

244

BIBLIOTEKA
Szpitala im. Karola i Marii
Dla Dzieci
Nr. 1135



Seryja VI.

Zeszyt 2.

ODCZYTY KLINICZNE,

WYDAWANE PRZEZ

REDAKCJE GAZETY LEKARSKIEJ.

N^o 62.

**Ból gardła i jego znaczenie dyagnostyczne
przy cierpieniach jamy gardzielowej.**

Skreślił

Dr. med. Alfr. SOKOŁOWSKI.

Cena pojedynczego zeszytu 30 kop.

Cena 12 zeszytów, wydanych w ciągu jednego roku 3 rs.

WARSZAWA.

Druk K. Kowalewskiego. Królewska 29.

1894.

Biblioteka Główna
MUM



Дозволено Цензурою.
Варшава, 16 февраля 1894 года.

**Biblioteka Główna
WUM**



www.dlibra.wum.edu.pl

BIBLIOTEKA
Szpitala im. Karola Marii
Dzieci
Nr. 1135

BÓL GARDŁA

i jego znaczenie dyagnostyczne przy cierpieniach jamy gardzieliowej.

Studyum kliniczne.

Skreślił

Dr. Med. Alfred Sokołowski,

ORDYNATOR SZPITALA ŚW. DUCHA W WARSZAWIE.

Treść: Ogólny charakter bólu gardła.—Ostre zapalenie błony śluzowej jamy gardzieliowej.—Ostre zapalenie migdałów. — Ostre zapalenie migdałka językowego. — Ropne zapalenie migdałka podniebieniowego i jego otoczenia. — Ropień pozagardzieliowy. — Sprawa rozlana septyczna gardzieli. — Wyprysk gardzieli. — Dyfteryt gardzieli. — Ostre zapalenie torebek migdałkowych.—Włókniste zapalenie gardzieli.—Ostre zapalenia przy chorobach wysypkowych. — Obce ciała w gardzieli. — Przewlekłe zapalenie krypt migdałów złuszczone.—Grzybica gardzieli.—Gruźlica gardzieli.—Przymiot gardzieli. — Nowotwory złośliwe.—Nieżyty przewlekłe gardzieli: przerostowy i zanikowy.—Nerwobóle i parestezye gardzieli.

Laryngologia, wyłoniwszy się w ciągu ostatnich lat dwudziestu z medycyny wewnętrznej, dzięki całemu szeregowi badań i prac jako specjalna i zupełnie ograniczona umiejętność, sprawiła znaczny przewrót w poglądach na cierpienia krtani i jamy nosogardzieliowej. Umiejętność jednakże ta, wytwarzając grono lekarzy specjalistów, usunęła jednocześnie z pola studyów w klinikach wewnętrznych obszerny materiał, dotyczący cierpień gardzieli, nosa i krtani. Tym sposobem młody lekarz, po ukończeniu swych studyów, jak to ma głównie miejsce u nas, gdzie specjalnej katedry laryngologii nie ma, wychodzi zupełnie nieobznajmiony praktycznie z tym obszernym działem patologii wewnętrznej, w praktyce swej następnie napotyka na każdym kroku liczne trudności, następstwem których są nieraz błędy terapeutyczne i dyagnostyczne. Niejednokrotnie zauważając braki w tej gałęzi wiedzy medycznej szczególnie u młodych lekarzy-praktyków, postanowiłem w niniejszej pracy zwrócić

ich uwagę na szereg główniejszych cierpień jamy gardzielowej, najczęściej spotykanych w ogólnej praktyce lekarskiej. Nie mam tu zamiaru pisać szczegółowego traktatu o chorobach gardzieli, które w licznych i wybornych podręcznikach zagranicznych wyczerpująco zostały opracowane; chcę tylko, kierując się jednym z kardynalnych objawów, napotykanym przy tychże cierpieniach, osnuć na jego tle pewne ogólnodyagnostyczne uwagi, dotyczące spraw chorobowych gardzieli.

B ó l g a r d ł a jest jednym z najpospolitszych objawów podmiotowych u chorych dotkniętych cierpieniem gardzieli. U publiczności jest on niemal synonimem licznych cierpień jamy gardzielnikrtaniowej; o ile więc objaw ten dotyczy bardzo różnorodnych zaburzeń, należy nam szczegółowo rozebrać znaczenie jego symptomatologiczno. Jak tylko co wzmiankowałem, chorzy charakteryzują najróżnialsze cierpienia mianem bólu gardła. Rozpytując ich jednak szczegółowo, dowiadujemy się, że różni chorzy różnie określają ów objaw; a lekarz winien przede wszystkim w każdym pojedynczym przypadku dowiedzieć się dokładnie, jakie znaczenie ma ten objaw, który nieraz ułatwia właściwe rozpoznanie choroby. A więc przede wszystkim pod mianem bólu gardła większość chorych rozumie utrudnione przełykanie pokarmu i ból związany z tą czynnością. W tych razach należy szczegółowo rozpytać, co, jak później zobaczymy, ma pewną doniosłość, czy ból ów stale występuje przy każdym usiłowaniu przełknięcia, czy jest ograniczonym do jednej tylko strony, oraz czy występuje w równej mierze przy przełykaniu pokarmów płynnych, i stałych. Samo natężenie bólu również miewa różnorodny charakter. Jedni chorzy określają go jako ból głuchy, ustępujący w zupełności po przełknięciu pokarmu, u innych ból przyjmuje ostry kłujący charakter i trwa niezależnie od aktu ruchowego, co stanowi w wielu przypadkach ważny objaw rozpoznawczy. Co się tyczy umiejscowienia, to w większości przypadków chorzy lokalizują go w głębi gardzieli, w innych razach wskazują na okolice krtani; w pewnych przypadkach ból z gardzieli szerzy się na sąsiednie okolice, najpospoliej chorzy skarżą się na ból, rozprzestrzeniający się od jednego ucha do drugiego, u innych, ma on charakter zstępujący, szerząc się na okolicę krtani i dalej na przednią okolicę mostka, lub też na okolicę międzyłopatkową. W innym szeregu przypadków dowiadujemy się, że pod mianem bólu gardła, chorzy rozumieją uczucie przeszkody, jakby obcego ciała w gardzieli. Ból tej kategorii w ogóle bywa niezale-

żnym od aktu połykania, bywa najczęściej niestałym, peryodycznym, nieraz sam akt jedzenia, a szczególnie picia, znosi owo uczucie podmiotowe. W tej kategorii bólów należy na tę ostatnią okoliczność zwrócić szczegółową uwagę, daje nam bowiem ona nieraz ważne wskazówki rozpoznawcze. Niektórzy chorzy, skarżący się na ból gardła, przy bliższem rozpytywaniu się pod mianem takowego rozumieją uczucie nadmiernej suchości, występujące od czasu do czasu. Suchość ta dosięga nieraz takiego natężenia, że sprawia chorym po dłuższem mówieniu, szczególnie na wietrze, w atmosferze gorącej i mocno dymnej, wrażenie bólu; przeciwnie uczucie suchości nieknie przy spokoju, po wypiciu płynu, w atmosferze cieplej i wilgotnej. Wreszcie mianem bólu określają chorzy szereg różnorodnych parestezyi, występujących od czasu do czasu, szczególnie u kobiet, w jamie gardzielowej. Wtedy ból przy bliższem rozpytywaniu okaże się uczuciem zaciśnięcia gardzieli, tak zwanym spazmem gardzieli, *globus hystericus*, dalej uczuciem jakby przełkniętego i siedzącego w gardle włosa, uczuciem palenia ograniczonego w gardzieli, uczuciem tkwiącej ostrej kostki i t. p.. W tych wszystkich razach rozpytywanie się o charakterze samego bólu jest w stanie dać bliższe wskazówki dyagnostyczne.

Wielu chorych uskarża się na ból gardła, który przy bliższem rozpatrzeniu się bynajmniej niema siedliska w jamie gardzielowej, i na tę okoliczność należy zwrócić baczną uwagę dla uniknienia mylnych rozpoznań. Ból w tych razach występuje najczęściej przy połykaniu bądź płynnych, bądź też stałych pokarmów; często występuje i bez przełykania: jest to ból tępy, rozprzestrzeniający się w kierunku ucha. Lekarz bowiem, zanim zbada jamę gardzielową, u chorego skarżącego się na ból gardła, winien zbadać jeszcze narządy sąsiednie, których rozliczne cierpienia bywają opisywane przez chorych jako ból gardła. Tutaj należą przedewszystkiem powiększone na drodze ostrej lub też przewlekłej gruczoły limfatyczne szyi, dalej cierpienia zapalne okostnej zębów, cierpienia szczęki, nieraz gruczoł tarczowy, nadmiernie powiększony, dający objawy uciskowe (*struma*). W zależności od dalej położonych narządów objawy bólu gardła występują przy cierpieniach głębokich krtani, a szczególnie tylnej ściany nagłośni, [gruźlica, syfilis, sprawy okołochrząstnowe (*perichondritis*)], rozpoznanie których, o czem zresztą poniżej będzie mowa, jedynie tylko przy badaniu wziernikiem krtaniowym da się określić. Również na ból gardła skarżą się chorzy, dotknięci objawami zwężenia przełyku [nowotwory, zwężenia bliznowate]. Ból w tych razach występuje przedewszystkiem przy przełykaniu, a sprawa może być należycie wyjaśnioną zapomocą zgłębnika przełykowego.

Przystępując do opisu głównych spraw patologicznych jamy gardzielowej, charakteryzujących się mniej lub więcej ciężkim bólem gardła, należy przedewszystkiem rozróżnić dwie kategorie cierpień, ważnych pod względem praktycznym, t. j. bóle gardła ostre i bóle przewlekłe. Rozpoczynając od bliższej charakterystyki pierwszej kategorii, jako najbardziej lekarza-praktyka obchodzącej, przedewszystkiem należy wymienić:

I. *O s t r e z a p a l e n i e j a m y g a r d z i e l o w e j* zwane pospolicie *angina simplex*. Jest to cierpienie, występujące w pierwotnej postaci stosunkowo rzadko i dające wielką możliwość do różnorodnych błędów rozpoznawczych. Występuje ono nagle, z towarzyszeniem dreszczów i mniej lub więcej mocnej gorączki, przy współcześnie istniejącym odrazu bardzo mocnym bólu gardła, który stanowi niemal jedyny i dominujący przedmiot skargi ze strony chorego. Ból ten miewa charakter kłujący, jest on obustronnym, utrudniając, a wielokrotnie nawet uniemożliwiając przełykanie już nie tylko stałych, lecz i płynnych pokarmów. Badanie obiektywne jamy gardzielowej winno w tych razach być nadzwyczajnie szczegółowo dokonaniem ze względu, że jest nam ono w stanie rzeczywiste rozpoznanie odrazu ułatwić. Badanie to wykazuje nam w podobnych przypadkach równomierne i mocne zaczerwienienie i obrzęk całej błony śluzowej gardzieli. Błona śluzowa przyjmuje nieraz odcień prawie purpurowy, języczek w tych razach jest mocno czerwony i obrzęknięty, przedstawiając się nieraz pod postacią grubego szkarłatnego kłuska. Podobnie i migdały wyglądają zaczerwienione i zbrzęknięte; błona śluzowa podstawy języka również zbrzęknięta, na dolnej jej powierzchni znajduje się obfity białawy nalot, powstały z mocno łuszczącego się nabłonka, zmieszanego ze śliną, trudno dającą się przełykać. Wogóło wielokrotnie cały język bywa zbrzęknięty, co w większości wypadków znacznie utrudnia dokładne zbadanie jamy gardzielowej. Wspomniany nalot, osadzając się na podstawie języka, może stanowić nieraz dla niewprawnego badacza punkt wyjścia do rozmaitych błędów rozpoznawczych, nalot bowiem ten z łatwością osadza się na migdałach i może być wziętym za nalot dyfterytyczny, co niejednokrotnie w praktyce swej widywałem; od omyłki rozpoznawczej uchronić może okoliczność, że 1) nalot ten przedstawia się pod postacią dość rozlanych nieregularnych plam białosmietankowego pienistego wyglądu; 2) znajduje się głównie w częściach migdałów, stykających się z podstawą języka, a więc w dolno-tylnych ich odcinkach. Wreszcie nalot ten z łatwością może być usunięty końcem szpatli lub też pędzelkiem, i wtedy pozostawia pod sobą błonę śluzową mocno zaczerwienioną, niczem jednak nie różniącą się

od części sąsiednich. Powyżej skreślony charakterystyczny wygląd całej błony śluzowej gardzieli pozwoli jedynie rozpoznać stosunkowo rzadkie pierwotne cierpienie; w większości zaś przypadków mamy do czynienia ze sprawą innej natury: tak najczęściej rozlane ostre zapalenie gardzieli występuje wtórnie, towarzysząc innej zakaźnej sprawie, a przedewszystkiem ostrej chorobie wysypkowej. Do takich spraw, którym towarzyszy ostre zapalenie jamy gardzielowej, przedewszystkiem zaliczyć należy szkarlatynę; daje ona niejednokrotnie jako pierwotny objaw ostre zapalenie gardzieli o typie i objawach wyżej opisanych. Zapalenie to może przebiegać nietylko w początkowych, lecz i w późniejszych okresach zupełnie bez nalotów; istotne rozpoznanie w tym razie daje charakterystyczna wysypka na skórze, ztąd też przy ostrych zapaleniach gardzieli zbadanie skóry jest rzeczą pierwszorzędną doniosłości; 2) acz w mniejszym stopniu, toż samo ma miejsce przy odrze, i tutaj rozpoznanie ułatwia charakterystyczna wysypka; 3) róża gardzieli, cierpienie, jako idiopatyczne, niesłychanie rzadkie, daje również obraz ostrego zapalenia o typie wyżej skreślonym z tą może różnicą, że zaczerwienienie błony śluzowej przyjmuje bardzo ciemny odcień [wina czerwonego]. Cierpienie to jednakże jest w ogromnej większości przypadków cierpieniem zstępującem z jamy noso-gardzielowej; ztąd też w anamnezie wyraźnie zaznaczoną będzie przed wystąpieniem bólu gardła kilkodniowa gorączka z dreszczami, zatkaniem nosa i krwawieniami z niego, w wielu zaś razach sprawę poprzedza jakiś uraz jamy nosowej, operacye [nacięcia, galwanokaustyczne wypalania i t. p.] poprzednio w nosie dokonane. Uwzględnienie tych momentów ułatwia rozpoznanie.

Już wyżej wspominałem, że ostre zapalenie gardzieli może być wzięte za błoninę gardzieli. W większości przypadków zdarza się jednakże stosunek zupełnie odwrotny, t. j. że dyfteryt gardzieli, przebiegający skrycie bywa przyjmowanym za ostre zapalenie. Zdarza się to w tych przypadkach, gdzie niewielki nalot dyfterytyczny, szczególnie przy obojętności dużych migdałów, znajduje się na tylnej ich powierzchni i przy powierzchownem badaniu zauważonym nie bywa. W tych jednakże razach mocno obrzmiałe gruczoły szyjowe będą ważną cechą rozpoznawczą, zmuszającą do wielokrotnego dobrego zbadania gardzieli, przyczem nalot da się rozpoznać, inne bowiem cechy, wyżej wskazane, t. j. zaczerwienienie i stan obrzkowy błony śluzowej towarzyszy często złośliwym postaciom sprawy dyfterytycznej.

To są głównejsze sprawy, które przebiegając przy objawach analogicznych mogą łatwo dawać powód do błędów rozpoznawczych,

Dopiero po wykluczeniu ich jesteśmy w prawie dyagnozować ostre samodzielne cierpienie gardzieli, które zdaje się, że nie ulega najmniejszej kwestyi, jest również cierpieniem natury zakaźnej; istnieje bowiem szereg spostrzeżeń różnych autorów [BOUCHARD, LANDOUZY, CZAJKOWSKI, KANNEBERG], którzy w tego rodzaju sprawach znajdowali rozmaite drobnoustroje [streptokoki, stafilokoki, pneumokoki]. Przebieg powyższej sprawy w większości przypadków bywa pomyślny, aczkolwiek nieraz sprawa robi wrażenie z początku infekcyi niezwykle ciężkiej, obok bowiem bólu gardła towarzyszy jej uczucie ogólnego mocnego rozbicia, ból w krzyżu, ból głowy, bezsenność, a nieraz nawet daje się spostrzegać białkomocz. Po kilku dniach najczęściej objawy stopniowo nikną, gorączka ustępuje, obrzęk i zaczerwienienie błony śluzowej zmniejsza się, najdłużej stosunkowo trwa ból gardła, który również, powoli zmniejszając się w natężeniu, znika zupełnie.

Z punktu etiologicznego winienem jeszcze dodać, że sprawę tę widywałem w ostatnich latach częściej w czasie panującej jednocześnie epidemii influenzy. Czy i w jakim przyczynowym związku obie te sprawy się znajdują, trudno jest wyrzec stanowczo wobec niustalonych jeszcze w tej kwestyi poglądów bakteriologicznych.

