

Chirurgiczne dokonania Antoniego Gabszewicza (1858-1919) w otorynolaryngologii

The surgical achievements of Antoni Gabszewicz (1858-1919) in otorhinolaryngology

ANDRZEJ KIERZEK

Zakład Klinicznych Podstaw Fizjoterapii Akademii Medycznej we Wrocławiu

W drugiej połowie XIX wieku wiele oddziałów chirurgicznych w Warszawie odgrywało ważną rolę w rozwoju otorynolaryngologii. Przedstawiono pokrótce drogę zawodową i naukową Antoniego Gabszewicza (1858-1919), znanego warszawskiego chirurga, m. in. ordynatora oddziału chirurgicznego w Szpitalu św. Rocha. Szeroko zaprezentowano jego chirurgiczne dokonania w dziedzinie otorynolaryngologii: trepanację wyrostków sutkowych, operację torbieli skórzastej kości czołowej, operację otwarcia ropnia ok. czołowej, resekcję gałęzi żuchwy z powodu promienicy, otwarcia podgnykowego krtani, zewnętrznej ezofagotomii, operację przewodu ślinianki podżuchwowej.

Słowa kluczowe: historia otorynolaryngologii, historia chirurgii

In the second half of the XIX century, surgical wards of many hospitals in Warsaw played an important role in otorhinolaryngology. The professional and scientific activities of Antoni Gabszewicz (1858-1919), a well-known Varsovian surgeon, are shortly outlined. He was the head of the surgical ward at the St. Roch Hospital in Warsaw. His contributions to otorhinolaryngology have been broadly described: successful surgical treatment of otorhinolaryngological diseases, such as trepanations of mastoid process, operation of dermoid cyst of frontal bone, operation of frontal abscess, resection of mandibular ramus on account of actinomycosis, subhyoid operation of larynx, external oesophagotomy, operation of Stenonianus duct, are described in some more detail.

Key words: history of otorhinolaryngology, history of surgery

© Otorynolaryngologia 2009, 8(3): 115-121

www.mediton.pl/orl

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Andrzej Kierzek

ul. Rozbrat 5 m. 6, 50-334 Wrocław

tel. (071) 322 17 60; e-mail: andrzejkierzek@wp.pl

Otorynolaryngologia jako medyczna specjalizacja rozwijać się zaczęła od połowy XIX stulecia, przede wszystkim dzięki dokonaniom chirurgów i internistów. To oni nadawali jej kształt, to oni przyczynili się do tego, że wypływała, początkowo nieśmiało, na szerokie wody. Jednym z chirurgów zaangażowanych w rozwój nauki o chorobach uszu, nosa, gardła, krtani i pogranicza był Antoni Gabszewicz.

Życiorys

Urodzony 5 czerwca 1858 r. w Kadłubowie w pow. mławskim był synem Kazimierza i Antoniny z d. Rynkowskiej. Rodzina Gabszewiczów wywodziła się ze szlachty żmudzkiej¹. Miał dziewięcioro

rodzeństwa. Początkowe nauki pobierał w Łowiczu, gimnazjum ukończył w Warszawie. W latach 1875–1881 studiował w Cesarskim Uniwersytecie Warszawskim, otrzymał dyplom lekarza *cum eximia laude*. Podczas studiów więziony był przez kilka miesięcy w X pawilonie Cytadeli Warszawskiej, gdyż obracał się w kręgu przyjaciół I Proletariatu². W 1881 r. rozpoczął pracę jako asystent Kliniki Chirurgicznej Iwana A. Jefremowskiego (1837-1892), gdzie edukował się przez przeszło trzy lata. Andrzej Ciechowski (1858-1928), także chirurg, pisał po latach o stosunkach wówczas panujących w Klinice: „... (Gabszewicz – prz. A.K.) doznawał na każdym kroku przykrości i nieprzemyślanych przeszkód, jeżeli chciał wprowadzić coś nowego”. Jefremowski pozwalał jednak nieraz samodzielnie operować i przy

¹ z przydomkiem Jaskołod, herbu Trąby z trzema trąbami i różami; ojciec posiadał majątek Szkudziny i Kimontwedzie. Bracia Antoniego używali podwójnego nazwiska Jaskołod Gabszewicz. Cyt. za: P. Szarejko: Słownik Lekarzy Polskich XIX wieku. T. II. Warszawa 1994, s.75

² W 1885 r. ponownie znalazł się w X pawilonie Cytadeli, a po uwolnieniu, śledzono go. Cyt. za: ibidem

