

A garat gyulladásai

Írta: **Bodó György dr.** orvosalezredes

A garat egy nyálkahártyából és izomból álló cső, mely a koponyaalaptól a nyelvcső bemenetéig tart. Három részét, az epi-, meso- és hypopharynxot különböztetjük meg. Az epipharynxot ugyanolyan csillószerűs hengerhám fedi, mint az orrüregét, a garat többi részét laphám fedi. A nyálkahártya és a garat izomfala közötti kötőszövetben sok a nyiroktüsző. A nyirokelemek felhalmozódásai a mandulák. Az epipharynxban lévő mandula az adenoid vagy tonsilla pharyngea. A mesopharynx két oldalán vannak a torokmandulák v. tonsilla palatina. A nyelvgyöki mandulát tonsilla lingualisnak nevezzük. A mandulák szerepe eddig tisztázatlan.

A garat gyulladásait nehéz osztályozni, mert sem a kórokozó, sem a kórbonctani, sem a klinikai kép nem ad ehhez szilárd alapot.

A garatgyulladások fontosabb klinikai megnyilvánulásai a következők:

A felső légutak heveny hurutjának a részjelensége a *pharyngitis acuta*. Rendszerint heveny náthához társul, vírus vagy coccusos fertőzés okozza, de gyakran társul heveny fertőző betegségekhez. A gyulladás elsősorban a garat nyálkahártyáján zajlik le, a nyirokelemek gyulladása háttérben áll. A torok nyálkahártyája vörös, duzzadt, a későbbiekben tapadós nyákos váladék vonja be. A nyelv fájdalmas, égető, kaparó érzés van a torokban, láz rendszerint nincs. A gyógykezelésben fontos a károsító tényezők távoltartása. A dohányzást, szeszes italokat eltiltjuk, folyékony-pépes, fűszermentes étrendet rendelünk. Állottvízes borogatást rendelünk a nyakra, bőségesen itathatunk meleg folyadékot. A nyelési fájdalmat jól csökkentik az opiátok és a codein-csoport tagjai, antipyreticumokkal kombinálva. Nyákmirigyek szekrecióját fokozó karnalás gyógyszerek ugyancsak csökkentik a panaszokat. Localis ecsetelők alkalmazása nem hasznos. Antibioticum és sulfonamid adagolása szükségtelen.

Ha a heveny garatgyulladás más megbetegedés részeként jelentkezik, akkor az alapbetegség kezeléséről külön kell gondoskodni. Gyakran ismétlődő heveny pharyngitisek esetében a létrehozó okot meg kell szüntetni. Így elsősorban az idült náthát, túltengő garatmandulát, idült gyulladt torokmandulát kell sanálni. A higiéniés viszonyok javításával ugyancsak sokat tehetünk a torokgyulladások megelőzésében.

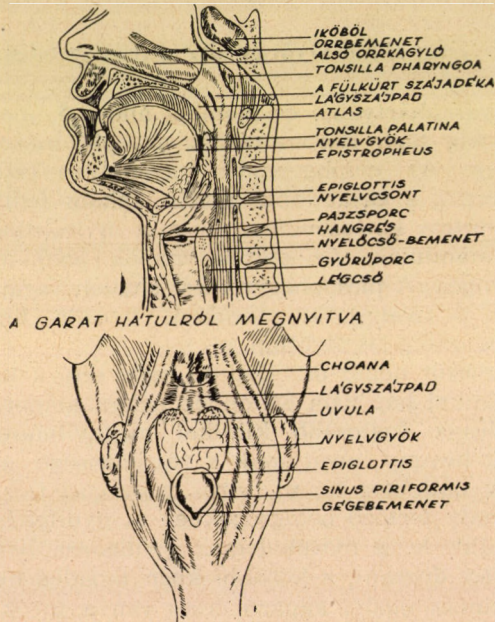
A garatnyálkahártya idült gyulladása a *pharyngitis chronica*, melynek létrehozásában külső okok szerepelhetnek, mint dohányzás, alkoholizmus, gázos, poros levegőjű munkahely. További ok a környezetnek, elsősorban az orrnak, orrmelléküregeknek az idült gyulladása. Oka lehet az idült garatgyulladásnak az állandó megerőltetés, elsősorban a szónokoknál. Végül endogen okai lehet-

nek, mint ulcus megbetegedés, diabetes, sideropenia. Az idült garatgyulladásnak van egy hypertrophiás formája. Ilyen esetben a nyálkahártya vérbő, duzzadt, vaskos gennyes nyákos lepedék fedi, túlérzékeny.