II. Ostrze zapalenie migdałów (*tonsillitis acuta simplex*). Jest to cierpienie u nas dosyć powszechne i występuje, jak wyżej opisana sprawa, najczęściej ostro z towarzyszeniem wysokiej gorączki, charakteryzując się podmiotowo bardzo silnym bólem gardła, który stanowi dominujący objaw ze strony chorego. W stosunkowo rzadkich przypadkach cierpienie, przebiegając z wysoką gorączką, przedstawia obraz ogólnej choroby infekcyjnej, mamy bowiem objawy zajęcia stanu ogólnego, brodzenie, nieraz białkomocz. W ogromnej jednakże większości przypadków objawy ze strony stanu ogólnego są bardzo nieznaczne, gorączka niewielka, lub żadna, a cała sprawa ogranicza się do objawów bólu. Badanie obiektywne gardzieli wykazuje migdał odpowiedniej strony powiększony, napięty, czerwony, najczęściej zaczerwienienie rozszerza się nieco na sąsiednie podniebienie miękkie odpowiedniej strony. Gruczoły chłonne szyjowe odpowiedniej strony w większości przypadków nie są powiększone. Przyglądając się bliżej powiększonemu migdałowi, bardzo często daje się zauważyć przy otworach krypt drobne plamki białawe przezroczyste, wydzielające się z otworów, o czym najlepiej przekonać się można, wykonywając szpatłem lekki ucisk na migdał. Nałociki te z łatwością pendzelkiem mogą być usunięte, a błona śluzowa pod nimi przedstawia się zu-

pełnie niezmienioną. Sprawa w ogromnej większości przypadków zajmuje zwykle jeden migdał, zdarzają się jednakże przypadki, w których i drugi migdał zostaje dotknięty, współcześnie lub też w kilka dni później. Z innych objawów oprócz wyżej wspomnianego bólu, który niejednokrotnie przyjmuje nadzwyczaj silne natężenie, wspomnieć jeszcze należy o bólu w uchu odpowiedniej strony, który w tych razach jest tylko objawem irradycyi bólu migdała w kierunku nerwu usznego i zazwyczaj szybko ustępuje jednocześnie z bólem gardła. W niektórych jednakże przypadkach ból ucha pozostaje, sprawa bowiem zapalna rozszerzyła się na trąbkę EUSTACHIUSZA. Z innych objawów podmiotowych zanotować należy silnie utrudnione łykanie szczególnie bolesne po stronie zajętej. Trwanie ostrego zapalenia migdałów bywa zazwyczaj krótkie: dzień, dwa do trzech najwyżej, poczem objawy podmiotowe i przedmiotowe choroby szybko nikną w zupełności. Jeśli sprawa w równomiernem natężeniu przeciąga się trzy do czterech dni, wówczas należy podejrzewać istnienie jakiegoś powikłania [dyfteryt, *endocarditis* i t. p.], a przedewszystkiem rozwój sprawy ropnej w migdałku, lub w tkankach sąsiednich. W ostatnim jednakże przypadku występuje cały szereg innych objawów podmiotowych i przedmiotowych, które poniżej szczegółowo rozberzemy.

Punktem wyjścia sprawy wyżej opisanej, zdaje się, jest błona śluzowa krypt, w których gniezdzące się już normalnie różne drobnoustroje mogą przy pewnych bliżej nieznanych warunkach wywołać w mowie będącą sprawę, noszącą w swoim przebiegu pewne cechy sprawy infekcyjnej, zresztą o naturze bliżej nieokreślonej, liczni bowiem badacze wykazywali tak w tej sprawie jako i w poprzedniej różnorodne odmiany punktikowatych drobnoustrojów [strepto-stafilokoki] jako istotną przyczynę choroby.

Rozpoznanie tej sprawy nie powinno zazwyczaj przedstawiać trudności, zmieszaćby ją chyba można tylko ze sprawą ostrą wyśiękową krypt migdałów, tak zwaną przez nas *angina pseudomembranacea* s. *angina follicularis* lub też z ropnem zapaleniem migdałków, objawy których wkrótce szczegółowo będą opisane.

III. Istniejący na podstawie języka zbiór tkanki adenoidalnej powszechnie nazwany migdałkiem językowym (*tonsilla lingualis*) wywołuje w pewnym szeregu przypadków objawy wielce charakterystyczne i ważne pod względem rozpoznawczym. Odrazu lub nieraz po uprzednich dreszczach występuje mocny ból w gardle, nabierający szczególnego natężenia przy przełykaniu pokarmów. Chorzy lokalizują go głęboko w gardle. Ból bywa często niezwyklego natężenia, pozbawia snu chorych i uniemożliwia w zupełności łykanie. Badanie

przedmiotowe jamy gardzielowej w większości przypadków nie wykazuje żadnych zmian ze strony błony śluzowej gardzieli. Uderza jednakże przy badaniu okoliczność, że nasada języka jest nieco zbrzęknięta, a ucisk szpatłem lub też łyżeczką wywołuje ból żywy. Objaw ten subiektywny ma wielką doniosłość rozpoznawczą i winien odrazu budzić podejrzenie choroby ostrej tak zwanego migdałka językowego, należyte rozpoznanie której dopiero przy pomocy badania wziernikiem krtaniowym wzupełności może być dokonane. Badanie to wykaze, że migdałek ów jest mocno zbrzękniętym, a błona śluzowa, okalająca go, czerwona i napięta. Badanie laryngoskopowe również odrazu pozwala wykluczyć inne cierpienia głębiej leżących okolic, t. j. tak zwane ostre zapalenie nagłośni, głębokie zapalenie tylnej ściany krtani, sprawy,—których opisanie bliżej nie leży w zakresie niniejszej pracy. W razie niemożności narazie zbadania wziernikiem krtaniowym, co jedynie i odrazu decyduje o rozpoznaniu, uciec się można do badania palcem wskazicielem prawej ręki, wyciągając nieco lewą ręką język ku przodowi. Tą drogą wyczuć możemy na podstawie języka miejsce okrągłe, guzowate, miękkie i wielce bolesne przy dotykaniu. Przebieg sprawy zazwyczaj, podobnie jak i ostre zapalenie migdałka gardzielowego, jest szybki, dwa do trzech dni trwający, poczem objawy podmiotowe i przedmiotowe nikną w zupełności. W wyjątkowych przypadkach ból i utrudnione łykanie wzmagają się, występuje gorączka o znacznem natężeniu, podstawa języka brzęknie coraz bardziej, łykanie staje się niemożliwem; w tych razach tworzy się ropień migdałka, a badanie palcem daje stopniowo coraz lepiej wyczuwające się chelbotanie. Ropień zazwyczaj dość prędko, t. j. w dni kilka z powodu swego powierzchownego położenia otwiera się samodzielnie, a objawy podmiotowe ciężkie powoli ustępują w zupełności, w wyjątkowych tylko przypadkach sprawa rozszerza się na sąsiednie części, dając początek ciężkiej sprawie ropnej podstawy języka (*glossitis suppurativa*).

IV. Zapalenie ropne migdałka podniebieniowego i jego otoczenia (*tonsillitis et peritonsillitis acuta purulenta*) jest cierpieniem u nas, a specjalnie w Warszawie, niezmiernie częstym¹⁾, wielokrotnie ciężkiem, dającym często powód do

¹⁾ Tak z liczby 217 operacji, dokonanych w ciągu lat dwóch ostatnich w mojem ambulatoryum szpitalnem u chorych, dotkniętych cierpieniem jamy noso-gardzielowej i krtani 60 operacji, dotyczyło otwarcia ropnia okołomigdałkowego. Z liczby zaś 4420 chorych, szukających porady w ciągu 4-ech lat ostatnich w mojem ambulatoryum szpitalnem zanotowano 147 ropień okołomigdałkowy.

mylnych rozpoznań, stąd też lekarz praktyk winien być doskonale obeznanym z jego specyjalną symptomatologią, z dominującym charakterem mocnego bólu gardła. W ogromnej większości przypadków sprawa, rozpoczynając się w migdałku, przechodzi szybko na otaczające tkanki i tam wytwarza mniej lub więcej obszerne i głębokie ognisko ropne, a tylko w stosunkowo rzadkich przypadkach sprawa ogranicza się do ropnia samej tkanki migdałka. Rozpocznijmy od opisu symptomatologii ropnia okołomigdałkowego, który, jak to wspomniałem, jest w ścisłym związku z zajęciem zapalnym i samego migdałka. Sprawa zazwyczaj rozpoczyna się dosyć skrycie. U chorych występuje wśród pozornego zdrowia nieznaczny ból gardła z jednej strony ściśle ograniczony, a ujawniający się przeważnie przy przełykaniu twardszych pokarmów. Sprawa w tym okresie trwa od jednego do trzech dni, przyczem chorzy zazwyczaj nie doświadczają żadnych wyraźniejszych zaburzeń ze strony stanu ogólnego. Jeśli badamy w tym okresie jamę gardzielową, to wówczas oprócz umiarkowanego zbręknienia i zaczerwienienia migdałka, zmian innych nie wykrywamy, a cierpienie przedstawia się nam, jako zwykle ostre zapalenie migdałka. Już po kilku dniach, a często już dnia drugiego występuje szereg odmiennych, a przytem nader typowych dla omawianej sprawy, objawów. Chory zaczyna doświadczać dreszczy lekkich, lecz często powtarzających się; nieraz występuje gorączka, która w cięższych przypadkach dosięga wysokich stopni, w wyjątkowych zaś razach mogą zjawić się nawet objawy mózgowe, jak bredzenie, halucynacje i t. p.. Dominującym jednak stale podmiotowym objawem, stopniowo zwiększającym się w natężeniu, jest mocny ból przy łykaniu; już nieraz dnia drugiego choroby chory nie jest w stanie przełykać nawet wody, każdy bowiem wysiłek w tym kierunku wywołuje niesłychanie silny ból, rozchodzący się ku uchu, przyczem pokarm lub płyn bywa zwykle przez nos wyrzucany. To utrudnione łykanie obok gorączki wywołuje bardzo szybko upadek stanu ogólnego chorych. Zdarza się dość często widzieć ludzi, stosunkowo dobrze odżywianych, po tygodniu cierpienia wynędzniałych i wymizerowanych do niepoznania. Przy badaniu chorego w tym okresie uderza nas przedewszystkiem wielce charakterystyczny głos z charakterem nosowym, mowa powolna sprawiająca ból choremu, a tak charakterystyczna, że wprawny badacz na jej tylko podstawie obecność ropnia okołomigdałkowego jest w stanie rozpoznać. W wielu przypadkach, a szczególnie cięższych, występuje szczękocisk, uniemożliwiający zupełnie obejrzenie jamy ustnej. W większości jednakże przypadków badanie to daje się dokonać, a wówczas spostrzegamy cały szereg następnych, nadzwyczaj charakterystycznych objawów

przedmiotowych. Migdał powiększony i mocno czerwony, odpowiednia strona podniebienia miękkiego zbrzęknięta, czerwona, przez co migdał wydaje się jakby wypchnięty na wewnątrz ku gardzieli, tak samo języczek, zaczerwieniony i obrzęknięty, jest przesunięty ku stronie zajętej sprawą chorobową; obrzęk języczka dochodzi nieraz do rozmiarów kolosalnych, tak, że ten przedstawia się pod postacią grubego, mocno czerwonego kluska. W rażącej sprzeczności z powyższymi objawami znajduje się druga strona gardzieli i podniebienia miękkiego: ani migdał, ani okalająca tkanka nie są zbrzęknięte i przedstawiają się zupełnie prawidłowo. Na migdale chorej strony przy ujściu krypt znajduje się nieraz nieznaczna wydzielina; częściej jednakże widzi się na migdale i jego okolicy białawy pienisty nalot, którego źródłem jest osad, zbierający się na podstawie języka, jak to już przedtem wspominałem, a który daje się z łatwością penszelkiem usunąć, co uchroni od możliwych błędów rozpoznawczych.

Badanie palcem okolicy zbrzękniętej wywołuje zazwyczaj niezwykłe żywy ból. W niektórych przypadkach już bardzo wcześnie daje się wyczuć lekkie chęłbotanie, rzeczywiste jednakże określenie ropnia tylko tą drogą jest bardzo zwodnicze, ze względu na obrzęk okolicy nieraz w wysokim stopniu i bez ropnia symulujący chęłbotanie. Badanie gruczołów podszczękowych odpowiedniej strony również nieraz wykazuje ich obrzęk i silną bolesność, jednakże w bardzo licznej grupie przypadków obrzęk ten może nie istnieć wcale. — W pewnej stosunkowo ograniczonej ilości przypadków sprawa będąca na tym punkcie rozwoju zaczyna stopniowo zmniejszać się w natężeniu; ból i utrudnione łykanie powoli ustają a z nim w parze obrzęki wyżej opisane, zmniejszając się, w końcu nikną zupełnie; chory zazwyczaj po dniach kilku wraca do zupełnego zdrowia. Są to jednakże przypadki rzadkie, u ogromnej zaś większości chorych objawy wyżej skreślone wzmagają się w natężeniu, przychodzi bowiem do tworzenia się ropnia okołomigdałkowego, a zależnie od głębokości, w której tenże się wytworzy, przebiecie się drogą naturalną trwa mniej lub więcej dłuższy przeciąg czasu. Zazwyczaj następuje to szóstego lub siódmego dnia, w cięższych przypadkach, jeśli np. ropień nie został sztucznie otworzonym, sprawa może się przeciągać nieraz aż do dwóch tygodni. Miejsce, przez które następuje samodzielne otwarcie ropnia, bywa różne i najczęściej pomiędzy migdałem a łukiem przednim, w części jego górnej; często wydzielina ropna przedostaje się przez krypty samego migdała. Z chwilą wydobycia się ropy nazewnątrz zazwyczaj następuje raptowna ulga, i nieraz już w ciągu kilku godzin chory jest w stanie łykać swobodnie, objawy obrzęku znikają stopniowo szybko, i w ciągu kilku dni chory

wraca do zupełnego zdrowia. Często jednakże samoistne opróżnianie się ropnia trwa długo, wiele dni z rzędu; ropa wydziela się powoli, często otwór zbyt mały zatyka się skrzepami krwi, tak, że nieraz jeszcze długi czas istnieje mocno utrudnione łykanie i dopiero bardzo powoli przy tego rodzaju zakończeniu sprawy nika zupełnie objawy chorobowe. Jedynie przy sztucznem i głębokiem otwarciu ropnia objawy ciężkie podmiotowe szybko, t. j. w ciągu doby, ustępują prawie w zupełności.

Aczkolwiek w ogromnej większości przypadków sprawa ropnia okołomigdałkowego kończy się zupełnie pomyślnie, pomimo nieraz bardzo ciężkich i groźnych pozornie objawów podmiotowych, nie należy jednakże zapominać, że i przy tem cierpieniu spostrzegane bywały ciężkie powikłania, zakończone nawet zejściem śmiertelnem. Do tych powikłań należą: obrzęk głośni, nadżarcie przez ropę większego naczynia, z następczym śmiertelnym krwotokiem, śmierć raptowna z powodu nagłego pęknięcia ropnia w nocy pośród snu i przedostania się ropy do dróg oddechowych; wreszcie niektórzy autorowie wspominają i o ogólnem zakażeniu ropnem. Wszystkie te powikłania występować muszą nadzwyczaj rzadko, ja bowiem osobiście na ogromną ilość przypadków tego cierpienia, spotykanego rok rocznie, nie spostrzegalem ani razu zejścia niepomyślnego tej sprawy.

Jak już wzmiankowałem, ropień okołomigdałkowy jest u nas cierpieniem bardzo częstem, i widzimy go przeważnie u ludzi w wieku dojrzałym; u dzieci, jako też starych osobników, wyjątkowo rzadko; zdaje się, że u mężczyzn występuje stosunkowo częściej, aniżeli u kobiet. Sprawa ta przedstawia dziwną skłonność do recydyw. Są ludzie, u których ropień występuje kilka razy na rok, u innych rzadziej, wreszcie u niektórych po dojściu do pewnego wieku skłonność do powstawania tej choroby ustaje. Istota sprawy musi być prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego swoistego. Jak to bowiem wiadomo w kryptach migdałów prawidłowych znajdują się rozliczne nawet chorobotwórcze drobnoustroje [strepto, pneumo, staphilo-koki]; takowe mogą z łatwością przy warunkach bliżej nieznanach wnikać głębiej, i wywołać ropienie. W ropie wielokrotnie badanej przeze mnie znajdowałem przeważnie streptokoki. Z punktu widzenia praktycznego zasługuje jeszcze na krótkie rozpatrzenie różniczkowe rozpoznawanie w mowie będącego cierpienia, które przez niewprawnego badacza może być nieraz mylnie rozpoznawaniem. Rzeczywiste rozpoznawanie w pierwszych dniach przedstawia pewne trudności, sprawę bowiem łatwo zmieszać można ze zwykłym ostrem zapaleniem migdała lub też z dyfterytem. Brak jednakże typowych objawów zapowiadających [dreszcze, ogólne rozbiecie, brak wyraźnego nalotu]

uchroni od omyłki w kierunku dyfterytu; od zapalenia zwykłego migdałów odróżnić można, zwróciwszy uwagę na dość mocny ból w porównaniu z nieznacznym obrzękiem i stosunkowo małym zaczerwienieniem migdała, w okresie nieco późniejszym obrzęk odpowiedniej strony podniebienia miękkiego, oraz języczka, mowa charakterystyczna i wyżej skreślona symptomatologia pozwolą z łatwością w typowych przypadkach cierpienie to rozpoznać. Pewne trudności rozpoznawcze przedstawiają przypadki, w których odrazu występuje szczękoscisk, niepozwalający na dokładne zbadanie jamy gardzieliowej, w tych razach możliwe jest zmieszanie tego cierpienia ze sprawą zapalną szczęki, biorącą swe źródło w zapaleniu okostnej okołozębowej, w tych razach od błędu dyagnostycznego uchroni anamneza, wykazująca wiele dni trwającą sprawę okołozębową, brak uprzedniego bólu przy łykaniu, głos nie nosowy. Wreszcie w większości przypadków uda się zawsze nieco rozszerzyć szparę ustną, a brak charakterystycznych obrzęków ostatecznie sprawę wyjaśni.

