

Ropień okołomigdałkowy – trudny problem terapeutyczny w XIX oraz początkach XX wieku

The peritonsillar abscess – a difficult therapeutical problem in the XIX and early XX centuries

ANDRZEJ KIERZEK

Andrzej Kierzek, ul. Rozbrat 5 m. 6, 50-334 Wrocław

Przedstawiono dane epidemiologiczne ropni okołomigdałkowych w XIX i w początkach XX wieku; etiopatogenezę i patomorfologię tego procesu. Podkreślono rolę przewlekłego zapalenia migdałków podniebiennych, zapalenia zatok przynosowych, ciał obcych migdałków oraz okolicy przymigdałkowej, próchnicznych zębów, chorób zakaźnych. Diagnostyka ropnia okołomigdałkowego w tym czasie nie przedstawiała trudności. Leczeniem z wyboru było leczenie chirurgiczne. Zrelacjonowano metody otwarcia ropnia skalpelem, wszelkiego rodzaju nożkami, zgłębnikami etc., jak również leczenie pooperacyjne. Wspomniano o krwawieniach różnego typu i sposobach ich leczenia. Przedstawiono problem: ropień okołomigdałkowy a wyszczerzenie migdałków podniebiennych.

Otorinolaryngologia, 2004, 3(1), 19-24

Słowa kluczowe: historia medycyny, historia otorinolaryngologii

The author presents epidemiologic data on peritonsillar abscess in the XIX and early XX centuries, its etiology, pathogenesis and pathomorphology. The role of chronic purulent tonsillitis, purulent paranasal sinusitis, foreign bodies in the tonsills, caries, odontitis and infectious diseases in the development of that condition is underlined. The diagnosis of the disease did not raise difficulties. Surgery was a method of choice in the treatment peritonsillar abscess. The surgical methods of opening peritonsillar abscess by scalpel, lancet, catether, etc and the post-operative procedures are presented with full particulars. Various types of bleedings and methods employed in their management are also described. The everlasting problem of peritonsillar abscess and tonsillectomy is discussed.

Otorinolaryngologia, 2004, 3(1), 17-24

Key words: history of medicine, history of otorhinolaryngology

Występowanie i patogeneza

Ropnie okołomigdałkowe były w XIX i w początkach XX stulecia powikłaniem dość częstym. Obserwowali je także polscy lekarze. Jan Sędziak (1862-1931), otolaryngolog warszawski, na 8500 chorych spostrzegł je 235 razy (ok. 2,8%), Alfred Marcin Sokołowski (1850-1924), ordynator oddziału chorób wewnętrznych w Szpitalu św. Ducha w Warszawie oraz kierownik ambulatorium laryngologicznego w tym szpitalu – na 4420 chorych – 147 razy (ok. 3,2%), Władysław Wróblewski (1860-1906), otolaryngolog warszawski – na 650 chorych – 21 razy (ok. 3,2%), Antoni Jurasz sen (1847-1923), otolaryngolog w Heidelbergu – na 4000 chorych – 8 razy (ok. 0,2%). Najczęściej obserwowano je w latach 1893-1895, w miesiącach czerwcu i październiku. Prawie w połowie przypadków Sędziaka dotyczyły one osób w wieku od 20 do 30 lat, nieco częściej mężczyzn. Zdaniem Edouarda P. Chassaignaca (1804-1879), chirurga francuskiego, ropnie te spotykało się znacznie częściej u ludzi młodych, szczególnie u chłopców. Katterfeld widywał je niekiedy w pierwszym roku życia, ale także i u chorych 80-letnich. Sędziak sądził, że u osób dorosłych, wskutek nadużywania tytoniu i napojów spirytusowych, a także wykonywa-

nia pewnych prac w określonych warunkach, istniało niebezpieczeństwo większego wystąpienia tego powikłania. Niezwykle rzadko, jego zdaniem, ropień okołomigdałkowy



Ryc. 1. Alfred Marcin Sokołowski

występował w Anglii. Ten fakt budził zdziwienie [1]. Ropień okołomigdałkowy należało odróżniać od stanów ropnych ograniczonych do samej tkanki migdałka podniebiennego (*tonsillitis acuta abscedens*), schorzenia znacznie rzadszego; wg Sędziaka stosunek występowania obu tych stanów wynosił 8:1.