pomocy innego asystenta Romana Jasińskiego (1853–1898), którego niezmiernie cenił, Gabszewicz wykonał kilka poważnych operacji. Kilka lat wspólnej pracy z Jasińskim wywarło znaczny wpływ na jego zawodowe poczynania. W latach 1886–1898 pracował początkowo jako nadetatowy asystent, a następnie zastępca ordynatora w 30-lóżkowym Oddziale Chirurgicznym Szpitala św. Rocha, pod kierunkiem Antoniego Kruszewskiego (zm. 1915)³. Praktycznie cały ciężar prowadzenia Oddziału spadł na barki Gabszewicza. Operował wtedy dużo, m. in. przepukliny, rany postrzałowe żołądka, wykonywał nefrektomie. W 1894 r., po świetnie zdanym egzaminie konkursowym, nie otrzymał jednak stanowiska asystenta⁴ Oddziału Chirurgicznego w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Od następnego roku honorowo pracował w Schronisku dla Paralityków im. Św. Władysława. W 1898 r., po rezygnacji ze stanowiska Teodora Herynga (1847–1925), ordynatora oddziału rynolaryngologicznego w Szpitalu Św. Rocha, w pomieszczeniach byłego oddziału utworzono nowy oddział chirurgiczny, którego kierownictwo powierzono Gabszewiczowi. Czuł się przygotowany do objęcia tego stanowiska; oprócz praktyki chirurgicznej pomogły mu w tym naukowe wyjazdy do chirurgicznych klinik Berlina, Heidelbergu i Paryża. Ciechomski pisał: „Gabszewicz, nie robiąc ze swej podróży zagranicznej wielkiego gwaru, wprowadził w czyn w ubożuchnym Szpitalu św. Rocha udoskonalenia postępowania bezgnilnego, cieszył się niezmiernie z osiągniętych lepszych wyników leczenia operacyjnego i skwapliwie ogłaszał je drukiem”. Kierował tym oddziałem przez 13 lat. W 1912 r. dodatkowo mianowany został lekarzem naczelnym Szpitala św. Rocha⁵.

W 1887 r. Antoni Gabszewicz został członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, a w latach 1909–1910 – jego prezesem. Na posiedzeniach Towarzystwa wygłaszał referaty z pokazami chorych, streszczone następnie w czasopismach lekarskich. Ogólny jego publicystyczny dorobek wynosił 52 pozycji. Współ z Bonisławem Handelsmanem (1859–1935) przetłumaczył liczący 651 stron czwarty tom dzieła Theodora Billrotha „Chirurgia ogólna i szczegółowa” (Warszawa 1883). Prace chirurgiczne streścił w książce „Wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od r. 1831 do 1890 włącznie” (Warszawa 1897). Była to cenna inicjatywa Gabszewicza, dzięki której polscy lekarze trzech zaborów zajmujący się chirurgią mogli posze-

rzyć swoje myślowe horyzonty.

Przez cały okres swojej zawodowej aktywności ze szczególnym zamiłowaniem zajmował się chirurgią przewodu pokarmowego, ale sprawnie poruszał się także w innych obszarach chirurgii, m. in. w chirurgii kostno-stawowej. Miał duży kult dla francuskiej wiedzy chirurgicznej; z rodzimych chirurgów niezmiernie cenił Alfreda Obalińskiego, Ludwika Rydygiera i Jana Mikulicza-Radeckiego. Szczególnie chętnie odwiedzał wrocławską klinikę Mikulicza, przeszczepiał nowości z tej jednej z najlepszych klinik europejskich na grunt warszawski. Cenił m.in. Vincenza Czernego (1842–1916), profesora chirurgii, asystenta Theodora Christiana Billrotha (1829–1894), który w 1870 r. opublikował metodę wycinania krtani w przypadkach nowotworów złośliwych, a w kilka lat później opracował metodę wycięcia macicy drogą pochwową⁶. Dla ścisłości historycznej podać trzeba, że pierwsza laryngektomia była dziełem Billrotha w 1873 r.

Z natury poważny i mało mówny, stronił zasadniczo od życia towarzyskiego, prawie cały czas spędzając w szpitalu. Miał mało przyjaciół: lekarza – Teresę Ciszkiewiczową, chirurgów – Romana Jasińskiego, Bronisława Sawickiego, Andrzeja Ciechomskiego, profesora historii – Marcelę Handelsmana. Był niezwykle sumienny, pracowity i skromny⁷.

Antoni Gabszewicz poślubił Zofię Bohuszewicz; mieli czworo dzieci: Zygmunta, Wandę, zmarłych w dzieciństwie oraz Zofię i Antoninę.

Zmarł na raka krtani po niezwykle długich cierpieniach 5 grudnia 1919 r. Pochowany został na Cmentarzu Powązkowskim (kw. 192, rz. 3, grób 21) (ryc. 1)⁸.

⁶ A. Gabszewicz: Prof. Vincenz Czerny. *Gaz. Lek.* 1916, R. LI, S. III, T. I, Nr 23, s. 354-355

⁷ Te cechy charakteru podkreślił Alfred M. Sokołowski: „Gabszewicz odznaczał się sumiennością, pracowitością i niezwykłą bezstronnością przy spełnianiu tych różnorodnych ciężkich obowiązków, a główną cechą jego charakteru była skromność, z jaką zachowywał się stale na tych wybitnych stanowiskach społecznych, a jedynie wtajemniczeni, znający go bliżej, wiedzieli dokładnie, ile ten człowiek przepracował w życiu, ile wycierpiał prześladowań, jakim był orędownikiem sprawy wolnościowej i oświatowej, jak dzielny i sumienny był chirurgiem, jak doskonałym i pełnym humanitaryzmu, jak wybornym administratorem szpitalnym. Była w nim prostota i skromność iście ewangeliczna”. P. Szarejko: op. cit., l. cit. A. Gabszewicz: Ś. p. Prof. Alfred Obaliński *Gaz. Lek.* 1898, T. XVIII, S. II, R. XXXIII, Nr 31, s. 793-794; A. Gabszewicz: Ś. p. Roman Jasiński. *Gaz. Lek.* 1898, T. XVIII, S. II, R. XXXIII, Nr 12, s. 300-302

