

Zapalenie ochrzęstnej krtani – jeden z problemów XIX-wiecznej medycyny. Część I

The perichondritis of larynx – one of the problems of XIX-century medicine. Part I

ANDRZEJ KIERZEK

ul. Rozbrat 5 m. 6, 50-334 Wrocław

W I części pracy przedstawiono istotę procesu – zapalenia ochrzęstnej krtani, jego etiologię, patogenezę i symptomatologię w ujęciu historycznym. Niezwykle ciężkie były zapalenia ochrzęstnej krtani w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, szczególnie duru brzuszego, w przebiegu gruźlicy i kiły. Przedstawiono metody leczenia zachowawczego oraz chirurgicznego choroby.

Przedstawiono szeroko dokonania takich lekarzy jak Ludwig Tuerck (1810-1868), Carl Gerhardt (1833-1902) z Berlina, Przemysław Pieniążek (1850-1916), Józef Merunowicz (1849-1912), Ludwik Wiszniewski (1847-1899), Aleksander Baurowicz (1867-1949), Marcei Langowski z Krakowa, Bronisław Taczanowski (1840-1912), Julian Kosiński (1833-1914), Leopold Lubliner (1863-1937), Zygmunt Srebrny (1860-1941) z Warszawy i innych.

Otorinolaryngologia, 2004, 3(2), 61-64

Słowa kluczowe: historia medycyny, historia laryngologii

The nature, etiology, pathogenesis and symptomatology of perichondritis of larynx are reported from the historical point of view. The severe cases of perichondritis of larynx in the course of such diseases as typhoid fever, tuberculosis, syphilis and others and in the course of traumas of larynx are described. Pharmacological and surgical treatment of larynx perichondritis is presented. A comprehensive report is given of the contributions of such physicians as Ludwig Tuerck (1810-1868), Carl Gerhardt (1833-1902) of Berlin, Przemysław Pieniążek (1850-1916), Józef Merunowicz (1849-1912), Ludwik Wiszniewski (1847-1899), Aleksander Baurowicz (1867-1949), Marcei Langowski of Cracow, Bronisław Taczanowski (1840-1912), Julian Kosiński (1833-1914), Leopold Lubliner (1863-1937), Zygmunt Srebrny (1860-1941) of Warsaw and others.

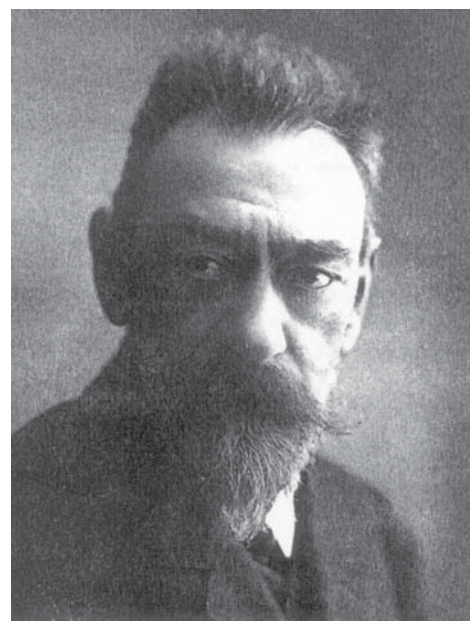
Otorinolaryngologia, 2004, 3(2), 61-64

Key words: history of medicine, history of laryngology

W połowie XIX wieku zaczęły rozwijać się lekarskie specjalności; także otiatria i rynolaryngologia. Na rozwój tej drugiej nie miały wpływu wprowadzenie w 1854 r. laryngoskopii przez Manuela Patricio Garcię (1805-1906).

Zapalenia ochrzęstnej krtani były schorzeniem w XIX stuleciu nierzadkim. Powstawały samoistnie, bywały powodowane zapaleniami, zwykle swoistymi, ostrymi chorobami zakaźnymi, z dudem brzuszyną na czele, czyniąc znaczne spustoszenia. Urazy krtani oraz nowotwory złośliwe także bywały powodem tego niezwykle groźnego powikłania.

