

Rynolaryngologia w naukowej działalności Władysława Matlakowskiego (1851-1895)

Rhinolaryngology in the scientific activity of Władysław Matlakowski (1851-1895)

ANDRZEJ KIERZEK

Zakład Klinicznych Podstaw Fizjoterapii Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Władysław Matlakowski (1851-1895) był wszechstronnym chirurgiem pracującym w Klinice Chirurgicznej Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego oraz Oddziału Chirurgicznego Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. Szczegółowo zaprezentowano dociekania tego chirurga i leczenie chorób wchodzących w zakres rynolaryngologii, takich jak guz kości czołowej, twardziel nosa, owrzodzenia kiłowe jamy ustnej, gardła, nosa i krtani, twardziel krtani, ciała obce oskrzeli. Matlakowski opisał pierwsze na ziemiach polskich wykonane przez Juliana Kosińskiego całkowite wycięcie krtani. Artykuły Matlakowskiego były cennym źródłem wiedzy dla lekarzy specjalizujących się w rynolaryngologii

Słowa kluczowe: historia rynolaryngologii, historia chirurgii

Władysław Matlakowski (1851-1895) was a versatile surgeon at the Surgical Clinic of the Imperial Warsaw University and the Surgical Ward of the Infant Jesus Hospital in Warsaw. Matlakowski's research and treatment of rhinolaryngological diseases (such as tumour of frontal bone, rhinoscleroma, syphilitic ulcerations of oral cavity, pharynx, nose and larynx, scleroma of larynx, bronchial foreign bodies) are described in some more detail. Dr Matlakowski described the first "Polish" laryngectomy performed by Julian Kosiński. His articles were a valuable source of information for the physicians specializing in rhinolaryngology.

Key words: history of rhinolaryngology, history of surgery

© Otorynolaryngologia 2011, 10(1): 15-21

www.mediton.pl/orl

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Prof. dr hab. med. Andrzej Kierzek
ul. Rozbrat 5 m. 6; 50-334 Wrocław, Polska
tel. 71 322 17 60, +48 693 52 17 60
e-mail: andrzejkierzek@wp.pl

WSTĘP

Od połowy XIX stulecia to głównie chirurdzy kładli podwaliny pod rozwój nowych specjalności medycznych, w tym i otorynolaryngologii. Jednym ze znaczących chirurgów owych czasów był Władysław Matlakowski (1851-1895). Jego szerokie dokonania operacyjne wspomniano w osobnej publikacji^{1/}. Zagłębiał się on także w tereny dzisiejszej rynolaryngologii.

U 36-letniej kobiety operował on twór o nierównej powierzchni umiejscowiony na guzie czołowym łuski czołowej kości czołowej. Spiłował go „tangentialnie” do powierzchni kości. Silne krwawienie rodziło przypuszczenie, że jest to „angiomat kostny”.

^{1/} A. Kierzek: Władysław Matlakowski (1850-1895) – człowiek niepospolity; chirurg zasłużony dla polskiej rynolaryngologii. Otorynolaryngologia Przegląd kliniczny 2010; 9(4):160-5

Na powierzchni guz składał się „z blaszki korykalnej z siecią kostną, wypełnioną krwią tętniczą”. Badania histopatologiczne nie wykonano^{2/}.

W kilku numerach „Gazety Lekarskiej w 1887 r. wespół z Marianem Jakowskim, kierownikiem pracowni bakteriologicznej Szpitala Dzieciątka Jezus, ogłosił pracę „O twardzieli nosa”, pracę kompilacyjną z uwzględnieniem badań własnych.

Historia twardzieli datuje się od 1870 r., kiedy to Ferdinand von Hebra (1816-1880), znany wiedeński klinicysta, twórca nowoczesnej dermatologii, dokonał wyodrębnienia tej choroby. Opisy chorób podobnych do twardzieli wcześniej podawali Weber i Simon E. Duplay. Wcześniej spostrzeżać ją wielu

^{2/} W. Matlakowski: Przypadek guza umiejscowionego na tuber frontalis dexter. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1890, T. LXXXVI, Nr 4, s. 574

klinicystów, lecz poczytywana była za mięsaki lub kiłę. Hebra i Moritz Kaposi (1837-1902), dermatolog austriacki, przypuszczali, że twardziel była nowotworem, a nie, jak później dowiedziono, *sui generis* sprawą zapalną dróg oddechowych. Doniosłe znaczenie miały naukowe dociekania Eduarda Gebera a zwłaszcza Jana Mikulicza-Radeckiego (1850-1905), który przekazał dokładny opis budowy tkanki twardzielowej.

Wiele wniosły badania wspomnianego wcześniej Kaposiego, a także Theodora Billrotha, Adolfa Jarischa, Richarda Paltauf, Antona von Eiselberga. Kaposi zwracał uwagę na fakt, że zmiany na podniebieniu miękkim wyprzedzać mogły patologiczne wytwory w nosie. Mikulicz twierdził natomiast, że pierwotnie proces toczył się w jamie nosowo-gardłowej, skąd przechodził w dół do gardła, lub ku przodowi – do nosa, szerząc się na błonę śluzową sąsiednich struktur, z wolna zajmując głębsze tkanki^{3/}.

