

WV P 614 W 1087

Nowotwór zatykający światło tchawicy, wypalony przez ranę tracheotomijną; wyzdrowienie.

(Według wykładu mianego w Tow. lek. krak.)

Podał **Dr. Pieniążek**,

Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przypadek, który opisać zamierzam, zasługuje na uwagę pod dwoma względami; raz jako przypadek niezwykle a nawet bardzo rzadki pod względem patologicznym, powtórę z powodu leczenia operacyjnego, które tu, o ile mi wiadomo, po raz pierwszy w ten sposób zastosowaném zostało. Nadto uwydatnia się tu w całej pełni ważność badania laryngoskopijnego nie tylko pod względem rozpoznawczym, ale i leczniczym i to w ten sposób, że śmiało rzec mogę, iż dokładnemu laryngoskopijnemu badaniu chora swe życie i zdrowie zawdzięcza.

W styczniu 1883 zawezwany zostałem do Radymna do panny B., która dotąd pozostawała pod lekarską opieką Drów Kiebuzińskiego i Rychlickiego. Przybywszy na miejsce dowiedziałem się, że chora cierpi przeszło od roku na duszność z przypadami zwężenia wspólnej rury oddechowej, która lubo trwa stale, od czasu do czasu jednak nasila się więcej, tak że przychodzi do napadów duszności, krócej lub dłużej trwających. W dzień przed mojem przybyciem miało miejsce takie nasilenie, cały dzień trwające, a tak znaczne, iż sądzono, że chora nie przetrzyma. Obaj koledzy, których przy chorój zastałem, oświadczyli mi, że badali krtań za pomocą zwierciadła, nie w niej jednak nie znaleźli, zmuszeni są więc przypuścić, że przyczyna zwężenia znajduje się poniżej głośni, prawdopodobnie w tchawicy, której je-

1
E 94 1883 J Z-140168
Ak. Zl. 2024 nr. 215

1402405100

dnak z powodu drażliwości chorój zbadać dokładnie nie mogli. Z powodu napadu sufokacyjnego dnia poprzedniego zalecili przystawienie kilku pijawek, co rzeczywiście chorój sprawiło ulgę, tak że w chwili mego przybycia duszność była nieco mniejszą. Nadto dowiedziałem się, że chora przebyła przed pół rokiem zapalenie wypocinowe opłucny po stronie lewej, po którym przyczepienie w dole płuca lewego wykazać było można. Mimo bardzo wielkiej duszności dnia poprzedniego wstrzymali się wspomnieni koledzy od tracheotomii z tego powodu, że nie umieli oznaczyć, w którym miejscu tchawicy zwężenie się znajduje. Przy badaniu laryngoskopijném, które rzeczywiście z powodu duszności i drażliwości chorój było utrudnioném, znalazłem w głośni zupełnie prawidłowe stosunki, poniżej głośni jednakże na wysokości chrząstki obrączkowej światło krtani prawie wypełnione guzem okrągłym, dość żywo zaczerwienionym, który wychodził z tylnej ściany krtani siedząc na niej szeroko i zdawał się prawie dotykać ścian bocznych i przedniej tak, że go od nich na oko tylko bruzda zdawała się odgraniczać. Pozostająca zatem dla przejścia powietrza szpara była bardzo wąską, otaczała jednak guz wspomniony z obu boków i z przodu tak, że blisko $\frac{3}{4}$ okręgu koła stanowiła; tak więc jęj długość kompensowała poniekąd wąskość umożliwiając przez to oddech lubo znacznie utrudniony. Łatwo jednak pojąć, że w takim stanie najmniejsze obrzmienie guza, skutkiem np. większego napływu krwi, mogło do reszty zatkać wąską szparę i zdaje się, że napad sufokacyjny z dnia poprzedniego nie na czém inném polegał. Podobne napady mogło też wywołać nagromadzenie śluzu w wąskiej szparze, lubo napady te w takim razie znacznie krócej trwały musiały i ustępować po wyrzuceniu pewnej ilości śluzu przez kaszel. W takim stanie chorój naprzód musiałem pomyśleć o tracheotomii w celu zabezpieczenia jęj od zaduszenia, a potem dopiero o usunięciu guza krtani prawie zatykającego. To też zaraz przystąpiłem do tracheotomii, którą z pomocą obu kolegów wykonałem, przeciąwszy kilka pierwszych pierścieni tchawicy, nie zaś łuk chrząstki obrączkowej, aby się dostać poniżej

