



Z oddziału D-ra HERYNGA w szpitalu Ś-go Rocha.

Ziarniniak krtani usunięty za pomocą ostrej łyżeczki.

Opisał Władysław Wróblewski

b. asystent oddziału.

Ostra łyżeczka—narzędzie, które tak szerokie zastosowanie w chirurgii znalazło, w ostatnich czasach dopiero zaczęło oddawać usługi i laryngologii. Znane już były łyżeczki ostre KRAUSE'GO, RÉCAMIER'A, GOTTSTEIN'A, MEYERSONNA ta jednak, o której wzmiankować zamierzam zmodyfikowana jest przez HERYNGA i przez niego też najpierwej w praktyce laryngologicznej zastosowana. Dotąd używał jej H. w bardzo wielu przypadkach gruźlicy krtani z dobrym skutkiem t. j. że po wyskrobaniu złogów gruźliczych następowało szybkie zabliznienie owrzodzeń. Nie będę tutaj opisywał tego narzędzia, gdyż szczegółowe jego rysunki i opis będą wkrótce podane w pracy HERYNGA: O chirurgicznem leczeniu suchot krtaniowych, znanej zresztą z wykładu wygłoszonego w Warszawskim Towarzystwie Lekarsk. dnia 15 Marca 1887 r. ¹⁾ Jakkolwiek nieocenione są usługi, jakie instrument ten oddał i odda laryngochirurgii, stosowanie go w praktyce wymaga jednak pewnej wprawy, która daje się zdobyć po wielu dopiero odpowiednich ćwiczeniach.

O ile mi wiadomo, nikt jeszcze dotąd nie opisał zastosowania tego narzędzia do operacyi nowotworów krtani, z tego też powodu, jak nie mniej ze względu na niezwykle postać cierpienia, opisany poniżej przypadek zasługuje, mojem zdaniem na uwagę.

J. Andrzej szewc z miasteczka Mogielnicy 29 lat wieku liczący zapisał się do szpitala w pierwszych dniach Marca b. r. Chory wysokiego wzrostu, bardzo szczupły, o skórze blado-żółtawej, mocno wyniszczony. Głos jego fistulowy z trudnością wydawany, urywa się co chwila. Oddech stenotyczny ze szczególnie wydłużonym i świszającym wdechem.

Chory przebywał w dzieciństwie durzącę, poczem jednak do zupełnego

¹⁾ Sprawozdanie z tego wykładu było podane w Nr. 12 i 13 Medycyny 1887 r. i w Nr. 14 Gazety Lekarskiej t. r.

