

EGYSZERŰ MÓDOSÍTÁS A MANDULAKÖRÜLI GYULLADÁS KORAI KEZELÉSÉBEN.

Irták: GÖRGÉNYI GYULA dr., klin. főorvos és ZÁPORI DEZSŐ dr., klin. tanársegéd.

Már súlyosabb fokú angina lacunaris kiállása is a beteget — részben a helyi tünetek, méginkább az általános állapot erős befolyásoltsága folytán — súlyosan megviseli. Még kínosabb állapotba kerül a beteg, ha a már látszólag lezajlóban levő anginához a fertőzésnek a mandula környezetére való áttérjedése szövődik és létrejön a leggyakoribb helyi szövödmény, a mandula körüli szövetek gyulladása (peritonsillitis). Kórbontanilag a folyamat lényege abban foglalható össze, hogy a fertőzés átlépi a mandula határait, ráterjed arra az aránylag laza kötőszövetből álló rétegre, mely a mandula és a garatfűző-izom fasciája között foglal helyet (spatium peritonsillare). Az ebben a rétegben lejátszódó pathológiás folyamatnak különböző stádiumai vannak:

Kezdetben aktív hyperaemia, savós átivódás, gömbsejtes beszűrődés (peritonsillitis).

Továbbfejlődés esetén a folyamat gennyes beolvadásra, a mandula körül elhelyezkedő tályog kialakulására vezet (abscessus peritonsillaris).

Még súlyosabb esetben phlegmonosus folyamatok fejlődhetnek a spatium parapharyngeumban, ami az itt haladó nagy-erek, a hátsó mediastinum, a sinus cavernosus gyulladására, arrosios vérzésekre, tonsillogén septikus állapotokra vezethet. Ezeket, mint az angina ritkább, de annál veszedelmesebb szövödményeit, itt csak a teljesség kedvéért említjük meg.

Régi therápiás törekvés tehát az, hogy mindezen lehetséges szövödmények kifejlődését megakadályozzuk és a mandulakörüli gyulladást annak már korai, kezdeti stádiumában coupírozzuk.

E törekvés sikerét illetőleg nem közömbös, hogy a mandulához viszonyítva, annak környezetében hol fejlődik ki a gyulladás. Az esetek túlnyomó részénél, mint tudjuk, a mandula felső pólusa körüli terület az, ahol ilyen gyulladásra az anatómiai viszonyok folytán a leggyakrabban nyílik alkalom. A mélyre benyúló fossa supratonsillarisban gyakran már gyulladásmentes állapotban is

található pangó, törmelékes váladék. Ennek virulens fertőződése következhet be az angina kapcsán, különösen, ha a gyulladás okozta duzzadás a lacunában a váladék pangását még fokozza. E körülmények adják rendszerint az első feltételét a fertőzésnek a közvetlen szomszédságra, a mandula felső pólusa körüli területre való ráterjedésének. Ritkább a gyulladás a mandulától oldal-, vagy hátrafelé. Az először említett localizáció, nemcsak a leggyakoribb, hanem könnyen hozzáférhető volta miatt korai és egyszerű eljárásokkal legkönnyebben befolyásolható is. A bevezetésben vázolt súlyos általános és helyi tünetek miatt erősen megviselt beteg állapotának megkönnyítésére, még inkább a felsorolt esetleges szövődmények lehető elhárítása céljából, *Hutter* már 1924-ben ajánlotta a felső mandulapólus körül fejlődő gyulladás korai kezelését, még a tályogos beolvadás bevéárása előtt. Eljárása, melyet a felső pólus „szelöltetésének“ nevez, abban áll, hogy erre a célra szerkesztett, féltompá eszközzel a garatívet és a mandula felső végét összekötő kötegeket az utóbbiról leválasztja. Ezzel a kötőszöveti rést megnyitja s a gyulladás váladékának (savó, esetleg már genny) lefolyására út teremt. Eredményei igen jók voltak és az objektív tünetek és szubjektív panaszok azonnali enyhülését eredményezték, eseteinek csupán 13%-ánál került sor mégis bemetszésre. Azóta a szerzők egész sorának munkássága folytán a mandulakörüli gyulladások therápiája terén az eljárásoknak széles skálája alakult ki. Így pl. *Marschik* csipesszel hatol be a fossa tonsillaris superiorba és a mandula tokját átböki. *Küllán* sondát használ erre a célra, ezt a felső lacunán végigvezetve, egy-két mm. vastagságú szövetréteg átbökése révén nyit út a lefolyásnak. *Ruttin* ugyanezen eljárást követve, arra a megállapításra jutott, hogy ez csak mandulafölötti góc esetén vezethet eredményre. *Stenger* az elülső garatívet csipessze fogva, ollóval, vagy raspatóriummal választja le a felső pólust a lágyszájpad árkádjáról. Egyes szerzők radikálisabban járnak el. *Levinger* pl. részleges tonsillektomiát, a felső pólus resectioját ajánlotta. *Winkler* peritonsillitisnél (abcessusnál) tonsillektomiát ajánl. Rajtuk kívül többek között még *Hofer*, nálunk *Erdélyi* foglalkozott behatóbban a kérdéssel és meghatározott indicatiók mellett végzett tonsillektomiák során kiváló eredményekről számoltak be.