zwężenia i aby nie skaleczyć samego guza, którego natury nieznając mogłem przypuszczać, że może bardzo silnie krwawić w razie skaleczenia. Po tracheotomii wyjechałem pozostawiając chora opiece kolegów i radząc, aby po podgojeniu rany tracheotomijnej przybyła do Krakowa celem usunięcia guza.

W tydzień przeszło przybyła chora do Krakowa z raną podgojoną, guz zaś tymczasem zwiększył swe rozmiary tak, że często lubo nie stale zupełnie światło krtani wypełniał, tak że chora nie wymówić nie mogła, czasem i po kilka godzin.

Zanim mogłem przystąpić do jakiegokolwiek terapii mającej na celu usunięcie guza, musiałem się naprzód przekonać o jego naturze, której samo badanie laryngoskopijne wyjaśnić jeszcze nie było w stanie. Mógł to być bowiem nowotwór z tylnej ściany krtani wychodzący, mógł być jednak i ropień na tylnej płycie chrząstki obrączkowej zebrany. Pomijam możliwość wpuklenia od zewnątrz, jakie mogłoby mieć miejsce ze strony jakiego nowotworu gardzielowego, jego zaułka itp., gdyż guz usadowiony był na samej płycie chrząstki obrączkowej, która nie dozwoliłaby wpuklenia od zewnątrz, chyba zostawszy sama wprzód do zaniku doprowadzoną, w którymto razie musiałby guz wtłaczający się osiągnąć wielkość, któraby się zarazem innemi przypadami zdradzać musiała. Gdyby jednak siedziba guza wypadła poniżej chrząstki obrączkowej, musielibyśmy i tę możliwość uwzględnić, a jakieby w tym razie było pole do domysłów, można wnosić np. z przypadku Schnitzlera, w którym przeżył guz tarczycowy, obszedłszy z boku tchawicę wtłoczył jej tylną ścianę do jej wnętrza w tym stopniu, że nastąpiło zaduszenie. Tutaj tylko dwie pierwsze ewentualności uwzględnić musiałem. Pierwsza z nich, t. j. nowotwór wychodzący z tylnej ściany krtani, do rzadkości należy, oprócz raka, który wykluczyć z wielkiem prawdopodobieństwem można było z powodu gładkości, okrągłości i odgraniczenia guza oraz braku owrzodzenia. Rak, któryby z gardziela zniszczywszy chrząstkę wtłaczał utrzymaną jeszcze błonę ślu-