Z-140119

Akc. zł. 2024 nr. 208

W9572 1887

powrócił zdrowia. Dwa lata temu zapadł na zimnicę, która z bardzo małemi przerwami wciąż mu dokucza. Stosunków z kobietami nie miał nigdy; w ciągu lat 8 oddawał się samogwałtowi, przed 2 laty nałogu tego zaniechał. Pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej. Obecna choroba trwa od lat 6. W samym początku chory zauważył, że przez nos trudniej mu nieco oddychać. Utrudnienie to stopniowo coraz się wzmacniało. Do tego przyłączyła się wkrótce pewna przeszkoda przy oddychaniu przez krtani. Kilkakrotnie, zwłaszcza w ostatnich czasach, ta trudność oddechu przybierała większe rozmiary dochodząc do napadów duszności. Z tego powodu chory przybył na leczenie do naszego oddziału. Obecnie znajdujemy: Skóra nosa zupełnie prawidłowa. Nos w dolnej części znacznie rozdęty. Grzbiet nosa skrzywiony nieco na lewo. Jama nosowa prawa zupełnie wypełniona masą nowotworową, co bez pomocy wziernika widzieć można. Do wypełnienia tej jamy przyczynia się wypuklenie chrząstkowatej części przegrody, przylegające aż do wewnętrznej powierzchni skrzydła nosa i u góry do silnie przerosłej muszli średniej. Granica przylegania tych części widoczna jest w postaci szpary, w którą zgłębnik daje się wprowadzić zaledwie na 1 cm. Prawą stronę nosa wciągnąć powietrza nie może, wydmuchnąć—bardzo niewiele. Lewa strona jest nieco swobodniejszą, powietrze przechodzi przez nią łatwiej. Nowotwór z tej strony robi wrażenie polipów wyrastających z muszli średniej i górnej. Na przegrodzie nosowej w górnej części spotykamy nierówności, dochodzące wielkością do połowy ziarna grochu. Nowotwór ten jest dosyć zbitego utkania tak że z trudnością udało mi się wyjąć za pomocą zimnej pętli kilka kawałeczków dla zbadania, przez co pojemność jamy nosowej lewej nieco się powiększyła. Badanie nosa zwierciadłem od tyłu wykazuje: Nozdrza tylne zarośnięte, na ich miejscu widać tylko 3 otworki wielkości ziarenka pszenicy i kilka małych rozrzuconych wielkości łebka od szpilki—cała ta część robi wrażenie ciała gąbczastego. Otwory trąbek Eustachiusza widoczne. Na podstawie czaszki kilka, nie zbyt wielkich, wyniosłości adenoidalnych.

Gardziel żadnych zbocezeń nie przedstawia. Krtani: Na szyi długiej wychudzonej zarysy krtani nader wydatne, a zwłaszcza rzuca się w oczy niezwykła jej szerokość. Krtani cała jest łatwo przesuwalna. Kość gnykowa prawidłowa. Grubość krtani największa w okolicy chrząstki tarczowej. Rogi większe tej chrząstki są nadmiernie wysunięte na zewnątrz. W miejscu wydatności ostrej kąta przedniego znajdujemy płaszczynę. Dotykane i gniececie tych miejsc żadnego bólu choremu nie sprawia. Przy badaniu wnętrza krtani zwierciadłem widzimy nowotwór wyrastający z dolnej $\frac{1}{3}$ części tylnej powierzchni nagłośni, który przykrywa w postaci klapki całą głośnię, przedstawiając z tyłu otworek wielkości łebka od szpilki, widzialny przy głębokim wdechu. Nowotwór ten jest zupełnie niebolesny, tak że go można było dokładnie zbadać zgłębnikiem. Wprowadziłem cieniutki srebrny zgłębnik w ów tylny otworek próbując unieść nieco klapkę tę ku górze i przekonałem się, że jest zupełnie nieruchomą. Takim samym sposobem przekonałem się że jest ona przyrośniętą do obu więzów nagłośnio-nalewkowych. Górna powierzchnia klapki koloru różowego, nie gładka, robi wrażenie ziarniny. W kilku miejscach porzucane są na niej białe kępki ropadawe.

Górne $\frac{2}{3}$ części nagłośni zupełnie prawidłowe. Obie zatoki gruszkowe nie-
zwykle wielkie i głębokie.

Gruczoły chłonne na szyi nieco powiększone, zwłaszcza po stronie prawej
tuż po za kątem dolnej szczęki. Z innych gruczołów tylko pachwinowe są nie-
co powiększone.

W płucach przy osłuchiwaniu nie się wykryć nie daje z powodu steno-
tycznego oddechu. Opukiwanie wykazuje wysoki stopień rozedmy płuc. Tępość
serca bardzo mała, tony czyste, słabe. Górnej granicy śledziona wypukać nie
można. Tępość wątroby w linii sutkowej zaczyna się na 7 żebrze. Brzuch nie-
co zapadnięty. Język suchy, lekko obłożony. Łaknienie małe. Trawienie pra-
widłowe. W chwili przybycia chorego do szpitala ciepłota była 39° , spadła je-
dnak już nazajutrz do 37° . Od czasu do czasu podnosiła się znowu na czas
krótki, poprzedzana zwykle dreszczami. Z tego też powodu chory otrzymywał
chininę i arsenik, przyczem stan jego ogólny znacznie się poprawił.