Jak już wyżej wzmiankowałem, sprawa ropna okołomigdałkowa, jeśli i zaczyna się pierwotnie w samym migdałku, to jednakże w ogromnej większości przypadków przechodzi na tkankę sąsiednią. Są nawet autorzy [CHIARI], którzy przypuszczają, że sprawa pierwotnie ma zawsze umiejscowienie w tkance okołomigdałkowej. W pewnym jednakże szeregu stosunkowo rzadkich przypadków sprawa ropna bierze swe źródło w migdałku i tylko do niego jedynie może się ograniczyć, stanowiąc istotną sprawę ropną samego migdałka (*tonsillitis phlegmonosa*). W tych razach choroba zaczyna się w taki sam sposób jak zwykle ostre zapalenie migdałka, charakteryzujące się stopniowo zwiększającym się bólem, ograniczonym do jednej tylko strony, migdał jest powiększony i mocno czerwony. W stanie ogólnym może istnieć lekkie niedomaganie, a nawet dreszczyki. Jednem słowem w ciągu dni pierwszych niczem proces ten nie różni się od zwykłego ostrego zapalenia migdałka i jako takie bywa zazwyczaj rozpoznawane. Ból jednakże i obrzmienie nie ustępuje w ciągu dni kilku, jak to się zdarza przy zwykłym ostrym zapaleniu migdałka; natomiast wzmacnia się stale, trwając nieraz dni sześć, a nawet do dziesięciu, póki nie nastąpi samodzielne otwarcie się ropnia przez jedną lub kilka krypt. Wydzielanie ropy odbywa się zazwyczaj pierwotnie, nieraz trwa całe szeregi dni, ból zaś i obrzęk stopniowo znikają. W niektórych razach, jak to miało miejsce w jednym moim przypadku, sprawa przebiega skrycie, przedstawiając się pod postacią bardzo dużego, jakby przerośniętego migdała; chory w tym przypadku uskarżał się na ból, przeszło od tygodnia trwający bez żadnych zresztą innych zaburzeń, i dopiero dokonana tonsyllectomia ujawniła

istotę sprawy, wykazując obszerne ognisko ropne w samym mięszu migdałka.

Ropień pozagardzielowy (*abscessus retropharyngeus*) jest u dorosłych sprawą stosunkowo bardzo rzadką i polega na zapaleniu tkanki łącznej, leżącej naokoło kręgosłupa. Przeciwnie u dzieci jest on o wiele częstszy. Pierwotnie sprawa może powstawać w następstwie sprawy ropnej okołomigdałkowej, w następstwie zranień gardzieli lub też chorób zakaźnych [najczęściej szkarlatyny, róży gardzieli, dyfterytu]. W niektórych zaś przypadkach występuje bez żadnej widocznej przyczyny, sprawa najczęściej jest wtórną i zależną od spraw przewlekłych ropnych natury gruźliczej lub też przymiotowej kręgów szyjowych. Sprawa pierwotna zaczyna się zazwyczaj w sposób ostry z towarzyszeniem mocnej gorączki, poprzedzanej wielokrotnymi dreszczami. Jednocześnie występuje stopniowo zwiększający się ból przy przełykaniu. Do bólu i trudności w łykaniu dołącza się duszność i krótki suchy kaszel; u małych dzieci może występować znaczna sinica, oddech świszający i inne objawy zwężenia krtani w następstwie ucisku takowej. W sprawach, zależnych od cierpienia kręgów występuje sztywność karku i bolesność przy dotykaniu tejże okolicy. Badanie wykazuje na tylnej ścianie gardzieli wypukłość mniej lub więcej znaczną, zaczerwienienie; nieraz natomiast błona śluzowa gardzieli zupełnie nie zmienia swej barwy. Dopiero jednakże za pomocą palca jesteśmy w stanie określić wielkość, kierunek, chęłbotanie, ostatecznie rozpoznanie potwierdzające. U dorosłych typowe objawy wyżej wskazane sprawę z łatwością pozwolą rozpoznać; przeciwnie u dzieci, a szczególnie u małych, trudności rozpoznawcze są nieraz bardzo znaczne i dotyczą głównie tych przypadków, gdzie sprawa wikła już uprzednio istniejące cierpienie gardzieli, jak dyfteryt, szkarlatyna i t. p.. W tych przypadkach jedynie dokładne badanie palcem i wykrycie fluktuacji jest w stanie należycie wyjaśnić chorobę. Cierpienie to u dzieci możnaby zmieszać z gruźlicą przewlekłą gruczołów tylnogardzielowych, w tej ostatniej sprawie istnieją jednakże jednocześnie obrzmienia gruczołów limfatycznych z obu stron szyi, oraz przebieg jest bardzo przewlekły.

W jamie gardzieli spostrzeganą bywa jeszcze innego rodzaju sprawa ropna, na szczęście stosunkowo bardzo rzadka, t. j. rozlane ropne zapalenie okołogardzielowe, przyjmujące szybko złośliwy charakter i kończące się ogólnem zakażeniem. Na sprawę tę dopiero w ostatnich latach zwrócono szczegółową uwagę [SENATOR, LANDGRAF i inni]. Cierpienie zaczyna się z początku jak zwykle zapale-

nie rozlane gardzieli, wkrótce jednakże występuje mocne utrudnienie łykania, znaczny obustronny obrzęk gruczołów, duszność, mocna gorączka, wreszcie upadek sił ogólny, objawy mózgowie i zejście śmiertelne w ciągu drugiego tygodnia. W gardzieli występuje szybko mocny obrzęk, szczękościsk, uniemożliwiający szczegółowe zbadanie. Sprawy te, bardzo rzadkie, po ogólnym złośliwym przebiegu dadzą się rozróżnić od spraw ropnych okolicznościami.

V. Wyprysk gardzieli (*herpes pharyngis*) jest chorobą ostrą, występującą wśród objawów gorączki i mocnego bólu, spostrzeżaną przeważnie u kobiet [nieraz regularnie w okresach miesiączkowania]. Cierpienie to obok lekkiej gorączki charakteryzuje się ogólnym rozbiciem, brakiem apetytu; chorzy uskarżają się na bardzo silny ból, występujący głównie przy łykaniu. Badanie gardzieli, dokonane pierwszego dnia choroby, wykazuje liczne porozrzucane drobne pęcherzyki wielkości ziarenka konopnego, a nawet i większe z zawartością białą-żółtawą. Pęcherzyki porozrzucane są po podniebieniu miękkim, języczku i migdałach; nieraz występują one na podstawie języka, a nieraz nawet na nagłośni i tylnej ścianie krtani. Również często podobna sprawa występuje na ustach. Pęcherzyki te zazwyczaj szybko, nieraz drugiego dnia, pękają, pozostawiając drobne płaskie okrągłe wrzodziki, pokryte białawym nalotem. W kilka dni wrzodziki podgajają się zupełnie, ból ustępuje, a chory wraca do stanu prawidłowego. Autorowie francuzcy opisują przypadki, trwające kilka tygodni (*angine herpétique prolongée*), gdzie po ustąpieniu jednego napadu, zjawia się po kilku dniach znowu gorączka wraz z nowymi pęcherzykami wypryskowymi, co może się nieraz kilkakrotnie powtarzać. Ciż sami autorowie opisują tak zwaną postać z nawrotami, peryodyczną, w której sprawa wypryskowa występuje wielokrotnie w ciągu jednego roku przeważnie u kobiet w okresie czyszczeń miesięcznych. Rozpoznanie sprawy w pierwszych dniach jej istnienia przy obecności wielce charakterystycznych pęcherzyków wypryskowych, nie może przedstawiać poważniejszych trudności. W okresie późniejszym z chwilą wytworzenia się nalotów i owrzodzeń z nalotami rozpoznanie bywa trudniejszym i cierpienie łatwo może być wzięte za dyfteryt. Brak gorączki, która zwykle w okresie nalotów już nie istnieje, nalociki stosunkowo niewielkie i porozrzucane szeroko, obecność wyprysku przyschniętego w innych miejscach, brak powiększonych gruczołów—oto cechy, które pozwolą odróżnić wyprysk od błonicy gardzieli.

VI. Dyfteryt gardzieli (*angina dyphteritica*) jest cierpieniem z punktu widzenia klinicznego tak powszechnie znanem, że, jeśli w tem miejscu króciutką wzmiankę o niem uczynię, robię to tylko ze względu na to, że i przy tem cierpieniu w pewnych okresach, szczególnie w początku choroby są możliwe pewne błędy rozpoznawcze, ważne z punktu widzenia praktycznego. Dyfteryt gardzieli, jak to powszechnie wiadomo, jest cierpieniem natury pasożytnej, występującem u nas przeważnie u dzieci. U dorosłych jest stosunkowo rzadszym, występuje zato w postaci złośliwszej, nieraz odrazu w formie ciężkiego ogólnego zakażenia [tak zwane postaci toksyczne autorów francuzkich]. Klinicznie należy odróżniać dwie główne formy dyfterytu gardzieli: w pierwszej sprawa chorobowa rozwija się na samej powierzchni błony śluzowej [OERTEL] pod postacią mniej lub więcej rozległych nalotów, usadowionych przeważnie na migdałach. Powoli naloty zlewają się zajmując nieraz cały migdał, a nawet i sąsiednie części. Dopiero później, w skutek coraz większego nagromadzenia się produktów toksycznych, przyjmują udział w sprawie chorobowej i głębiej leżące tkanki, tworząc coraz grubsze charakterystyczne plamy, które w drugim okresie choroby stopniowo się oddzielają i proces zwykle kończy się pomyślnie. Prawie zawsze mamy jednocześnie zajęcie gruczołów szyjowych, które są mocno bolesne przy dotykaniu, a nawet przy poruszaniu głową, stanowiąc nieraz w pierwszym dniu jedyny przedmiot skargi chorego. Z objawów podmiotowych już od początku występuje ból przy łykaniu nieraz niezbyt silny; zresztą inne powszechnie znane objawy ze strony stanu ogólnego, jak dreszcze, gorączka, występują na plan pierwszy. O ile więc w cierpieniach dotychczas opisanych ból gardła stanowił symptom dominujący, o tyle w tej postaci dyfterytu jest on słabo wyrażony, nie przedstawiając nic charakterystycznego; może nieraz nawet wcale nie istnieć, a chorzy skarżą się tylko na ból szyi, zależny od powiększonych gruczołów, a nieraz na utrudnione ruchy karku. Te przypadki są z punktu widzenia praktycznego bardzo ważne, wielokrotnie bowiem zdarzyło mi się widzieć, że tego rodzaju postaci dyfterytu brane były za reumatyzm mięśni szyjowych, influenzę i temu podobne cierpienia. Lekarz więc praktyk winien zawsze i wszędzie, gdzie występują gruczoły powiększone na szyi obok stanu gorączkowego nie zaniedbać zbadania gardzieli, nawet gdyby chorzy bynajmniej o bólu gardła nie wspominali. Naturalnie, nie mówię tu o dzieciach małych, u których przy każdej chorobie gorączkowej takie zbadanie winno być prawidłem. Sprawy tej kategorii zmieszać można, szczególnie w pierwszym dniu choroby, z całym szeregiem cierpień poprzednio szczegółowo opisa-

nych, a więc z ostrem zapaleniem migdała i gardzieli, poczynającym się ropniem okołomigdałkowym, wypryskiem gardzieli. Wyżej już podałem szczegółowe dane różniczkowe; nadmienię tylko, że tutaj obok objawów ze strony stanu ogólnego charakterystyczną cechę stanowią naloty płaskie, białe-żółtawe, na migdałach i sąsiednich częściach, szybko powiększające się w rozmiarze. Naloty te nie są ograniczone tylko do wylotu krypt migdałów, co stanowi cechę odróżniającą je od sprawy, którą niżej szczegółowo opiszę pod nazwą *angina lacunaris acuta pseudomembranacea*. Przylegają one przytem mocno do błony śluzowej, dają się z trudnością usuwać, pozostawiając po sobie mocno czerwone, nieraz krwawiące miejsca. Zresztą zazwyczaj tylko pierwszego dnia mogą być pewne wątpliwości rozpoznawcze, już bowiem dnia następnego szerokie i grube naloty jasno określają istotę sprawy. Nieraz już pierwszego dnia, a zwłaszcza w złośliwszych postaciach, występuje białkomocz, stanowiąc bardzo ważną cechę rozpoznawczą. U niektórych osobników, szczególnie z dużymi migdałami naloty mogą pierwotnie umiejscawiać się na tylnej powierzchni, i przy pobieżnem badaniu gardzieli ująć zupełnie uwagi lekarza. W tych razach lekarz, znajdujący u chorego wszystkie dane ze strony stanu ogólnego, powiększone gruczoły szyjowe, wzbudzające podejrzenie dyfterytu, nie znajdując nalotu, zanim orzeknie, że w danym razie dyfterytu nie ma, winien kilkakrotnie zbadać gardziel, zaleciwszy choremu w czasie badania wykonywać ruchy połykowe: przy tym bowiem akcie migdałki wysuwając się ku przodowi, pozwolą obejrzeć naloty, znajdujące się na ich tylnej powierzchni. Nie należy również zapominać o innej możliwości, o której już poprzednio była mowa, t. j., że mogą być wzięte za naloty na migdałach osady języka mocno obłożonego przy gorączce. W tych to wątpliwych razach należy choremu polecić przepłókanie gardzieli, a naloty tej ostatniej kategorii będą odrazu usunięte. O możliwości zmieszania nalotów dyfterytycznych z plamami syfilitycznymi gardzieli, nalotami gruzliczymi, grzybicą będzie mowa poniżej.

Druga postać kliniczna dyfterytu gardzieli przedstawia się zupełnie w innej formie. Wśród objawów wysokiej gorączki i znacznego zajęcia stanu ogólnego, robiącego odrazu wrażenie ciężkiej choroby zakaźnej, występują na błonie śluzowej migdałów tu i owdzie białe-szarawe naloty, jednocześnie znaczna część sąsiedniej błony śluzowej, t. j. migdałów i miękkiego podniebienia, przedstawia się mocno czerwoną i obrzękłą. Obrzęk błony śluzowej szybko się zwiększa, naloty zaś dopiero później szerzyć się poczynają, przyjmując charakter błon grubych białe szarawych, szybko przechodzących w ciemne brudno-szarawe naloty, szerzące się na całą gardziel.

Blony te z trudnością dają się zdejmować i mocno krwawią. Badania histologiczne OERTEL'a wykazały, że naloty pierwszego rodzaju sprawy dyfterytycznej powstają na powierzchni błony śluzowej, szerząc się następnie w głąb, przeciwnie w drugim rodzaju sprawa bierze odrazu początek w głębokich warstwach błony śluzowej, i dopiero następnie bierze w niej udział nabłonek, na którym później zjawiają się wyżej opisane naloty. Tym sposobem sprawa pierwszej kategorii jest czysto miejscową, poczynając się, a często i kończąc na powierzchni błony śluzowej migdałów. W przypadkach drugiej kategorii błony wrzekomo są tylko wyrazem ogólnego zakażenia, szerzącego się z głębi błony śluzowej, z jednej strony ku jej powierzchni, z drugiej zaś drogą naczyń i przestrzeni limfatycznych na sąsiednie gruczoły, gdzie wywołuje tworzenie się ognisk nekrobiotycznych; a przechodząc dalej na głębiej leżące organy, powodują ogólne zakażenie całego organizmu za pomocą szybko tworzących się dyfterotoksyn.