zową, w tych rozmiarach byłby już prawdopodobnie owrzodziały i nierówny. Z innych nowotworów wiadomo, że zwykle polipy wyjątkowo tylko z tylnej ściany wychodzą. Znanym jest wreszcie parę przypadków mięsaków w tej okolicy usadowionych, ale i te do rzadkości należą. Ropień tej wielkości mógłby jedynie pochodzić z zapalenia ochrzęstny na tylnej płycie, które jednakowoż zazwyczaj zajmuje i stawy nalewkoobraczkowe zdradzając się nieruchomością i obrzmieniem chrząstek nalewkowych po jednej lub obu stronach, którego tu ani śladu nie było. Może jednak wyjątkowo zapalenie ochrzęstny ograniczyć się do samej płyty bez zajęcia stawów i bez obrzmienia chrząstek nalewkowych, jak to sam miałem sposobność stwierdzić w dwóch przypadkach. Przeciw ropniowi przemawiało jednak samo wejście guza, który od tylnej ściany nie pochyło lecz prawie prostopadle się wznosił. Rozbiór ten, opierający się właściwie na rachunku prawdopodobieństwa, doprowadził mnie do wniosku, że najprawdopodobniej mamy do czynienia z nowotworem łagodnym, t. j. z włókniakiem lub może z mięsakiem. Po przybyciu chorąj do Krakowa zbadałem ją nie tylko za pomocą zwierciadła krtaniowego, ale zarazem i przez ranę tracheotomijną za pomocą zwierciadła stalowego Czermaka. Spód guza był już wprost na tylnej ścianie tchawicy widoczny i mogłem zarazem stwierdzić, że w dole guz nie odchodził prostopadle od tylnej ściany, lecz wznosił się zrazu pochyło ku górze. Tak więc obraz z góry zdawał się więcéj przemawiać za nowotworową naturą guza, obraz zaś z dołu może więcéj za ropniem. W każdym razie guz operacyjnie usuniętym być musiał, w tym więc celu zabrałem się do sondowania krtani chorąj, aby ją z dotykaniem krtani oswoić i sondą twardość i podatność guza wybadać. Wkrótce jednak praca moja przerywaną została przez to, że chora dostała odry, do której dołączyły się błony krupowe na ranie tracheotomijnej oraz w samej tchawicy, które jednak nie doprowadziły do zwężenia jej światła. Przebieg odry mogę nazwać mimo to dość łagodnym, a wystąpienie błon krupowych częściowo odnosiłbym do drażnienia ze strony kaniuli.

Sądzę mianowicie, że gdyby nie ta okoliczność, mimo odry blony krupowe nie utworzyłyby się, lecz skończyłoby się jak zwykle na zapaleniu nieżytowém tchawicy. Za tém przemawia i to, że blony nie sięgały niżej jak koniec kaniuli, i że pokrywały tylko tylną ścianę tchawicy, odpowiednio wypukłości kaniuli, oraz całą ranę, gdy krtani, równie jak spód tchawicy, zupełnie od nich była wolną. Po przebyciu odry mogłem dopiero powrócić do sondowania, które mnie pouczyło, że guz jest trochę podatnym, ale przecież nie miękkim. Wbiłem następnie przez ranę tracheotomijną zagiętą igielkę Pravaza w guz w kilku miejscach, nie mogłem jednak żadnej płynnej treści z niego wyciągnąć. Krwawienie po nakłuciu było bardzo nieznaczne. Teraz mogłem już na pewno wykluczyć ropień, a tém samém musiałem uważać guz za nowotwór. Pod względem terapii miałem do wyboru albo wykonać laryngofisurę i następnie guz wyciąć, albo operować go drogą endolaryngealną, albo przez ranę tracheotomijną. Wielkość guza i szeroka jego podstawa pierwszą z tych dróg wskazywała, drażliwość przytém choréj, która nie mogła nawyknać do znoszenia sondy w krtani bez reakcyi, uniemożliwiała drogę endolaryngealną. Nie chciałem jednak narażać choréj na utratę głosu, który był zupełnie dobrym, a utrata może nastąpić po laryngofisurze i postanowiłem próbować przynajmniej, czy mi się nie uda zniszczyć guza galwanokauterem przez ranę tracheotomijną. Chora téż zgodziła się na rzeczzone próby chętnie, aby w ten sposób cięższej operacyi uniknąć. Spód też guza łatwo był dostępny przez ranę; u samej nasady mogłem go dosięgnąć prawie nie podnosząc narzędzia do góry, a dalej śmiało mogłem iść na oślep, gdyż kierując instrument ku górze, nic innego jak tylko ten guz mogłem natrafić. Jedynie chcąc go dosięgnąć na najwyższej wypukłości, t. j. wypalając od przodu w tył, łatwo mogłem zranić zarazem przednią ścianę krtani ponad raną tracheotomijną; nie obawiałem się jednak tego tak dalece, gdyż wciskając galwanokauter zawsze ku tyłowi a nie naprzód, większego zranienia mogłem uniknąć, a ograniczonej blizny, jakaby tu powstać mogła,