Az idült garatgyulladás atrophias formájában a garat nyálkahártyája vékony, száraz és lakkszerű. Előfordul, hogy a vékony nyálkahártyát beszáradt pörk fedi elsősorban ozaenásoknál.

Az idült garatgyulladás esetében elsősorban a fenntartó okot kell megszüntetni, amelyeket már fentebb felsoroltunk a heveny gyulladásoknál. Jó hatásúak az alkaliás ivókúrák, például a Salvus-víz. Hypertrophiás garatgyulladás

A GARAT SAGITTALIS METSZETE



1. sz. ábra

esetében 1—2%-os ezüstnitrát ecsetelés csökkenti a panaszokat. Atrophias pharyngitis esetében a töményebb menthol és ezüstnitrát ecsetelések ellenjavalltak. Ugyancsak ellenjavallt bármilyen operatív beavatkozás a garatban, így elsősorban a tonsillectomia tilos. Nyálkahártya atrophia esetén a jód-tartalmú ecsetelők csökkentik a panaszokat, de tartós használatuk nem ajánlatos.

Az idült garatgyulladások okainak megszüntetése és a localis kezelésen kívül eredményesek az általános gyógykezelések. Vitaminok és a vas adagolása, quarfény, napozás, sportok makacs esetekben is hatásosak lehetnek. Az egész szervezetre kifejezett jó hatásuk révén gyógyítanak a kénes, sós, szén-savas vízű üdülőhelyek.

A heveny garatgyulladásnak azt a formáját, amikor a gyulladás elsősorban a nyálkahártya alatti nyirokelemekre terjed ki, *anginának* nevezzük. Angina annyit jelent, mint szűkület, ugyanis a nyirokelemek diffúz gyulladása miatt a torok beduzzad, beszűkül. Ha a gyulladás nem az egész Waldeyer-

gyűrűre terjed ki, hanem annak egyes részeire, akkor az elhelyezkedés szerint tonsillitis palatina acuta, adenoditis vagy tonsillitis lingualis-ről beszélünk.

Ezek a gyulladások bakteriális, elsősorban coccusos eredetűek. *Tonsillitis follicularis*ről akkor beszélünk, ha a mandula gyulladt nyálkahártyája alól gombostűfejnyi sárga leucocyta-halmazok tűnnek elő, mikrotályogok jeleként. Súlyos általános tünetekkel jár. Ha a tonsillák lacunáiban látunk sárgás fehér lepedéket, akkor *tonsillitis lacunaris*nak jelöljük a kórképet és az előbbinél enyhébben zajlik le. Ezen jól ismert kórképeket nem tárgyalom részletesebben, mivel a következő számban Dr. Pintér Zoltán és mtsai ezzel a kérdéssel foglalkoznak.

A gyulladt tonsillák, illetve nyirokelemek körül abscessusok keletkezhetnek. A *torokmandula körüli tályog*, valamint a garat hátsó falát elődomborító retropharyngealis tályog felismerése aránylag könnyű. A hypopharynx tályogjait, melyet csak gégetükörrel a gégész tud felismerni, az általános orvos elnézheti. Nagyfokú, tűrhetetlen nyelési fájdalom, magas láz, duzzadt nyaki nyirokcsomók utalnak a garat mélyén ülő tályogra. A garat tályogjai esetében nagy adag antibioticum adása szükséges. Ez nem teszi feleslegessé a sebészi beavatkozást és a tályogot a kialakulás után incindalni kell.

A heveny mandulagyulladás igen súlyos szövődménye a *phlegmone parapharyngeale*, vagyis az a gyulladás, amely áttör a garatfalán a spatium parapharyngeumba. A garat laza kötőszövetbe jutott gyulladás gyorsan terjed. A terjedést jelzi a septicus lázmenet, az állkapocsszöglet alatti fájdalmas duzzanat, a torticollis, szájzár. Az uvula, lágyszájpad, garatívek oedémásak, a garat oldalsó fala bedomborodik. A duzzanat körbefuthat a nyakon és előáll az ún. szenátor-nyak.