Twardziel występowała bardzo często w Wiedniu i to najczęściej w środowisku polskich Żydów, poza tym przede wszystkim w Czechach, na Morawach, Bukowinie, w Galicji, w guberniach kijowskiej, mińskiej, okolicach Odessy, we Włoszech.

Doniosłe znaczenie miały badania Antona R. von Frischa (1849-1917), chirurga i bakteriologa austriackiego z 1882 r., który odkrył pałeczkę wywołującą tę chorobę. Niezależnie od niego Celso Pellizzari znalazł przyczynę twardzieli.

Najwcześniejszymi i najbardziej stałymi objawami choroby były: uczucie zatkania, zasychania w nosie oraz tzw. „katar nosa”. Charakterystyczny był obraz kliniczny choroby, zajmującej nie tylko nos, który na pierwszy rzut oka czynił wrażenie spuchniętego, ale i jamę nosowo-gardłową, gardło, wargi, podniebienie miękkie, krtań, tchawicę. Pellizzari znajdował tak daleko posunięte zmiany, że „podniebienie miękkie, zarówno jak i łuki tylne, oraz migdały (były) rozciągnięte i wygładzone, tak, że istniało jedno sklepienie wklęsłe, które rozpoczyna(ło) się za zębami, a rozciąga(ło) się aż do tylnej ściany gardzieli...”. Alois Pick u 24-letniej kobiety obserwował: „brak języzka, łuki mocno zgrubiałe, podobne do ścięgien, bliznowate, szarobiaławe, zlewają(ce) się ku górze ze sobą na miejscu języzka, a ściągnięte w tył przyrosłe (były) do tylnej ściany gardzieli i tak zbliżone do linii pośrodkowej, że między niemi pozosta(ł) tylko wąski przestwór. Wszystkie części składowe gardzieli (były) tęgie, napięte, usiane wybujałościami podobnymi do brodawek. Jeszcze silniej zmienione i skurczone (były)

ściany jamy noso-gardzielowej”. Andre-Victor Cornil i Alvarez spostrzegali przypadek, w którym „podniebienie miękkie i łuki, oraz podstawa języka (były) bardzo znacznie zgrubiałe, nacieczone przez nowotwór unaczyniony, przez co m(iały) barwę ciemno-czerwoną, wygląd popielaty a miejscami ziarnisty. (Zmiany były) małe, wilgotne, odporne, twarde w dotknięciu, a czucie w nich tak zmniejszone, iż można je (było) dotykać, ścisnąć w palcach, nie wywołując mdłości. Przesmyk (*isthmus*) (był) tak zwężony, że zaledwie można (było) przesunąć cewnik wzdłuż długiego przewodu, jakby wydłutowanego wśród tkanek bardzo niepodatnych. Połykanie bardzo trudne, zwłaszcza pokarmów stałych”^{4/}. Przytoczone trzy przypadki unaocniają bogaty obraz kliniczny choroby. Jakowski i Matlakowski zwracali uwagę, że do tak znacznych zmian dochodzić mogło drogą powolnego nacieczenia, bliznowatego zwyrodnienia, bez rozpadu, rozmiękania, zropienia i owrzodzeń, jak to bywało zwłaszcza w kile. Czucie w gardle bywało znacznie obniżone. Przejście zmian twardzielowych na krtań i tchawicę znacznie pogarszało rokowanie. Ciekawy przypadek zajęcia tchawicy bez zmian w krtani obserwował Teodor Heryng, ordynator pierwszego w Warszawie oddziału rynolaryngologicznego w Szpitalu Św. Rocha. Opisywał: „krtań prawidłowa, błona śluzowa prawidłowej barwy; struny prawdziwe długie, białe, ścięgnięte; poniżej na 1½ ctm., ściana tchawicy, cylindrycznie zwężon(a), przedstawia(ła) rodzaj lejka, jakby błony żółto-czerwonej, nierównej, nieco skośnej, z otworem położonym bliżej ściany przedniej wielkości 4 mm”.

Paltauf i Eiselberg przypuszczali, że pałeczki Friedlaendera „wywoływać mog(ły) różne sprawy chorobowe w różnych ustępach dróg oddechowych; cała różnica zaś w objawach klinicznych zależa(ła) tylko od umiejscowienia się i rozległości terenu, na którym działa(ły)”. Z takim tokiem rozumowania zupełnie nie zgadzali się Jakowski i Matlakowski.

Ci warszawscy lekarze hodowali pałeczki Frischa na żelatynie, agarze, ziemniakach. Czyste hodowle próbowali szczepić królikom. Preparaty histopatologiczne Jakowskiego konsultowali m.in. Henryk

^{3/} J. Pagel: Biographisches Lexikon hervorragenden Aerzte des neunzehnten Jahrhunderts. Berlin, Wien 1901, s. 1850

^{4/} M. Jakowski, W. Matlakowski: O twardzieli nosa (Rhinoscleroma Hebrae). Gaz. Lek. 1887, T. VII, S. II, R. XXII, Nr 45, s. 994-998, Nr 46, s. 1015-1017; Cornil, Alvarez: Memoire pour servir a l'histoire du rhinosclerome. Arch. Physiol. Norm. Pathologique 1885, T. XXXVII, s. 11-40; M. Mackenzie: Further note on rhinoscleroma. Brit. Med. Journ. 1885, 21th March, s. 587; Doutrelefont: Zur Therapie des Rhinoskleroms. Deutsch. med. Wochenschr. 1887, T. XIII, Nr 5, s. 85 et passim; Paltauf: Ueber Rhinosclerombacillen. Deutsch. med. Wochenschr. 1886, T. XII, Nr 45, s. 437; Paltauf, Eiselberg: Zur Aetiologie des Rhinoscleroms. Fortschr. Medic. 1886, T. VII, Nr 19, s. 337 et passim

Nr 45. Warszawa d. 5 Listopada 1887 r. Tom VII.
SERYJA II. ROK XXII.