nie obawiałem się, gdyż takowa, jako wcale do okrężnej niezbliżona nie przedstawiała obawy następowego zwężenia. Musiałem tylko uważać, żeby nie sprawić zranienia, któreby okrężnie lub półokrężnie się rozciągało. Z początku samego ocenić mogłem, że najtrudniej mi będzie z górną częścią guza, do której od rany tracheotomijnej droga mogła być zbyt daleka, z góry zaś wypalać nie mogłem, z powodu zbyt znacznej drażliwości chorój. Gdyby nie ta okoliczność, byłbym rozpoczął od razu z dwóch stron wypalanie, t. j. z góry i z dołu czyli endolaryngealnie i przez ranę tracheotomijną, tak jednak li tylko do ostatniego ograniczyć się musiałem.

Zabrałem się do wypalania, jak tylko chora po odrze przyszła do siebie. Nie umiem dokładnie podać, w ilu posiedzeniach udało mi się zupełny skutek osiągnąć, w każdym razie było ich kilkanaście. Krwawienie było po każdym wypalaniu niewielkie, bóle, jak długo w obrębie samego guza manipulowałem, n. p. wbiwszy węł galwanokauter, nieznaczne, na granicy jednak prawidłowej błony śluzowej dość znaczne. Posiedzenia powtarzałem mniej lub więcej co tydzień, czasem z powodu silniejszej reakcyi dłużej czekać musiałem. Do wypalania używałem tegoż samego narzędzia, którego zwykle używam do wypalania resztek polipów itp. w nosie, tylko w miarę, jak zniszczywszy dolne części guza ku górze się posuwałem, musiałem i narzędzie coraz bardziej w kształcie S wyginać, szczególnie zaś koniec jego zaginać ku górze. Rozpocząłem wypalanie od nasady guza u spodu, potem wbiłem węł kilkakrotnie galwanokauter mniej więcej w środku, a po kilku wypaleniach zacząłem go przypiekać od przodu ku tyłowi. Przy ostatnim zabiegu ucierpiała trochę przednia ściana krtani, na której powstały obrzęki ku bocznym ścianom idące, pomiędzy które wolna przestrzeń przed guzem utworzona kątowato wchodziła. Po kilku przypaleniach dalszych chora przez tę przestrzeń wygodnie oddychać mogła, tak że godzinami kaniulę korkiem zatkaną nosiła. Niedługo z guza część tylko pozostała w górze, niezajmująca już ani połowy światła krtani, a wtedy chora całemi dniami, a nawet i w nocy, nosiła kaniulę zatkaną korkiem, który tylko dzień