Mivel a gyulladás nagyon gyorsan terjed olyan területre, amelynek részvétele végzetes következménnyel járhat, néhány órás késlekedés is a beteg halálát okozhatja, ezért igen nagy adag penicillint adunk és a legközelebbi kórház fül-orr-gége o.-ra szállítjuk a beteget. Ugyancsak azonnal kórházba szállítjuk a beteget, ha a *tonsillaris sepsis* tünetei mutatkoznak. Ez úgy jön létre, hogy a mandulák ereinek a septicus rögsődéséből a fertőzés az egész szervezetre generalizálódik, ráterjedhet a rögsődés a nagy nyaki vénákra is. Hidegrázás, septicus lázmenet, fakó arcszín, septicus vérkép, erős elesettség, lépduzzanat jelzik a súlyos szövődményt (septicaemia). Gennyes metastasisok keletkezhetnek a koponyaüregben, a mellkasi és hasi szervekben (pyaemia). Masszív antibioticum-adagolás mellett a tonsillákat el kell távolítani. Ha a parapharyngealis tér is beszűródött, akkor azt kívülről szélesen fel kell tární. A berögsődött nagy nyaki vénákat lekötjük és ezzel igyekszünk gátat vetni a generalizálódásnak.

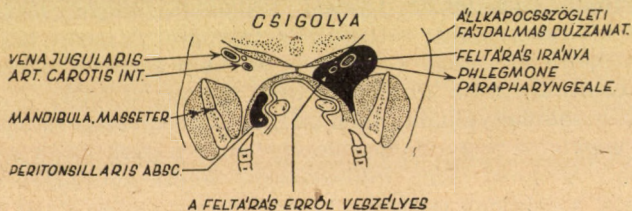
Ha a nyelv alatti tájék gyuladása miatt a szájfenék és a nyelv beduzzad, akkor ezt a kórképet *angina Ludovici*-nek hívjuk. Teendő antibioticum adása és feltárás.

Nincs mód arra, hogy a tonsilla és a garat egyéb gyulladással jellemezhető megbetegedéseit is részletesen ismertessük. Ezeket minden fül-orr-gégészeti tankönyv ismerteti. Csupán emlékeztetünk arra, hogy toroklepedék vagy fekélyes gyulladás esetén a beteget a legjobb kórházba utalni. Ezek mögött a kórképek mögött súlyos fertőző betegségek, vérképzőszervi és daganatos megbetegedések lappanghatnak.

Viszont részletesebben tárgyaljuk az *idült mandulagyulladás* kérdését, mert ezen a téren sok zavar és félreértés uralkodik. A chronicus tonsillitist az utóbbi évtizedekben fontos kérdéssé a gócfertőzés tana tette. Ez magával vonta a man-

dulamütétek hallatlan megszorodását. Nálunk a hadseregben is rendkívül magas a mandulamütétek száma. A dolog ugyanis úgy áll, hogy ha valaki elhatározta magát a mandulaműtetre, akkor annak a manduláját előbb-utóbb elveszik. Az általános orvosok és szakorvosok is rendkívül könnyen jelentik ki egy manduláról, hogy az megérett a kivételre. Sokszor látunk olyan beteget, akinek állandó ismétlődő torokgyulladás miatt a tonsilláját eltávolították, ami után a torokgyulladások továbbra is ismétlődtek. Ugyanis az ismétlődő gyulladásokat nem a mandula okozta, hanem a valamilyen okból fennálló idült nátha, vagy például a mértéktelen dohányzás. Számos más példát is fel lehetne hozni a helytelen vagy feleslegesen indicált mandulaműtésekre.

PERITONSILLARIS ABSCESSUS
ÉS PHLEGMONE PARAPHARYNGEALE.



2. sz. ábra

Mi a mandulaműtétek indicatióját beszűkítettük több okból. Egyrészt a betegek érdekében nem végzünk feleslegesen műtétet. Másrészt a hiábavaló műtéttel nem terheljük az amúgyis szűkös kórházi ágyainkat és nem vonjuk el a katonát feleslegesen a kiképzésből.

Az idült gyulladt tonsilla felismerése nem mindig könnyű. A tonsilla nagysága magában nem ad biztos felvilágosítást arra, hogy a tonsillában van-e idült gyulladás vagy nincs. Lehet egy tonsilla tömegében nagy anélkül, hogy gyulladt lenne, és lehet atrophias is és mégis beteg.