Do powstania ropnia dochodziło w wyniku przejścia drobnoustrojów z zakażonych migdałków, przez ich otoczkę, do przestrzeni okołomigdałkowej, między torebką migdałka a powięzią gardłową, pokrywającą mięsień zwieracz gardła górny i wypełnionej luźną tkanką łączną, przede wszystkim w przypadkach częstych ostrych zapaleń migdałków podniebiennych. Clarence Rice w 1891r. słusznie zauważył, że do powstania tego powikłania usposabiały zrosty łuków podniebiennych z migdałkiem, zwykle jako następstwo poprzednich stanów zapalnych migdałka. Wydzielina z krypt, nie znajdując ujścia z powodu zrostów, wywoływała często stan zapalny tkanki okołomigdałkowej z gromadzeniem się ropy. Moritz Schmidt z Frankfurtu upatrywał przyczynę zwłaszcza w serowatych masach tkwiących w przerosłych migdałkach. Ciała obce, szczególnie ości, kości, kamienie ślinowe mogły stawać się również przyczyną występowania ropni. Robert Sinołęcki (1871-1954), otolaryngolog warszawski, opisał przypadek ciężkiego procesu ropnego w tkance okołomigdałkowej u 40-letniego chorego, wywołanego tkwiącą w migdałku drzazgą. Wytworzyła się ropowica okolicy podszczękowej, schodząca aż do okolicy łopatki z towarzyszącą wysoką gorączką. Po szerokim nacięciu różnych struktur szyi i pleców, chory na kilka dni przed zgonem „wykaszał razem z cuchnącą ropą kawałek drzazgi” [2].

Migdałki podniebienne mogły także zakażać wydzieliną spływającą z zapalnie zmienionych zatok przynosowych. Obserwowano ropnie okołomigdałkowe po operacjach w nosie; np. Klemens Koehler (1840-1901), lekarz poznański, po przyżeganiu żegadłem galwanicznym rozszerzonych naczyń żylnych w miejscu Kiesselbacha. Wielu lekarzy obwinięło za ten stan zmienione próchniczo zęby, szczególnie zęb mądrości. Koehler zwracał uwagę na rolę przewlekłego zapalenia ucha środkowego. Ropa poprzez trąbkę, jamę nosowo-gardłową zakażała niejednokrotnie mogła migdałek podniebny oraz tkanki go otaczające, powodując ropnie okołomigdałkowe. Leczenie schorzenia podstawowego zapobiegało męczącym nawrotom [3].

Schmidt, Sędziak i inni spotykali ropień po przebytych chorobach zakaźnych: błonicy, płonicy, grypie. Osobliwy przypadek opisał Sędziak. Dotyczył on 18-letniej chorej z błonicą gardła, powikłaną ropniem okołomigdałkowym, anginą migdałka językowego oraz ostrym zapaleniem zatoki szczękowej. Ropnie opróżniały się kilkakrotnie samoistnie, towarzyszyła im wysoka ciepłota ciała. Wcześniej pacjentka leczona była przez prowincjonalnego lekarza przystawianiem pijawek, płukaniami;

zakazano jej opuszczania miejscowości, w której mieszkała. Typowe leczenie przeciwzapalne, zalecone przez Sędziaka, które autor niniejszej publikacji omówi w dalszej części artykułu, spowodowało wyleczenie chorej [4].

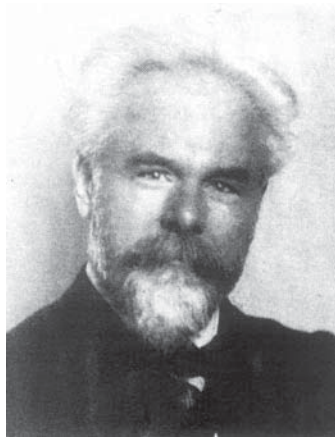
Augustyn Łogucki (1868-1915), ordynator w Szpitalu św. Ducha w Warszawie, badał bakteriologicznie ropę z ropni okołomigdałkowych. Po dokładnym oczyszczeniu watą nasączoną 3% roztworem karbolu, „w miejsca na przednim łuku po stronie zajętej sprawą wkłuwał... igłę wyjałowioną szprycki Pravaz'a, którą przed użyciem zawsze przestrzykiwał... jeszcze gorącą przegotowaną wodą i wyciągał... część zawartości ropnia”. Materiał rozcierał na szkiełkach, część szczepił na żelatynie na płytkach Petriego, część zlewał do wyjałowionej epruwetki i po 30 min. szczepił na agarze zwykłym i glicerynowym. Po rozwinięciu się hodowli „przeszczepiał... każdy oddzielny gatunek” na powierzchni żelatynowe i agarowe w probówkach. Badania bakteriologiczne wykonywał częściowo w pracowni Szpitala św. Ducha, częściowo w pracowni anatomopatologicznej Włodzimierza Brodowskiego. Opis tej czynności obrazuje niełatwą rolę ówczesnych lekarzy w tworzeniu nowej specjalizacji. Badając bakteriologicznie ropę, w początkowych stadiach ropni znajdowano przeważnie paciorkowce, w długotrwałych ropniach natomiast gronkowce. Leopold Lubliner (1863-1937), ordynator pierwszego w Warszawie Oddziału Otolaryngologicznego w Szpitalu Starozakonnych, radził pamiętać o promienicy, zwłaszcza, gdy w wywiadzie udowodniono żucie żyta i pszenicy [5].