lub dwa po świeżem wypaleniu na noc musiała wyjmować. Przy każdym jednak wypalaniu następném zadanie było coraz trudniejsze, gdyż do reszty guza coraz dalsza była droga, instrument więc coraz więcej w górę musiał być odgięty, a wchodził coraz trudniej z powodu, że i kanał do tchawicy wiodący dość był długi (skutkiem dość nisko zrobionej tracheotomii) a ztąd przeprowadzenie zakrzywionego narzędzia coraz trudniejsze. Przytém dotąd operowałem na ś epa, t. j. dokładnie obejrzawszy guz z góry i z dołu wprowadzałem instrument w kierunku i do głębokości, którą sobie na oko oznaczyłem, po każdym przypaleniu kontrolowałem, czy dobrze trafiłem, małych wreszcie chybień nie obawiałem się, gdyż do więzadeł było dość jeszcze daleko, a mała blizna na ścianach krtani złego wpływu mieć nie mogła. Im mniejszą jednak była resztką guza i im wyżej do niej sięgnąć było trzeba, tém trudniej było właściwy kierunek utrafić. Jakoż wkrótce spostrzegłem, że zaczynam się w tylną ścianę po za guz wkopywać, na czas to jednak spostrzegłszy potrafiłem chybiania kierunku nadal unikać. Wreszcie mogłem już dokładnie z dołu całe więzadła oglądać a małe tylko wzniesienie na tylnej ścianie stanowiło resztę guza. Teraz najtrudniejsze przyszło dla mnie zadanie; zrazu nie mogłem tych resztek dosięgnąć, gdyż instrumentu z odpowiedniem zagięciem przez ranę tracheotomijną przeprowadzić nie mogłem, utykając ciągle z powodu jej długości o tylną ścianę krtani. W końcu jednak znalazłem wygięcie, które przy odpowiedniej pozycyi głowy i szyi pozwalało dosięgnąć guza. Drugą trudność stanowiło trafianie na oślep na sam guz i dokładne wypalenie go. Przy ostrożném postępowaniu i ciągłej kontroli rezultatów wypalania udało mi się i to, tak że nakoniec tylko małe resztki z guza pozostały, lubo sąsiedztwo jego téż trochę ucierpiało. Gdyby nie obawa recydywy, śmiało mógłbym był już wyjąć kaniulę, lecz tak należało i te resztki wypalić, choć z powodu ich małości trudno było na nie trafić. Bałem się przytém, żeby nie trafić na więzadła lub téż na stawy obrączkonalewkowe; póki nowotwór stanowił guz lub wał mogący stawić tamę instrumentowi od góry, obawy téj nie

miałem, lecz teraz był on do tego za mały. Operowanie przy lusterku od dołu było niemożliwem, gdyż przy tak małym lusterku, jak tu użytém być może, galwanokauter już mógł być zbyt gruby i zasłaniać je tak, że ruchów jego końca śledzić nie było podobna. Przytém dawniej operowałem włożywszy w ranę tracheotomijną lejek, którego otwór końcowy odpowiadał szerokości kaniuli, a który nie pozwalał ściągnięcia się kanału do tchawicy wiodącego. W miarę jak musiałem użyć narzędzia więcej zakrzywionego i wyżej ku górze je wsuwać, musiałem zaprzestać używania lejka, przez co kanał zwężał się w czasie operacyi, co naturalnie i użycie lusterka, zwłaszcza stalowego, które silniej ogrzać trzeba było, tylko utrudnić mogło. W obec tych trudności myślałem już o zrobieniu otworu małego powyżej rany tracheotomijnej, przez który mógłbym wsunąć cienki galwanokauter, a obserwując koniec jego w lusterku z góry lub z dołu mógłbym pod jego kontrolą wypalić. W tym celu nawet dałem zrobić galwanokauter o ile można najcieńszy, aby tylko wąską szparę w krtani wykonać, któraby *per primam* zagoić się mogła. Zanim się jednak do tego zabrałem, postanowiłem spróbować, czyby mi się nie udało użyć tak cienkiego galwanokauteru z dołu przez ranę pod kontrolą lusterka. Dodam tu jeszcze, że próbowałem pierwój jeszcze kontrolować ruchy galwanokauteru z dołu wprowadzonego, za pomocą zwykłego laryngoskopu, tj. z góry, to się jednak nie udało z powodu, iż chora pod wpływem najmniejszego zadrażnienia zbliżała więzadła do siebie i tém cały obraz w głębi zasłaniała. Musiałem więc próbować kontroli lusterkiem w tchawicy umieszczoném. Jakoż rzeczywiście udało mi się i lusterko tak długo utrzymać w powietrzu w tchawicy, i instrument przesunąć ku górze bez dotknięcia jej ścian, aż jego koniec ujrzałem przy resztkach guza. Wtedy przycisnąłem go śmiało ku nim i przesunąłem nieco ku bokom, a chociaż skutkiem poruszenia chorój obraz zaraz straciłem, czułem jednak, że koniec galwanokauteru z miejsca pierwotnego nie zeszedł. To powtórzywszy razy kilka wyniszczyłem resztki guza. Wprawdzie części sąsiednie nieco przy tém ucierpiały, po stronie prawej strup podchodził może na