⁸ P. Szarejko: op. cit., s. 75-77; A. Ciechomski: Antoni Gabszewicz 1858–1919. *Pol. Przegl. Chirur.* 1927, T. VI, Z. 1, s. 335-339; A. Ciechomski: Antoni Gabszewicz (Wspomnienie pośmiertne) *Gaz. Lek.* 1920, R. LIV, S. III, T. V, Nr 2, s. 13-16; B. Górnicki: Gabszewicz Antoni (1858-1919). *Pol. Słow. Biogr.* T. VII, Kraków 1948-1958, s. 196

³ Kruszewski chorował na gruźlicę, często leczył się sanatoryjnie i musiał prowadzić oszczędzający tryb życia.

⁴ Samodzielnego kierownika

⁵ A. Gabszewicz: W sprawie szpitala św. Rocha. *Gaz. Lek.* 1906, T. XXVI, S. III, R. XLI, Nr 35, s. 896-898



Ryc. 1. Antoni Gabszewicz (1858-1919). Pol. Przeg. Chirurg. 1927, T. VI, Z. 1, s. 333

Przypadki otorynolaryngologiczne

Antoni Gabszewicz zagłębiał się niejednokrotnie w rejon otorynolaryngologii. U 17-letniego chłopca, u którego dwa lata wcześniej wydłutowano wyrostek sutkowy z powodu przewlekłego zapalenia ucha środkowego, po kilkunastu miesiącach po operacji wystąpiły napadowe bóle głowy, wzrost ciepłoty ciała, niedosłuch, ponowny ropotok z ucha. W okolicy zausznej powstał ropień, który uległ samoistnej ewakuacji, poczem doszło do powstania przetoki, przez którą zgłębnik wchodził do wyrostka na głębokość ok. 1,5 cm. Warszawski chirurg przystąpił do operacji ponownego wydłutowania wyrostka sutkowego. Okazało się, że w jamie sutkowej znajdowało się nieco ropy i ziarniny, „na zewnątrz... od jamy w kierunku przebiegu zatoki poprzecznej wył(oniła) się jak gdyby część ściany torbieli”.

W celu dokładnego określenia sprawy chorobowej wydłutował „całą część sutkową kości skroniowej i kawałek potylicowej, tak, że miał... przed oczami obnażoną zatokę poprzeczną, ale właściwie tylko jej przednio-górny odcinek i tylny, przebiegający już w brózdzie (!) kości potylicowej; środkowa zaś część zatoki była przykryta przez guz elastyczny, mający postać i wielkość dużej żołądki, barwy sinawo-szarej; w stosunku do przebiegu zatoki poprzecznej guz ten miał położenie pionowo-skośne”. W środku guza na jego tylnym obwodzie znajdowała się krótka szypuła, ściśle złączona ze ścianą zatoki poprzecznej. Gabszewicz zdecydował się na radykalną operację. Pisał: „...rozciąłem ścianę guza na całej jego długości, przyczem jeden brzeg rozciętej rany ująłem w kleszczyki Kochera, a z drugim brzegiem uczyniłem to samo kolega, pomagający w operacji. Krwotok w pierwszej chwili był ogromny; udało się jednak szybko wcisnąć pas gazy pomiędzy wywinięte kleszczykami ściany guza i zacisnąć otwór prowadzący z jamy guza do zatoki poprzecznej; krwawienie momentalnie zostało wstrzymane”. Jamę operacyjną wypełniono paskami gazy. Podwyższona ciepłota ciała i inne objawy z wolna zaczęły wracać do normy. W krótkim czasie rana była tak wyziarninowana, że nie można było dostrzec śladów ściany worka. Gabszewicz zdecydował się tak dokładnie zrelacjonować ów przypadek, gdyż podobnego nie spotkał w dostępnej mu literaturze.

Inny przypadek dotyczył 27-letniego mężczyzny, od 12 lat miewającego bóle ucha, które następnie ustąpiły. Od dwóch lat bóle stawały się intensywniejsze nie tylko w uchu, ale w okolicach skroniowej i potylicznej, słabo reagujące na środki przeciwbólowe. Bóle wzmagaly się, „doprowadzają(c) (chorego) niemal do szaleństwa”, doszło do znacznego wzrostu ciepłoty ciała oraz pogorszenia stanu ogólnego. Gabszewicz przystąpił więc do interwencji chirurgicznej, rozpoczynając do trepanacji wyrostka sutkowego. Mała ilość ziarniny i brak wydzieliny ropnej w wyrostku nie tłumaczyły takich burzliwych objawów. Postanowił więc obnażyć zatokę poprzeczną. Usunąwszy kość w miejscu odpowiadającym przebiegowi zatoki, zamiast niej „ujrzał... w głębi sącząca się kroplami ropę; w miarę usuwania części sutkowej kości skroniowej ropy gęstej wypływało coraz więcej; ostatecznie po wytrepanowaniu górno-tylnego odcinka części sutkowej i kawałka kości potylicowej wypłynęło ze dwie łyżki gęstej ropy, i przed oczami uwydatniło się dno jamy ropnia, wypełnione strzępkami tkanki, łatwo się rozrywającej, i ziarniną; w pierwszych chwilach na dnie jamy ropnia było wyraźne tętnienie; otrzymywało się wrażenie, jak gdyby ropień znajdował się w istocie mózgowej; po usunięciu jednak delikatnym