Istniało wówczas pojęcie tzw. ropnia okołomigdałkowego przewlekłego. Do jego powstania usposabiały częste stany zapalne migdałków podniebiennych. N.S.M. Bentzen (ur. 1870), otolaryngolog w Szpitalu św. Elżbiety w Kopenhadze, utrzymywał, że formujący się wewnątrz tkanek ropień nie mógł się całkowicie opróżnić; pewna część ropy zostawała. Często w migdałku spostrzegano przetokę, przez którą ropa ulegała niejednokrotnie ewakuacji. Szerokie otwarcie tego ropnia nożem lub galwanicznym żegadłem było leczeniem z wyboru [6].

Objawy kliniczne

Objawy występowały typowo, podobnie jak w dobie obecnej. Zwykle zupełnie nagle dochodziło do gwałtownych bólów w czasie połykania, umiejscowionych po jednej stronie gardła i promieniujących do ucha po tej samej stronie. Dołączyć się mogły szczękocisk i mowa nosowa wskutek zmian zapalnych podniebienia miękkiego. Chorzy głowę trzymali zazwyczaj sztywno, nieco pochyloną w kierunku istniejącego ropnia. Odczuwali trwogę przed połknięciem śliny ze względu na spodziewany ból w uchu. Nieprzyjemny zapach z ust niejednokrotnie wyczuwany był z daleka. Przyjmowanie pokarmów i napojów połączone ze znacznymi bólami, było prawie niemożliwe. Wskutek porażenia podniebienia

miękkiego płynu wylewały się nieraz przez nos. Gustav Killian (1860-1921) z Fryburga, jeden z pionierów ryнологii, obserwował wyrównywanie się dołka nadmigdałkowego wskutek zbierania się tam ropy. Chełbotanie



Ryc. 2. Gustaw Killian

w dolnym biegunie migdałka bywało znacznie rzadsze niż w górnym; potwierdziły to obserwacje Klingela. Obraz chorobowy uzupełniał obrzęk węzłów chłonnych szyi, szczególnie podżuchwowych. Lekarze owego okresu dokładnie potrafili diagnozować ropień przedni od tylnego. Wiedzieli, że ropień okołomigdałkowy tylny-dolny był bardziej niebezpieczny, niż np. górno-przedni, a to z tego powodu, że rozwijał się w pobliżu wielkich naczyń szyi. W późniejszych okresach, kiedy stan zapalny rozszerzał się na okoliczne tkanki, umiejscowienie ropnia bywało bardzo trudne. Tylny ropień obserwowano znacznie rzadziej. Schmidt podał częstość ich występowania, jak 98:2; Sędziak na 235 ropni, tylko siedmiokrotnie widywał je w tylnym odcinku [7]. Rokowanie zazwyczaj bywało pomyślne, mimo niewątpliwie ciężkich objawów znamionujących tę chorobę.

Powikłania

Powikłania ropni okołomigdałkowych, zawsze groźne, w XIX stuleciu były niejednokrotnie powodem zejścia śmiertelnego, chociaż Sokołowski i Sędziak tak niepomyślnego zakończenia nie obserwowali. Ropowica podstawy języka, ropne zapalenie węzłów chłonnych podżuchwowych, obrzęk krtani, krwotoki z dużych naczyń, zakrzepowe zapalenie żyły szyjnej wewnętrznej i zatoki jamistej, ropnica, zapalenie zachyłstowe płuc po samoistnym pęknięciu ropnia, infekcyjne „przerzuty” do płuc, opłucnej, śródpiersia, opon mózgowych, mózgu, nerek – to powikłania wówczas najczęstsze, wskazujące na to, że ropnia okołomigdałkowego bagatelizować nie można było. Nie można tego czynić także w dzisiejszych czasach. Obrazy powikłań wewnątrzczaszkowych nie znajdowały szerszego odbicia w ówczesnej medycznej literaturze. Ropa szerzyć się mogła szczelinami na szyi,

przechodząc na struktury klatki piersiowej. Na szczeliny w tkance łącznej, mogący służyć jako drogi, którymi rozchodziły się zapalne wysięki pierwszy zwrócił uwagę Xavier Bichat (1771-1802), francuski anatom i fizjolog (który jako pierwszy podał opis poduszeczki tłuszczowej policzka) w pierwszym tomie wydanego w 1801r. dzieła „*Anatomie generale applique a la physiologie et a la medecine*” [8].