GAZETA LEKARSKA.

Trzeci. I. M. JAKOWSKI i W. MATLAKOWSKI. O twardzieli nosa (*Rhinoscleroma Hebrae*). — II. W. MATLAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzących kobiecych niezapalnego pochodzenia [Ciąg dalszy]. — III. W. WRÓBLEWSKI. Gruźlica gardzieli [Ciąg dalszy]. — IV. S. S. ZAŁĘSKI. O wpływie pokarmu na skład i pożywność mleka kobiecego [Ciąg dalszy]. — Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego. Warszawa. — Prace oryginalne w polskich czasopiśmiech lekarskich. — Nadesłano do Redakcji. — Ogłoszenia.

I. O TWARDZIELI NOSA

(*Rhinoscleroma Hebrae*)

Podau

Maryjan Jakowski

zarządzający pracownią bakteriologiczną w szpitalu Dzieciątka Jezus

i Władysław Matlakowski

ordynator tegoż szpitala.

Gdy w roku bieżącym, po przedstawieniu chorej z twardzielą nosa na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego, zabraliśmy głos w tej materii, nie mogliśmy wówczas zakomunikować ostatecznych wyników szczepień; obecnie jesteśmy w możności przedstawić Czytelnikom dokładniejszy obraz tego wysoce interesującego cierpienia, tembardziej, że udało nam się dostać prace włoskie, a zwała szcza wyborną monografię PELLIZZARI'ego, którego prawie wszyscy, znani nam autorowie niemieccy przytaczają wedle streszczenia bardzo niewystarczającego pomieszczonego w *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*; za dostarczenie nam tej cennej pracy, oraz kilku innych, składamy niniejszem uprzejmie po dziękowanie kol. HERTNGOWI.

I. Część kliniczna.

Historja twardzieli nosa datuje od bardzo niedawna, bo od r. 1870 w którym Hebra [3] wyodrębnił spośród innych podobnych postaci choroby wycień i podał klasyczny opis tej nowej formy patologicznej. W znacznej liczbie dawniejszych podręczników i monografj chorób nosa nie znajdujemy żadnej wzmianki lub opisu, z któregoby wnieść można było, iż autorowie spozstrzegali przypadki tej choroby, co się tłumaczy jej rzadkością. Mimo to jednak, u tak wstrawnego klinicysty i spozstrzegacza, jakim był Otto WEBER [1], znajdujemy

Ryc. 1. W. Matlakowski: o twardzieli nosa (*Rhinoscleroma Hebrae*). Gaz. Lek. 1887, R. XXII, S. II, T. VII, Nr 45, s. 994

Hoyer sen, Waclaw Mayzel, Antoni Elsenberg, Klukowicz z Petersburga.

Leczenie było z następowym wkładaniem, zasadniczo nieskuteczne. Billroth podawał nalewkę jodową, płyn Fowlera, Eduard Lang próbował wstrzyknąć 1% kwasu salicylowego, 2% salicylanu sodu, kwasu karbolowego, wcieranie 3% maści salicylowej, a także kwasu salicylowego per os po 2 gramy dziennie przez okres dwóch miesięcy. Simon stosował kwas pyrogallicowy w maści przez 5 miesięcy. Joseph Doutrelepont zalecał wcieranie 1% maści sublimatowo-lanolinowej. Cornil i Alvarez stosując leczenie skojarzone: wycinanie lub wypalanie nacieków i guzów, doustnie jodek potasu, wstrzykiwanie eteru z jodoformem, wyleczyli 5 z 23 chorych, a u 10 pacjentów otrzymali poprawę. Preferowane było jednak leczenie chirurgiczne: wycinanie nacieków i guzów nożem, wyskrobywanie tyżeczką Volkmana, wypalanie żegadłem Pacquelina, środkami chemicznymi, z następowym wkładaniem

tamponów, laminarii, świeczek etc. Terapia tymi metodami dawała pewne wyniki, ale kiedy chory wracał do swych zajęć i przestawał się leczyć, problem wracał. W wielu przypadkach wtedy wykonać można już było tylko paliatywną tracheotomię lub stomatoplastykę w ciężkich przypadkach zwężeń ust. Często chorzy umierali z powodu skrajnych duszności w przypadkach masywnych zwężeń krtani lub tchawicy^{5/}.