Przemysław Pieniążek (1850-1916) (ryc. 1), pionier polskiej rynolaryngologii, kierownik pierwszej w Polsce Kliniki Otolaryngologicznej w Uniwersytecie Jagiellońskim, uważał, że zapalenie ochrzęstnej krtani polegało na nagromadzeniu się wysięku, tak w samej ochrzęstnej, jak również pomiędzy nią a chrząstką. Wysięk mógł ulec wessaniu, mógł także doprowadzić do procesu ropnego, skutkiem czego ochrzęstna zazwyczaj zostawała oddzielona od chrząstki.



Ryc. 1. Przemysław Pieniążek (1850-1916)

Zdaniem tego wybitnego lekarza proces toczyć się mógł wieloma drogami. Jeżeli ropienie nie było rozległe, po pęknięciu ropnia następowało wygojenie. Przy zapaleniu trwającym dłużej mogło dojść do rozmiękania chrząstki z następową zmianą jej kształtu. Jeszcze bardziej rozległe ropienie doprowadzało, wskutek zaburzeń w ukrwieniu tętniczym, do obumarcia chrząstki i jej sekwestracji poprzez błonę śluzową lub skórę. W ten sposób usuwane zostawały duże kawałki chrząstki, np. łuk chrząstki pierścieniowatej, cała chrząstka nalewkowata etc. W przypadkach uprzedniego skostnienia chrząstki, wydzielały się kawałki chrząstki gąbczastej, „wydają(c) zazwyczaj woń odrażającą”. Wydalanie większych kawałków chrząstki mogło wpływać na zmianę kształtu krtani; dojść mogło do częściowego zapadnięcia struktur tego narządu. Przy zajęciu stawu pierścienno-nalewkowatego nierzadko dochodziło do unieruchomienia krtani [1].

Klinika zapaleń krtani

Nasilanie się bólów przy połykaniu, bolesność palpacyjna krtani, duszność, gorączka, dreszcze – te objawy spotykano najczęściej. Objawy zapalenia chrząstki krtani przeplatane bywały objawami choroby zasadniczej krtani (najczęściej ropowicy, raka, gruźlicy) do tego stopnia, że nie można było ich wyosobnić. Obraz laryngoskopowy zależał od umiejscowienia i rozległości procesu patologicznego. Najczęściej spotykało się w owych czasach obrzęk chrząstki nalewkowatej, szerzący się na fałd nalewkowo-nagłośniowy aż do brzegu nagłośni oraz na okolicę międzynalewkowatą. Fałd głosowy po stronie zajętej procesem zwykle nie wykazywał obrzęku. Obrzęk i napięcie błony śluzowej były widywane głównie w początkach choroby. Niejednokrotnie zgłębnikiem wyczuwano przebijający się do wnętrza krtani fragment chrząstki. Sekwestracji najczęściej ulegały chrząstki nalewkowate, najrzadziej nagłośnia. A tak obrazowo przedstawił zapalenie chrząstki pierścieniowatej i tarczowatej Bronisław Taczanowski (1840-1912), warszawski otolaryngolog w swej książce „Diagnostyka lekarska. Laryngoskopia i rynoskopia”, wydanej w 1871 r.: „[...] utworzenie się wrzodu i wydalenie na zewnątrz płwociny ropiastej, złowonnej, pomieszanej z resztkami chrząstek, stanowi najpewniejszy dowód procesu chorobnego”. Taczanowski zwracał uwagę na trudności diagnostyczne; odróżnienia zapalenia chrząstki od zapalenia tkanki podśluzowej. „Pierwotne zapalenie chrząstki charakteryzuje się przez stosunkowo żywsze odgraniczenie barwy, błona śluzowa zdaje się być twardszą” – pisał. Trudne było odróżnienie ostrego zapalenia chrząstki krtani od krupu. Wspominał o tym Charles H. Blackley (1820-1900). Pisano, „że i we Francji, gdzie najwięcej tracheotomij robiono, w rozpoznaniu dość często błędz(ono)” [2].