Przypadek współistnienia z ropniem okołomigdałkowym zapalenia migdałka językowego, zajęcia struktur krtani, m.in. stawu pierścienno-nalewkowego, obserwował Sędziak u 40-letniego kapłana, który podczas podróży do Petersburga, z powodu wylania Newy, uległ tam „silnemu przeziębieniu”. Nacięcie ropnia i doustne stosowanie salicylanu sodu spowodowały pomyślne zakończenie choroby. Aleksander Baurowicz (1867-1948) z krakowskiej kliniki Przemysława Pieniążka obserwował dwa przypadki ropnia okołomigdałkowego tylnego, powikłanego stanem zapalnym w krtani; w jednym z nich wystąpił znaczny obrzęk nagłośni oraz innych struktur krtani, nie wymagający jednak wykonania tracheotomii. Typowe naoczas leczenie spowodowało samoistne opróżnienie się ropnia i ustąpienie zmian zapalnych w krtani w siódmym dniu choroby. Emil Bloch (ur. 1848) z Fryburga oraz Sędziak pisali o niezwykle groźnym powikłaniu obrzękiem głośni, kiedy to tylko rozcięcie krtani usunęło niebezpieczeństwo. Świadkiem podobnego przypadku u jednorocznego dziecka był Katterfeld. Mark Hovell (ur. 1854) i inni, obserwowali zakończony śmiertelnie przypadek zachłyśnięcia się ropą z pękniętego ropnia w porze nocnej u 24-letniego mężczyzny. Niektórzy, w obawie przed powikłaniami płucnymi pochodzenia „zachyłstowego”, uprzednio wykonywali tracheotomię [9].

Postępowanie

Usuwanie próchnicznych zębów, leczenie przewlekłego ropnego zapalenia migdałków podniebiennych, stanów zapalnych w nosie, zatokach przynosowych i gardle, stanowiło najważniejszą, zdaniem Sędziaka, profilaktykę ropnia okołomigdałkowego.

Leczenie tego powikłania nie było wówczas łatwe.

W początkowych stadiach ropnia Liegeois próbował stosować pędzlowania chlorkiem cynku w glicerynie (1:20), inni zalecali śródmiąższowe wstrzykiwania 3% kwasu karbolowego. Pędzlowania owe Sędziak uważał za absolutnie bezużyteczne. Jeszcze w początkach lat 70. XIX stulecia Jan Minkiewicz (1826-1898), lekarz z Tyflisu (obecnie Tbilisi) stosował emetyk, tak rozpozszechniony w początkach owego wieku, uzupełniając zalecając „płukania rozmiękczejące”, nalewkę jodową „do smarowania gruczołów szyjowych”. Te zabiegi powodować miały „dojrzenie ropnia”, który potem otwierano chirurgicznie, zazwyczaj z pozytywnym efektem. Pomocne bywało rozpylanie na zimno 10-16% roztworu

kokainy. Minkiewicz doradzał stosowanie pijawek (po 20 na stronę chorą), oraz roztworu o składzie:

- Rp. Emuls.amygd.dulc. v.j.,
- Nitrii depurati 3 j.
- Extr. Hyoscyami gr.V
- S. co godzinę łyżkę

Stosowano także okłady z siemienia lnianego, płukania z odwaru korzeni ślazowych, płukania taniną, salolem, zasyпки z dermatolem, wdychanie roztworu cynku z morfiną. Uzupełniająco do nosa na wacie aplikowano maść dermatolowo-mentolową, balsam peruwiański z gliceryną. Doustnie podawano salol, salicylan sodu.

Antoni Jurasz sen. od samego początku choroby zalecał stosowanie ciepła, bądź pod postacią rozgrzewających kompresów, bądź kataplazmów z siemienia lnianego, a także ciepłych płukań 5% spirytusowym roztworem salolu lub ciepłym rumiankiem z dodatkiem kwasu borskiego (łyżeczkę kwasu na szklankę rumianku). Sędziak, przeciwnie, polecał okłady z lodu na szyję oraz kawałki lodu doustnie [10].

We wczesnych stadiach ropnia Schmidt, jak również i Ludwik Rydygier zalecali powierzchowne nacięcia, po których pacjenci na ogół doznawali pewnej ulgi. Sędziak nie miał wątpliwości, że po takich nacięciach znacznie skracał się czas choroby.

Badanie palpacyjne lub sondowanie pozwalało rozstrzygać o chwili, kiedy ropień należało opróżnić. Schmidt przed zabiegiem nacięcia ropnia radził jamę ustną przepłukać gorącym roztworem bromku potasu, co jednakże Sędziak uważał za rzecz zupełnie zbyteczną. XIX-wieczni lekarze doskonale wybierali najwłaściwszą chwilę otwarcia ropnia; nie za wcześniej, kiedy jeszcze nie był dostatecznie odgraniczony, ale i nie za późno, kiedy wystąpić mogły groźne dla życia powikłania. W pierwszej połowie XX wieku otwarcia dokonywano po miejscowym znieczuleniu, np. roztworem perkainy i nastryknięciu łuków 1% roztworem nowokainy. Nacięcie ropnia Sędziak zmuszony był skutecznie 184 razy na 235 przypadków [11].