Na posiedzeniu klinicznym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w 1887 r. Matlakowski przedstawił dwie chore z owrzodzeniami kiłowymi jamy ustnej, gardła, nosa i krtani. U jednej z nich, 30-letniej wyrobnicy, wdowy, przed 6 tygodniami wystąpił obrzęk nosa, dwa tygodnie potem dysfagia, znacznego stopnia chrypka. Od 9 miesięcy chora chudła, nie miesiączkowała. Badaniem stwierdzono obrzęk twarzy, nos nieco zapadnięty, zaczerwienienie, obrzęk oraz obfitą wydzielinę w sromie. Żadnych cech przebytej kiły w różnych narządach nie stwierdzono. Typowy jednak dla tej choroby był kliniczny obraz narządów rynolaryngologicznych. Na tylnej połowie języka, obok zgrubiałej, nierównej błony śluzowej z wydatnymi brodawkami, równoległe do linii pośrodkowej pojawiły się dwa długie, schodzące do gardła środkowego owrzodzenia ze zgrubiałymi brzegami. Podniebienie miękkie i języczek żółtawo-blado szare, grube z błyszczącymi bliznami, (języczek ponadto „z wyraźnymi guziczkami”) cofnięte były ku tyłowi i pochylone w prawo. Bliznowate, twarde, pogrubiałe łuki podniebienne-językowe i podniebienne-gardłowe kontrastowały z widocznymi bliznami na podniebieniu twardym. Jamę ustną i gardło zmniejszone wskutek zgrubień i nacieczeń oraz dośrodkowego zbliżenia ścian pokrywał gęsty śluz. Nagłośnia była zaczerwieniona, zgrubiała, jakby „wygryziona” z jednej strony, fałdy nalewkowo-nagłośniowe, okolica międzynalewkowa, fałdy kieszonkowe zgrubiałe, twarde, zaczerwienione. Żółtawo-blade, matowe, zgrubiałe fałdy głosowe wydały się być położone głęboko. Cuchnienie z ust znacznego stopnia dopełniało obraz chorobowy. Stosowano jodek potasu, po którym nastąpiła znaczna poprawa. Drugi przypadek dotyczył 26-letniej, także

^{5/} M. Jakowski, W. Matlakowski: op. cit., Nr 47, s. 1045-1050, Nr 48, s. 1067-1071, Nr 49, s. 1111-1117, Nr 50, s. 1127-1135, Nr 51, s. 11, Nr 52, s. 1170-1177; W. Matlakowski: O twardzieli nosa. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1887, T. LXXXIII, s. 674-675; A. v. Frisch: Zur Aethiologie des Rhinoskleroms. Wiener med. Wochenschr. 1882, T. XXXII, Nr 32, s. 692-672; F. Hebra, M. Kohn: Ueber ein eigenthumlisches Neugebilde an der Nase-Rhinosklerom. Wien. med. Wochenschr. 1870, T. XX, Nr 1, s. 1-5; G. Catti: Zur Casuistik und Therapie der Chorditis vocalis inferior hypertrophica. Allgem. Wien. med. Zeit. 1878, T. XXIII, Nr 25, s. 250-251 et passim

wyrobnicy, która w 15 roku życia cierpiała z powodu bólu gardła i dysfagii oraz wpadania pokarmów do nosa. Przed dwoma laty przed przyjęciem do szpitala wystąpiły bóle głowy, które znacznie nasilały się. Matlakowski obserwował znaczne zmiany destrukcyjne w gardle: języczek wisiał „na cienkim pasku”, łuki i podniebienie miękkie przyrośnięte były do tylnej ściany gardła, a komunikacja między jamą nosowo-gardłową a jamą ustną sprowadzona została do bardzo cienkiego otworu. Podobnie jak w pierwszym przypadku, jodek potasu spowodował nagłą i bardzo wyraźną poprawę^{6/}.

W 1877 r. na łamach „Medycyny” ogłosił pracę pt. „Wycięcie krtani dotkniętej rakowcem”. Było to sprawozdanie z pierwszego na ziemiach polskich wyluszczenia krtani z powodu raka dokonanego przez Juliana Kosińskiego w 1877 r.

Dla ścisłości historycznej przypomnieć należy, że pierwsza laryngektomia była dziełem Theodora Billrotha, wybitnego chirurga wiedeńskiego w ostatni dzień 1873 r. Następne wycięcia krtani całkowite wykonali: Bernhard Heine – w Pradze (1874), Hermann Maas – we Wrocławiu (1874), Moritz Schmidt – we Frankfurcie (1874), Enrico Bottini – w Nawarze (1875). Bernhard Rudolph Langenbeck – w Berlinie, Maas, Billroth i Carl Wilhelm Schoenborn – w Królewcu. Częściowe wycięcie krtani do 1877 r. wykonali Heine i Nikolai Wassiljewicz Sklifossowski – w Petersburgu. Operacja Kosińskiego była zatem dziesiątą w historii laryngektomią całkowitą.