Niejednokrotnie następowało samoistne zapalenie chrząstki krtani, obejmujące zwykle okolicę stawu pierścienno-nalewkowatego, rzadziej okolicy chrząstki tarczowatej. Zwykle kończyło się pomyślnie; po pęknięciu ropnia następowało w niedługim czasie wygojenie. Następstwa tego zapalenia zależały oczywiście od rozległości sprawy chorobowej i długości jej trwania. Niewiadomego pochodzenia ropień chrząstki pierścieniowatej, penetrujący do zachyłka gruszkowatego z wytworzeniem jamy, zakończony śmiertelnie u 55-letniego chorego, który nie dał sobie wykonać tracheotomii, obserwował Leopold Lubliner (1863-1937), ordynator pierwszego w Warszawie Oddziału Otolaryngologicznego w Szpitalu Starozakonnych [3].

Zapalenia chrząstki krtani w przebiegu zapaleń swoistych, szczególnie gruźlicy, kiły, ostrych chorób zakaźnych, zwłaszcza duru brzuszego, błonicy, ospy, stanowiły najczęściej występującą grupę chorób. Nierzadko dochodziło do zapaleń chrząstki nalewkowatej, niejednokrotnie do obumarcia tej chrząstki, do zapaleń stawu pierścienno-nalewkowatego. W razie istnienia procesu gruźliczego sprawa dotyczyła najczęściej chrząstek nalewkowatych lub nagłośni, lub obu tych chrząstek jednocześnie. Rozlany obrzęk, o intensywnym nasileniu, koloru zwykle sinawoczerwonego oraz zatarcie zarysów tych okolic był najczęstszym obrazem laryngoskopowym. Dochodziło często do obrzmienia wyrostka głosowego. Zapalenie chrząstki nalewkowatej było powodem zmniejszonej ruchomości, lub całkowitego unieruchomienia, stawu pierścienno-nalewkowatego. Po ostrym okresie choroby wewnątrz krtani bywało pokryte żółto-zielonkawą wydzieliną ropną. Niejednokrotnie z małych przetok wydobywała się wydzielina surowicza, ropna lub surowiczo-ropna. Gdy zapalenie chrząstki tarczowatej zajmowało wewnętrzną jej powierzchnię, powodowało obrzęk fałdów rzekomych, gdy natomiast zewnętrzną – niejednokrotnie obrzęk szyi w okolicy krtani. W tej samej krtani jedna z wyżej podanych postaci gruźlicy mogła przechodzić w drugą, tworząc polimorficzny obraz. Zapalenie chrząstki tarczowatej i chrząstek nalewkowatych, powodujące silne zapalenie różnych struktur krtani u 26-letniego pacjenta z jamistą gruźlicą płuc, które doprowadziły do zgonu obserwował Józef Merunowicz (1849-1912) z Kliniki Chorób Wewnętrznych prof. Biesiadeckiego w Krakowie, później lekarz praktyk w Stanisławowie. Kiła zajmowała najczęściej chrząstki szersze, jak tarczowatą, z wysiękiem na powierzchni wewnętrznej lub zewnętrznej, niejednokrotnie z wytworzeniem kilaków, które dochodziły do znacznych nieraz rozmiarów [4].

Z ostrych chorób zakaźnych największe spustoszenie w krtani czynił dur brzuszny. Badania Ludwiga Tuercka (1810-1868), austriackiego neurologa i laryngologa, wykazywały, że zapalenie chrząstki krtani

występowało najczęściej od 5-8 tygodnia choroby. Rokowanie wg niego, było wątpliwe; nawet po wykonanej tracheotomii umierała prawie połowa chorych. Zdanie Tuercka podzielał Lubliner. Otto opisał ok. sto takich przypadków. Dur brzuszny powodował zapalenie chrząstki albo pierwotnie bez żadnych owrzodzeń, lub z powodu owrzodzeń, najczęściej drążących. Carl Gerhardt (1833-1902) z Berlina opisał zapalenie chrząstki nalewkowatej, w którym konieczne było wykonanie tracheotomii. Mieczysław Biernacki (zm. 1891) obserwował cztery przypadki zapaleń chrząstki pochodzenia durowego, z których trzy zakończyły się śmiertelnie. W jednym z nich powikłanie to pojawiło się w drugim tygodniu choroby; nie pomogła tracheotomia – posocznico-ropnica położyła kres życiu. W innym – proces chorobowy „przy użyciu inhalacji, kompresów, etc. przeszedł”. Marcei Langowski, ze Szpitala św. Ducha w Krakowie, potem lekarz policyjny, w przebiegu zapalenia chrząstki pochodzenia durowego spotkał się m.in. z obrzękiem nagłośni, który doprowadził do zaduszenia chorego [5].