łyżeczką ziarniny i strzępków przekonał się, że dno jamy ropnia, mocno zagłębione, stanowi cieniutka błona, odgradzająca ropień od mózgu. Po dokładnym rozejrzeniu pola operacyjnego, był... pewny, że w danym przypadku w zupełności usunęło się istotną przyczynę cierpienia chorego". Dno jamy ropnia i jamę sutkową wypełnił paskami gazy. Ciężota ciała powoli zaczęła wracać do normy, a bóle głowy znacznie zmniejszyły się. Po dwóch jednak miesiącach nastąpił wyciek ropny z rany pooperacyjnej, chory ponownie gorączkował. W miejsce wycieku ropy wprowadził zgłębnik, posuwając się w kierunku kości potylicznej. Warszawski chirurg dokonał reoperacji. Trepanację kości potylicznej wykonywał w kierunku wskazanym przez zgłębnik. Dno ropnia, pokryte strzępkami tkanek i ziarniną przedstawiało podobny obraz, jak podczas pierwszej operacji. Należy w tym miejscu ponownie oddać pióro Gabszewiczowi, który relacjonował: „Zgłębnik przenikał jednak dość jeszcze daleko pod kością potylicową tak, że zmuszony byłem dla zupełnego obnażenia ogniska chorobnego, wytrepanować kanał w kierunku przebiegającej zatoki poprzecznej, szerokości 2 do 3-ch ctm. i dochodzący prawie do guzowatości potylicowej zewnętrznej. Tutaj dopiero była granica tych zmian, jakie na całej przestrzeni wytrepanowanego kanału tak wyraźnie się przedstawiały, czyniąc złudzenie, że się ma do czynienia ze zniszczeniem istoty mózgowej; po oczyszczeniu jednak łyżeczką dna ropnia, okazało się, że bardzo cienka błona odgranicza mózg od jamy ropnia". Po ponad sześciu tygodniach z lekkim tylko niedosłuchem, chory opuścił bez innych dolegliwości oddział szpitalny. Gabszewicz zdecydował się opublikować powyższy przypadek ze względu na jego specyficzny przebieg, bowiem przy braku ropotoku z ucha, przez wiele lat rozwijał się znacznych rozmiarów ropień nadoponowy, manifestujący się przede wszystkim uporczywymi bólami głowy (ryc. 2) ⁹.

U 38-letniego mężczyzny z silnymi bólami głowy, na pięć tygodni przed przybyciem do szpitala, zaczął wytwarzać się obrzęk w okolicy prawej powierzchni czołowej łuski kości czołowej. Po dwóch tygodniach dokonano nacięcia tego obrzmienia; wtedy „wylała się zawartość gęsta, bardzo podobna do ropy, zmieszanej z tłuszczem stearynowym". Po tym nacięciu pozostała przetoka z odczynem zapalnym. Nacisk na obrzękniętą powiekę powodował dość znaczny wypływ ropy z przetoki, do której wprowadzono

Nr 45.
Tom XXIX.

Warszawa, d. 6-go Listopada 1909 r.

SERYA II.
Rok XLIV.

GAZETA LEKARSKA

T R E Ś Ć . I. ANTONI Gabszewicz. Rzadkie powikłania przewlekłego cierpienia ucha średniego: 1) Żyłak zatoki poprzecznej i 2) Ropień nadoponowy. Str. 991. II. A. PUZAWSKI. Sposzczenia kliniczne nad chorobą Glaukoma (Baznowa). (C. d.). Str. 996. III. J. BARIKSKI. W sprawie czynności i zaburzeń w układzie mózgowym. (C. d.). Str. 1000. IV. W. SZARAKOWICZ. Przypadek tętniaka aorty, powikłanego zamknięciem światła tętnicy bezimiennnej i zarośnięciem żyły głównej górnej. (C. d.). Str. 1004. *Streszczenie zbiorowe. Smutyrński. O zakłóceniu tętnicy głównej sposobem Momburga. Str. 1008. I-y Zjazd Neurologów, Psychiatrów i Psychologów Polskich. Str. 1011. Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

I. Rzadkie powikłania przewlekłego cierpienia ucha średniego: 1) Żyłak zatoki poprzecznej i 2) Ropień nadoponowy.

Podał

Antoni Gabszewicz.

Nie mam zamiaru mówić o różnorodnych powikłaniach, których istota dobrze jest znana, ale chcę przytoczyć dwa przypadki, spostrzegane przez mnie w ostatnich czasach, a odbiegające od zwykłego schematu.