Több megelőző év beteganyagának adataiból kitűnt, hogy betegeink túlnyomó számban már kifejlődött gennyes beolvadás, abscessus stádiumában jelentkeztek, amikor is a tályogot már bemetszéssel kellett kiüríteni és csak elenyésző kis számban jelentkeztek olyan betegek, akiknél a peritonsillitis még csak korai be-

szűrődés stádiumában volt. Az 1946. év tavaszán járványszerűleg fellépett anginás megbetegedésekkel kapcsolatban észleltük azt a feltűnő és valószínűleg a „genius epidemicussal“ összefüggő jelenséget, hogy nemcsak a tonsillitist követő mandulakörüli gyulladások száma volt feltűnően nagy, hanem már a beszűrődés korai szakában olyan erős fájdalmasság lépett fel, ami a betegeket már e korai stádiumban szakorvoshoz kényszerítette. E betegek egy részénél a már addig is eredményesnek bizonyult *Hutter-* vagy *Killian-*féle eljárást alkalmaztuk. Ugyanilyen eljárással akartuk a korai „szellőztetést“ elvégezni egy nőbetegnél, aki az előzetes folliculáris tonsillitistől erősen megviselt állapotban kérte, hogy kínzó fájdalmaitól szabadítsuk meg, azonban előre kijelentette, hogy műszeres beavatkozást magán végrehajtani nem enged és „valami gyógyszerrel való ecsetelést“ kér. A betegnél lezajlóban levő lacunáris tonsillitis jelein kívül a bal tonsilla felső pólusa körül mérsékelt elődomborodást, vérbőséget, a bal állkapocsalatti nyirokcsomók fájdalmas duzzanatát, mérsékelt szájjárt lehetett észlelni. A mandulakörüli duzzanat puha, fluctuatiót nem mutat, a légyszájpad bal oldala, bár kissé renyhébbben, „á“ hangzó mondatása közben kimozdul. *Diagnosis:* Angina lacunaris, peritonsillitis incip. I. s. A rendkívül félnék és ideges beteg, míg a „felvágásba“ semmiképpen nem akart beleegyezni, kész-örömet vette a következő módon véghezvitt „ecsetelést“: Középvastagságú vattavivő csavaros végét gyufaszál-vastagságban felcsavart vattával vontuk be, majd trypaflavin-oldatba mártva, azt a fossa supratonsillárison keresztül a mandula oldalsó határáig vezetve, az itt érezhető, kis akadályt képező egy-két mm vastagságúra becsülhető réteget átböktük és érezhetően lazább környezetbe jutottunk. A visszahúzott eszköz nyomán kevés véres savó ürült. A néhány másodpercig tartó művelet alatt a beteg csak mérsékelt fájdalmat jelzett, nyelése úgyszólván azonnal könnyebbé vált, néhány perc múlva nagy megkönnyebbülésről számolt be. Az említett tömegesebb fellépés és a lokális tünetek egyöntetűsége lehetővé tette, hogy rövid időn belül több más betegnél is ugyanezt az eljárást megismételjük. Az eredmény ezeknél is, az első esethez hasonlóan, a panaszok prompt enyhülésében nyilvánult és a másnapra berendelt betegeknél az infiltrátum erős megkisebbedését, a fájdalom csaknem teljes megszűnését, a közérzet gyors javulását észlelhettük. A nyelési aktus javulása folytán a táplálék-felvétel zavartalanabbá vált, a láz lényegesen csökkent, sőt néha teljesen megszűnt. Nem egy beteg másnap reggel a napok óta elsőként átaludott éjszakáért mondott köszönetet. A betegek nagyobb részénél még a következő napon megismé-