Objawy podmiotowe w tej złośliwej postaci błonicy są niezwykle ciężkie. Mamy tu mianowicie odrazu do czynienia z mocnym bólem gardła, w połączeniu z prawie zupełną niemożliwością przełykania. Ból gardła, zależny od mocnego obrzmienia całej błony śluzowej gardzieli, jest jeszcze bardziej potęgowanym przez obrzęk gruczołów szyjowych i podszczękowych, które wielokrotnie dochodzą do ogromnych rozmiarów. Jak już wzmiankowałem, obok powyższych symptomów występują niezwykle silne objawy ze strony całego organizmu: gorączka, dreszcze i szybki ogólny upadek sił chorego. Cały ten zbiór objawów ogólnych i miejscowych szybko postępującej ogólnej złośliwej sprawy, najczęściej kończącej się fatalnie, jest tak typowym i powszechnie znanym, że zazwyczaj już od początku wątpliwości rozpoznawczej przedstawiać nie może. W braku wyraźnych nalotów pierwszego dnia choroby mocno powiększone odrazu gruczoły, silna gorączka, a zazwyczaj i białkomocz, już na początku choroby występujący, winny rozpoznanie złośliwej postaci dyfterytu odrazu ułatwić. Obok tych dwóch typowych postaci istnieje klinicznie jeszcze szereg pośrednich, które, zbliżając się bardziej do jednej lub drugiej postaci, stanowią pewną kombinację obu powyżej opisanych form i przy krytycznym rozbiorze objawów nie powinny przedstawiać wątpliwości rozpoznawczych. W wątpliwych przypadkach szczególnie pierwszego dnia choroby rozpoznanie może być ściśle zrobione drogą kultur bakteryologicznych; badanie jednak takie, wymagające specjalnych przyrządów i wiadomości, jedynie dokładnie w pracowniach może być uskutecznione. Przytem wynik szepienia nie ulega kwestyi dopiero mniej więcej po 36 godzinach, t. j.

wtedy, kiedy badanie kliniczne również pewniejszych cech rozpoznawczych dostarczy.

VII. Ostre zapalenie torebek migdałów (*angina lacunaris acuta pseudomembranacea seu angina follicularis acuta*) jest sprawą, w wielu względach podobną do dyfterytu; ztąd też dokładna znajomość jej objawów jest bardzo ważna dla lekarza praktyka, często bowiem dają się spostrzegać pod tym względem liczne błędy rozpoznawcze. Ostro zapalenie torebek migdałowych jest sprawą ostrą, noszącą z powodu sposobu swego powstawania i przebiegu wszystkie cechy sprawy zakaźnej, wielce analogicznej ze sprawą błonicową migdałów. Występuje ona zwykle u osobników młodych, posiadających mniej więcej duże migdały, i występuje nagle; często poprzedza ją dreszcz i podniesieniu ciepłoty, nieraz nawet do 40° dochodzącemu, towarzyszy uczucie ogólnego osłabienia, rozbicia, przyczem chorzy doświadczają żywego bólu w gardzieli, umiejscowionego w obu migdałach. Jednem słowem mamy przed sobą objawy, charakteryzujące najczęściej tak zwane zwykłe ostre reumatyczne zapalenie migdałów. Badanie obiektywne wykazuje, że jeden z migdałów, a co ma najczęściej miejsce, oba są mocno zaczerwienione i obrzmiałe; na powierzchni zaś błony śluzowej, w miejscach odpowiadających kryptom, widać białe żółtawe naloty w postaci niewielkich kropeł; w ten sposób błona śluzowa migdałów mocno zaczerwieniona przedstawia cały szereg białawych jakby na nią nakapanych drobnych sopli. Po dotknięciu zgłębnikiem migdała widać dokładnie wysuwanie się tej białawej wydzieliny z otworu krypty, po usunięciu zaś jej za pomocą pendzelka widzi się otwór krypty zaczerwieniony, nigdy jednakże utraty substancji nie można zauważyć. Nieraz przy obfitszej wydzielinie zawartości sąsiednich krypt mogą się złować, dając tym sposobem obraz dość rozległego nalotu; ten jednakże daje się z łatwością usuwać pendzelkiem, przyczem błona śluzowa pod nim zmian żadnych nie przedstawia. Zdarza się również, co wielokrotnie spostrzegałem, że naloty odpowiadające ściśle ujściom krypt, mają konsystencję tak zwanych błon wrzekomych, dają się zdejmować nieco trudniej, pozostawiając po sobie miejsce błony śluzowej mocno przekrwionem; i te ostatnie postacie w wysokim stopniu przypominają naloty dyfterytyczne. Jak już wspomniałem, sprawa wysiękowa najczęściej występuje na obu migdałach, zazwyczaj jednakże w nierównomiernym stopniu, t. j. na jednym migdale bywa kilka krypt, pokrytych wydzieliną, na drugim zaś tylko pojedyncze; charakterystykę zaś tych spraw stanowi okoliczność, że naloty są ściśle ograniczone tylko do krypt migdałów, nigdzie na całej błonie śluzowej gardzieli zmian nalotowych

nie spostrzegamy. Przeciwnie błona śluzowa łuków i podniebienia miękkiego przedstawia się wogóle stosunkowo mało zmienioną i zazwyczaj jest tylko zlekka zaczerwienioną. Ta dziwna tendencja do występowania sprawy wyсіękowej na obu migdałach jest tak szczególna, że widywałem przypadki, w których obok sprawy wyсіękowej, występującej na jednym z migdałów, podobna sprawa zjawiała się w kryptach prawie zanikniętej resztki wyciętego nieraz przed wielu laty drugiego migdała. Z objawów podmiotowych, jak już wyżej wspomniałem, istnieje mocny o ostrym charakterze ból, uniemożliwiający przełykanie twardszych pokarmów. Ból bywa nieraz bardzo gwałtownym, rozprzestrzeniającym się ku uchu, stanowiąc dominujący charakter sprawy. Jak już wyżej wspominałem istnieje pierwszego dnia mocna gorączka, uczucie ogólnego rozbicia, ogólne osłabienie, brak apetytu. U większości jednakże chorych objawy ze strony stanu ogólnego bywają zazwyczaj dosyć łagodne: gorączka niewielka trwa zwykle tylko pierwszego dnia; dni następnych pozostaje jedynie uczucie ogólnego rozbicia i stopniowo zmniejszający się ból gardła. Sopłowate naloty nikną zazwyczaj w ciągu trzech do czterech dni i to nierównomiernie, często jeden migdał jest już zupełnie normalnym, podczas gdy na drugim istnieją jeszcze wyraźne sople. Wreszcie płwocina niknie i migdał odzyskuje wygląd normalny. Gruczoły szyjowe w niektórych przypadkach bywają nieco powiększone i bolesne, nie dosięgają one jednakże nigdy tych stopni powiększenia i bolesności, jakie widzimy w przebiegu sprawy błonicowej gardzieli. Jak tylko co wspomniałem, ostre zapalenie torebek w ogromnej większości przypadków w ciągu dni kilku kończy się zupełnie pomyślnie. W pewnej jednakże grupie przypadków już po zniknięciu nalotów ból nie ustępuje, przeciwnie zaczyna na nowo stopniowo zwiększać się w natężeniu. Najczęściej jeden tylko migdał zaczyna mocniej się czerwienić i brzęknąć, zdarza się nieraz, że jednocześnie na nowo występuje gorączka. W kilka dni brzęknie i okolica okołomigdałowa i powoli wytwarza się ropień okołomigdałkowy ze wszystkimi cechami wyżej opisanymi. Ropienie w tych razach ogranicza się do tkanki okołomigdałowej, tworząc klasyczne przypadki ropnia okołomigdałkowego. To zejście ropne ma miejsce w większości przypadków, tam gdzie sprawa przechodzi na tkankę okołomigdałkową; widywałem jednakże i przypadki, gdzie nacieczenie okołomigdałowe rozchodziło się bez ropienia, pomimo że klinicznie przedstawiały się wszystkie cechy powstającego ropnia okołomigdałowego. Ostre zapalenie torebek jest sprawą, w naszym mieście występującą bardzo często, niemal epidemicznie w pewnych porach roku, przeważnie je-

sienią. Najczęściej spotyka się społecznie z istniejącą epidemią prawdziwej błonicy. Jak już wzmiankowałem, w Warszawie spotykamy to cierpienie przeważnie w październiku i listopadzie. Jest ono dość częstym, gdyż podług mojej statystyki stanowi około 5% chorych dotkniętych cierpieniami noso gardzielowymi. Sprawa ta przytem ma dziwną tendencję do nawrotów, gdyż zdarzało mi się nieraz u jednych i tych samych chorych wielokrotnie rok rocznie spostrzegać to samo cierpienie.

Rozpoznanie w typowych przypadkach na podstawie wyżej podanych charakterystycznych cech nie powinno przedstawiać żadnych trudności: ostry początek, wyraźnie soplówate na wpół płynne naloty, ściśle ograniczone do krypt, łatwość ich usunięcia pędzelkiem bez naruszenia leżącej pod nią błony śluzowej, oto są cechy, które pozwolą tę sprawę w typowych jej postaciach łatwo rozpoznać. Trudności dyagnostyczne przedstawić się mogą w przypadkach, w których naloty występują na tylnej powierzchni migdałów, przytem u osobników, u których badanie gardzieli przedstawia pewne trudności. W tych razach naloty mogły być wzięte za błony wrzekome dyfteryczne. Brak jednakże mocniejszego zajęcia gruczołów, brak dłużcej trwającej gorączki, białka w moczu, a wreszcie ściśle ograniczenie się sprawy do krypt migdałowych pozwoli wykluczyć sprawę istotną błonicową. Chociaż w tych to nietypowych przypadkach z rozpoznaniem ostatecznem należy być pierwszego dnia bardzo oględnym, to jednak lekarz mniejszy błąd popełni, przypuszczając istnienie dyfterytu, aniżeli rozpoznając stanowczo sprawę torebkową, w przypadku dyfterytu, a tem samem nie izolując naprzykład chorego dziecka od innych. To powstrzymanie się od dyagnozy w wątpliwych przypadkach tem bardziej jest uzasadnionem, że pomiędzy sprawą lakunarną, a istotną błonicową istnieje pewne bliżej dotychczas nieokreślone powinowactwo; widywałem bowiem przypadki, gdzie w jednej i tejże rodzinie jedno z dzieci zapadało na typowe zapalenie torebek migdałów, podczas gdy w kilka dni później drugie dziecko zapadało na prawdziwą błonicę gardzieli.

Co się tyczy istoty sprawy nas obchodzącej, to dotychczas ściśle nie została ona jeszcze określona. Prof. FRAENKEL z Berlina, który pierwszy w roku 1886 sprawę tę szczegółowo opisał, wyodrębnił i nazwał *angina lacunaris*; uważa on ją za sprawę zakaźną, a badając drogą kultur wydzielił z krypt, wykrywał w niej różne rodzaje mikroorganizmów, barwiących się łatwo anilinowymi barwnikami i częściowo jodem. Przeważnie znajdował stafilocoki; zdołał on nawet wyhodować trzy odrębne gatunki. Cierpienie to FRAENKEL stanowczo oddziela od dyfterytu na podstawie nieobecności włókniaka

w wydzielinie i na podstawie odrębnego przebiegu klinicznego. Inni autorowie jak SEIFERT, CZAJKOWSKI, również zajmując się tą sprawą z punktu widzenia bakteriologicznego, wykrywali przeważnie różnorodne mikrokokki, swoistego jednak pasożyta dla tych spraw drogą kultur dotychczas nie znaleziono. Przed kilku laty, badając istotę tego cierpienia z punktu widzenia anatomopatologicznego wraz z asystentem moim ówczesnym kol. DMOCHOWSKIM, starałem się przekonać, czy istotnie w przebiegu tej sprawy nie znajdziemy cech anatomopatologicznych, któreby nam dostarczyły danych co do jej istoty wobec ujemnych wyników badań na drodze bakteriologicznej. W tym celu u kilku chorych dotkniętych typowym ostrym zapaleniem torebek wycinaliśmy migdały zapomcą tonsillotomii i poddawaliśmy je szczegółowemu badaniu anatomopatologicznemu. Wyniki naszych badań, których, nawiasem mówiąc, szczegółowo opisywać tu nie miejsce, odsyłamy zaś pod tym względem ciekawych czytelników do pracy ogłoszonej w roku 1891 w Gazecie Lekarskiej pod tytułem: „Przyczynek do patologii i terapii spraw zapalnych migdałów” — wykazały nam, że sprawa ta pod względem anatomicznym ma pewną analogię z dyfterytem; wszędzie bowiem czy to w zawartości krypt, czy też na powierzchni migdała znajdowaliśmy włóknik, wszędzie tworzyły się błony i wszędzie wykrywaliśmy nekrozę powierzchniowych części nabłonka w większym lub mniejszym stopniu. Wszędzie również znajdowaliśmy masy różnorodnych pasożytów; swoistego jednak pasożyta dyfterytu nie wykryliśmy. Sprawę, ze względu na jej charakter anatomopatologiczny proponowaliśmy nazywać *angina lacunaris pseudomembranacea*, jako nazwę ściśle odpowiadającą zmianom anatomopatologicznym.

VIII. Pod nazwą *pharyngitis fibrinosa acuta* [włóknikowe zapalenie gardzieli] opisanem zostało w ostatnich czasach ostre cierpienie błony śluzowej gardzieli, charakteryzujące się nagłym pojawieniem się na błonie śluzowej gardzieli nalotów różnej wielkości pod postacią błon wrzekomych, nadzwyczaj podobnych do dyfterytu, jednakże ze sprawą tej ostatniej kategorii nic wspólnego nie mających. O tem cierpieniu chociaż słów parę wspomnieć należy; może bowiem ono dać powód do błędnego rozpoznania rzeczywistej błonicy. Choroba ta przebiega ostro nieraz z towarzyszeniem dreszczów i gorączki. Jednocześnie występuje dość silny ból gardła, zjawiający się głównie przy przełykaniu. Badając wówczas gardziel spotrzegamy pojedyncze, nieraz liczne, porożrzucane tu i owdzie, białawe różnej wielkości naloty. Występują one na tylnej ścianie gardzieli, migdałach, najczęściej zaś podług opisu autorów, na tylnym łuku gardzielowym. Naloty przedstawiają się jako białawe masy, w wysokim stopniu przypomi-

nające białe krupowe naloty po galwanokaustycznych przyżeganiach gardzieli. Sprawa ma przebieg łagodny; po kilku dniach naloty nikną, a z nimi ból i objawy ogólnego niedomagania. Etiologia cierpienia jest ciemną. Widywano sprawę tę u niektórych osób po mocnem podrażnieniu gardzieli, np. mocnem zapendzlowaniu jodem i t. p.; w innych przypadkach cierpienie to występowało bez żadnego wyraźnego czynnika etiologicznego. Badanie bakteriologiczne, dokonywane przez różnych autorów, nie wykryło dotychczas swoich pasażerów. W jednym przypadku, który szczegółowo opisywałem w roku zeszłym u czterdziestokilkuletniego mężczyzny, znajdowałem nalot białawy wielkości i formy małej fasoli, umiejscowiony na górnej części prawego łuku tylnego. Chory skarżył się na mocny ból przy łykaniu. Nalot dawał się zdjąć z łatwością pincetą, a pod nim znajdowałem błonę śluzową mocno zaczerwienioną i miejscami pozbawioną nabłonka. Na drugi dzień, na tem samym miejscu istniała podobna co i dnia poprzedniego błona. Powtarzało się to wciąż dni pięciu; następnie naloty stawały się coraz cieńszymi, wreszcie znikły zupełnie. Ból i uczucie mocnej zawady w gardzieli przeszły zupełnie. Jedną ze zdjętych błon poddana była badaniu bakteriologicznemu, drogą szczegółowo przeprowadzonych kultur przez kol. DMOCHOWSKIEGO w pracowni prof. BRODOWSKIEGO. Kultury nie wykryły żadnego chorobotwórczego drobnoustroju. Znajdywaliśmy tylko stale powtarzający się saprofit, dający w kulturze postacie, przypominające plasterki żółtawe, jakby przekrojonej cytryny. Inna błona, badana mikroskopowo, wykazała skład typowego włókniaka z licznymi leukocytami.

Rozpoznanie różniczkowe cierpienia może nieraz natrafić na pewne trudności. Od rzeczywistej błonicy odróżniają się błony wyglądem śnieżno białym, łatwością, z jaką je zdejmować można brakiem powiększonych gruczołów szyjowych, bardzo nieznacznem i krótko trwałem natężeniem gorączkowym. Sprawa powyższa może być również zmieszana z nalotami syfilitycznymi gardzieli; wyglądał jednakże charakterystyczny, a szczególnie możliwość zdjęcia błony w całości, brak zajęcia gruczołów, ostry przebieg sprawy, wreszcie brak anamnestycznych danych, mogą uchronić od podobnej pomyłki.

IX. Niektóre wysypki ostre, jak odra, szkarlatyna, ospa, pokrzywka, obok umiejscowienia na skórze występują również i na błonie śluzowej gardzieli, wywołując mocny ból przy łykaniu, warunkowany tworzeniem się pęcherzyków przy ospie, a plam czerwonych, które mogą następnie zlewać się w grudki, przy odrze, lub też wywoływać ogólne zaczerwienienie wraz z nalotami, jak to ma miejsce przy szkarlatynie. Rozpoznanie tych spraw przy istniejącej już

wysypce nie przedstawia zazwyczaj żadnych trudności. Rzecz ma się jednakże inaczej w przypadkach, w których wysypka w gardzieli poprzedza ogólną wysypkę na skórze, a chorzy zasięgają rady jedynie z powodu mocnego bólu gardła. W tych razach lekarz przy rozpoznaniu winien się kierować pewnymi ogólnymi objawami właściwymi okrosowi wstępującemu ostrym wysypek: mocne dreszcze, wymioty, bóle krzyża, a przedewszystkiem pewne nie w parze idące niezwykle natężone oddziaływanie stanu ogólnego [gorączka do 40° i więcej] w porównaniu ze stosunkowo nieznacznymi zmianami w gardzieli. Zestawienie tych wszystkich objawów pozwoli wykluczyć zwykłą zapalną sprawę w gardzieli a podejrzewać cierpienie ogólne. Ztąd też w podobnych przypadkach lekarz z orzeczeniem stanowczem w pierwszym dniu choroby winien być oględny.