Pierwszy przypadek dotyczy 17-letniego chłopca z Brzeźcia, który przybył do szpitala Św. Rocha w końcu listopada 1907 roku z powodu wydzielenia się ropy z prawego ucha. Dwa lata przedtem był operowany z powodu cierpienia ucha lewego: dokonano wówczas wydlutowania wyrostka sutkowego, i po kilku tygodniach chłopiec opuścił szpital z zagojona raną. Na kilka miesięcy przed powtórne przybyciem do szpitala zaczęła mu wydzielać się ropa z prawego ucha; prawie jednocześnie, jak opowiada, poza uchem wytworzył się mały bolesny guzik, który po kilku dniach sam się otworzył; przez otwór powstały sączyła się ropa w niewielkiej ilości. Na prawe ucho przestał chory słyszeć; na początku listopada wystąpiły dość silne bóle głowy z prawej strony o charakterze napadowym, co go najwięcej skłoniło do ponownego udania się do szpitala. Badanie wewnętrznych narządów nie nieprawidłowego nie wykazuje; w okolicy prawego wyrostka sutkowego nie znajdujemy żadnego

Ryc. 2. Strona tytułowa artykułu A. Gabszewicza „Rzadkie powikłania...” Gaz. Lek. 1909, T. XXIX, S. II, r. XLIV, s. 991

potem zgłębnik. Przeszedł on „wgląd do jamy czaszkowej przez niewielki otwór w kości na głębokość 5–6 ctm., nie spotykając na drodze żadnego oporu”. Wobec zwiększającej się ciepłoty ciała, bólów głowy, warszawski chirurg przystąpił do operacji. Cięcie w bliźnie po uprzednim nacięciu przedłużył na powiekę w celu otwarcia jej ropnia. Po usunięciu zapalnie zmienionych tkanek, na samym środku guzowatości zauważył otwór o średnicy 3–4 mm, nokoło którego „wytrepanował...dziurę, z wielką łatwością, gdyż kość okazała się nader ścięcałą”. Po usunięciu kości zauważył białawą błonę z otworem odpowiadającym istniejącemu otworowi w kości, wyglądem zbliżoną do opony twardej. Gabszewicz relacjonował dalej: „Po rozszerzeniu otworu w tej błonie, łyżeczką wydobylem trochę płynu ropiastego i ogromną ilość cienkich, blaszkowatych kawałków, przypominających pokrajaną cienko stearynę, lub odcinki tasiemca; wydzielina ta wydawała trochę cuchnący zapach. Opróżniwszy jamę z jej zawartości, przystąpiłem do oddzielenia samej torebki, co ku memu zdziwieniu udało się z nadzwyczajną

⁹ A. Gabszewicz: Rzadkie powikłania przewlekłego cierpienia ucha średniego: 1) Żyłak zatoki poprzecznej i 2) Ropień nadoponowy. Gaz. Lek. 1909, T. XXIX, S. II, R. XLIV, Nr 45, s. 991-995; Jakoby: Caries des Proc. mast., als Complication acuter Mittelohreiterung, operative Eröffnung des Antrum mastoideum. Heilung nach ungefahr 6 Monaten. Arch. Ohrenheilk. 1884, T. XXI, s. 60

łatwością dokonać w całości. Połączenie torebki z kością i w głębi z oponą twardą było nadzwyczaj luźne. Po usunięciu stosunkowo dość grubej torebki przekonałem się, że górna kostna ściana oczodołu uległa zniszczeniu i że wyżej wzmiankowany ropień w powiece łączył się w głębi przez niewielki otwór w torebce z jej zawartością". Jama po usunięciu torbieli była tak wielka, że można było z łatwością zmieścić w niej kurze jajko. W głębi spostrzegano mocno przekrwioną oponę twardą z widocznym tętnieniem mózgu. Po częściowym zeszczeniu rany, wytamponowano ją gazą jodoformową. Po trzech miesiącach eksploracja jamy wykazała nieznaczne jej zmniejszenie do ok. 1/3 poprzedniej wielkości. Wobec ustąpienia różnorodnych objawów sprzed operacji, oraz istnienia znacznego ubytku kostnego, nieobojętnego dla człowieka pracującego fizycznie, postanowił wykonać operację osteoplastyczną wg Koenig-Mueller'a, wytwarzając płat z części miękkich i z zewnętrznej blaszki kostnej, którym zakrył całkowicie ubytek, pozostawiając w dolnej części mały otwór, aby zabezpieczyć sobie obserwację zachowania się jamy, a także by umożliwić ewentualną ewakuację wydzieliny. Przeszczepiony płat wrósł przez rychłozrost, a ziarninującą powierzchnię powstałą po wykrojeniu płata kostno-skrórnego, pokrył metodą Thierscha.

Badanie histologiczne wykazało torbiel skórzastą, składającą się z dwóch części: jedna zajmowała znaczną przestrzeń w jamie czaszki pomiędzy kością a oponą twardą; druga natomiast, łącząca się z pierwszą za pomocą wąskiego kanału, znajdowała się na zewnątrz czaszki, o czym świadczyły resztki torebki w częściach miękkich usunięte podczas operacji. Przebieg kliniczny choroby wskazywał, że pomimo znacznych rozmiarów, pomimo znacznego ucisku na płat czołowy torbiel rozwijała się bardzo powoli. Infekcja ropna, która dołączyła się później, spowodowała m.in. ropień powieki i inne groźne następstwa oraz zmusiła chirurga do interwencji. Tego rodzaju torbiele składające się z tłuszczu, cholesteryny i blaszek podobnych do blaszek z masy perłowej, zdaniem warszawskiego chirurga, spotykano najczęściej w samym mózgu, w oponach mózgowych, rzadziej w jajnikach, w tkance podskórnej. Wg Ottokara Chiari'ego i Hansa Eppingera powstawały ze śródbłonna naczyń krwionośnych, rzadziej przez rozrost śródbłonna naczyń chłonnych lub z tkanki łącznej¹⁰.