Ludwik Wiszniewski (1847-1899), lekarz praktyk, radny m. Krakowa, zajmujący się szczególnie ginekologią i pediatrią, a także lekarz pomocniczy Oddziału Chirurgicznego w Szpitalu św. Łazarza w Krakowie, którego prymariuszem był wówczas Alfred Obaliński (1843-1898) zapoznał czytelników „Przeglądu Lekarskiego” z przypadkiem zapalenia chrząstki pierścieniowatej oraz nagłośni na skutek ospy u 4-letniej dziewczynki. Pomimo wykonanej tracheotomii nie udało się dziecka utrzymać przy życiu. Po trzech tygodniach choroby, na skutek ropnia płuc, przypuszczalnie pochodzenia zachłystowego, nastąpił zgon. Wiszniewski potwierdzał zdanie Franza Kuhna o dużej (ok. 80%) śmiertelności z powodu zapalenia chrząstki krtani w ospie [6].

Urazowe zapalenia chrząstki zdarzały się tak po urazach przypadkowych, jak i też po niektórych zabiegach operacyjnych, np. po operacji rozszczepienia krtani (laryngofissurze), po stosowaniu metod dilatacyjnych, po użyciu galwanokaustyki, itp. Lubliner obserwował zakończony śmiertelnie przypadek zapalenia chrząstki tarczowatej pochodzenia urazowego u młodego człowieka, cieśli, który upadł, uderzywszy krtanią o belkę [7].

Zygmunt Srebrny (1860-1941), otolaryngolog warszawski utrzymywał, że stosunkowo często zapalenie chrząstki krtani powodowane było nowotworami gardła i krtani. Jan Moczulski (1870- ?), otolaryngolog warszawski, na zebraniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego okazał preparat anatomiczny krtani, dotkniętej rakiem, powikłanym zapaleniem chrząstki tarczowatej z przetoką krtani. Pacjent chorował także na gruźlicę płuc. U 53-letniego mężczyzny Aleksander Baurowicz (1867-1949), asystent Pieniędzy, obserwował ostre zapalenie chrząstki tarczowatej,

które potem spowodowało obrzęk jednej chrząstki nalewkowatej i całej połowy krtani. Zwężenie było tak znaczne, że musiano wykonać tracheotomię. Proces posuwał się, zajmując zatokę gruszkowatą. Obrzęk był tak duży, „iż chrząstka nalewkowa lewa jako guz wielkości jaja gołębiego przechyliła się na wewnątrz, zakrywając całe wejście do krtani”. Sprawa nowotworowa była aż nadto ewidentna; potwierdziło ją rozpoznanie histopatologiczne, stwierdzające mięsaka. Częściowe wyluszczenie krtani nie pomogło, trzeba więc było dokonać całkowitego usunięcia tego organu. Nieco później Pieniążek musiał wykonać „operację plastyczną w celu oddzielenia tchawicy od powstałej w górze jamy” [8].

Leczenie

Zapalenia chrząstki krtani próbowano najpierw leczyć zachowawczo.