A tonsilla felszíne sem ad biztos támpontot, még leginkább a heges, sima felszín utal idült gyulladásra. A tonsilla megnyomásakor a kryptákból kiürülő detritust sokan tévesen a chronicus tonsillitis jelének tartják, holott ez az ép mandulánál is előfordul. Gyanús azonban idült mandulagyulladásra az, ha a tonsilla kryptáiból nyomásra bőven ürül genny, ha retentiót látunk a tonsilla felszínén, a tonsilla hegesen odatapadt a tonsillaágyba és onnan nehezen lehet kibuktatni, a mandulaágy nyomásérzékeny, ha a garatívek nyálkahártyája a környezetnél vörösebb és ha az állkapocsszögleti nyirokcsomók megnagyobbodtak.

Azonban a chr. tonsillitis diagnózisát elsősorban az anamnesis adatai alapján állítjuk fel. A gyakran ismétlődő heveny tonsillitisek gyanúsak arra, hogy az alap a mandula idült gyulladása. Azonban gondosan meg kell vizsgálnunk azt, hogy a heveny gyulladás nem szezonális hurut, nem járvánnyal kapcsolatos angina, nem a légutak magasabban fekvő részeinek az idült gyulladásából ered-e. Ilyen esetekben ugyanis nem tonsillák eltávolítása a teendő, hanem azokat a rendszabályokat kell megvalósítani, amelyeket fentebb már kifejtettünk. A sűrűn ismétlődő, évenként többször jelentkező follicularis és lacunaris tonsillitis esetében fennáll a tonsillák eltávolításának relatív indiciója. Az indicatio azért relatív, mert a mandulák kivétele után is gyakran

látjuk a Waldeyer-gyűrű bennmaradt részeinek a gyulladását újabb fertőzés esetében vagy akkor, ha a beteg hygiénés körülményei kedvezőtlenek és nem edzett.

Viszont eltávolítjuk a tonsillát akkor, ha az anamnaesisben periteonsillaris tályog szerepelt. Osztályunkon a katonáknál à chaud, pontosabban à tiède, tehát frissen, a tályog kiürülése után végezzük el a tonsillectomiát. A tapasztalat az, hogy ha valakinek egyszer volt már peritonsillaris abscessusa, annál gyakran megismétlődik ez a veszélyeket magábanrejtő komplikáció.

Tonsillát eltávolítjuk akkor is, ha az anamnaesisben időbeli egyezés áll fenn a tonsillitis és a második betegség között. Itt elsősorban a rheumás láz, nephritis jön szóba. És itt elérkeztünk ahhoz a kérdéshez, hogy a heveny vagy idült tonsillitisek és az ún. második betegség között milyen összefüggés van. Ez az összefüggés még ma sem tisztázott. Az egyik elmélet a *gócelmélet*. Ennek a lényege az, hogy a szervezetben letökoltan torpid infectio van csökkent virulentiájú csirokkal. Ebből a gócból toxin áramlik és ez okozza a távoli megbetegedést. Mások a távolhatást allergiás alapon magyarázzák. A gócelmélet alapján állók számos vizsgálati módot dolgoztak ki, a tonsilla-góc vizsgálatára. Ezek közül egy-kettőt megemlítünk. Ha a mandulát körülírtan rövidhullámmal besugározzuk vagy 5 percig masszírozzuk, néhány óra múlva a leukocytaszám megnövekszik. Ha a rheumás lázban szenvedő tonsillájának a felső polusába impletolt fecskendezünk, akkor pl. a tonsilla által okozott ízületi fájdalom azonnal megszűnik kb. 8 óra időtartamra. Ha tonsillába hyaluronidaset fecskendezünk és a tonsilla góckén szerepel, akkor hőemelkedés jön létre. Sajnos az eddig felsorolt és a fel nem sorolt vizsgálati módok közül egy sem bizonyítja megbízhatóan a tonsilla gócszerepét.