Kolejny przypadek ropnia w okolicy czołowej Gabszewicz obserwował u 16-letniego chłopca, który „w czasie zabawy z rówieśnikami otrzymał

od jednego z nich przytka w okolice gładyszki". Objawy miejscowe i ogólne sprowokowały chirurga do jego nacięcia. Po prawie sześciu tygodniach względnego spokoju, wysoka ciepłota ciała zmusiła go do operacji. Dłutem i młotkiem wytworzył otwór „w dolnej części przedniej blaszki jamy czołowej”, przez który wydobyła się mierna ilość treści ropnej, a potem tą drogą usunął dwa martwaki oraz obfitą ziarninę, którą wyłyzczkował. Zastosowanie roztworu sublimatu spowodowało udroźnienie kanału czołowonosowego. Stosowanie w dalszym etapie leczenia sublimatu, nalewki jodowej, azotanu srebra, gazy jodoformowej doprowadziło po dwóch miesiącach do ustąpienia sprawy chorobowej¹¹.

U 34-letniego mężczyzny nacieczenie jednej strony żuchwy, ślinianki przyusznej okolicy podżuchwowej oraz szyi z przetoką, wywołane promienicą spowodowały konieczność resekcji zmartwiałej gałęzi żuchwy i przyusznicy. Stosowanie doustne jodku potasu od 1 do 5 g. dziennie nie zlikwidowało sprawy chorobowej. Po dwóch miesiącach nacieczenie ok. przyusznej i skroniowej zmusiło Gabszewicza do resekcji części łuku jarzmowego. Doszło także do porażenia n. twarzowego. Dalsze stosowanie jodu per os spowodowało pewną regresję zmian¹².

Niezmiernie ciekawy przypadek obserwował u 62-letniej kobiety, skarżącej się na trwającą od 6 miesięcy prawie zupełną niemożność połykania nie tylko pokarmów stałych, ale i płynnych. Ust nie potrafiła zamknąć, spomiędzy warg wystawał koniec języka, którego ani wysunąć, ani cofnąć nie mogła. Język niezwykle silnie przyrośnięty był z obu stron do błony śluzowej policzka. „Przyrośnięcie to rozpoczyna(ło) się z jednej i drugiej strony tuż... poza kątem ust, a po wprowadzeniu palca do jamy ustnej...rozciąga(ło) się...aż do przednich łuków”. Kształtu walcowatego twarde i zgrubiałe i nieruchome język zupełnie przykrywał brzeg zębodołowy żuchwy, tak mocno przylegając do dolnej wargi, że nie można było palpacyjnie zbadać stanu dolnych zębów. Żadnych owrzodzeń, ograniczonych stwardnień jak również zmian w narządach wewnętrznych nie zauważono.

Po znieczuleniu miejscowym 10% roztworem kokainy, warszawski chirurg najpierw nożem oddzielił język od policzka z obu stron do połowy. „(N)ie oddzielał... języka od razu całkowicie z jednej strony, gdyż przy niemożności dostatecznego otwierania ust, chciał...na tyle oswobodzić język, aby pociągając go następnie na zewnątrz za pomocą pętli, przeprowadzonej przez jego część wystającą,

¹⁰ A. Gabszewicz: Torbiel skórzasta (cholesteatoma) wewnątrzczaszkowa. Gaz. Lek. 1899, T. XXI, S. II, R. XXXIV, Nr 41, s. 1062-1066

¹¹ A. Gabszewicz: Przypadek trepanacji jamy czołowej. Gaz. Lek. 1891, T. XI, S. II, R. XXVI, Nr 16, s. 292-296

¹² A. Gabszewicz: Przypadek promienicy szczęki. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1898, og. zb. T. XCIV, s. 487-488