Langowski w połowie lat 50. w zapaleniu chrząstki krtani pochodzenia durowego zalecał m.in. dietę „umiarkowano-mięsną”, przystawianie pijawek oraz mieszanek o składzie:

Rp. Kali hydrojodici	3j
Aguae destillatae	3j VI
co trzy godziny łyżkę,	

do wcierania maść:

Rp. Kali hydrojodici	3j.
Axungiae	3j

Na to kataplazm

„5 gr saletranu srebra w jednej uncji wody dla zasprycowania dna rany z obwisłymi i bladymi brzegami”,

„pół drachmy soli amoniackiej na 6 uncji wody, co dwie godziny łyżkę”,

„10 gram siarkanu chininy z 10 kroplami kwasu siarkawego rozcieńczonego w 3 uncjach wody, co 3 godziny łyżkę”,

„6 uncjy emulsji z 6 gr. extr. belladonny, co 2 godziny łyżkę”

„na krtani świeżą wezykatoryą”,

tran, wodę naturalną iwonicką,

a Wiszniewski wzmacniająco – ciepłą winną polewkę i wino, nawet u dzieci.

W leczeniu zachowawczym stosowano poza tym m.in. wdychywanie morfiny (Giuseppe Coen z kliniki wiedeńskiej), inhalacje z roztworu soli amoniakalnej, przystawianie pijawek na szyję, środki przeczyszczające [9].

Zapalenie chrząstki krtani nie omijało także ówczesnych lekarzy. Jeden z nich, okulista, podczas pobytu w Wiedniu zachorował na tyfus, z następowym zapaleniem krtani i chrząstki tego narządu, tak znacznego stopnia, że musiał poddać się tracheotomii w klinice profesora Schucha. Po powrocie szukał pomocy

u wielu kolegów lekarzy, m.in. u Ludwiga Traubego (1818-1876) w Berlinie, który stwierdził zrost nagłośni z innymi strukturami krtani. Julian Kosiński (1833-1914), wybitny warszawski chirurg, potwierdził rozpoznanie berlińskiego profesora. „Przyrośnięcie to jednak było tylko częściowe tak, że istniejące z boku zrosty dały się łatwo przeciąć nożykiem właściwego kształtu wprowadzonym w istniejące otworki do wnętrza krtani prowadzące”. Po operacji nagłośnia, z powodu utraty swej sprężystości, nie unosiła się jeszcze dostatecznie w górę. Od czasu operacji pacjent bez rurki oddychał swobodniej niż uprzednio za jej pomocą. Kosiński oznajmił że gdyby nagłośnia miała być nadal przeszkodą w oddychaniu, nie zawahałby się jej odciąć. Wiadomo było z obserwacji chorych na kiłę, którzy utracili nagłośnię na skutek owrzodzeń, że akty połykowe pokarmów odbywały się normalnie, bez ich dostawiania się do układu oddechowego [10].

Józef Merunowicz twierdził, że nacinanie obrzmiącej błony śluzowej w krtani miało wartość wątpliwą, bowiem jednorazowy odpływ cieczy surowiczej z miejsca a naciętego nie wiele pomagał, albo też polepsz(ał) stan

więzadeł nalewkowo-nagłośniowych ... lecz obrzmi(a) głębiej położonych części nie usu(wał) ... przez to”. Cewkowanie krtani (intubacja – przyp. A.K.) proponowane przez Weinlechnera, mogło przynieść chwilową pomoc w razie „przemijającego napadu duszności”. Jedyną pomoc mogła przynieść tracheotomia. Nie zalecał jednak przecinać chrząstki pierścieniowatej, aby „najdalej od ogniska zapalenia i ropienia operować” i aby „nie ułatwić zapadnięcia się chrząstek krtaniowych ku wewnątrz” po ewentualnym zropieniu tylnej części chrząstki pierścieniowatej. Merunowicz nie radził czekać z wykonaniem tej operacji „do ostatniej możebnej chwili”. Narażało się, jego zdaniem, „na niebezpieczeństwo uduszenia w razie ... szybkiego wzmaganie się obrzęku błony śluzowej krtani” [11].

Niejednokrotnie lekarze stawali przed dylematem, czy w przypadkach znacznej duszności „próbować zrobić cięcie w krtani”, czy dokonać od razu tracheotomię. Skłaniali się raczej ku tracheotomii, wychodząc m.in. z założenia, że również kokaina stosowana przy zabiegach wewnątrzkrtańowych „sama przez się wywoła(ła) uczucie duszenia się, a przy istniejącej duszności mogłaby ją spotęgować” [12].