Otwierano ropień w miejscu najsilniejszego uwypuklenia. Ottokar Chiari (1853-1919), znany otolaryngolog wiedeński, radził otwarcie pośrodku linii przeprowadzonej od języczka do korony zęba mądrości, równoległe do przedniego łuku, Lemaistre przeprowadzał natomiast cięcie ok. ½ cm od brzegu przedniego łuku. Ostрым skalpelem oddzielało się przedni łuk podniebienny od migdałka, po czym najczęściej za pomocą peana Mikulicza, wprowadzonego do jamy ropnia, rozszerzało się otwór, umożliwiając swobodny odpływ zawartości ropnej na zewnątrz. Przestrzegano jednak przed otwieraniem ropnia poprzez łuk przedni, zbudowany z tkanki mięśniowej, a więc kurczliwej, przez co często dochodziło do zamknięcia się miejsca nacięcia, zmuszając do kilkakrotnego powtórzenia zabiegu. Otwierano go także haczy-

kami, nie zawsze jednak z dobrym skutkiem. Rydygier używał najczęściej obosiecznego nożyka, Sędziak – wąskiego nożyka Hartmanna do przecinania ropni przewodu słuchowego zewnętrznego, Schmidt – wąskiego nożyka Webera do przecinania przewodu nosowołzowego. Sędziak wyjmując nóż, okręcał go wokół osi, rozszerzając w ten sposób wytworzony otwór. Rodzaj użytego narzędzia grał rolę podrzędną; ważne było, aby nóż był ostry, a cięcie przeprowadzone odpowiednio szeroko. Używano także innych narzędzi. Augustyn Łogucki (1868-1915), otolaryngolog warszawski, po znieczuleniu łuku i migdałka 10% roztworem kokainy, za pomocą zgłębnika z główką, z zakrzywionym pod kątem prostym końcem, stopniowo rozrywał w miarę szeroko zrosty łuku z migdałkami i w ten sposób dostawał się do ogniska ropnego. Nazajutrz ponawiał ten chirurgiczny rękoczyn. We wczesnych okresach formowania się ropnia takie uwalnianie zrostów niejednokrotnie zapobiegało uformowaniu się ropnia. Gustav Killian oraz Ludwig Gruenwald (ur. 1863), wychodząc z założenia, że przy tej chorobie zajęty jest dół nadmigdałkowy, gdzie ropa gromadziła się najczęściej, wprowadzali tam, po znieczuleniu kokainą, sztywny zgłębnik. Przesuwając go na zewnątrz i ku górze, poszukiwali ogniska ropnego, a znalazłszy je, rozrywali otwór kleszczykami, powtarzając ten manewr w następnych dniach. Podobnie postępował Ludwik Batawia z Częstochowy, mianowicie już w pierwszym dniu choroby, gdy nacieczenie było jeszcze nieduże, niedochodzące do linii środkowej podniebienia miękkiego i gdy nie dochodziło jeszcze do obrzęku języczka, wchodził zgiętym haczykiem między przedni łuk a migdałek, i dość brutalnie przerywał istniejące tam zrosty, starając się odseparować migdałek, jak przy tonsilektomii, na głębokość 1-1,5 cm. O ile zrosty były grube, „nieustępliwe”, posługiwał się haczykiem ostrym. Podobnie postępował Karl Huetter z Wiednia. Ani Batawia, po wykonaniu dwustu takich zabiegów, ani Huetter nie spostrzegali powikłań [12].

Osobliwy przypadek ropnia okołomigdałkowego u siedmiomiesięcznego dziecka obserwował Markus Apte (ur. 1826), lekarz Szpitala Starozakonnych w Warszawie, potwierdzając rozpoznanie badaniem palpacyjnym. Kiedy stosowanie kataplazmatów naokoło szyi nie pomogło, wezwał chirurga Ludwika Chwata (1831-1914). Ten, owinąwszy zagięty nożyk tasiemką tak, „że kilka linij tylko w ostrym końcu zostało obnażonych”, po palcu wskazującym lewej ręki, który opierał się o ropień, doszedł nożykiem do miejsca chełbotania, przeciął ropień, pomagając ujściu ropy „naciskiem na szyję od spodu wywieranym”. Dziecko po kilku dniach „z uszczęśliwioną matką do domu powróci(ło)”.