mieć więcej otwarte pole operacyjne i łatwiejszą możliwość zatamowania krwotoku, gdyby się zjawiał w miarę posuwania się ku łukowi...”. Oddzielenie silnych obustronnych zrostów odbyło się bez problemów, z małym tylko krwawieniem. Operację zakończyło założenie czterech głębokich szwów na języku oraz ekstrakcja kilku siekaczy i zębów trzonowych. Chora mogła swobodnie połykać pokarmy stałe, mowa stała się wyraźniejsza, ruchy języka stały się w miarę swobodne, jednak nadal przeszkadzała mała sprężystość języka. Istota choroby pozostała nieznana. Warszawski chirurg dywagował: „Co mogło spowodować powyższe cierpienie, trudno na razie stanowczo orzec; chora wspomina, że z początku miała bardzo mocne bóle w jamie ustnej; z drugiej strony wiemy, jak wielką jest ruchomość języka w stanie prawidłowym; aby więc mogło powstać powyższe cierpienie, konieczne są dwa czynniki: raz, zupełna nieruchomość języka, powtórę, sprawy wrzodziejące na błonie śluzowej języka i jamy ustnej, które przy nieruchomości języka mogłyby doprowadzić do sklejenia się ze sobą 2-ch powierzchni pozbawionych błony śluzowej. Taką nieruchomość języka mogłoby spowodować tylko ropienie w samym mięszu tego narządu; że mogło ono mieć miejsce w danym przypadku, przemawia za tem obecność gwałtownych bólów w początkach choroby, o jakich chora, niezbyt inteligentna, wspomina”. Słusznie Gabszewicz nie podejrzewał zapaleń swoistych, a więc gruźlicy czy kiły, ponieważ nie zauważył objawów tych chorób w innych narządach, słusznie także nie brał pod uwagę oparzenia jakimś środkiem żrącym ze względu na istnienie symetryczności patologicznych zmian. Zgodzić się z nim trzeba, że do takiego stanu dojść mogło w rozlanym ropnym zapaleniu mięszu języka, za czym przemawiały silne bóle języka w początkach choroby, z równoczesnym istnieniem nieswoistego nieleczonego zapalenia jamy ustnej. Do takiego stanu przyczynić się mógł, jego zdaniem, niezbyt wysoki stan inteligencji pacjentki¹³.

22-letnia kobieta po przełknięciu przed trzema miesiącami nieznacznej ilości ługu, zgłosiła się ze znaczną dysfagią, nawet po spożywaniu płynów, utrudnieniem oddychania, chrypką. Liczne blizny języka, na błonie śluzowej obu policzków, na łukach podniebienne-językowych i podniebienne-gardłowych, na jęczyczku, na tylnej ścianie gardła środkowego współlistniały ze znacznymi bliznowatymi zmianami w krtani. Zamiast ruchomej nagłośni obserwowano przykrywającą wejście do

krtani i przyrosłą do tylnej ściany gardła błonę, w środku której znalazł się mały otwór, przez który można było dostrzec „rąbek” strun głosowych. „Wprowadzając jak najgłębiej palec do gardzieli, wyczuwa(ło) się przegrodę i żadnym zgłębnikiem nie uda(ło) się przejść poza tę przegrodę do przełyku”. Po uprzednio wykonanej tracheotomii, w znieczuleniu chloroformowym dokonał rozcięcia gardła podgnykowego. Bez większych trudności wyciął 2/3 bliznowato zmienionej nagłośni, a po odcięciu blizny w tylnej ścianie gardła dolnego, uzyskał dobry dostęp do wnętrza krtani. Wyciął nożyczkami wałeczkowate blizny błony śluzowej, znajdujące się na tylnej i bocznych ścianach gardła dolnego. Sondę z łatwością wprowadził do żołądka. Ranę w okolicy podgnykowej zeszył dwoma warstwami szwów. Rana zagoiła się przez rychłozrost, z minimalnym tylko ropieniem. Po dwóch tygodniach pacjentka mogła połykać nawet pokarmy stałe. Po trzech tygodniach wykonał dekaniulację, nie przerywając zgłębnikowania żołądka. Po kilku dniach wskutek znacznej duszności, zmuszony był na nowo wykonać tracheotomię. „Zgłębnik twardej średniej grubości” w dalszym ciągu założony był do przełyku. Po dalszych dwóch miesiącach podczas wprowadzania owego zgłębnika natrafił na opór w okolicy chrząstki pierścieniowatej. Badanie laryngoskopowe wykazało, że na miejscu wyciętej poprzednio bliznowatej nagłośni utworzyła się nowa blizna sięgająca do tylnej ściany gardła dolnego, a w bliźnie tej widoczny był mały tylko otworek, prowadzący do wnętrza krtani. Po trzech miesiącach od pierwszej operacji, w dawnej pooperacyjnej bliźnie dokonał ponownej chirurgicznej interwencji. Usunął całą bliznowatą przegrodę zasłaniającą wejście do krtani. Aby dostęp do krtani uczynić możliwie najbardziej swobodnym, na wysokości chrząstki pierścieniowatej wyciął gruby bliznowaty wałeczek błony śluzowej. Gdy po miesiącu okazało się, że „otwór wejściowy krtani znowu znacznie się zmniejszył”, warszawski chirurg pogodził się z faktem, że chora będzie stale zmuszona stałe nosić rurkę tracheotomijną, „gdyż po dokonanej powtórnie radykalnej operacji nie podobna już było myśleć o jakimkolwiek zabiegu, któryby zapewnił na stałe wolny i dostateczny dostęp powietrza do krtani”. Wkrótce jednak wystąpiły jeszcze gorsze następstwa. Chora niechętnie zgadzała się na wprowadzanie zgłębnika do przełyku, wskutek czego z trudnością zaczęła połykać pokarmy nie tylko stałe, ale i wkrótce i płynne. Po około ośmiu dalszych miesiącach Gabszewicz próbował przywrócić drożność gardła dolnego, dokonując przecięcia przełyku z zewnątrz (oesophagotomia externa). Dla ścisłości historycznej podać trzeba, że pierwszym, który zalecał tę operację był Verduc w 1611 r.