X. Obce ciała dość często więzną w gardzieli, dając powód do szeregu przykrych objawów podmiotowych charakteryzujących się przedewszystkiem mocnym kłującym bólem i niemożnością w wielu razach przełykania. Do liczby ciał, wywołujących tego rodzaju objawy, zaliczyć należy ości rybne, drobne kostki w mięsie, kawałki wykalacek od zębów, włosy szczoteczek od zębów i t. p. Ciała te więzną w migdałach, w tylnej ścianie gardzieli, nieraz w tak zwanych zatokach gruszkowatych (*sinus pyriformes*) lub nawet w nagłośni. Objawy, jakie te ciała wywołują swoją obecnością, zależne są od wielkości i od rodzaju ciała. Bardzo ostre ciała mogą wywoływać dość obfite krwotoki, owrzodzenia, obrzmienie odpowiednich części gardzieli w połączeniu z zupełną niemożliwością łykania i ostrym kłującym bólem. W większości przypadków jednakże mamy do czynienia z drobnymi ciałami, które powodują uczucie bólu i mniej lub więcej znaczną trudność przy łykaniu.

Rozpoznanie ciała obcego w gardzieli, jeśli ono jest większem, nie przedstawia znacznych trudności. Badanie dokonane wprost przy świetle dziennem pozwoli z łatwością ciało to rozeznąć i ewentualnie wyjąć. Ciała, głębiej tkwiące w gardzieli, badaniem wizerunkowem, zwłaszcza zaś badaniem zapomocą palca również dają się z łatwością rozpoznać. W większości jednak przypadków, pomimo starannego badania, ciała obcego nie wykrywamy, chociaż chory wskazuje nam ściśle miejsce istniejącego mocnego bólu, a nawet przeszkody przy przełykaniu. W tych razach zachodzą dwie możliwości. Po pierwsze, albo ciało obce jest zbyt drobnem, np. drobna ość rybia, lub też włos ze szczoteczki, siedzi głęboko, np. w krypcie migdałowej lub też w tylnej części łuku, jest pokryte śluzem i trudno daje się spostrzegać: w tych to razach wielokrotne badanie zwłaszcza pod kokainą pozwoli nam je wykryć; lub też powtórne,

a co ma miejsce najczęściej, ciała obcego nie ma wcale; wywołało ono tylko podrażnienie, a następnie zostało wyplute lub też przełknięte; osobniki jednakże takie odczuwają jeszcze przez kilka dni ostry ból w miejscu, w którym ciało to utkwilo. Objawy podrażnienia zazwyczaj po kilku dniach w zupełności ustępują. U osobników wrażliwych, zwłaszcza zaś u kobiet neurastenicznych uczucie obcego ciała nie ustępuje po dniach kilku; przeciwnie ból i trudność przy przełykaniu wzmagają się stopniowo, trwając tygodnie, a nieraz nawet i całe miesiące. Pacjentki, zasięgając rady, biegają od jednego do drugiego lekarza, twierdząc ze wszelką stanowczością, że kostka, lub też oś rybia, stanowczo dotychczas w gardzieli pozostają. Wszelkie perswazyje i tłumaczenia ze strony lekarza o nieobecności ciała obcego nie nie pomagają; przeciwnie zapewnienia te przyjmują one z niedowierzaniem i potwierdzenia mniemania swego szukają u innego lekarza. Przypadki tej ostatniej kategorii, a które kilkakrotnie sam obserwowałem, zaliczyliby należało do nerwice urazowych gardzieli; w nich bowiem pod wpływem urazu występuje u neuropatycznych osobników typowa nerwica z lokalizacją w jamie gardzielowej. Naturalnie, że w tych razach tylko terapia ogólna jest w stanie przynieść pewien pożytek.

XI. Przystępując obecnie do opisu ważniejszych spraw gardzielowych, przebiegających przewlekłe, przedewszystkiem musimy się zająć tak zwanem przez nas przewlekłym zapaleniem migdałów złuszczeniowym (*tonsillitis lacunaris chronica desquamativa*), a zwanem przez autorów francuzkich *amygdalitis lacunaris caseosa*. Jest to cierpienie wywołujące wielokrotnie cały szereg różnorodnych objawów podmiotowych, a nieraz i uparty ból gardła. Znajomość dokładna tej sprawy jest stosunkowo mało rozpowszechnioną między lekarzami, co, jak się wielokrotnie przekonałem, daje powód do mylnych rozpoznań; z tego też względu sędzę, że nie będzie zbyt cennym, jeśli powyższą sprawę nieco obszorniej skreślę. Cierpienie to polega na przewlekłym zapaleniu błony śluzowej, wysiękającej krypty migdałów, wynikiem czego jest zatrzymywanie się w zmienionych i zwężonych kryptach zawartości, która, tworząc grube czopy, swoją obecnością wywołuje cały szereg przykrych objawów podmiotowych.

U większości osobników, dotkniętych przerostem migdałów, od czasu do czasu, najczęściej nawet bezwiednie wydzielają się białozółtawe czopy. Czopy te, badane mikroskopowo, przedstawiają się złożonymi z warstw nabłonka zrogowaciałego, ze znaczną domieszką

ciałek limfoidalnych, wśród których to mas widywaliśmy i rozliczne pasożyty, przeważnie koki, *leptothrix*, a nawet w jednym przypadku *actinomyces*. To wydzielanie się czopów nie wywołuje zazwyczaj żadnych objawów podmiotowych. Chorzy wydzielają je zazwyczaj rano przy lekkim kaszlu, uważając je za resztki pokarmowe. To wydzielanie krypt z przerosłych migdałów, nie wywołujące żadnych zaburzeń subiektywnych, możnaby poniekąd nazwać fizyologicznem; wydzielina bowiem jest tylko produktem złuszczenia nabłonka krypt. W pewnych jednakże przerosłych migdałach występuje zwężenie lub zatkanie pownej części krypty przez wrastające w nie follikuły ¹⁾. Wówczas to nagromadzona zawartość napotyka przeszkodę do wydzielania się, mianowicie zwężenie krypty, gromadzi się tam w coraz to większej ilości, gęstnieje, a nieraz nawet podlega zwyrodnieniu tłuszczowemu. Masy te wówczas, jako ciała obce, stanowią bodziec, drażniący samą błonę śluzową krypt, wywołując na niej przewlekły nieżyt. Tym sposobem zawartość krypt wydziela się od czasu do czasu pod wpływem mocnego ucisku, wywoływanego silnem i częstem odchrząkiwaniem, nieraz nawet wydzielanie to w sposób fizyologiczny nie może się zupełnie odbyć i musi być dopiero sztucznie uskuteczniouom. Podobne migdały wycięte i badane anatomopatologicznie, jak to przez nas na bardzo wielu przypadkach było robione, wykazywały, prócz nieco zwiększonego nacieczenia nabłonka wyścielającego krypty, inne zmiany nie różniące się niczem od zmian obserwowanych przy przeroście migdałów. Jednem słowem z punktu widzenia anatomopatologicznego mamy tu do czynienia z przewlekłym złuszcającym nieżytem krypt, rozwiniętym na tle przerostu, a wszystkie objawy kliniczne, przy nim spostrzegane, zależą od utrudnionego wydzielania się ilościowo wzmożonej zawartości. Te zmiany anatomopatologiczne wyjaśniają nam w zupełności objawy kliniczne danego cierpienia. Jak już wyżej wzmiankowałem, chorzy żalą się, że od czasu do czasu, głównie rano wyrzucają białawe czopki, nieraz mocno cuchnące i przypominające kawałeczki sera. Wielu chorych jednocześnie uskarża się na mocną nadzwyczaj nieprzyjemną woń z ust występującą przeważnie rano. Inni znowu doświadczają od czasu do czasu uczucia zawady w gardzieli, palenia, które ustępuje dopiero po silnem odchrząkiwaniu, podczas którego czopki wydzielają się. Wreszcie w innych przypadkach istnieje w okolicy migdała uczucie bólu i trudności przy łykaniu, które nieraz rozprzestrzenia się do ucha i które również po wyrzuceniu czopa szybko ustępuje,

¹⁾ Bliższe szczegóły anatomopatologiczne opisane zostały w mojej wyżej cytowanej pracy. Przyczynek do zapaleń migdałów.

wreszcie u pewnej grupy chorych występują objawy dławienia i zaciśnięcia gardzieli, przypominające tak zwany *globus hystericus*. Spostrzegalem wreszcie u niektórych chorych napady suchego dławiącego kaszlu, nieraz całemi dniami i tygodniami przeważnie rano występującego, który dopiero znika po usunięciu czopów, głęboko siedzących w kryptach. Wszystkie te objawy występują od czasu do czasu, t. j. w czasie większego nagromadzenia się zawartości w kryptach. Nie sądzę jednakże, aby czynniki innej natury, jako to: lekkie zaziębienie, długie mówienie, mogły je powodować, jak tego chcą niektórzy autorowie: przyczyną bowiem jest zawsze nadmierna wydzielina, po usunięciu której objawy natychmiast ustępują. Z objawów obiektywnych przy badaniu jamy gardzielowej widzimy przerosłe migdały, błona śluzowa jest normalnie czerwoną, otwory krypt zazwyczaj mało wyraźne, a wielokrotnie już odrazu widać w niektórych tkwiący białawy czop, który staje się dopiero wyraźnie widocznym po uciśnięciu migdała szpatlem lub też łyżeczką. Wówczas widzimy najwyraźniej wysuwającą się powoli ze zwężonej krypty białawą masę pod postacią masy nawpół płynnej, jednocześnie widać podobne czopy, wysuwające się z innych krypt, których zawartość na pierwszy rzut oka była niewidzialną. Ilość masy czopowej bywa nieraz bardzo znaczna: zazwyczaj po usunięciu pierwszej zgęszczonej zawartości, wydziela się reszta wpoł płynna, a chory natychmiastowo doznaje ulgi. Tak się rzecz przedstawia w typowych przypadkach. W innych razach z krypty zatkaney prześwieca tylko jakby żółtawa plama, robiąca wrażenie nalotu właściwego ostrym wyżej opisanym sprawom lakunarnym. Przy ucisku czop nie usuwa się, krypta bowiem jest mocno zwężona i najczęściej zygzakowato idąca i dopiero wprowadzenie cienkiego zgłębnika sprawę wyjaśnia, a czop tą drogą wysuwa się na zewnątrz. Wielokrotnie przy pierwszym obojrzeniu w przypadkach, w których podejrzewamy obecność czopów, nie bliżej pod tym względem nie daje się zauważyć, ani przy badaniu okiem, ani przy ucisku na migdał. Sprawa zaś sama czopowa ogranicza się do tylnej części migdałów, do krypt będących w stosunku do łuku przedniego, a w tych razach dopiero lekkie usunięcie wspomnianego łuku wykazuje obecność typowych nieraz kolosalnych czopów, tkwiących najczęściej w jednej nadzwyczaj rozszerzonej krypcie. Na tę ostatnią okoliczność zwracam szczególną uwagę praktyków, zachęcając zawsze do pilnego zbadania powierzchni migdałów ściśle objętych łukami; tą bowiem drogą jesteśmy nieraz w możności rozpoznać istotę sprawy i pomódz doraźnie choremu. Mam dokładnie w pamięci chorego, dotkniętego przewlekłym katarzem gardzieli, u którego w czasie pobytu zagranicą w jednej z miejscowości kura-

cyjnych wystąpił uparty ból gardła z uczuciem zaciskania w gardzieli, kilka tygodni trwającym. Chory po bezskutecznych różnorodnych kuracyach, jako to: inbalaeyach, pendzłowaniach, elektryzacyach [cierpienie bowiem w końcu poczęto uważać jako pochodzenia nerwowego], zasięgał z powrotem ku Warszawie porady w jednej ze stolic, gdzie sprawę uznano za syfilityczną, ze względu na przebywany niegdyś syfilis i radzono mu po powrocie do domu poddać się energicznej kuracyi specyficzej. Po przybyciu do Warszawy chory zasięgnął mojej porady. Był on zupełnie zrozpaczony i robił wrażenie typowego neurastenika, skarżącego się na stale trapiący go ból i dławienie w gardzieli umiejscowione przeważnie z lewej strony. Przy badaniu gardzieli oprócz stosunkowo nieznacznie przerosłych migdałów znajdowałem mocną nadezłość całej błony gardzieli. Fakt jednakże, że chory ból swój umiejscawiał stale na lewej stronie gardzieli w okolicy migdała zniewolił mnie do szczegółowego wielokrotnego zbadania tej okolicy. Uchyliwszy więc łuk przedni, wykryłem ku mojemu zdziwieniu grube czopy, tkwiące w dwóch rozszerzonych kryptach, usunięcie zawartości których drogą rozszerzenia krypt i wyciśnięcia, zniosło prawie natychmiastowo trwający od kilku tygodni uporczywy ból. Od tego czasu nigdy nie zaniedbuję badania tych okolic migdałów i często widuję, że wiele cierpień branych za parestezyę, objawy historyczne i t. p., ma swe źródło w skrycie przebiegającym, złuszczać się, przewlekłym zapaleniu krypt.

Jak już wyżej wzmiankowałem, sprawa czopowa zazwyczaj towarzyszy przerostowi migdałów; zdarza się jednakże, że występuje ona i przy obecności małych migdałów i w tym razie sprawa umiejscawia się najczęściej w jednej krypte górnej, ukrytej pod łukiem przednim. Nieraz nawet sprawa występuje przy obecności małych zamkniętych, *resp.* włóknisto zwyrodnionych migdałów, obierając siedlisko również w częściach przykrytych łukami. Wogóle sprawa czopowa występuje na jednym z migdałów; w wielu jednakże przypadkach widziałem ją występującą na obu.

Skreślony obraz przewlekłego i złuszczonego nieżyty krypt od czasu do czasu ulega zmianie pod wpływem obostrzenia, wtedy przedstawia się oczom zupełnie odmienny obraz kliniczny. Chorzy, którzy przedtem na nie się nie skarżali, lub też którzy wskazywali opisane wydzielanie się czopów, bez żadnego widocznego powodu zaczynają się skarżyć na ostry ból w gardzieli, połączony z uczuciem ogólnego rozbicia, a nawet z lekką gorączką. W większości jednakże przypadków poruszeń gorączkowych nie bywa. Ból niejednokrotnie bywa bardzo żywym, utrudnia nie tylko łykanie, lecz przeszkadza nawet w mowie. Jednem słowem, mamy przed sobą objawy charakteryzu-

jące zwykle ostre zapalenie migdałów. Przy badaniu przedmiotowem uderza nas, że migdał, na który chory głównie się skarży, nie jest mocno zaczerwieniony i obrzękły, jak to ma miejsce przy zwykłych sprawach zapalnych migdała. Toż samo da się powiedzieć o najbliższem otoczeniu migdała [łuki, część podniebienia miękkiego]. Badając dalej, spostrzegamy w ujściach krypt biało-żółte czopy, które jednakże przy naciśnięciu migdała bynajmniej nie usuwają się z tą łatwością, jak to ma miejsce w sprawie przewlekłej; przeciwnie nieraz wydobywamy je z trudnością i to zapomocą szczypczyków lub zgłębnika, przyczem niejednokrotnie występuje lekkie krwawienie. Po usunięciu czopa, czasami ból bynajmniej nie ustępuje, przeciwnie ci sami chorzy zgłaszają się na drugi dzień, utrzymując, że im nie lepiej. Badając migdał po raz wtóry, widzimy nieraz nowe czopy, które z głębi wysunęły się ku otworowi krypty, a które również z trudnością dają się wyjąć. W większości jednakże przypadków, czopów na drugi dzień nie spotykamy. Migdał prócz lekkiego przekrwienia i obrzmienia nie przedstawia żadnych zmian, ból, utrudnione połykanie i inne objawy w zupełności ustępują. W innym szeregu przypadków spotykamy na powierzchni migdałka plamki żółte różnej wielkości, zwykle jednak nie przechodzące rozmiarów ziarenka konopnego. Pozornie robi ono wrażenie czopa lub jakiegoś nalotu: przypatrując się jednakże bliżej przekonujemy się, że błona śluzowa jest zupełnie gładką i połyskującą, a plamka zależy od sprawy umiejscowionej pod błoną śluzową. Zwykle po kilku dniach na miejscu tej plamki występuje drobne owrzodzenie, przez które cienkim zgłębnikiem zwykle dochodzimy do krypty, z której jednocześnie wysuwają się zbite, charakterystyczne masy czopowe. Po ich usunięciu ból nie ustępuje odrazu, lecz dopiero po dniach kilku, przyczem owrzodzenie w zupełności się zabliznia. Badania anatomo - patologiczne na migdałach wyciętych w tym okresie choroby, przekonały nas, że mamy do czynienia w tych razach ze zmianami nieco odmiennemi, aniżeli przy sprawie przewlekłej, których jednakże bliżej opisywać tutaj nie uważamy za właściwe, nadmienając tylko, że w tych razach widzieliśmy znaczne wzmożenie złuszczenia komórek nabłonkowych, mocne nacieczenie ciałkami limfatycznymi i inne zmiany, charakteryzujące stan ostrej sprawy na tle przewlekłem. Prawdopodobnie mocno uwieczono czopy, zwiększające się w objętości, odgrywają rolę drażniących ciał obcych, być może, że i pasożyty, zwykle obficie przylegają, również odgrywają rolę momentu przyczynowego. Być nawet może, że w niektórych przypadkach dołącza się samodzielnie zapalenie, i że utrudnione wydzielanie się czopów jest tylko następstwem. Dane powyższe anatomo-patologiczne, pobieżnie skreślone,

wyjaśniają nam w zupełności objawy kliniczne sprawy, którą, wychodząc z punktu widzenia anatomo patologicznego, nazwaliśmy *tonsillitis lacunaris desquamativa exacerbata*. Badanie różniczkowe z wyżej szczegółowo skreślonej symptomatologii dla praktyka nie powinno przedstawiać najmniejszej trudności. Wykazałem również do jakiej metody należy się uciec w wątpliwych przypadkach, t. j. uchylając łuki i badając zgłębnikiem. Ten sposób ostatni uchroni nas od możliwej omyłki, mianowicie zmieszania z ostrem zapaleniem krypt migdałowych. Sprawy te możnaby jeszcze zmieszać z grzybicą migdała, przymiotem, lub też gruźlicą,—sprawach, o których z punktu widzenia różniczkowej dyagnostyki wypada nam obecnie pokrótce pomówić.