U jednego z pacjentów stan zapalny tkanek okołomigdałkowych i spowodowany tym szczękościsk były tak silne, że wspomniany wyżej Minkiewicz musiał uciec się do „rozcięcia(a) po za tylnym brzegiem m. mostko-

obojczyko-sutkow(ego) w górnej części, gdzie chełbotanie było wyraźniejszym” [13].

Większość operatorów, po nacięciach ropni, ponownie rozszerzało otwór w następnych dniach. Killian używał do tego celu kleszczyków, inni wkładali do jamy ropnia gazę nasączoną jodoformem, sublimatem, Maximilian Bresgen (ur. 1850) – gazę nasączoną roztworem aniliny, „dla chorych wysoce nieprzyjemną”; powtarzając ten rękoczyn, o ile było trzeba, codziennie.

Te zabiegi najzupełniej wystarczały. Uzupełniano je niejednokrotnie pooperacyjnymi przepłukiwaniem jamy ustnej środkami odkażającymi, np. salolem, zalecano kaptaplazmy. Czasami, w przypadkach kiedy po przecięciu nie uzyskiwano treści ropnej, po zastosowaniu tych kaptaplazmów ropień albo pękał samoistnie, albo przecinano go skutecznie [14].

Problem – ropień okołomigdałkowy a wyłuszczenie migdałków podniebiennych istniał także w owych czasach.

Wykonanie tonsillektomii, bezpośrednio po nacięciu ropnia, zdaniem wielu ówczesnych laryngologów, nie było zabiegiem niejednokrotnie bezpiecznym. W pewnych jednak przypadkach stanowił on metodę z wyboru. Przerwa między wytworzeniem się ropnia a ewentualną operacją migdałków wynosiła zwykle 2-4 tygodnie; na ogół ją przestrzegano. Po owym okresie wyłuszczenie można było wykonywać zazwyczaj bezpiecznie, przeważnie bez technicznych trudności.

Wykonywano także tonsillektomię *ad hoc* – „na gorąco”. Szczególnym jej zwolennikiem był Chassaignac. Czyniono tak przede wszystkim wtedy, kiedy po nacięciu ropnia występowało krwawienie nie ustające samoistnie, nieraz w przypadkach powikłań ogólnych. Le Leroux nie polecał w tych razach usuwać całkowicie dolnego bieguna migdałka. Nie radzono jej wykonywać rutynowo ze względu na spotykane po niej przypadki posocznicy. Canuyt zaproponował tonsillektomię „na ciepło”, polegającą na tym, że na jednym posiedzeniu opróżniało się ropień, jamę ropnia tamponując. Następnie zaś, po kilku dniach, po ustąpieniu objawów zapalnych, migdałek wyłuszczało się. Tonsillektomię „na ciepło”, zazwyczaj z następowym podwiązywaniem krwawiących naczyń w pomigdałkowej niszy, szeroko stosowano w Klinice Laryngologii Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie. Josef Brill wykonał wyłuszczenie migdałków „na gorąco” w trzech przypadkach, po bezskutecznych próbach opanowania krwawienia na drodze zachowawczej. Zdaniem Lerouxa tonsillektomię „na gorąco” należało wyko-

nywać w ropniach tzw. pierwszorazowych, natomiast „na ciepło” – w ropniach występujących po raz kolejny [15].

Groźnym powikłaniem ropni okołomigdałkowych bywały krwawienia, tak samoistne wskutek nadżarcia naczyń krwionośnych, jak i krwawienia po nacięciach ropni. Samuel Salinger do 1935r. zebrał 227 przypadki z literatury światowej krwawień w następstwie ropni okołomigdałkowych i pozagardłowych. W 72 przypadkach musiano się uciec do podwiązania tętnicy szyjnej (śmiertelność w tej grupie wynosiła 35%), w pozostałych przypadkach, gdy tej tętnicy nie podwiązano, śmiertelność sięgała 77% [16]. Obserwowano krwawienia wczesne – natychmiast po otwarciu ropnia, lub późne – po upływie godzin, a nawet dni. A. Sercera zaskoczył krwotok na 15. dzień po otwarciu ropnia. Maurycy Hertz (1872-1931), otolaryngolog warszawski, zahamował krwotok po nacięciu ropnia u pacjenta z hemofilią po trwającym godzinę ucisku naczynia. Jan Minkiewicz zrelekcjonował w początkach lat 70. XIX stulecia zakończony śmiertelnie krwotok z nadżartej procesem ropnym ściany tętnicy szyjnej wewnętrznej.