W dniu 26 Marca z rana chory zaczął oddychać nieco ciężiej niż dotąd.
Zwierciadelko krtaniowe wykazało, że i tak już mały otvorek oddechowy
zmniejszył się do połowy. Za powód tego uważałem kaszel, który całą noc cho-
rego męczył i prawie zupełną niemożność wykrztuszania, pomimo gwałtownych
jego w tym kierunku usiłowań. Chorego widział wtedy wraz ze mną kol.
PRZEDBORSKI z Łodzi. Po wspólnej naradzie przysłaliśmy do wniosku, że bez
przecięcia tchawicy nie podobna operować nowotworu w krtani, gdyż słusznie
można było przypuszczać, że nowotwór ten nie ogranicza się tylko do górnej
jej części lecz i wewnątrz jej zajmuje.

O godzinie 12 tegoż dnia wykonałem przecięcie krtani przy łaskawej po-
mocy i wskazówkach kol. KRUSZEWSKIEGO, GĄBSZEWICZA i WASILIEWA i w obe-
czości kol. PRZEDBORSKIEGO i SOBIEKAŃSKIEGO. Operacya robiona bez chloro-
formu nie przedstawiała żadnych trudności wobec nader wydatnych zarysów
krtani i szczupłej szyi. Stosownie do rady kol. KRUSZEWSKIEGO otwór tracheo-
tomiczny zrobiłem w *ligamentum conicum* nie przecinając chrząstki obrączkowej,
poczem wprowadziłem rurkę kauczukową 9 mm. szeroką. Bezpośrednio po
wprowadzeniu rurki chory, podczas silnego napadu kaszlu wypłuł przez nią
znaczną ilość śluzoropnej płwociny z nieznaczną przymieszką krwi, poczem za-
czął zupełnie swobodnie oddychać. Po założeniu opatrunku przeciwnielego
o własnych siłach przeszedł na łóżko.

Zaleciłem wdychania z wody karbolowej 1% co godzinę, obok środków
wykrztuśnych i podniecających. Ciepłota w dniu operacyi wieczorem wynosiła
 38° , nazajutrz rano $38,3^{\circ}$, później już nigdy nie przekroczyła $37,6^{\circ}$. W dzień
operacyi do samego wieczora w płwocinie zauważyć było można przymieszkę
znaczej ilości krwi. W ciągu trzech następnych dni odpływał chory przez
rurkę ogromne ilości ropy (po 2 do 3 dużych kufli dziennie). Gorączki żadnej
nie było, stan ogólny dobry, oddychanie swobodne; trudno więc z początku by-
ło zdać sobie sprawę z jaką taką znaczna ilość ropy pochodziła? Opatrunek, bez
wyjmowania zewnętrznej rurki, zmieniałem 2 do 3 razy na dobę; rurka we-
wnętrzna musiała być co kilka godzin przemywana. Rurkę zewnętrzną wyjęli-
śmy po raz pierwszy dnia 31/III t. j. na piąty dzień po operacyi. Wtedy rzu-

ciło się od razu w oczy, że zarysy zewnętrzne krtani zmniejszyły się znacznie i kąt przedni chrząstki tarczowej stał się wyraźnym. Tak więc zniekształcenie zarysów w krtani zależało od zebrania się wielkiej ilości ropy na około chrząstki tarczowej. Jak i kiedy to powstało chory oznaczyć nie może, nigdy jednak żadnego bólu w miejscu tem nie doznawał. Mielśmy tu prawdopodobnie do czynienia z przewlekłym zapaleniem ochrzęstnej, rezultatem którego było owo zebranie się ropy. Laryngotomia miała w tym przypadku wpływ zbawienny, gdyż ropa nagromadzona w tak znacznej ilości prędzej lub później dostała by się do krtani a ztamtąd, nie znalazłszy ujścia na zewnątrz z powodu prawie zupełnego zamknięcia głośni, opuszczając się w drogi oddechowe wywołałaby nagłą śmierć w skutek uduszenia. Rurka najwidoczniej mechanicznem drażnieniem otworzyła ściankę ropnia, który był tuż po nad nią w ochrzęstnej chrząstki tarczowej.

