostrzeżeniach, tą samą typową sprawę chorobową, a więc cierpienie par excellence łagodne, *nigdy* zaś sprawę błonicową i odwrotnie.

Przechodzę obecnie do właściwej terapii: jest ona prosta, polega przedewszystkiem na zwalczaniu ogólnych objawów (gorączki, osłabienia etc.), co osiągamy przez podawanie oleju rącznikowego, następnie antipyriny (chininy lub salolu) do wewnątrz, wino, dieta odżywcza; co się tyczy obecnie leczenia miejscowego, to w moich przypadkach ograniczałem się jedynie na płukaniu salolem (z 5⁰/₀ roztworu alkoholowego łyżeczkę na szklankę wody letniej ¹⁾ lub mentholem, bardzo zaś rzadko sublimatem lub kreoliną ²⁾, w cięższych przypadkach po prostu kwasem bornym. Dobre bardzo rezultaty, przedewszystkiem dla uśmierzania bólu, widywałem przy stosowaniu t. zw. rozgrzewających kompresów na szyję, zwłaszcza w przypadkach powikłanych zajęciem migdałka językowego. Będąc w ogóle przeciwnikiem pędzlowań przy błonicy i w tem cierpieniu ich nie stosuję; raz jeden tylko tytułem próby zastosowałem pyoctaninę, bez szczególnego jednak rezultatu. Natomiast Jurasz zaleca bardzo ścieranie czopków co 2—3 godziny 2—5⁰/₀ kwasu karbolowego. W tych rzadkich przypadkach, gdzie jednocześnie zajęty jest migdałek gardzielowy, stosuję zasypywanie jamy nosogardzielowej środkiem antyseptycznym (najlepiej arystolem), jakoteż t. zw. kąpiele nosowe (z kwasu bornego etc.). Na zakończenie wspomnę tylko nawiasowo, że dwa razy wprawdzie nie w celach terapeutycznych, lecz dla badań bakteryjologicznych, w acme choroby migdały wyciąłem

co po większej części (zwłaszcza w biedniejszej praktyce) spotyka na poważne trudności. Rozumie się samo przez się, że zwykle środki ostrożności, jak w każdej chorobie zakaźnej, i tu zastosowanemi być winny.

1) Po zamięszaniu tworzy się płyn mleczny.

2) Dwa te środki wielce dla chorych są nieprzyjemne.

tonsillotomem, przyczem rękoczyn ten okazał się najzupełniej dla chorych nieszkodliwym, co również przeciwko pochodzenie dyfterytycznemu tego cierpienia by przemawiało.

Sokołowski i Dmochowski również w 3-ch przypadkach bez szkody dla chorych wykonali tonsillotomię (dla badań anatomico-patologicznych).

Jeżeli wycinanie przerosłych migdałków podczas istnienia sprawy chorobowej, bądź co bądź jest przeciwwskazaniem ze względu na możliwą infekcję rany, to inna zupełnie jest rzecz z wycinaniem przerosłych migdałków w okresie zdrowym po prostu w celach profilaktycznych. Wprawdzie nie zawsze usunięcie przerosłego migdałka zapobiega ponownemu wystąpieniu sprawy lakunarnej ostrej, jak tego zresztą dowodzi przypadek powyższy w opisie 4-ej epidemii tego cierpienia, nie ulega jednak przynajmniej żadnej wątpliwości, że przerost uspasabia do tego cierpienia i jako taki usuniętym na drodze operacyjnej (czy to tonsillotomem, czy też, gdzie tylko to jest możliwem, najlepiej za pomocą pętli galwanokaustycznej ¹⁾ bezwarunkowo być powinien. W większości moich przypadków usposobienie to znikало, jeżeli zaś i na wyciętych migdałkach występowała czasami ponownie sprawa lakunarna ostra, to zawsze bywała ona wtedy mniejszego natężenia, co najwyraźniej można było stwierdzić w tych przypadkach, w których tylko jeden migdałek był usunięty.

¹⁾ Vide moje „O stosowaniu galwanokaustyki w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów“ (Kron. Lek. 1892 r.), jakoteż po francusku w Rev. de Laryng. 1893 r.