Egyre inkább háttérbe szorul a gócelmélet és erősödik a második betegség streptococcus aetiológiáját bizonyító teória. Ennek az elméletnek a lényege a következő. A rheumás lázat a streptococcus haemolyticus okozza. Pontosabban ennek egy fajtája, az „A” serológiai típusú β haemolyticus streptococcus. Úgy tartják, hogy a streptococcus bizonyos aktív anyagokat termel, melyeket „extracellularis antigeneknek” neveznek. Ezek közül az extracellularis antigenek közül a legfontosabbak a streptokinaze, a streptolysin és a hyaluronidase. A streptokinase az emberi plasmában levő plasminogént aktiválja, mely azután a fibrint képes feloldani. Ez antigen természetű és streptococcus fertőzés után az ember vérében antistreptokinase mutatható ki. Ha ennek a titerre 150 E fölé emelkedik, akkor ez azt jelenti, hogy nemrég streptococcus fertőzés történt.

A streptococcus által termelt másik anyagról a streptolysinről a következőket érdemes megjegyezni: Az „A” streptococcus kétféle streptolysint termel, az egyiket S-el, a másikat O-val jelölték. Az „O” streptolysin erős antigen tulajdonságú és a fertőzés után az emberi vérben a vele szemben termelt anti-streptolysin fokozatosan emelkedik. Chronicus tonsillitist bizonyító eljárások között kórjelzőnek számít az, ha az „ASO” 400 fölé emelkedik.

A harmadik ilyen aktív anyag a hyaluronidase. Az emberi kötőszövet fontos anyaga a hyaluronsav, mely egy mucopolysacharida. A streptococcus által termelt hyaluronidase a kötőszövet collagen rostjaiban levő hyaluronsavat lebontja. Tudjuk, hogy a rheuma szövettanilag mesenchyma megbetegedés és az ún. „collagen” betegségek csoportjába tartozik. Sok bizonyíték szól amellett, hogy a mesenchymának ezt a megbetegedését a streptococcus aktív anyaga, a hyaluronidase okozza.

A streptococcus elmélet számos bizonyítéka ellenére még sok tisztázatlan kérdés van a chronicus tonsillitis és a második betegség között. Mindenesetre nagy statisztikák és a mindennapos gyakorlat sok bizonyítékot hoz amellett, hogy a tonsillectomia kedvezően hat a rheumás láz esetében, továbbá glomerulonephritisben, ha az első 6 héten belül végezzük a műtétet. A kedvező hatás már nem olyan szembeszökő egyes neuritisek és rheumás eredetű szembetegségek esetében.

Rhumatoid arthritis, bakterialis ízületi gyulladás, arthrosisok, arthropathiák esetében természetesen nem indokolt a műtét. Mint komikumot megemlítem azokat az előforduló eseteket, amikor láb- és derékfájás miatt kéri a tonsillectomiát és kiderül, hogy a betegnek lúdtalpa és ép tonsillája van.

Eltávolítjuk a tonsillákat bőrgyógyászati indicatio alapján, ekzemák, alopecia areata esetében is. Olyan esetekben is tapasztaltuk a tonsillectomia kedvező hatását, amikor subfebrilitásoknak semmiféle más okát nem sikerült kideríteni. Végül megemlítjük, hogy nyaki nyirokcsomó tuberculosis esetében, ha egyéb tbc.-s fertőzést nem lehet kimutatni, akkor eltávolítjuk a tonsillát az adenoiddal és a megbetegedett nyirokcsomókkal együtt.

Összefoglalva, tehát a fentebb elmondottakat a tonsillectomia abszolút javallatai a következők:

1. Peritonsillaris tályog.
2. Rheumás láz, ha időbeli összefüggés áll fenn a tonsillitis és a második betegség kezdete vagy fellángolása között.
3. Tonsillaris sepsis.

Relatív indiciók:

1. Gyakori tonsillitis.
2. Acut gócnephritis, ha a belgyógyászati kezelésre nem javul.
3. Rheumás iritis és neuritis.
4. Lymphoma colli.
5. Mycosis tonsillae.
6. Tonsilla-maradvány, gócgyanú esetén.
7. Tonsilla hypertrophia, ha az olyan nagyfokú, hogy a légzést, nyelést és a beszédet zavarja. Ez nagyon ritkán fordul elő.

Contraindicatiók:

1. Valódi haemophilia.
 2. Cardialis decompensatio.
 3. Poliomyelitis járvány.
 4. Atrophias garatgyulladás.
- Ezek a ma nálunk leginkább elfogadott elvei a tonsillectomiának.

Подполковник мед. службы д-р Дь. Бодо:

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ

Dr. Gy. Bodó. Oberstl. d. Med. D.:

ÜBER RACHENENTZÜNDUNGEN