20 lutego 1877 r. do Kliniki Chirurgicznej w Warszawie, którą kierował Julian Kosiński, przybyła Tekla Kwiatkowska, pacjentka 36-letnia, matka czworga dzieci, u której choroba zaczęła się dwa lata wcześniej. Z powodu „nieznośnego gorąca” panującego w kajucie parostatku, którym płynęła, zmuszona była wyjść na pokład, gdzie wkrótce poczuła ból gardła; wystąpiła także chrypka. Afonia oraz nasilająca się duszność zmusiły chorą do udania się do szpitala w Warszawie w kwietniu 1876 r. Badanie lusterkiem krtaniowym było niemożliwe, „gdyż nadmiernie męczyło chorą”. Pamiętać trzeba, że Edmund Jelinek, otolaryngolog austriacki, wprowadził kokainę do znieczulania narządów laryngologicznych dopiero w 1884 r. Opuszczona nagłośnią nie pozwalała zobaczyć wnętrza krtani. Wobec nasilającej się duszności, Kosiński nazajutrz po przyjęciu wykonał rozcięcie tchawicy i chora ze swobodnym oddechem opuściła oddział. Jednakże

po trzech miesiącach na szyi zaczęły „otwiera(ć) się wrzody”, a w końcu nowotwór widoczny był także i w krtani. Ze znacznym wyniszczeniem chora wróciła do Kliniki.

Kontury szyi, z wyjątkiem jej rogu górnego, były zmienione, mięśnie mostkowo-obończykowo-sutkowe jakby rozsunięte, a cała okolica krtani powiększona. Nie można było palpacyjnie zbadać chrząstek tarczowatej i pierścieniowatej ani kości gnykowej z wyjątkiem rogu górnego. Miejsce to zajmował odgraniczony guz, trzymający się łożyska krtani, sprawiał on wrażenie większego od samej krtani, bardziej wystającego ku przodowi oraz sięgającego na boki, od góry i dołu ograniczonego wyraźnie wałeczkowatym brzegiem. W dolnej części guza znajdowało się zagłębienie, a w jego dnie – otwór przetoki prowadzący do wnętrza krtani. Nad otworem tracheotomicznym znajdowała się o równej powierzchni grzybowata narośl, wielkości pięciokopiejkowej monety, ziarnistej konsystencji, koloru mięsa; z jej powierzchni wycisnąć można było „wągrowate czopki”. Węzły chłonne szyjne wydawały się niezajęte, choć jeden z nich wyraźnie był twardszy. Nowotwór, co do istoty którego Matlakowski nie miał wątpliwości, zrośnięty był ściśle z nieprzesuwalną cienką skórą. Badanie palpacyjne przez jamę ustną wykazało zgrubiałą i nieco pomniejszoną nagłośnię, przesunięcie krtani z guzem ku tyłowi. Takie położenie tłumaczyło znaczną dysfagię, niemożność połykania twardszych kęsów, krwawienie z guza.

Ten kliniczny obraz nasuwał jedyne tylko rozwiązanie – całkowite wycięcie krtani. Chora oraz jej brat, widząc, że sytuacja staje się beznadziejna, wyrazili na nią zgodę. Termin wyznaczono na 15 marca.

W dniu operacji, nie bez trudności, założono chorej przyrząd Trendelenburga z nawleczonym woreczkiem kauczukowym. Przystępując do operacji, Kosiński miał gotowy plan. Wiedział, że trzeba będzie usunąć całą krtani, wiedział także, że musi „ile tylko się da, trzymać się chrzęstnego szkieletu krtani, który sam tylko może przedstawiać stały i niezawodny punkt orjentowania się wśród tylu i tak ważnych ustrojów”. Pragnął także usunąć patologicznie zmienioną krtani „i grzyb na niej siedzący razem in toto, oszczędzając w ten sposób preparat anatomo-patologiczny, ale też znakomicie utrudniając sobie samą operację”.

Przebieg operacji w relacji Matlakowskiego, autor niniejszej publikacji, w celu unaocznienia jej sposobu przedstawia *in extenso*. „Chorej założono wewnętrzną cewkę tracheotomiczną, z nawleczonym na nią woreczkiem kauczukowym i zachlo-

^{6/} W. Matlakowski: Okazanie dwóch chorych z owrzodzeniami niewątpliwie przymiotowego pochodzenia. Gaz. Lek. 1887, T. VII, S. II, R. XXII, s. 405-406; W. Matlakowski: Owrzodzenie błony śluzowej jamy ustnej, gardzieli i krtani pochodzenia przymiotowego. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1888, T. LXXXIV, Nr 1, s. 142-143

roformowano za pomocą Trendelenburg'owskiego lejka, połączonego cewą z cewką tracheotomiczną. Woreczek kauczukowy po zachloroformowaniu nadęto. (Zatamponowanie tchawicy). Chora leży na zwykłym stole operacyjnym, głowa umieszczona nisko na cienkiej poduszce sieczkowej, aby stworzyć lepszy dostęp do szyi.