Dalszy przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy. Inhalacye z wody karbolowej robił chory wciąż po 3 do 6 razy na dobę, zwłaszcza, gdy rurka wewnętrzna zatykała się śluzem. W dniu 1 Kwietnia założyłem mu rurkę srebrną 9 mm. której używał do końca leczenia. W dniu 2/IV przystąpiłem do usunięcia nowotworu krtani na drodze endolaryngealnej. Klapka nowotworowa tak szczelnie przykrywała teraz całą głośnię, że żadnego do niej dostępu nie było. Wprowadziłem więc tam obosieczny nożyk przy pomocy zwierciadła i przeciąłem całą grubość klapki na $\frac{1}{2}$ ctm. idąc od tyłu ku przodowi. Tym sposobem uzyskałem dostęp dla innych narzędzi. Usiłowałem następnie napróżno wyrwać cząstki nowotworu ostreми kleszczykami, szczypeczykami krtaniowymi i t. p. Gdy jednak wszystkie te narzędzia zawiodły moje oczekiwania przyszła mi na myśl ostra łyżeczka używana dotąd przez HERYNGA do wyskrobywania ognisk gruzliczych w krtani.

Opór nowotworu przy wyżłabianiu go łyżeczką był dosyć znaczny; zawiązując jednak mocniej, niesprężystej ręczce mogłem za każdym wprowadzeniem narzędzia wyjąć kawałek tkanki takiej prawie wielkości, jak okienko założonej łyżeczki.

Zacząłem usuwanie nowotworu od tyłu ku przodowi, tak że ostrze łyżeczki skierowane było zawsze ku krtaniowej powierzchni nagłośni. Najpierwej wyskrobałem tę część nowotworu która przykrywała otwór głośni. Następnie oczyściłem z niego więzy nagłośnie-nalewkowe, w końcu dopiero tę część, która wyrastała z nagłośni. Całą operacyę uskuteczniłem w ciągu 6 posiedzeń, z których ostatnie trzy poświęciłem nagłośni, tam bowiem tkanki nowotworowej było najwięcej, zajmowała ona całą szerokość nagłośni, a zaczynając się na $\frac{1}{2}$ ctm. po nad górnym brzegiem wyniosłości nagłośniowej, szła ku dolowi aż pomiędzy struny fałszywe. W tym więc punkcie grubość klapki nowotworowej wynosiła około 2 ctm. Przy ostatnim posiedzeniu operacyjnem asystował mi kol. WASILIEW; wtedy właśnie wyciągnąłem z najgłębszej części 8 ostatnich kawałków nowotworu, niektóre dochodziły wielkości połowy ziarnka grochu. Operowałem co drugi dzień, tak że usuwanie nowotworu z krtani trwało od 6 do 18 Kwietnia. Krwawienia przy tem bywały bardzo niewielkie. Po każdym z ostatnich 3 posiedzeń wcierałem w pozostałe części czysty kwas mleczny, co

żadnego bólu choremu nie sprawiało, choć kokainą poprzednio go nie znieczulałem. W ogóle przy całej tej operacyi używałem kokainy tylko dwa razy przy 2 początkowych posiedzeniach. Kwas mleczny wskutek niszczącego działania na tkanki patologiczne, bez wpływu na normalne, oddał mi w tym razie znakomitą usługę; tworząc bowiem rozległe i dosyć głębokie strupy usuwał powierzchowne warstwy resztek nowotworu, a niszcząc strzępki i kawałki naderwane, wygładzał szybko powierzchnię operowaną.