Skoog twierdził, że w każdym przypadku okołomigdałkowego ropnia należało dążyć do podwiązania naczyń szyjnych. Był to sceptycyzm posunięty do granic. Nic więc dziwnego, że większość lekarzy nie popierała takiego podejścia do sprawy. Postępowano zależnie od sytuacji. W przypadkach nagłych i znacznych krwotoków jedynym postępowaniem było szybkie podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej, tj. wykonanie zabiegu, który nie przedstawiał większych trudności. Wobec istnienia licznych zespołów tętnicznych, zabieg ten nie zawsze pozwalał na zatrzymanie krwawienia, jednak zawsze powodował jego zmniejszenie. Postępowanie w krwawieniach mniej gwałtownych także nie było jednoznaczne. Przeważnie stosowano tamponadę, uciskając krwawiącą okolicę lub wprowadzając paski gazy lub tampony z gazy, stosując jednocześnie środki hemostaticzne, np. żelatynę i wapno [17]. Ropnie i ropowice przestrzeni przygardłowej obserwowane w wieku XIX będą przedmiotem osobnego doniesienia.

Jakże inne możliwości terapeutyczne mają lekarze obecnej doby. Stosowanie od wielu lat sulfonamidów i antybiotyków coraz to nowszej generacji, zmniejszyło zagrożenie okołomigdałkowym ropniem. Ale uformowany już ropień musi być nadal traktowany zawsze z należytą powagą, ostrożnością i roztropnością.