Przekonawszy się, że woreczek dobrze tamponuje tchawicę, poprowadzono, zaczawszy od linii pośrodkowej mianowicie od skóry okolicy nadgrdykowej, dwa cięcia, rozbieżne na prawo i na lewo, otaczające nowotwór przyczemzczędzono skórę, ile tylko było można. Ponieważ nacieczenie rakowe przeistoczyło całą błonę grdyko-tarczową (*Mem. hyothyreoidea*) jako też części miękkie, pokrywające z przodu i z boków krtań samą: jak mięśnie mostko-grdykowe i mostko-tarczowe, jako też tarczogrdykowe, przeto, pozostawiając tę masę rakową przy krtani, trzeba było z całą ostrożnością oddzielać chore od zdrowego, w części za pomocą skalpela, w części zaś za pomocą skrobaczki (*raspatorium*). U góry w odstępnie grdyko-tarczowym prof. Kosiński trzymał się w części środkowej dolnego brzegu kości grdykowej, głębiej jednak, jako też po bokach oddzielanie guza było bardzo trudne, bo nie można było znaleźć górnego brzegu chrząstki tarczowej, gdyż ten znikł w ogólnej massie nowotworu. Po bokach krtani, posługując się nożem, a więcej jeszcze skrobaczką, oddzielano nowotwór od części zdrowych, co stanowiło bardzo mozolny akt operacji. Dopiero gdy aż w samej głębi, udało się za pomocą skrobaczki osiągnąć tylnych brzegów chrząstki tarczowej, operacja poszła łatwiej i śpieszniej. Odseparowawszy je od części miękkich, prof. Kosiński posunął się ku górze, oddzielił rożki górne (*cornua superiora*), a w końcu powrócił do błony tarczogrdykowej. Błona ta i części miękkie odpowiadające odstępowi jednoimiennemu, były usunięte za pomocą ostrej łyżeczki Volkmann'a, tak były kruche i przerodzone, wreszcie operator wniknął do jamy gardzieli i oddzielił zupełnie krtań od góry. Odchyliwszy, ile się dało krtań za pomocą haczyka ku przodowi, a następnie trzymając się jak najściślej chrząstek, oddzielił błonę śluzową i części miękkie pokrywające tylną powierzchnię chrząstek nalewkowych (*cart. arytaenoidea*) i szeroką, „sygnetową” jak mawiał nieboszczyk Hirsfeld, powierzchnię chrząstki obrączkowej, aż do dolnego brzegu tej ostatniej.

W tym punkcie operacji, krtań była oddzielona od góry, po bokach i od tyłu, pozostawało tylko połączenie z tchawicą i to tylko w części, bo od przodu był już otwór potracheotomiczny; trzeba było tylko oddzielić krtań od tyłu. Trzymając się

dolnego brzegu chrząstki obrączkowej, odcięto *membranam cricotrachealem* od tyłu i po bokach, na czym zakończyła się właściwa operacja”. W końcu ostrym haczykiem ujęto wierzchołek nągłośni, a sprowadziwszy ją ku dołowi, całkowicie ją wycięto. Część łuku podniebiennie-gardłowego także musiała ulec resekcji. Operacja trwała około półtorej godziny ^{7/}.

Przebieg pooperacyjny oraz zaopatrzenie chorej w sztuczną krtań Gussenbauera autor niniejszej publikacji dokładnie zaanalizował w pracy o dokonaniach laryngologicznych Juliana Kosińskiego, zamieszczonej dwa lata temu na łamach „Otolaryngologii Polskiej” ^{8/}.

W 1880 r. na łamach „Medycyny” ukazała się praca Matlakowskiego „Dwa przypadki pewnej postaci przewlekłego zapalenia krtani zwanej „*Chorditis vocalis inferior hypertrophica*”, jednostki chorobowej na którą wcześniej zwracali uwagę m.in. Johann N. Czermak, Carl A. Gerhardt, Ludwig Tuerck, Georg Catti, Friedrich Ganghofner, Teodor Heryng.

19-letni włościanin spod Garwolina, od 4 lat zauważył duszność, od 2 lat znacznie nasilającą się, nawet w spoczynku. Cech zakażenia kiłowego na skórze ani w gardle nie zauważono. Badanie lusterkiem krtaniowym zniósł wyjątkowo dobrze. Tuż pod samymi fałdami głosowymi znajdowały się dwie błony całkowicie symetryczne, podobne podczas fonacji do tych fałdów głosowych. Wolny brzeg fałdów był zgrubiały, zlewający się z błoną śluzową opuszczającą się z dolnych powierzchni fałdów głosowych. Te „fałdki” w $\frac{3}{4}$ częściach przednich stykały się ze sobą wolnymi brzegami i dopiero przy głębokim wdechu zauważyć można było, że się cokolwiek od siebie oddalają, a brzegi wolno opuszczają się ku dołowi i wtedy przez utworzoną wąską szczelinę spostrzec można było pod nimi jakieś warstewki śluzu lub nierówności. W $\frac{1}{4}$ tylnej zamiast szczeliny istniał trójkątny otwór wierzchoł-

^{7/} W. Matlakowski: Wycięcie krtani dotkniętej rakowcem. *Medycyna* 1877, T. V, Nr 28, s. 437-441, Nr 29, s. 453-457; J. Kosiński: Vollständige Extirpation des Kehlkopfs. *Centralbl. f. klin. Chir.* 1877, T. IV, Nr 26, s. 401-406; J. Kosiński: Przypadek całkowitego wycięcia krtani. *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1877, T. LXXIII, Nr 3, s. 493-505; *Wiadomości bieżące. Gaz. Lek.* 1874, R. XVII, R. IX, Nr 14, s. 224; J. Szmurło: Nowotwory złośliwe krtani. Warszawa 1938, s. 4; J. Sędziak: Kilka uwag w kwestyi operacyjnego leczenia raków krtani. *Nowiny Lek.* 1899, T. XI, s. 14-19; J. Sędziak: Nowotwory złośliwe w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach. *Gaz. Lek.* 1913, T. XXXIII, S. II, R. XLVIII, Nr 45, s. 1359