Od dnia 16 Kwietnia uważałem otwór głośni za dostatecznie duży, aby wprowadzić rurkę tracheotomiczną znacznie mniejszą od poprzedniej. Ziarnina obficie wyrastająca naokoło rany zewnętrznej musiała być kilkakrotnie przyżegana azotanem srebra. W dniu 20 Kwietnia usunąłem rurkę zupełnie; chory oddychał swobodnie przez krtani. Rana zewnętrzna zasklepiła się nazajutrz zupełnie; a w dniu wypisania chorego ze szpitala t. j. 28/IV pozostał po niej zaledwie ślad wielkości 5 groszy srebrnych. Chory ze swego stanu zupełnie zadowolony, nie chciał dłużej pozostać w szpitalu, obiecując powrócić jesienią w celu poddania się operacyi usunięcia nowotworu z nosa, który mn zresztą, jak utrzymuje, nie nie przeszkadza.

Przy ostatniem badaniu znaleźliśmy zewnętrzne zarysy krtani zupełnie prawidłowe. Górne $\frac{2}{3}$ części nagłośni gładkie, blado-różowe, dolna zaś $\frac{1}{3}$, wyniosłość jej, petiolus t. j. te części, gdzie był nowotwor nieco czerwonawe, lśniące, choć niezupełnie gładkie, struny fałszywe zgrubiałe, gładkie, bladoczerwone, pokrywają zupełnie prawdziwe, z których tylko rąbek prawej jest widoczny. Przy wydawaniu głosu przylegają do siebie struny fałszywe, pozostawiając jednak w przedniej części małą szparkę. Więzy nagłośnio-nalewkowe nieco zgrubiałe (prawy więcej) dosyć gładkie, lśniące, różowe. Tylne ściana krtani prawidłowa. Zatoki gruszkowate znacznie płytsze niż poprzednio.

Wszystkie inne narządy *in statu quo* W płucach zmian auskultacyjnych żadnych. Oddycha prawidłowo bez żadnego szmeru. Łaseczników w płwocinie nie ma. Chorego przed i po operacyi widzieli kol. OŁTUSZEWSKI i GURANOWSKI.

Części nowotworu wyjęte z nosa i nowotwór krtani, zbadał łaskawie pod drobnowidzem pros. PRZEWÓSKI. W wyjętych kawałkach powierzchnia swobodna wszędzie była pokryta płaskim wielowarstwowym zgrubiałym nabłonkiem. Cała tkanka pod nabłonkiem wszędzie była zupełnie jednakowej budowy i wyglądała jak zwykła tkanka granulacyjna, z mierną ilością drobnych naczyń krwionośnych. W niektórych tylko miejscach komórki tej tkanki były okrągławe, nieco większe od zwykłych ziarninowych albo też przybierały formę krótką owalno-wrzecionowatą. Odpowiednie badanie nigdzie nie wykazało obecności łaseczników Kocho. Widziny ztąd, że podobny obraz mikroskopowy nie odpowiada jakiejś jednej, dającej się drobnowidzem ściśle oznaczyć postaci chorobowej. Podobny obraz dało by nam bardzo wiele chorób np. *sarcoma*, zapalenia specyficzne (gruźlica, przymiot etc.), nakoniec rozrosty (*hyperplasia*) zapalne. Rozpoznanie więc w tym przypadku musimy oprzeć głównie na klinicznem badaniu. Zwrócić tu musimy przede wszystkim uwagę na to, że cierpienie trwające od lat przeszło sześciu, nie uogólniło się, lecz pozostało czysto miej-

scowem. Dalej—nie posiada ono charakteru złośliwego, gdyż żadnych zniszczeń i zwyrodnień w tkankach otaczających nie spowodowało. Klapka zastępująca głośnię groziła wprawdzie uduszeniem było to jednak tylko uboczne, mechaniczne działanie. Po usunięciu jej znaleźliśmy tkanki otaczające prawie zupełnie prawidłowemi. Laseczników Koch'a ani w płwocinie ani w tkankach nie znaleziono. Przymiotem chory nigdy nie był dotknięty, co potwierdza szczegółowe pod tym względem badanie i wywiady.