teltük a „szellőztetést“, bár az első beavatkozás után megindult javulás zavartalanul folyt tovább. Rendszerint a harmadik napon a kezelés befejezhető volt. Ha számbavesszük azt, hogy a tályog kifejlődése és bemetszésre való megérése 5—7 napot is igénybe vehet, nyilvánvaló, hogy a betegség lefolyását napokkal meg lehet rövidíteni a vázolt egyszerű „szellőztető“ eljárással. Néhány esetben észleltük, hogy az első beavatkozást követő napon még kevés váladék-retentió mutatkozott, ami az eszköz újabb bevezetésére kb. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ gyűszűnyi mennyiségben kiürült, a továbbiakban a javulás akadálytalan és folyamatos volt.

Az egyszerű eljárás eredményességét látva, ettől kezdve peritonsillitis korai stádiumával jelentkező betegeinknél, (tehát még ki nem alakult tályog esetén) rendszeresen alkalmaztuk azt, jó eredménnyel. Az így kezelt 40 beteg közül mindössze háromnál került mégis gennyes beolvadásra sor, amit azután bemetszéssel kellett kiüríteni. Hangsúlyoznunk kell, hogy az ismertetett eljárás csak a peritonsillitis *korai* stádiumában és a beszűrődésnek a *felső mandula-polus* körül való elhelyezkedése esetén jár a leírt jó eredménnyel. Retrotonsillárisan, a hátsó garatív mentén fejlődő gyulladás a felső lacunán át nem közelíthető meg, ha igen, akkor is csak rossz kiürülést eredményezhet, ezért ilyen esetekben a korai szellőztetést más eljárással végezzük, pl. a hátsó garatívet a tonsilláról Freer-féle eszközzel választjuk le. Az elmondottak alapján számba kell vennünk mindazokat a jeleket, melyekből megállapítható, hogy a gyulladás

1. supratonsilláris elhelyezkedésű, erre mutat, ha a beszűrődés az elülső garatív és a lágyszájpad területén legkifejezettebb s ha a nyelvcsap kisebb-nagyobb fokban víznyős és az ép oldal felé eltolódott, továbbá, ha a mandula felszíne a duzzadt elülső garatív miatt csak nehezen látható meg (ellentétben a hátsó garatív mentén fejlődő gyulladással, melynél ez könnyű), továbbá

2. azokat a jeleket, melyek mutatják, hogy *a beszűrődés még nem érte el a gennyes beolvadás stádiumát*. Ennek jelei: *a*), a duzzanat éles határ nélkül megy át a környezetbe (ami két nyelvlapoccal való vizsgálattal elég könnyen megállapítható) és hiányzik a fluctuáció. *b*) Korai infiltrátumnál „á“ hangzó mondatásakor a betegoldali inyvtorla is elmozdul, jelöl annak, hogy nagyobb gennygyülem még nem fejlődött ki, ami az izomműködést felfüggesztette volna. Ennek megfelelően, bár a beszédhang már dűnyögő, ez nem oly nagy mértékű, mint kifejlődött tályognál. E szempontok figyelembe vételével a leírt helyen és leírt stádiumban mutatkozó mandulakörüli gyulladás korai kezelésében az ismertetett egyszerű eljá-