XII. Grzybica gardzieli (*mycosis pharyngis*) jest cierpieniem stosunkowo rzadkiem, polegającym na rozwoju w gardzieli, na migdałach i tylnej ścianie gardzieli, na łukach, a nawet i na tylnej powierzchni języka białych lub biało-żółtawych czopków, przyjmujących nieraz charakter wyrosły grzybiastych, różnej wielkości, przeważnie drobnych, wielkości ziarnka konopnego. Cierpienie to u większości chorych wywołuje bardzo nieznaczne objawy podmiotowe, polegające najczęściej na uczuciu obcego ciała w gardzieli, suchości, potrzebie odchrząkiwania i t. p.. W innych przypadkach chorzy nie doznają żadnych literalnie zaburzeń, a o grzybicy tylko przypadkowo się dowiadują. W niektórych jednakże przypadkach cierpienie wywołuje szeregi dość przykrych objawów podmiotowych: uparty ból, objawy zaciśnięcia gardzieli, ustawicznego odchrząkiwania i t. d.. Sprawa, jako bardzo przewlekła i bardzo uparta, może wywołać u niektórych osobników rodzaj nastroju hypochondrycznego. Istota sprawy dotychczas jeszcze niezupełnie wyjaśnioną została; polega ona na rozwoju różnorodnych grzybków, między którymi główną rolę zdaje się odgrywać *leptotrix buccalis*.

Rozpoznanie cierpienia nie przedstawia trudności. Zmieszać je można przedewszystkiem ze sprawą przewlekłą czopową, w poprzednim rozdziale opisaną. Różnica polegać będzie: 1) na tem, że czopy przy grzybicy, siedzące w kryptach migdałów, aczkolwiek z zewnętrznego wyglądu do nich podobne, mają jednakże konsystencję twardą i z wielką trudnością z krypt mogą być wydobywane; 2) obok sprawy w kryptach widzimy przy grzybicy naloty podobne, siedzące i na tylnej ścianie gardzieli, łukach, na podstawie języka, a nieraz i na nagłośni, co naturalnie nie ma miejsca przy zwykłej sprawie czopowej migdałów. Najlepszy środek rozpoznawczy doraźny stanowi badanie

palcem, które odrazu nas przekonywa o obecności szorstkich i twardawych mas, wreszcie w wątpliwych przypadkach badanie mikroskopowe czopków w zupełności sprawę wyjaśnia. Zdaje się, że cechy wyżej wskazane pozwolą z łatwością odróżnić cierpienie to od ostrego zapalenia krypt migdałów, a nawet i dyfterytu; zmieszanie tych spraw mogłoby powstać przy powierzchownem badaniu, nieuwzględnieniu przebiegu przewlekłego, braku gorączki, braku zajęcia gruczołów i innych cech właściwych tym sprawom. Z przymiotem gardzieli niepodobną prawie zmieszać tego cierpienia, zresztą cechy różniczkowe będą niebawem poniżej szczegółowo opisane. Inne grzybice [jako to: sarcyna, promienica, *aspergillus fumigatus*], są stosunkowo bardzo rzadkie i nie wywołują poważniejszych zaburzeń. Jedynie tylko tak zwany *soor*, rozciągając się obszernie w gardzieli pod postacią szerokich białawych łatwo dających się zdejmować nalotów, może wywoływać szereg poważniejszych objawów, jako to ból i mocne utrudnianie tykania. W gardzieli jednakże sprawa ta zazwyczaj tylko występuje wtórnie, szerząc się na gardziel z błony śluzowej ust i występuje ona, jak to powszechnie wiadomo, przy ciężkich i wyniszczających chorobach [tyfus, gorączka pługowa, zapalenie płuc włóknikowe, różne cierpienia dyskrazyjne w okresie końcowym] i pod względem rozpoznawczym trudności zazwyczaj nie przedstawia. Zdarzało mi się jednak widzieć przypadki, gdzie *soor* występował tylko głęboko w gardzieli, szerząc się nawet na nagłośnię; osobniki zaś ciężko chore (*pneumonia*, *septicaemia*) skarżyły się na ciężki ból i zupełną niemożność tykania, badanie zaś wziernikiem krtaniowym wykazywało całą dolną część gardzieli i nagłośnię pokryte białawymi płatami, charakterystycznymi dla *soor*. Naloty te dawały się z łatwością usuwać pendzelkiem, a objawy chorobowe wraz z usunięciem ich z łatwością ustępowały.

XIII. Gruźlica gardzieli (*tuberculosis pharyngis*) występuje stosunkowo rzadko, obecnością jednakże swoją wywołuje szereg ciężkich objawów, nieraz przedstawiających dość znaczne trudności rozpoznawcze. Występuje najczęściej jako sprawa wtórna, dołączając się do istniejących już gruźlicy płuc i krtani. W niektórych jednak przypadkach powstaje w gardzieli podówczas, kiedy w powyższych organach żadnych, albo przynajmniej bardzo nieznacznych zmian wykrywamy. Może się umiejscawiać na wszystkich częściach gardzieli, podniebieniu, lub na migdałach gardzielowych i językowym, tylnej ścianie gardzieli. Najczęściej jednakże widzimy ją na podniebieniu miękkim, języczku i łukach. Sprawa gruźlicza na tych miejscach występuje w dwóch okresach. W pierwszym w postaci drobnych, na wpół przezroczystych, tu i ówdzie rozsypanych gruczołków, które

następnie, szybko rozpadając się, tworzą właściwe owrzodzenia gruzlicze. Sprawa może ograniczyć się w wyjątkowych przypadkach tylko do gruzelków i nacieków, a przebiegając wśród mocnej i ciągłej gorączki, dawać obraz cierpienia rzadkiego, zwanego ostrą gruzlicą gardzieli. W większości jednakże przypadków mamy do czynienia ze sprawą przewlekłą, charakteryzującą się obecnością owrzodzeń, powstałych z rozpadu gruzelków. Owrzodzenia te, umiejscowione głównie na podniebieniu miękkim i języczku przedstawiają się w postaci owrzodzeń drobnych, drążących głęboko, o sadłowatym wyglądzie, na brzegach i dnie których daje się spostrzegać ziarnina i jeszcze nie rozpadające się, przeświecające gruzelki. Czasem owrzodzenia zlewają się, tworząc ogromną powierzchnię owrzodziłą, o charakterze wyżej określonym, t. j. z dnem sadłowatym i nacieczonymi naokoło brzegami. Na łukach tylnych widywałem gruzlicze owrzodzenia pod postacią długich i głębokich brzd, pokrytych szaro-brudnym nalotem, na migdałkach najczęściej są liczne kraterowate owrzodzenia nieraz głęboko między łukami skryte. Objawy podmiotowe są niesłychanie ciężkie. Chorzy skarżą się na stały, niezwykle ciężki ból, szerzący się często w kierunku ucha. Ból ów wzmacnia się znacznie przy przełykaniu pokarmów, wywołując w wielu przypadkach zupełną prawie niemożliwość łykania, przez co zazwyczaj chorzy szybko chudną, wpadając w stan ostatecznego wyniszczenia. Zazwyczaj obok objawów gardzielowych rozwijają się i inne objawy gruzlicy gardzielo-płucnej z gorączką hektyczną, przyspieszającą zejście fatalne niezwykle ciężkiej podmiotowo sprawy. W niektórych przypadkach sprawa jest bardzo przewlekła, przebiega bez gorączki, ograniczając się bardzo długo tylko do stopniowo szerzących się owrzodzeń gardzieli. Zresztą w niektórych wyjątkowych przypadkach, a których również cały szereg spostrzegałem, owrzodzenia mogą się podgajać; sprawa na czas pewien uspokaja się niemal zupełnie; najczęściej jednakże po pewnym dłuższym lub krótszym przeciągu czasu wznawia się napowrót w gardzieli, lub też występuje na innych sąsiednich organach, języku, krtani.

Rozpoznanie różniczkowe, o ile w niektórych przypadkach jest łatwe, o tyle w innych nawet dla najbardziej wytrawnego specjalisty przedstawia poważne trudności. Jeśli mamy do czynienia ze zmianami mniej lub więcej wyraźnymi w płucach lub też krtani, wówczas owrzodzenia o typie wyżej opisanym nie przedstawiają pod względem rozpoznawczym jakichkolwiek trudności i z łatwością je jako gruzlicze rozpoznać można. Inaczej rzecz ma się zupełnie w tych przypadkach, na szczęście stosunkowo rzadkich, gdzie w płucach zmian żadnych nie wykrywamy, w płwocinie laseczników nie znajdujemy. W tych

razach, aczkolwiek wygląd owrzodzeń dla wprawnego badacza jest dosyć charakterystycznym, to jednakże rozpoznanie może ulegać wątpliwości, a szczególnie u syfilityków może dać pochoć do rozpoznania sprawy przymiotowej gardzieli. W tych wątpliwych przypadkach przy rozpoznaniu sprawy należy się mniej kierować wyglądem zewnętrznym tych owrzodzeń, nie zawsze tak typowym, a często przypominającym owrzodzenia przymiotowe, a brać pod uwagę następujące okoliczności: 1) stan ogólny chorego; przy gruźlicy bowiem gardzieli najczęściej chorzy od pewnego czasu chudną, tracą siły; 2) ból gardzieli uparty przy stosunkowo małych jeszcze owrzodzeniach bardziej przemawia za sprawą gruźliczą, aniżeli przymiotową; 3) należy wielokrotnie w częstych odstępach badać ciepłotę u chorych, nie raz się bowiem zdarzają już w tym okresie wieczorne podwyższenia ciepłoty, przemawiające bardziej za gruźlicą niż za przymiotem; 4) należy nie zaniedbać zbadania płwociny, jako też i wydzieliny z owrzodzenia, na laseczники gruźlicze, a niejednokrotnie tą drogą udaje się istotę sprawy w zupełności rozpoznać. Nie należy jednakże zapominać, że wynik ujemny badania owrzodzeń na laseczники bynajmniej przeciwko rozpoznaniu gruźlicy stanowczo nie przemawia; widywałem bowiem chorych, u których nie tylko wielokrotnie badana wydzielina, lecz nawet z dna owrzodzenia wydobyta tkanka laseczników nie wykazywała, a niestety przebieg cierpienia dowiódł, że mieliśmy do czynienia ze sprawą gruźliczą. Powyższe wskazówki pozwolą w ogromnej większości przypadków z całą ścisłością wykazać gruźlicę gardzieli. Głównym jednakże punktem wytycznym rozpoznania będzie szczegółowe zbadanie płuc i uwzględnienie zaburzeń ze strony stanu ogólnego. Zmieszanie ostrej gruźlicy gardzieli z wypryskiem gardzieli jest zaledwie w pierwszych dniach możliwe. Charakterystyczny wygląd pęcherzyków, a głównie przebieg pozwolą z łatwością sprawę rozpoznać.

XIV. Przymiot *resp.* syphilis gardzieli (*lues pharyngis*) jest cierpieniem o wiele częstszem od gruźlicy gardzieli i o ile w zwykłych typowych objawach powszechnie znanych nie przedstawia poważniejszych trudności rozpoznawczych, o tyle w niektórych przypadkach rozpoznanie jest wielce skomplikowanym i trudnem, dającym niejednokrotnie możność popełnienia błędów rozpoznawczych. Z tych względów należy nam pokrótce omówić wzmiankowaną sprawę. Najpospolitszy objaw przymiotu gardzieli we wczesnych okresach [tak zwane objawy wtórne] stanowią lepiej płaskie (*condylamata plana, plaques muqueuses*); przedstawiają się one pod postacią białawych plamek lub pasków różnej wielkości, występujących na różnych miejscach błony śluzowej gardzieli, po większej części zaczer-

wienionej i nieco zbręknętej. Wielkość ich bywa różna, począwszy od wielkości soczewicy nieraz dochodzą one rozmiarów fasoli; zwykle jednakże są bardzo małe. Do błony śluzowej przylegają ściśle, dają się zdejmować trudno, pozostawiając po sobie zaczerwienioną, a nawet naciętą błonę śluzową. Najczęściej występują na podniebieniu miękkim, łukach, języczku i migdałach. Lepiej w postaci wyżej opisanej trwają zwykle niedługo; po kilku dniach zazwyczaj ulegają rozpadowi, pozostawiając płaskie owrzodzenia, z szarawym nalotem, o brzegach nierównych, które nieraz w niezmienionej postaci pozostają całe miesiące. Często zlewają się one, tworząc dość duże płaskie owrzodzenia.

Objawy podmiotowe u osób, dotkniętych temi zmianami, bywają różnorodne. Nieraz przebiegają one, nie wywołując żadnych objawów subiektywnych; w większości jednakże przypadków chorzy uskarżają się na uparty ból, stale trwający i wzmagający się głównie przy łykaniu. W tym to okresie badając chorego, zazwyczaj obok lepiej znajdujemy owrzodzenia płaskie; te zaś, umiejscowione szczególnie na łukach tylnych, lub też na tylnej powierzchni migdałów, charakteryzują się niezwykłą bolesnością. Nieraz przy powierzchownem badaniu owrzodzeń nie dostrzegamy; uparty jednakże ból u osobnika niedawno dotkniętego owrzodzeniem przymiotowem, winien pobudzić do wielokrotnego i szczegółowego zbadania gardzieli, zwłaszcza łuków tylnych w ich dolnej części. W tych to bowiem miejscach często znajdują się owrzodzenia w postaci szczelin, które odkrywamy dopiero po usunięciu śluzu, pokrywającego te miejsca. Toż samo dotyczy języczka, na którego tylnej powierzchni często umiejscawiają się owrzodzenia, te zaś mogą być wykryte dopiero przy badaniu lusterkiem. Wskazówką jednakże w tych razach będzie języczek czerwony i obrzęknięty, a przy dotykaniu zgłębnikiem bolesny. Powyżej skreślone objawy lepiej przymiotowych pozwalają je w większości przypadków ściśle rozpoznać, tembardziej, że mamy jednocześnie do czynienia z obustronnie powiększonymi gruczołami szyjowymi i podszczękowymi, brakiem gorączki, a wreszcie z anamnezą właściwą. W większości zaś przypadków, szczegółowe badanie wykrywa na skórze i inne charakterystyczne dla przymiotu objawy. Zmieszaćby chyba można lepiej przymiotowe pod względem wyglądu z nalotami, powstałymi w okresie przysychania wyprysku gardzielowego. Cierpienie to jednakże, o krótkim typowym przebiegu, a wyżej szczegółowo opisanym, bez powiększonych gruczołów, pozwoli z łatwością odróżnić się od przymiotu. Toż samo da się powiedzieć o dyfteryie gardzieli, który ze swymi typowymi objawami, chyba by trudno zmieszać z przymiotem. Inaczej rzecz ma się w pewnych bardziej złożonych