Przypisy

1. Jurasz A. Die Krankheiten der oberen Luftwege. Heidelberg 1891, s.124; Sędziak J. Przyczynę do rozpoznawania oraz leczenia ropnego zapalenia migdałka podniebiennego, oraz językowego. Kronika Lek. 1898, R. XIX, Z. 4, s. 143-148; Katterfeld. Tonsillarabscess. Glöttisoedem. Tracheotomie bei einem ein Jahr alten Kinde mit glücklichem Ausgang. Deutsche med. Wochenschr. 1886, T. I, Nr 28, s. 484-485.
2. Rice C. The etiology of the disease known as suppurative tonsillitis and its surgical treatment. New York med. Record 1891, T.XIII, Nr 31, s. 337; Schmidt M. Die Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin 1894, s. 236-237; Sędziak J. p.cit., s. 148; Weinkiper E. O zagadnieniu migdałkowym i schorzeniach poanginowych (metatonsillites). Warsz Czasop Lek 1929, R. VI, Nr 10, s. 227; Sokołowski A, Dmochowski Z. Ein Beitrag zur Pathologie der entzündlichen Tonsillarprocese. Deutsch. Archiv f. klin. Medizin 1892, T. XLIX, Nr 6, s. 503 et passim; Moczułski J. Z Warszawskiego Tow. Oto-laryngologicznego. Med Kron Lek 1913, R. XLVIII, Nr 50, s. 1056.
3. Koehler K. Zur Aethiologie der Abscesse in den Gaumenmandeln und dem sie umgebenden Bindegewebe. Deutsch. med. Wochenschr. 1896, T. XXII, Nr 7, s. 107-108.
4. Schmidt M. op. cit., s.148; Sędziak J. Z kazuistyki laryngorynologicznej. Kron Lek 1898, T. XIX, s. 688-693.
5. Rosenberg E. Die Krankheiten der Mundhöhle, der Rachens und des Kehlkopfes. 1893, s.105; Sędziak J. Przyczynę...op.cit., s. 148; Łogucki A. Przyczynę do etiologii ropnia okołomigdałkowego. Gaz Lek 1895, T. XV, S. II, R. XXX, Nr 42, s. 1085.
6. Bentzen NSM. Ueber den chronischen peritonsillaren Abscess. Verhandlungen des Danischen oto-laryngologischen Vereins. Monatschr.f. Ohrenheilkunde sowie f. Kehlkopf-Nase-Rachen-Krankheiten 1901, R. XXXV, Nr 8, s. 372; Dudrewicz K. Ropień okołomigdałkowy przewlekły. Kron Lek 1902, T. XXIII, Nr 10, s. 429-430.
7. Stoerck K. Die Erkrankungen der Nase des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre. Wien 1897, T. II, s. 137; Klingel: Phlegmonose Angina mit Abscessbildung in der Plica salpingopharyngea. Monatschr.f. Ohrenheilk. 1890, T. XXIV, s. 966; Killian G. Zur Behandlung der Angina phlegmonosa s. peritonsillitis abscedens. Münch. med. Wochenschr. 1896, T. XXXVIII, Nr 30, s. 499; Rosenberg E. l.cit.; Sędziak J. Przyczynę... op.cit., s. 149-150; Leroux L. Le phlegmon periamygdalien et son traitement d'apres les idees actuelles. Le monde medical 1934, N. 845, s. 613.
8. Weselly E. Die endokranielle Komplikation nach Tonsillitis und Peritonsillitis. Monatschr. f. Ohrenheilk. und Laryngo-Rhinologie 1932, R. LXVI, Z. 10, s. 1190-1214; Rosenthal S. Przyczynę do anatomii chirurgicznej ropni pozagardzielowych. Przeg Chir 1896, T. III, Nr 1, s. 35; Sędziak J. Przyczynę...op.cit., Nr 5, s. 221.
9. Politzer A. Geschichte der Ohrenheilkunde. Hildesheim 1967, T. II, s. 264; Sędziak J. Zapalenie stawów obrączkowo-nalewkowych pochodzenia reumatycznego. Gaz Lek 1896, R. XXXI, Nr 2, s. 29-34; Baurowicz A. Ważniejsze przypadki z oddziału Prof. Pieniżka dla chorób krtani, gardła i nosa. Przeg Lek 1898, T. XXXVII, Nr 20, s. 246; Sędziak J. Przyczynę...op.cit., s. 154-155; Koenigstein L. O krwotokach w związku z ropniem okołomigdałkowym. Warsz Czasop Lek 1935, T. XII, Nr 37, s. 684; Weinlechner: Unterbindung der linken carotis communis wegen Blutung aus einer Tonsillar-Abscesshöhle. Wien Med Blatter 1885, T. XII, Nr 53, s. 337; Gaun: Rupture of tonsillar abscess into larynx causing suffocation. The Lancet 1893, 24.VII, s. 1909.
10. Sędziak J. Przyczynę...op.cit., s.223; Baurowicz A. l.cit.; Minkiewicz J. Spostrzeżenia chirurgiczne. Gaz Lek 1871, R. VI, T. XI, Nr 22, s. 340-342; Meyerson S. O stosowaniu kokainy w laryngologii i rynologii. Medycyna 1885, T. XIII, Nr 5, s. 78.
11. Rydygier L. Podręcznik chirurgii szczękowej. 1886, s.257; Sędziak J. Przyczynę...op.cit., s. 153-154, 224; Lewenfisz H. Ostre choroby zapalne migdałków (w:) Choroby uszu, nosa, gardła i krtani, pod red. A. Dobrzańskiego, Warszawa 1951, s. 481.
12. Moczułski J. Z Warszawskiego Towarzystwa Oto-laryngologicznego 1914, R. XLIX, Nr 15, s. 301; Sędziak J. Przyczynę...op.cit., s. 225; Łogucki A. O otwieraniu ropni okołomigdałkowych. Gaz Lek 1913, T. XXXIII, S. II, R. XLVIII, Nr 45, s. 1358; Polański W. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Gaz Lek 1913, R. XLVIII, S. II, T. XXXIII, Nr 44, s. 1155-1156; Grünwald L. Zur Behandlung der Angina phlegmonosa s. peritonsillitis abscedens. Münch Med Wochenschr 1896, T. XXXVIII, Nr 38, s. 637; Batawia L. W sprawie poronnego leczenia ropni okołomigdałkowych. Pol Przeg Oto-laryng 1926, T. III, Nr 3-4, s. 142-144.
13. Apte M. Ropień pozagardzielowy u dziecka 7-miesięcznego, uleczony. Pam Tow Lek Warsz 1865, T. LIV, Nr 2, s. 288-289; Minkiewicz J op.cit., s. 343.
14. Dobrowolski Z. Przypadek ropnia okołomigdałkowego leczony przecięciem z następowym założeniem paska gazy. Medycyna 1903, T. XXXI, Nr 45, s. 1023; Sędziak J. Przyczynę...op.cit., s. 226.
15. Dobrowolski Z. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenia oto-laryngologiczne. Med. Kron Lek 1911, R. XLVI, Nr 17, s. 397; Dudrewicz K. Z posiedzeń laryngotrycznych. Medycyna 1902, R. XXX, Nr 37, s. 793; Koenigstein L. op.cit., s. 686; Leroux L. l.cit.
16. Sadowski N. Arrosionsblutungen bei peritonsillaren Abszessen. Monatschr.f. Ohrenheilk. und Laryngo-Rhinologie 1932, R. LXVI, Z. 6, s. 731-732; Koenigstein L. op. cit., s. 684.
17. Sercer A. Ueber Arrosionblutungen nach Peritonsillarabszessen. Monatschr f Ohrenheilk und Laryngo-Rhinologie 1928, R. LXII, Z. VI, s. 648-668; Hertz M. Przypadek krwawienia wtórnego po przecięciu ropnia okołomigdałkowego. Medycyna 1904, T. XXXII, Nr 37, s. 787; Koenigstein L. op. cit., s. 685; Brunner H, Schnierer J. Ueber die Arterien der Gaumentonsille. Monatschr f Ohrenheilk und Laryngo-Rhinologie 1932, R. LXVI, Z. 10, s. 1180-1189.