^{8/} A. Kierzek: Julian Kosiński (1833-1914) – chirurg szczególnie zasłużony dla rozwoju otorynolaryngologii. Jego dokonania w leczeniu chorób krtani. *Otolaryng. Pol.* 2008, T. LXII, Nr 2, s. 216-222

kiem zwrócony ku przodowi. W czasie spokojnego wdechu spostrzec można było bruzdę dzielącą fałdki od rozpiętych nad nimi fałdów, nad którymi widać było trzecią parę „kulis” – fałdy kieszonkowe. Błona śluzowa gardła i krtani bladeżółtawej barwy sprawiała wrażenie wysuszonej. Barwa głosu była nieco piskliwa. Chory od czasu do czasu czynił niemały wysiłek, aby odkrztusić zeschniętą żółtawą wydzielinę śluzowo-ropną z krtani. Obecność tych patologicznych tworów w krtani była bezpośrednim powodem gromadzenia i zasychania wydzieliny. Po kilkutygodniowym pobycie w Klinice, chory wypisał się bez poprawy.

33-letnia włościanka z Podlasia, od trzech lat cierpiąca na uczucie ucisku w gardle, zmartwiona faktem, „że nie może tak głośno zawodzić, śpiewając, jak to dawniej we zwyczaju bywało”, skarżyła się na wykrztuszanie z kaszlem kawałków zeschniętego śluzu „tak czasami twardego, że ją w zęby uderzały”. Wywiad w kierunku zakażenia kiłowego był ujemny. Laryngoskopowo stwierdzono „dwie błony białe w postaci strun głosowych rozciągnięte do przodu ku tyłowi”. Szpara głośni zwężona, przy fonacji nieruchoma, posiadała gruszkowatą postać. Wysoki, nieraz piszczący głos, przybierał niejednokrotnie chropowaty wydźwięk. Na tracheotomię chora nie wyraziła zgody, udając się do domu.

Matlakowski nie łączył tych dwóch przypadków z jakąkolwiek chorobą ogólną. Początek był jasny; długo trwający nieżyt gardła i krtani, rozszerzający się na drogi oddechowe, połączony z obfitą wydzieliną. Matlakowski podejrzewał, że mogło to być cierpienie opisane po raz pierwszy przez Carla Stoercka pod nazwą „*Die chronische Blennorrhoe der Nasen-Kehlkopf- und Luftroehrenschleimhaut*”, które dotyczyło przede wszystkim chorych pochodzących z ziem polskich. Autor niniejszej publikacji podejrzewa, że idzie w obu tych przypadkach o twardeziel.

Racjonalnym leczeniem, zdaniem Matlakowskiego, mogła być operacja; nacięcie albo wypalenie żegadłem galwanicznym lub systematyczne rozszerzanie sposobem Schroettera, lub skojarzenie tych metod. Pomocne było wykonanie laryngofissury i wtedy wskrobanie łyżeczką Volkmana i następowe przyżeganie żegadłem Pacquelina^{9/}.

U 65-letniego chorego, od 7 lat cierpiącego „na krtani”, dokładna anamneza wykazała przed 20 laty owrzodzenie goleni, przypuszczalnie pochodzenia kiłowego. Prof. Kosiński zalecił wtedy leczenie „przeciwprzymiotowe”. Rok przed przyjęciem do Kliniki, konsultowany był przez słynnego, wspomnianego

wcześniej, Herynga. Fałdy głosowe i kieszonkowy złane były w rodzaj wałka, znacznie zwężającego szparę głośni. Kuracja przeciwkiłowa spowodowała poprawę stanu; ze względu jednak na poprawę stanu, przerwał ją.

Znaczna duszność, zupełny bezgłos spowodował konieczność hospitalizacji. Laryngoskopowo Matlakowski stwierdził zaczerwienienie błony śluzowej gardła i krtani, zgrubienie fałdów głosowych, ich unieruchomienie, a co za tym idzie, znaczne zwężenie szpary głośni. Pacjent poddał się tracheotomii, po której opuścił Klinikę. Po kilku jednak miesiącach wrócił w stanie skrajnego wycieńczenia. Stwierdzono wokół otworu tracheotomijnego bolesne, brudnego wyglądu owrzodzenie. Ziarnina brzegów otworu pokryta brudnym nalotem, łatwo krwawiła. Co kilka godzin chory zmuszony był wprowadzać do światła rurki włosianą szczoteczkę osadzoną na żelaznym druciku, aby stamtąd „wygarnąć” lepki, ciągnący się śluz. Tą szczoteczkę wsuwał zazwyczaj poniżej

№ 6.

Warszawa d. 11 Lutego 1882 r.

Tom II.

SERIJA II. ROK XVII.

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Wł. Matlakowski. Uwężnienie w oskrzeli szczoteczki odłamanej przy czyszczeniu rurki tracheotomicznej. — II. Z. Kramsztyk. Zmiany chorobne, występujące w oczach po przebyciu gorączki powrotnej. (Dalszy ciąg). — III. A. Rothe. Z czynności lekarskiej w Warszawskich zakładach dla obłąkanych. — *Uział sprawozdawczy:* 10. M. Nencki i Sieber. O rozkładzie cukru gronowego i kwasu moczowego przez ciepłotę ciała. — 11. Poncef. Z higieny szkół. — 12. Odtrutka fosforu. — 13. G. Braun. Przyczynek do leczenia świętych przetok pęcherzo-maciczno-pochwowych podczas pologu. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

I. Uwężnienie w oskrzeli szczoteczki, odłamanej przy czyszczeniu rurki tracheotomicznej.

podał Wł. Matlakowski.