formach świeżych postaci przymiotu gardzieli, opisanych w ostatnich czasach przez autorów francuzkich [FOURNIER, ROBIN] a nazwanych *angines dyphtheroïdes de la syphilis*, w których występują lepiejze syfilityczne pod postacią grubych błon lub też nalotów, umiejscowionych na migdałach lub tylnych łukach, przypominających swoim wyglądem w wysokim stopniu błony dyfterytyczne. Tworzeniu się błon towarzyszy jednocześnie silny ból przy łykaniu, często nawet kilkudniowa gorączka, oraz powiększone gruczoły. Te to wszystkie cechy mogą znacznie utrudnić rozpoznanie, robiąc wrażenie w pierwszych dniach dyfterytu; jedynie przebieg długotrwały, nie szerzenie się dalsze sprawy, wreszcie badanie bakteriologiczne pozwala ściśle sprawę rozpoznać; inne bowiem cechy, jak brak białka w moczu, trudność usuwania błon i t. p., są jednakowo właściwe obu sprawom. W późnych okresach syfilis również często umiejscawia się w gardzieli, występując głównie pod dwiema postaciami, t. j. ograniczonych gumatów, oraz następczych owrzodzeń. Gumaty pod postacią ograniczonych guzów zjawiają się przeważnie na podniebieniu miękkim lub migdałach. Na szczególną uwagę zasługują gumaty migdałów, mogą one bowiem być z łatwością wzięte za różne inne sprawy. Należy więc mi pokrótce o nich pomówić. W okresie pierwszym migdał przedstawia się zaczerwienionym, powiększonym. Sąsiednia błona śluzowa również jest zaczerwienioną i nieco zbrzękniętą. Jednocześnie istnieje mniej lub więcej dotkliwy ból, a nawet czasami poruszenia gorączkowe. W drugim okresie czerwoność jest mniej wydatną i lokalizuje się przeważnie w pewnych punktach, przy dotykaniu których migdał, poprzednio twardy, daje wrażenie poczynającej się fluktuacyi. Wreszcie, zazwyczaj bardzo szybko, następuje rozpad centralny z wytworzeniem obszernych kraterowatych owrzodzeń. Nieraz zjawia się kilka naraz otworów. Owrzodzenia ztąd powstałe mają brzegi nierówne, jakby wyjedzone, o dnie sadłowatym. Wreszcie dno owrzodzenia oczyszcza się i widzimy na niem zaczerwienione świeże drobne granulacye, rozpoczynające proces zablizniania. Z objawów podmiotowych zanotować należy ból stały; chociaż bowiem w niektórych przypadkach gumaty migdałka mogą przebiegać bez bólu, to jednakże w większości przypadków towarzyszy im ból większego lub mniejszego natężenia, przypominający ból przy prostym zapaleniu migdałka. Obok bólu istnieje w mniejszym lub większym stopniu utrudnienie łykania. W pierwszym okresie choroby również może występować i gorączka, przedstawiająca dość wysoki stopień natężenia, trwająca kilka dni z rzędu. Gumaty migdałka z wyżej skreślonego przebiegu łatwo mogą być zmieszane z następującymi sprawami: 1) ze zwykłym przerostem migdałów. Gumat, przebiegający skrycie,

może w pierwszym okresie pozornie symulować przerost: zwiększanie się jednakże stopniowe migdału, sprawa jednostronna, ból występujący powoli, wreszcie anamneza uchroni od podobnej pomyłki. 2) Łatwo również zmieszać gumat w tym okresie z ostrem zapaleniem migdałów. I rzeczywiście w ciągu pierwszych dni pomyłka jest wielce możliwą, tem bardziej jeśli sprawie towarzyszy nasilenie gorączkowe. Zazwyczaj gorączka po dniach kilku ustępuje, migdał zaś pozostaje zaczerwieniony i powiększony, co zwykle odwrotnie bywa przy zwykłym ostrem zapaleniu migdała, gdzie zazwyczaj po spadku temperatury czerwoność słabnie i migdał zmniejsza swą objętość. Dlatego też należy przyjąć za prawidło, że zapalenie migdała u syfilityka, przebiegające dłużej niż kilka dni, należy uważać za podejrzanę.

Gumaty migdałka w okresie rozpadu możnaby zmieszać z owrzodzeniami rakowatemi lub też gruźliczemi, dyagnostyka których we właściwem miejscu była omówioną.

Gumaty, występujące na podniebieniu miękkim, przebiegają nieraz skrycie, szczególnie jeśli występują na tylnej powierzchni tegoż. Powoli nieraz bez bólu zjawiają się ograniczone ciemno-czerwone wyniosłości, przyczem całe podniebienie miękkie, a głównie języczek, przedstawiają się mocno obrzękłemi. Miejsca zaczerwienione powoli bledną, tworząc okrągławy otwór, jako miejsce rozpadu, i dając następnie punkt wyjścia szerokim owrzodzeniom. Sprawa z początku może przebiegać bez żadnych objawów podmiotowych, zazwyczaj jednakże mamy do czynienia z bólem, a często i z utrudnieniem łykania, które, wraz z obrzękiem podniebienia, wzmacnia się, powodując nieraz mocną dysfagię. Sprawa w okresie rozwoju jest tak charakterystyczną, że daje się rozpoznać ze ścisłością na pierwszy rzut oka jako gumat syfilityczny. W pierwszym okresie lekki ból obok obrzęku języczka, uparcie trwający, u syfilityka zawsze będzie podejrzanym, obecność zaś mocno czerwonych ograniczonych plamek na podniebieniu miękkim rozpoznanie ułatwi. Owrzodzenia powstałe wskutek rozpadu gumatów przyjmują różnorodne postacie. Dno ich czerwoneawe pokryte bywa brudną wydzieliną ropną. Najczęściej szerzą się po powierzchni, wytwarzając ogromne płaskie owrzodzenia. W innych przypadkach przenikają w głąb, przyjmując przeważnie na migdałach formę kraterową. Siedlisko ich bywa różne, najczęściej: migdały, łuki, podniebienie miękkie, jako też i tylna ściana gardzieli. Owrzodzenia te zagajając się tworzą obszerne białe, powszechnie znane gwiazdowate blizny, dające zrosty z sąsiednimi częściami i przedstawiające obszerne braki w jamie gardzieliowej.

Objawy podmiotowe obok bólu odnoszą się przede wszystkim do zaburzeń w połykaniu. Chorzy doznają z początku wrażenia ciała obcego w gardzieli, powoli łykanie staje się trudnem, nieraz niemal zupełnie niemożliwem, szczególnie przy sprawach umiejscowionych szeroko na podniebieniu miękkim. Często w tychże przypadkach szczególnie płyny przechodzą do nosa, a mowa wtedy przyjmuje odcień nosowy. Nie należy jednakże zapominać, że właśnie przy przymiocie gardzieli mamy do czynienia z ciekawem zjawiskiem, iż nieraz istnieją obszerne owrzodzenia, które żadnych absolutnie objawów podmiotowych nie wywołują, a czasem dopiero przypadkiem bywają zauważone. Chorzy w tych razach, jeśli już zwróconą została na to uwaga, przypominają sobie, że od czasu do czasu uczuwali pewną zawadę w gardzieli, wyraźnego jednak bólu nie doznawali. Odwrotnie w innych przypadkach ból bywa nadzwyczaj dotkliwy, rozprzestrzenia się ku uchu, niejednokrotnie trwa całymi dniami i nocami i pozbawia chorego snu. Rozpoznanie szerokich owrzodzeń późnego okresu przymiotu z wyżej podanych cech, oraz właściwej anamnezy, nie powinno przedstawiać żadnej trudności. Owrzodzenia niewielkie dopiero powstające, mogą być mieszane z owrzodzeniami gruzliczemi. Cechy jednakże rozpoznawcze obu tych spraw wyżej szczegółowo omówiłem. Tu winienem tylko dodać, że u osobnika, dotkniętego owrzodzeniami przymiotowemi gardzieli, może się dołączyć, a co zazwyczaj się zdarzyć może na podstawie ogólnego wycieńczenia organizmu, i sprawa gruzlica. Wówczas występuje tak zwana postać mieszana, dająca powód do pewnych znacznych trudności rozpoznawczych. Najczęściej ma to miejsce w tych przypadkach, gdzie u syfilityka występuje gruzlica płuc z obfitą ekspektoracją. Wówczas drogą infekcyi prawdopodobnie przez płwocinę owrzodzenia ulegają zakażeniu gruzliczemu. Spostrzegamy wtedy, że na brzegach owrzodzeń przymiotowych występują drobne prosówkowe guziczki, rozpadające się powoli i wytwarzające głęboko drążące owrzodzenia, wyżej szczegółowo opisane. Stanowczo jednak rozpoznanie zakażenia gruzliczego tych owrzodzeń nie jest zbyt łatwem, zwłaszcza jeśli w płucach zmian wyraźnych nie ma i w płwocinie laseczników gruzliczych nie wykrywamy. W tych wątpliwych przypadkach obok krytycznego rozbioru wszystkich cech szczegółowo w rozdziale poprzednim wykazanych, nieskuteczność kuracyi specyficznej będzie również przemawiać za owrzodzeniami gruzliczemi.

XIII. Sprawy nowotworowe gardzieli natury złośliwej mogą również w pewnych wyjątkowych przypadkach budzić wątpliwości rozpoznawcze.

Z liczby nowotworów złośliwych wzmiankować należy o raku i mięsaku, które mogą pierwotnie usadowić się w jamie gardzieli. Mięsaki najczęściej umiejscawiają się w migdale, a wówczas przedstawiają guzy twarde, wywołujące silny ból i utrudnione łykanie. Jednocześnie szybko ulegają powiększeniu i stwardnieniu gruczoły szyjowe.

Raki, usadowione na migdale, wywołują szybko głębokie owrzodzenia, szerzące się na sąsiednie części, z mocnem zwyrodnieniem gruczołów; sprawie tej towarzyszy mocny i stały ból przy łykaniu, ogólny wygląd charłaczy, upadek stanu ogólnego. Zresztą rozpoznanie ich nie przedstawia poważniejszej trudności podobnie jak i raków lokalizowanych w dolnej części gardzieli i szerzących się na podstawę języka. W wyjątkowych przypadkach siedliskiem pierwotnem raka jest podniebienie miękkie, a nawet języczek. W tych razach powstaje na tych miejscach owrzodzenie, z początku płaskie, powierzchowne, o dnie sadłowatym brudnym, w wysokim stopniu przypominające owrzodzenia przymiotowe. Z początku bóle mogą być bardzo nieznaczne, a sprawa, jak to w jednym przypadku szczegółowo spostrzegłem, może wiele miesięcy z rzędu ograniczać się ściśle do podniebienia miękkiego, przedstawiając w tych razach rzetelne trudności dyagnostyczne; sprawa bowiem również łatwo za syfilis lub też gruźlicę może być brana. Jako momenty rozpoznawcze służyć mogą następujące okoliczności: 1) bóle zazwyczaj są bardzo uparte, rozprzestrzeniają się w kierunku kości czaszkowej i rozchodzą się po całej odpowiedniej stronie głowy; 2) łykanie również od początku jest bardzo trudne; 3) gruczoły szyjowe są zazwyczaj mocno powiększone i twarde i to tylko z jednej strony; 4) stopniowy upadek stanu ogólnego bez najmniejszych oznak rozwijającej się gruźlicy płuc.

Cechy te jednakże mogą zawodzić, są one bowiem wspólne i sprawie gruźliczej i przymiotowi. W wątpliwych więc przypadkach należy się uciec do dwóch jeszcze dyagnostycznych danych, t. j. do wycięcia kawałeczka zwyrodniałej tkanki i poddania jej badaniu drobnowidzowemu, co jednakże nie zawsze daje pożądaný rezultat; możemy bowiem wycinać tylko nieznaczne kawałki, w których nowotworowe elementy mogą być nie wykryte, a wreszcie 2) *ex juvantibus*; t. j. poddając chorego leczeniu specyficznemu przeciwprzymiotowemu.

Co się tyczy mięsaków migdałów, to te w pierwszych okresach swego rozwoju przedstawiają wielkie podobieństwo do przerosłego migdała. Przyglądając się jednakże bliżej, widzimy powierzchnię gładką i zupełne wygładzenie krypt, przyozem występują powoli wzmagające się bóle, guz jednocześnie szybko rośnie, a następnie zjawia się i powiększenie gruczołów szyjowych odpowiedniej strony.

W początkowych okresach możnaby również mięsaka wziąć za gumat migdała. Konsystencja jednakże twarda i wzrost stopniowy pozwoli obie te sprawy rozróżnić.

XIV. Ból gardła może również towarzyszyć i być nieraz dominującym objawem przy sprawach rozlanych, przewlekłych zapalnych, gardzieli, natury nie specyficznej, czyli przy tak zwanym pospolicie katarze chronicznym gardzieli, o czym chociaż w krótkości wspomnieć winienem. Z punktu widzenia klinicznego rozdzielamy katar na dwie główne kategorie: 1) po pierwsze nieżyt chroniczny przerostowy, charakteryzujący się zaczerwienieniem, rozpułchnieniem, znacznym rozszerzeniem naczyń tylnej ścianki gardzieli, obok czego istnieją na niej liczne mniej lub więcej czerwone wyniosłości, wielkości od konopnego ziarnka do małej fasoli, zwane pospolicie granulacjami i będące następstwem przerostu tkanki adenoidalnej podśluzowej, ztąd też sprawę tę nazywają *pharyngitis granulosa*; jako oddzielny rodzaj takowego opisują autorzy: *pharyngitis granulosa lateralis*, w której przerost tkanki dotyczy głównie fałd bocznych gardzieli, tworzących tam charakterystyczne mocno zgrubiałe wały. Sprawy te jednakże najczęściej występują współcześnie, a tylko przerost jednej lub drugiej okolicy bierze przewagę w danym przypadku. Wreszcie katar ten przerostowy w większości przypadków jest również w związku z cierpieniem podobnej natury jamy nosogardzieli, opis której nie wkracza w ramy niniejszej pracy. Z objawów subiektywnych danej postaci nieżytku zaznaczyć należy ciągle odchrząkiwanie wielce charakterystyczne. Chociaż w niektórych przypadkach może ono wcale nie istnieć, a chorzy, posiadający nieraz wysoko rozwinięte granulacje, żadnych zaburzeń nie doświadczają. Przeciwnie u większości chorych, przeważnie u osobników nerwowych [kobiet], występuje często cały szereg bardzo dokuczliwych objawów jak odchrząkiwanie, uczucie pełności, tak zwane załęglenie, połączone nieraz z dławieniem, wymiotami rannymi, które powstają przy silnem odchrząkiwaniu, nieraz nawet chorzy skarżą się na ból uparty w głębi gardzieli. Przy umiejscowieniu sprawy w fałdach bocznych ból bywa często bardzo uparty; nieraz towarzyszy tym stanom krótki uparty kaszel, noszący na sobie wszystkie cechy kaszlu gardzielowego. Kaszel ten trwa nieraz całymi tygodniami, może być sztucznie natychmiastowo wywołanym przez dotknięcie zgłębnikiem niektórych miejsc gardzieli. Sprawa nieraz przyjmuje charakter prawdziwej nerwicy, co ma miejsce przeważnie u histeryczek, punkt jednakże wyjścia sprawy ma miejsce w gardzieli.

W przebiegu tej postaci kataru gardzieli daje się zauważyć fakt, że silniejsze objawy podmiotowo a szczególnie dotkliwszy ból, występują zazwyczaj okresami, trwającymi dni kilka. Ma to miejsce w okresach, w których następuje obostrzenie sprawy pod wpływem jakiegokolwiek przyczyny zewnętrznej: zaziębienie, wysilek w mowie, pobyt w mocno dymnej lub pyłnej atmosferze i t. d.. W tych razach widzimy u osobników, znanych nam poprzednio, świeże zaczerwienienie wszystkich części gardzieli na tle zmian dawniejszych. Dotykając wówczas sondą różnych miejsc, a szczególnie zaś tylnej ścianki gardzieli, przekonywamy się o znacznie wzmożonej pobudliwości odruchowej, przejawiającej się pod postacią bólu, dławienia lub też krótkiego, wyżej wzmiankowanego kaszlu. Objawy te w ciągu dni kilku przy odpowiednim zachowaniu się i terapii łagodzącej ustępują zazwyczaj w zupełności, chorzy zaś powracają do dawnego stanu, t. j. albo żadnych dolegliwości nie doświadczają, lub też w mniejszym lub większym stopniu objawy wyżej wyszczególnione, t. j. odchrząkiwanie, uczucie zaflegmienia gardzieli na nowo występują. Podobne zaostrzenia sprawy ze wzmożeniem się objawów podmiotowych zjawiają się kilka razy w ciągu roku. O ile zaś dane indywiduum jest bardziej nerwowo usposobione, o tyle zbiór objawów subiektywnych występuje bardziej jaskrawo. Przy dyagnozie więc tego rodzaju spraw należy przedewszystkiem mieć na uwadze dwie podstawowe okoliczności: 1) w jakim okresie istnieje sprawa, t. j. czy w chronicznym, czy też w okresie świeżego zaostrzenia; 2) czy pewne dość wybitne objawy subiektywne li tylko na karb zmian lokalnych, czy też do tła ogólnej neurastenii odnieść należy. Te punkty będą wytycznymi nie tylko przy dyagnozie, lecz i przy prognozie i terapii cierpienia. Rozpoznanie samej sprawy na podstawie wyżej przytoczonych objawów przedmiotowych nie powinno w żadnym przypadku przedstawiać trudności. Nie należy tylko przy rozpoznaniu zapominać o okoliczności, że objawy subiektywne, jako to, ból, kaszel i t. p., które pozornie mogą być odniesione do sprawy granulacyjnej gardzieli, mogą być zależnymi również od sprawy umiejscowionej głębiej, t. j. w krtani. Ztąd też powyższe objawy będziemy tylko wówczas wprawie odnieść do cierpienia gardzieli, jeśli uprzednio przez badanie wzniernikiem cierpienie krtani wykluczemy. Nie należy również zapominać, jak ważną usługę przy rozpoznaniu objawów odruchowych ze strony spraw przerostowych gardzieli odgrywa sondowanie, umiejscawiając i potwierdzając zależność danego objawu od cierpienia gardzieli. W niektórych przypadkach środkiem rozpoznawczym będzie również znieczulenie tych miejsc słabym roztworem kokainy

(10%). Efekt natychmiastowy pod postacią zniesienia bólu i kaszlu przemawiać będzie za ich źródłem w jamie gardzieli.