rás igen jó eredményt ad. Tapasztalataink szerint a legtöbb esetben sikerül vele a gennyes beolvadást megelőzni. Mivel nem véres eljárás, még ideges és igen félénk betegek sem idegenkednek tőle. Napokkal megrövidítheti a betegség lefolyását és a beteg kínzó fájdalmait. Tonsillektomiára kerülő betegek tekintélyes része épen előrement tályogos megbetegedések ismétlődésétől való félelem miatt határozza el magát a műtetre. A műtét elvégzése szempontjából ezen egyszerű eljárás azzal a nagy előnnyel jár, hogy a mandula környezetében maga a beavatkozás, tapasztalatunk szerint, számbavehető heges összenövést nem okoz, ellentétben azokkal az esetekkel, amikor a tályog kifejlődésének bevétele és az ezt követő bemetszés kétszeresen hozzájárul heges összenövések létrejöttéhez. Az ezek okozta nehézségek pedig nem éppen közömbösek, sem a betegre, sem a műtöre.

ÖSSZEFOGLALÁS.

Peritonsillitis supratonsillaris korai stádiumában bevált egyszerű „szellőztetési“ eljárás: steril vattával bevont vattavivő drót végét trypaflavinba mártva és a fossa supratonsillarison végigvezetve, tompán megnyitják a mandulakörüli kötőszöveti rést. Az eljárást először ideges, műszeres beavatkozástól elzárkózó betegen végezték. Peritonsillitis járvány folyamán 40 beteg közül 3-nál kellett később incisiót végezni. A tünetek prompt javulása észlelhető. A bemetszéssel ellentétben összenövéseket nem okoz s így a későbbi tonsillektomiát nem nehezíti meg. Csak felső polus körüli gyulladásnál és korai stadiumban eredményes.

ZUSAMMENFASSUNG.

Ein im Frühstadium der Peritonsillitis supratonsillaris sich bewährtes einfaches „Lüftungsverfahren“: Mit einem in Trypaflavin getauchtem Wattenräger, der in der Fossa supratonsillaris herumgeführt wird, wurde der peritonsilläre Bindegewebsraum stumpf eröffnet. Zunächst wurde des Verfahren bei ängstlichen, die Operation ablehnenden Patienten angewendet. Während einer Peritonsillitis-Epidemie war nur bei 3 von 40 Patienten eine nachträgliche Inzision nötig. Die Beschwerden verschwinden sofort. Im Gegensatz zur Inzision entwickeln sich keine Verwachsungen, welche die spätere Tonsillektomie erschweren würden. Das Verfahren kann nur im Frühstadium der Entzündung des oberen Pols angewendet werden.

SUMMARY.

A simple ventilating-method for treating early supratonsillar peritonsillitis: Peritonsillar connective tissue should be opened bluntly by a wire equipped with a thin layer of cotton-wool dipped into trypaflavin solution. This procedure was done at first on timid, nervous patients refusing operation. Later during a peritonsillitis-epidemy the authors had to perform incision only in three of 40 cases. Symptoms were relieved promptly. Adhesions did not develop causing difficulties for later tonsillectomy. The method is suitable only in early cases of inflammations of the upper pol.

Irodalom :

1. *Erdélyi*: Mschr. 62. 568. (1928.)
2. *Hutter*: Mschr. 64. 1930. 593—596.
3. *Hutter*: Med. Klinik. 24. 8. 298—299.
4. *Ruttin*: Ref. Zb. XXVII. 287. (1937.) Wiener Laryngo-Rhinol.-Gesellschaft. 4 II. (1936.)
5. *Stenger*: Med. Klinik. 23. 43. 1637—38. (1927.)