$\frac{1}{2}$ cm. pod brzeg więzadła, tak że obrzmienie potem w tyle do samego brzegu tegoż sięgało, z kąda powstała kilkodniowa chrypka, ale nowotwór doszczętnie został zniszczony. Doko-
 nałem tego przed Wielkanocą 1883. Po ustąpieniu obrzmienia spostrzegłem małą wyniosłość łukowato na tylnéj ścianie się rozciągającą, ale jedynie od dołu, z góry znać jej wcale nie było, tylna ściana przedstawiała się gładką, przytém i z dołu nie zasłaniała ta wyniosłość dalszych części tylnéj ściany. Osądziłem więc, że jestto właściwie nie wyniosłość na tylnéj ścianie, ale górna granica zagłębienia, jakie skutkiem zby-
 tniego wtłaczania galwanokauteru ku tyłowi powstać musiało. Wyniosłość ta odpowiadała górnej części guza i dolnemu brzegowi tylnéj płyty chrząstki obrączkowej, ku której bałem się tak wtłaczać galwanokauter, jak poniżej w częściach miękkich. Nie mogłem jednak mieć pewności, czy tu niema resztek nowotworu, któreby do recydywy powód dać mogły. Postanowiłem więc czekać, czy się ten wał pozorny nie zwiększy, aby go wtedy dokładnie wypalić. Dla tego nie wy-
 jąłem choréj kaniuli, ale zostawiłem ją z nią kilka miesięcy, przez które kaniula ciągle korkiem była zatkana. Chora w tym stanie pojechała na wieś i powróciła obecnie dopiero. Teraz badając ją razem z kol. Pareńskim, który ją już raz przed zaczęciem operacyi, tj. podczas odry, badał, przekonałem się, że wał wspomniany stał się jeszcze mniejszym, słabo oznaczonym i bledszym, co mnie upewniło, że mój domysł co do na-
 tury jego był słusznym. Postanowiłem przeto wyjąć kaniulę, co w krótkim czasie uczyniłem, poprzednio jednak wyni-
 szczyć musiałem granulacyje wybijające powyżej rany tracheo-
 mijnéj. Tu bowiem skutkiem ciągłej irytacyi przez galwano-
 kauter, który się nad raną opierał a cały był rozgrzany, przyszło do bujania granulacyj od brzegu rany ku wnętrzu, choć w małym stopniu, te więc dla bezpieczeństwa choréj wprzód zniszczyć postanowiłem, poczem wyjęciu kaniuli nie już na przeszkodzie stać nie było powinno.

Przedstawiłem niniejszém nie tylko przypadek niezwy-
 kły, który bez laryngoskopijnego badania zupełnie byłby cie-
 mny, ale zarazem metodę niezwykłą operowania, której, o

ile mi wiadomo, w podobnym celu i w podobnych warunkach dotąd nikt nie używał, a która, lubo powoli, doprowadziła do radykalnego usunięcia nowotworu bez niebezpieczeństwa, i z niewielkim bólem.

W parę tygodni po odbyciu powyższego wykładu rzeczywiście wyjąłem kaniulę i zagoiłem ranę tracheotomijną wyniszczywszy wspomniane powyżej granulacje za pomocą galwanokauteru i szczypek ostrych w pierwszej połowie lipca, poczem chora wyjechała do domu. Widziałem ją następnie w końcu sierpnia a później w październiku i zbadawszy nie znalazłem ani śladu nowotworu, ani téż jakiegokolwiek wyniosłości w miejscu odpowiadającém dawniej ranie. Mogłem tam tylko spostrzedz ograniczone jakby nakarbowanie błony śluzowej, odpowiadające otoczeniu wciągnięcia, które przy zbliżnieniu nastąpić musiało. Pacyjenta czuje się zupełnie zdrową, tak oddech jęj jak i głos jest najzupełniej prawidłowy.