XV. Drugą wybitną odmianą rozlanych katarów gardzieli jest forma zanikowa inaczej zwana suchą (*pharyngitis atrophica s. sicca*). Istota sprawy polega na zaniku w różnym stopniu i w różnych miejscach błony śluzowej gardzieli. Wogóle zanikają stopniowo elementy gruczołowe błony śluzowej, natomiast powiększa się ilość tkanki łącznej.

Najwybitniej występuje powyższa sprawa zwykle na tylnej ścianie gardzieli w jamie nosogardzielowej. I ta bowiem odmiana kataru jest w ścisłym związku z cierpieniem powyższej jamy nosogardzielowej, której szczegółowy opis przekraczałby łamy naszej pracy.

Z objawów obiektywnych, charakteryzujących tę sprawę, zaznaczyć należy charakterystyczny wygląd błony śluzowej gardzieli, a szczególnie jej tylnej ściany, która przedstawia się pod postacią lśniącej, układającej się łatwo w bardzo charakterystyczne fałdy, błony. Odcień jej przedstawia się ciemno czerwonym przypominającym kolor wędzonego mięsa. Na niej zazwyczaj widać liczne pasma lub też oddzielne mniej lub więcej znaczne kępki zaschniętego śluzu. Błona cała często wygląda jakby była powleczone werniksem. Ma to swe źródło w okoliczności, że zamknięte gruczoły śluzowe nie wydzielają dostatecznej ilości śluzu, powodując tym sposobem stały stan suchości.

Z objawów subiektywnych zanotować należy przedewszystkiem stały objaw suchości w gardzieli z uczuciem wzmożonego pragnienia. Suchość ta dosięga wielokrotnie stopnia niezwykle wysokiego, a choroby wówczas zalać się na uczucie bólu, powodowane mocno przysschniętym śluzem do błony śluzowej gardzieli. Śluz ów starają się chorzy konieczne wydalić; ztąd występuje drugi stały objaw pod postacią ustawicznego odchrząkiwania, który to objaw choroby motywują uczuciem obcego ciała, włosa, lub innej zawady, głęboko tkwiącej w gardzieli. U innych chorych wreszcie występuje ten sam szereg objawów odruchowych, któryśmy wyżej przy pierwszej postaci katarów rozlanych opisali, a więc krótki a głośny napadowy kaszel przyjmujący nieraz charakter nerwicy, uczucie spazmu gardzieli, ból mocny, wzmagający się przy sondowaniu jednego z punktów tylnej ściany gardzieli i t. p. objawy. I tutaj, podobnie jak w pierwszej postaci katarów, objawy te zwykle występują u osobników mocno nerwowo usposobionych, a osobliwie u neurasteników obojga płci; przeciwnie bowiem u osobników mało wrażliwych widzi się nieraz daleko posunięty katar zanikowy gardzieli, przyczem chory nie skarży

się na żaden z wymienionych objawów z wyjątkiem suchości nieznacznej. I w formie suchego kataru gardzieli, podobnie jak w poprzedzającej postaci, daje się zauważyć pewne od czasu do czasu powtarzające się nasilenie objawów podmiotowych lub odruchowych, wyżej wyszczególnionych. Nasilenia te, trwające zazwyczaj dni kilka, mają najczęściej swe źródło w świeżem nasileniu sprawy kataralnej, powstałej pod wpływem jakiegokolwiek przyczyny zewnętrznej [przeziębienie, dłuższe przebywanie w atmosferze dymnej lub pyłnej, dłuższe mówienie] lub, co się nieraz zdarza u neurasteników, pod wpływem jakiegoś bodźca natury psychicznej.

Rozpoznanie zanikowej postaci nieżytu w typowych jej formach nie przedstawia zazwyczaj najmniejszej trudności, wygląd bowiem błony śluzowej jest tak charakterystyczny, że każdy, kto raz tylko to cierpienie w typowej postaci widział, z pewnością je rozpoznać potrafi.

Obok tych dwóch typowych istnieje jeszcze cały szereg form przejściowych od jednej postaci do drugiej. Widzimy więc w jednych przypadkach obok znacznej suchości tylnej ściany gardzieli jeszcze tu i owdzie porożrzucane liczne granulacje lub też przerosty fałd bocznych. W innych postaciach odwrotnie mamy więcej przerostu, jednakże widzi się tu i owdzie zanikniętą błonę śluzową.

Objawy podmiotowe tych postaci nie różnią się od objawów form wyżej skreślonych i w nich niejednokrotnie dominującym objawem będzie ból gardła, uczucie obcego ciała, lub też suchość, a nawet kaszel lub uczucie zaciśnięcia gardzieli, zależnie od wrażliwości indywidualnej.

Zapalenie przewlekłe tkanki adenoidalnej podstawy języka daje w pewnych przypadkach objawy podmiotowe wielce analogiczne ze sprawami gardzieli tylko co opisanymi i dlatego uważam za właściwe wspomnieć i o tem cierpieniu, aczkolwiek nie należącym ściśle do spraw gardzieliowych. Cierpienie to polega na zapaleniu przewlekłym natury przerostowej tkanki adenoidalnej z wytwarzaniem różnej wielkości guzowatości, nieraz dochodzących do wielkości migdała i przyjmujących często postać i konsystencję migdałków podniebieniowych; stąd też i przez niektórych autorów cierpienie to może niezbyt szczęśliwie nazwanem zostało przerostem migdałka językowego. Bårdziej niż makroskopowa zachodzi analogia histologiczna; obie te sprawy mają bowiem jednolity histologiczny charakter. Z objawów obiektywnych zanotować należy, jak już wyżej wspomniałem, obecność różnej wielkości guzowatości bądź to rozlanych, bądź pod postacią jednej większej wyrosły, o wyglądzie przypominającym malinę, lub też z licznymi znajdującymi się na nich zagłębieniami i brózdami. Sprawa, szerząc się w kierunku nagłośni,

może dotyczyć jej swobodnego brzegu. Zmiany, wyżej skreślono, dają się dokładnie wykazać zazwyczaj jedynie przy pomocy wziernika. Jednakże w niektórych przypadkach, szczególnie przy mocnym przeroście, widać je gołym okiem, a w tym celu należy język wyciągnąć i podstawę języka mocniej nacisnąć szpadlem. Przewlekłe zapalenie tkanki adenoidalnej podstawy języka jest cierpieniem dosyć częstym, towarzyszy ono zazwyczaj rozrostom tkanki adenoidalnej i w innych okolicach tak zwanego pierścienia limfatycznego; a więc rozrostowi migdałków podniebiennych, tkanki adenoidalnej stropu gardzieli, granulacyom tylnej ścianki gardzieli i w większości przypadków przebiega bez jakichkolwiek objawów subiektywnych ze strony chorego. Widywałem nieraz nawet bardzo wielkie przerosty, pod postacią dużych guzów, które nie wywoływały żadnych objawów ze strony chorego. U pewnej jednakże liczby chorych szczególnie u osobników nerwowych, głównie kobiet, sprawy te wywołują cały szereg objawów w wysokim stopniu analogicznych z objawami, bliżej, przy katarach rozlanych gardzieli skreślonymi, a więc uczucie dławienia, zaciśnięcia gardzieli, ból podczas mówienia i t. p. W innych przypadkach występuje suchy czkawkowy kaszel, u innych zaś chorych guzy owe jakoby miały powodować napady astmatyczne. Co się tyczy związku astmy nerwowej z powyższą sprawą, to należy być pod tym względem bardzo oględnym. W jednym przypadku, dotyczącym dwudziestokilkuletniej kobiety, skarżącej się na napady duszności przeszło rok trwające, wykryłem przy badaniu bardzo znaczny przerost tkanki adenoidalnej podstawy języka, wielkości orzecha laskowego. Guz ten został przezemnie usunięty w zupełności pętlą galwanokaustyczną, ataki jednakże nerwowe astmatyczne bynajmniej nie ustąpiły. Objawy te albo występują stale, lub też, co ma częściej miejsce, peryodycznie, będąc w związku z zaostrzeniem sprawy chronicznej pod wpływem jakichkolwiek bodźców zewnętrznych, podobnie jakśmy widzieli przy nieżytach gardzieli. Rozpoznanie sprawy zapomocą wziernika krtaniowego nie przedstawia zazwyczaj żadnych trudności. Sprawę możnaby zmieszać z guzami złośliwymi podstawy języka, lub też z gumatem syfilitycznym. Wygląd jednakże typowy wyżej opisany, miękkość, brak rozpadu, bólu upartego i przebieg przewlekły, pozwolą z łatwością odróżnić od nowotworu złośliwego; charakterystyczna zaś anamneza, guziki promieniujące, brak nacieczenia sąsiednich części, zajęcia gruczołów szyjowych, pozwolą sprawę tę odróżnić od gumatu syfilitycznego języka.

XVI. Widzieliśmy w szeregu wyżej skreślonych objawów chorobowych, jak przy wielce różnorodnych cierpieniach gardzieli występuje uczucie bólu [uczucie ciała obcego, włosa i t. p.]. Widzieliśmy

również, jak przy bliższem zbadaniu jesteśmy w stanie owe zaburzenia czuciowe odnieść do pewnych istniejących i ściśle lokalizowanych spraw w gardzieli. Zdarza się jednakże, że w pewnych, aczkolwiek nielicznych przypadkach nie jesteśmy w stanie wykryć, ani w jamie gardzieli, ani w miejscach sąsiednich, przyczyny wywołującej owe zaburzenia czuciowe; w tych jedynie razach możemy mówić o istotnym nerwobólu gardzieli (*neuralgia pharyngis*).

Występuje on pod postacią mocnego bólu, najczęściej peryodycznego z charakterem kłującym, rozprzestrzeniającym się z gardzieli na boczne ściany, łuki, a nieraz na jamę nosogardzielową. W tych razach, mimo starannego badania, zmian wyraźnych anatomicznych opisanych nie znajdujemy. Natomiast na zupełnie niezmienionej błonie śluzowej, badając sondą, wykrywamy pewne ściśle ograniczone punkty bolesne na tylnej ścianie gardzieli, migdałach, a nieraz na bocznych częściach języka, lub też na zewnętrznych częściach krtani, dotknięcie których wywołuje wyraźny ból umiejscawiany przez chorych w gardzieli. Nerwobóle te, aczkolwiek bywały spostrzegane i u mężczyzn, najczęściej jednakże dają się obserwować u kobiet histeryczek.

Różnorodne parestezye, jako to: uczucie palenia, drapania, łechtania, zranienia, uczucie obcego ciała i t. p. sensacye, pokrewne z nerwobólem, bywają również przez chorych sumarycznie jako ból gardła oznaczane. Te to sensacye mogą jednakże, podobnie jak i nerwoból, występować bez jakichkolwiek zmian w jamie gardzieli i wówczas najczęściej mają swe źródło w nadmiernej wrażliwości nerwowej, umiejscawiającej się w gardzieli u osobników, dotkniętych neurastenią lub też histeryą, a nieraz nawet zaburzeniami w ośrodkach mózgowordzeniowych.

Winienem jednak dodać na zakończenie, że rozpoznanie ściśle zaburzenia nerwowego w gardzieli winno być robione po bardzo dokładnem i wielokrotnem zbadaniu chorego. Jak już bowiem niejednokrotnie szczegółowo w ciągu niniejszej pracy wspominałem, wiele zaburzeń czuciowych, uważanych pozornie za zaburzenia natury czysto nerwowej, przy bliższem zbadaniu okazuje się, iż są zależnymi od spraw patologicznych jamy gardzielowej, a więc cierpień migdałków nieżytyłów rozlanych gardzieli, w okresie obostrzenia będących, spraw wrzodziejących i blizn po nich powstałych, ciał obcych, tkwiących głęboko w błonie śluzowej, złożeń w migdałkach, lub też od cierpień jam sąsiednich, a więc jamy nosogardzielowej i jej zatok, spraw rozrostowych na podstawie języka, różnorodnych zmian patologicznych krtani, ucha i t. p.. Dopiero po ściśle wykluczeniu tych wszystkich zaburzeń można mówić, że zaburzenia parestezyjne są natury czysto nerwowej. Zaburzenia zaś tej ostatniej kategorii, oprócz

Biblioteka Główna WUM

KS.1428



210000001428



www.dlibra.wum.edu.pl



1135
044 / 1584

ODCZYTY KI

(Zbiór wykładów tłumaczonych i oryginalnych, poświęconych
przeważnie medycynie praktycznej),

wydawane przez

REDAKCJĘ GAZETY LEKARSKIEJ,

wychodzą w odstępach miesięcznych, objętości średnio 2 ark. druku

Dotychczas wyszły:

Serya I.

1. Heubner, Dyferyt szkarlatynowy i jego leczenie. [Wyczerpano].
2. Struempell, Serwice pochodzenia traumatycznego.
- 3 i 4. Loewenfeld, Nowoczesne metody leczenia nerastenii i histeryi. [Wyczerpano].
5. Dührssen, O pomocy akuszerzynej w przypadkach zwichnięć miednicy.
6. Schaula, O leczeniu tyłu-pochylenia i tyłu-zgięcia naczyń.
7. Herz, Gruźlica płuca u dzieci.
8. Sattler, O stosunku narządu wzroku do cierpienia ogólnych organizmu.
9. Króweżyński, Leczenie trypra ostrego i przewlekłego. [Wyczerpano].
- 10 i 11. Oertel, Dyjetyczno-mechaniczne leczenie chorób serca.
12. Matlakowski, Tegocześnie sposób operowania raka sutki.
13. Unverricht, Metody terapeutyczne w medycynie wewnętrznej.

Serya II.

14. Sokolowski, Skryte postaci suchot płucnych.
15. Dührssen, Leczenie krwotoków poporodowych.
- 16, 17 i 18. Beard, Neurastenja, jej objawy, istota, skutki i leczenie.
- 19 i 20. Gajkiewicz, Syfilis układu nerwowego.
- 21, 22 i 23. Eisenberg, Leczenie syfilisu.
24. Dunin, O habitualnej zaparcia stołca. [Wyczerpano].

Serya III.

25. Saenger, Zakażenie tryprowe u kobiet.
26. Grasset, O zawrocie głowy zależnym od zmian w naczyniach, oraz o stwardnieniu tętnic w ogólności.
27. Rydygier, O leczeniu ran.
28. Struempell, O istocie i leczeniu władu rdzenia kręgowego (*tuberc dorsalis*).
29. Kahler, O wczesnych objawach władu rdzenia kręgowego.

29. Meynert, *Paralipsi universalis progressiva*.
- 30 i 31. Kijewski, Ironienica u człowieka (*actinomyces humanus*).
- 32 i 33. Goldflam, O przymocie rdzenia.
34. Rejchman, Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej (*Cholelithiasis*).
35. Arnstein, O biegunce letniej u dzieci.
36. Nussbaum, O nateżeniu spraw patologicznych.

Serya IV.

37. Hirschfeld, Zasady żywienia chorych.
38. Burgonzio, Technika hydroterapii.
39. Olshausen, O drogach porodowych.
40. Przewoski, Działalność naukowa Rudolfa Virchow'a.
41. Hebra, Leczenie pryszczycy.
- 42 i 43. Loewenfeld, Choroby nerwowe na tle zaburzeń płciowych powstałe.
- 44, 45 i 46. Talamon, O zapaleniu wyrostka robaczkowego i tkanek około kiszki ślepej (*Appendicitis et paratyphoides*).
47. Kramsztyk Z., Jasłra (*glaucoma*).
48. Krajewski, O chirurgicznym leczeniu pęknięć macicy.

Serya V.

49. A. Fraenkel i O. Vierordt, Dusznica bolesna (*Angina pectoris*).
- 50, 51 i 52. Gilles de la Tourette, Histerya (Część I).
53. Sokolowski, Leczenie klimatyczne suchot płucnych.
54. Rydygier, O sposobie chloroformowania.
- 55 i 56. Filatow, O leczeniu i rozpoznawaniu katarów kieszek u dzieci, głównie u szawców.
57. F. Hirschfeld, Leczenie otyłości.
58. Hirschfeld, Leczenie moczówki cukrowej.
- 59 i 60. Lewison, O dyatezie moczanowej.

Serya VI.

61. Mintz, O zbiegach chirurgicznych w chorobach żołądka.
62. Sokolowski, O bólu gardła.

Następujące zeszyty zawierać będą:

Aronson, O leczniczym znaczeniu surowicy krwi.

Hirsch, Hypnotyzm i suggestya.

Nadsyłający z góry pionądze za całą serję, składającą się z 12 kolejnych zeszytów, płaci tylko Rs. 3.

Nabywać można

w ADMINISTRACYI GAZETY LEKARSKIEJ (Marszałk. 119)

i we wszystkich księgarniach.

W razie nieotrzymywania regularnego Odczytów przez prenumeratorów na prowincyi, reklamacye adresować należy do Drukarni K. Kowalewskiego, gdzie się mieści Ekspedycja Odczytów.

Wydawca Dr. M. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.