Przypisy

1. P. Pieniążek: O zapaleniu ochrzęstnej krtani (perichondritis laryngea) i zwężeniu po niem pozostającym, oraz o sposobach usuwania tego ostatniego. *Przeg. Chir.* 1893/94, R.I. s. 617-618.
2. B. Taczanowski: Diagnostyka lekarska. Laryngoskopia i rynoskopia. Warszawa 1871, s. 71; L. Wiszniewski: Przyczynki do kazuistyki zapalenia ochrzęstny krtani wskutek ospy. *Przeg. Lek.* 1874, R.XII, Nr 42, s. 353; P. Pieniążek: op. cit., s. 619.
3. W. Polański: Posiedzenia laryngologiczno-otyatryczne. *Med. Kron. Lek.* 1913; R.XLVIII, Nr 10, s. 200; P. Pieniążek: op. cit., s. 618-619.
4. J. Iwaszkiewicz: Gruźlica krtani (w:) *Choroby uszu, nosa, gardła i krtani*, pod red. A. Dobrzańskiego. Warszawa 1951, s. 545; P. Pieniążek: op. cit., s. 619; J. Merunowicz: Trzy przypadki zapalenia ochrzęstny chrząstek krtaniowych. *Przeg. Lek.* 1874, R.XIII, Nr 15, s. 121-122.
5. L. Tuerck: *Klinik der Krankheiten des Kehkopfes*. Wien 1856, s. 235; J. Szmurło: *Choroby krtani i tchawicy*. Wilno 1931, s. 96-97; Z. Dobrowolski: *Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego*. *Med. Kron. Lek.* 1910, T. XLV, Nr 12, s. 273; P. Pieniążek: l.cit.; M. Biernacki: Przypadek perichondritis krtani. *Kron. Lek.* 1898, R.XIX, Nr 16, s. 707; B. Taczanowski: *Patologia i terapia chorób krtani i tchawicy*. *Przeg. Post. Nauk Lek.* za r. 1873. Warszawa 1875, T. IV, s. 495.
6. L. Wiszniewski: op.cit., s. 353-354; L. Tuerck: l. cit.; Kuhn-Guenthers: *Lehre von den blutigen Operationen*. Berlin 1864, s. 37 et passim.
7. Z. Dobrowolski: Streszczenia protokołów posiedzeń otolaryngologicznych. *Med. Kron. Lek.* 1909, R. XLIV, Nr 27, s. 649; P. Pieniążek: op. cit., s. 618-619.
8. A. Baurowicz: Ein Fall von Kehkopfs arkom, complicirt mit Perichondritis, *Arch, f. Laryng. Rhinol.* 1895, T. II, s. 409-411; A. Baurowicz: Sprawozdanie z oddziału dla chorób krtani prof. Pieniążka w szpitalu Krajowym św. Łazarza w Krakowie za czas otwarcia oddziału tj. od 7 Czerwca do końca 1894 r. *Przeg. Lek.* 1895, T. XXXIV, Nr 16, s. 238; J. Moczulski: *Z Warszawskiego Towarzystwa Oto-laryngologicznego*, *Med. Kron. Lek.* 1913, R. XLVIII, Nr 50, s. 1058, Nr 51, s. 1076.
9. M. Langowski: Zropienie błony śluzowej krtani i ropień jej chrząstki, połączone z obrzęknością nadgłośni (Epiglottis). *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1855, T. X, S. II, s. 37-44; L. Wiszniewski: op. cit., Nr 41, s. 345; B. Taczanowski: *Patologia*. op. cit., s. 494-495; B. Tetz: Przypadek zwężenia krtani (laryngostenosis). *Gaz. Lek.* 1891, R. XXVI, S. II, T. XI, Z. 1, s. 13.
10. J. Kosiński: Operacja rozcięcia zrostów nagłośni z krtanią. *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1870, T. XXXIII, Nr 1, s. 4-5.
11. J. Merunowicz: op.cit., s. 121.
12. *Z posiedzeń laryngologiczno-otyatrycznych*. *Medycyna* 1904, T. XXXII, Nr 38, s. 809-810.