Co się tyczy cierpienia nosa, natury jego i stosunku do choroby krtani, wszystkie te kwestye pozostawiam tymczasem na boku mając nadzieję powrócić do tego przedmiotu dopiero po dokonaniu zamierzonej operacji t. j. gdy będę miał możność bardziej szczegółowego ich zbadania.

Klappę nowoutworzoną w krtani nazwałem na zasadzie postaci zewnętrznej ziarniniakiem. Badanie drobnowidzowe w zupełności zgadza się z tem rozpoznaniem, gdyż obraz mikroskopowy robił głównie wrażenie zwykłej tkanki granulacyjnej. Zachodzi tylko pytanie jaka przyczyna powstanie jej wywołać mogła.

Jedną okoliczność ma w tym względzie rozstrzygające znaczenie. Przypomnijmy sobie że nowowytworzona klapka miała za punkt wyjścia dolną część tylnej powierzchni nagłośni a niezależnie od tego była przyrośnięta dość silnie do obu więzów nagłośnio-nalewkowych. Więzy te po usunięciu z nich opisanych narośli wygoiły się szybko i żadnych głębszych zmian nie przedstawiały. Nie miało by to miejsca gdybyśmy mieli do czynienia z nowotworem w ścisłem tego słowa znaczeniu. Opisane więc ziarninowe narośle były mojem zdaniem, wynikiem przewlekłych zapalnych rozrostów. Z wywiadów żadnych pod tym względem danych otrzymać nie mogłem. Sądzę jednak że całe to cierpienie można sobie wytłumaczyć, przyjąwszy samodzielne zapalenie ochrzęstnej jako początkową przyczynę. *Perichondritis* najczęściej bywa spowodowana przez gruzlicę, przymiot lub durzycę; dlatego w tym przypadku nazywam zapalenie ochrzęstnej, samodzielnem, gdyż wszystkie te przyczyny dają się wykluczyć. Durzycę chory wprawdzie przebywał, było to jednak na lat blisko 20 przed chorobą niniejszą, nie można więc upatrywać między nimi jakiegokolwiek związku.

Zapalenie to rozwinęło się naprzód w górnych częściach krtani, wytworzyło ognisko ropne, poczem ropa ta znalazła ujście na zewnątrz. Chrząstka jednak uległa znekrotyzowaniu, kawałeczki zmartwiałej chrząstki oddzieliły się i zostały wyrzucone, wtedy rozpoczął się proces gojenia, przyczem wytworzyła się ziarnina, która rozrosłszy się nadmiernie utworzyła powyżej opisaną ziarninową klappę.

Zapalenie ochrzęstnej na chrząstce tarczowej rozpoczęło się prawdopodobnie na krótko przed zapisaniem się chorego do szpitala i wytworzyło obfity zbiornik ropy naokoło chrząstki tarczowej *Perichondritis laryngea idiopathica* należy do cierpień nadzwyczaj rzadkich. Częściej jeszcze napotyka się ono na chrząstce obrączkowej i nalewkowych, bardzo zaś rzadko na tarczowej. W literaturze, którą rozporządzałem nie znalazłem wzmianki o cierpieniu tem

z identycznym zejściem. STOERK ¹⁾ tylko opisuje przypadki bardzo do naszego podobne.

Przypadek ten ze względu na samodzielne powstanie zapalenia ochrzęstnej, na miejsce krtani, w którym się rozwinęło a nadewszystko ze względu na zejście tego zapalenia należy do nadzwyczaj rzadkich.

¹⁾ STOERK. Klinik d. Krank. d. Kehlkopfes etc. pag. 258.