O ile tracheotomija, dokonywana z powodu duszności, zależnej od przyczyn przemijających, daje rokowanie co do całkowitego wyzdrowienia zupełnie optymistyczne, o tyle operacja ta wykonana w przypadkach duszności, której przyczyn usunąć, a tem samem rurki wyrzucić nie można, czyni chorego na długie lata kaleką, a co gorsza grozi mu rozmaitemi katastrofami, które nieraz przecinają nić jego żywota. Wrastanie i obrywanie się czopków i soplów ziarniny, owrzodzenia odleżynowe tchawicy, sprawy zapalne granulacji, przetarcie i oblanianie się rurki tracheotomicznej, oto możliwości, zagrażające choremu, który ustawicznie myślić musi o swoim kalectwie. Przynajmniej można takich chorych do ludzi, cierpiących na przerost gruczołu krokowego, zmuszonych do ciągłego wypuszczania moczu cewnikami: Do tej kategorii ze względu na nieprzewidziane zejście należy również niżej załączony przypadek, tem smutniejszy, iż zdarzył się u człowieka, doskonale rozumiejącego swoje położenie, stworzone przez operację.

Anamneza tego przypadku jest następująca:

Chory M. N., 65-letni mężczyzna, zeznaje, iż od 7 lat cierpi na krtani; powodu cierpienia sobie nie przypomina, przy starannem jednak wypytywaniu się przyznaje, że przed 20 laty przechodził przymiot, że miał owrzodzenie na goleni na które prof. Kosiński zalecał mu leczenie przeciwprzymiotowe. Przed rokiem radził się kol. Herynga, który znalazł stan następujący: w gardzieli zmian nie ma; nagłośnia jest zdrowa; struny głosowe lewe: wrzekona i prawdziwa, zgrubiałe, ziarninowate, zlewają się ze sobą w rodzaj wałka; nie widać

Ryc. 2. W. Matlakowski: Uwężnienie w oskrzeli szczoteczki, odłamanej przy czyszczeniu rurki tracheotomijnej. Gaz. Lek. 1882, R. XVII, S. II, T. II, nr 6, s. 105

^{9/} Wł. Matlakowski: Dwa przypadki pewnej postaci przewlekłego zapalenia krtani zwanej „Chorditis vocalis interior hypertrophica”. Medycyna 1880, T. VIII, Nr 11, s. 161-164, Nr 12, s. 177-181, Nr 13, s. 193-196

końca tracheotomijnej rurki, drażniąc szczecina błonę śluzową tchawicy, wywołując mocny kaszel, pozwalający na ewakuację śluzu. Rozdrażniony był swoim stanem. Po pewnym czasie zaczął gorączkować. „Odpowiednie środki” powodowały poprawę stanu w krtani i na szyi. Z powodu owrzodzeń goleni wcierano szaruchę, przypuszczano, że zadziała ona także na krtani. Po pewnym czasie podczas czyszczenia rurki, chory ułamał druciany trzonek tak, że szczoteczka pozostała w tchawicy. Po wyjęciu rurki udało się jednak ową szczoteczkę wyciągnąć. Po dwóch następnych miesiącach przy czyszczeniu chory ponownie odłamał ów drucik. Ani samemu choremu, ani lekarzom, nie udało się nieszczęsnej szczoteczki odnaleźć. Przypuszczano, że pozostała ona w prawym oskrzelu. Nie mogła pomóc rentgenoskopia klatki piersiowej, gdyż na wynalezienie promieni X czekać trzeba było jeszcze 13 lat. Wszak Konrad Wilhelm Roentgen wynalazł je dopiero w listopadzie 1895 r. Stan zapalny płuc powodował septyczną gorączkę, dołączyła się biegunka. W stanie

silnej kacheksji chory zakończył życie.

Badanie sekcyjne wykazało znaczne zwężenie szpary głośni z powodu wałowatych obrzęków fałdów kieszonkowych, zmiany zapalne fałdów głosowych oraz całej błony śluzowej krtani typowe dla przewlekłego zapalenia. Ową szczoteczkę znaleziono tuż przy rozwidleniu tchawicy w początku prawego oskrzela; znaczniejsza część szczoteczki szczelnie zatykała oskrzele, zaś pozostały z rękojeści drucik pozostał w tchawicy, powodując stany zapalne tchawicy oskrzeli. Przyczyną zgonu był silny stan zapalny płuc z ropniem tego narządu włącznie ^{10/}.

Te doniesienia rynolaryngologiczne Władysława Matlakowskiego, szczególnie jego relacja z pierwszej całkowitej laryngektomii wykonanej na ziemiach polskich, przyczyniły się niewątpliwie do późniejszego bujnego rozwoju otolaryngologii polskiej.

^{10/} W. Matlakowski: Uwięźnięcie w oskrzelu szczoteczki, odłamanej przy czyszczeniu rurki tracheotomicznej. *Gaz. Lek.* 1882, R. XVII, S. II, T. II, Nr 6, s. 105-111