¹³ A. Gabszewicz: Przyrośnięcie języka do błony śluzowej policzka obustronne, nabyte. *Gaz. Lek.* 1899, T. XXI, S. II, R. XXXIV, Nr 38, s. 973-975; B. Beck: Zur Unterbindung der Arteria lingualis. *Dtsch. Zeitschr. Chir.* 1873, T. II, Z. 3, s. 323-324

Prymat wykonania jej w przypadku zwężenia przełyku należy do Tarengeta, a w celu usunięcia ciała obcego z przełyku do Goursaulta¹⁴. Operacja była trudna technicznie ze względu na obecność rurki tracheotomijnej sąsiadującej z polem operacyjnym i na znaczny przerost bocznych płatów tarczycy. Przełyk Gabszewicz otworzył „bez przewodnika”, gdyż zgłębnik zatrzymywał się powyżej chrząstki pierścieniowatej. Po rozcięciu przełyku wprowadził palec ku górze, natrafiając na dość silną bliznowatą błonę, zasłaniającą wejście do przełyku. Wprowadziwszy palec jednej ręki przez jamę ustną aż do przegrody, mógł dość łatwo „klampem” od strony przełyku przebić ową błonę i rozsuwając ramiona narzędzia, dostatecznie rozszerzyć światło dolnego odcinka gardła. Chcąc „otrzymać stalszy wynik”, przeprowadził miękki, ale gruby sącdek od strony przełyku przez gardło dolne i jamę ustną, oba jego końce wiążąc długą nitką. Brzegi rozciętego przełyku umocował do skóry paroma szwami. Chora zachowywała się bardzo niespokojnie, i w czwartym dniu po operacji wyrwała sącdek. Zgłębnik żołądkowy można było jednak już wprowadzić przez jamę ustną. Niestety, pojawiła się wysoka ciepłota ciała, zapalenie oskrzeli i w 12 dniu po operacji chora zakończyła życie. Sekcja zwłok wykazała ropień dolnego prawego płata płuc. Analizując ów przypadek, Gabszewicz upatrywał powstanie ropnia płuca obecnością „sąsiedztw(a) rany przełyku obok rany tracheotomicznej”, jak również niespokojnym zachowaniem się chorej. W przyszłości ograniczyłby się na pozostawieniu rurki w tchawicy na stałe oraz na założeniu przetoki żołądkowej¹⁵.

Niezmiernie instruktażowy był przypadek dotyczący pourazowej przetoki przewodu Stenona zakończony wytworzeniem „nowej drogi dla odpływu śliny”. 33-letni mężczyzna spadł z wysokości pierwszego piętra na deskę, na której nabite były gwoździe. Upadek ten spowodował obrażenia połowy twarzy. Po kilku dniach względnego spokoju wystąpił znaczny obrzęk tej połowy twarzy. Po nacięciu przez miejscowego lekarza owego

obrzęku nastąpił wyciek zielonkawego ciągnącego się płynu. Po czterech tygodniach przyjęty został na oddział Gabszewicza. Dwie ziarniniujące rany w okolicy wewnętrznego brzegu żwacza przy naciśnięciu powodowały wyciek śliny z domieszką ropy oraz nieznaczny szczękocisk. Nie można było zgłębnikować przewodu Stenona. Znacznie podwyższona ciepłota ciała oraz bolesność uciskowa przyusznic, ropienie w okolicy przetoki oraz zarosnięcie części przewodu zmusiły chirurga do wykonania operacji. Zastanawiał się nad wyborem rodzaju chirurgicznej interwencji; brał pod uwagę wykonanie operacji wg Maisonneuve’a, Wyborga, wreszcie Desaulta. Znalazł inne rozwiązanie problemu. Po wyłóżczkowaniu zropiałej jamy „rozciął...warstwami mięsień żwacz na długość jednego ctm. w kierunku poprzecznym, tj. prostopadłym do przebiegu jego włókien, rozpoczynając cięcie tuż przy jamie, znajdującej się w śliniance; doszedłszy do błony śluzowej rozciął...te ostatnią nożem tak, że otwór w niej znajdował się z tyłu i na wysokości ostatniego dolnego zęba trzonowego; następnie 4-ma szwami z cienkiego jedwabiu przymocował.. błonę śluzową, wwniętą do światła jakby nowowytworzonego kanału w mięśniu żwacza, do ścięgniętych części tego mięśnia”. Operacja była trudna przede wszystkim ze względu na grubość mięśnia i małą ruchomość, nie dającej się łatwo rozciągać, błony śluzowej. Pomyślny wynik operacji łączył z faktem, że „jama w przednim zrazie ślinianki odgrywała rolę zbiornika dla śliny, wydobywającej się z przewodu, który otwierał się do tej jamy; 16-dniowe pozostawienie sączka musiało wystarczyć dla wytworzenia się nowej drogi przez mięsień żwacz, która zastąpiła czynność przewodu śliniankowego¹⁶.

Te dokonania Antoniego Gabszewicza, znanego chirurga działającego w Warszawie na przełomie XIX i XX wieku, jego niezwykle dokładne opisy chirurgicznych dokonań, które inspirowały innych chirurgów do wykonywania podobnych operacji, na pewno wpłynęły na rozwój otorynolaryngologii na ziemiach polskich.

¹⁴ L. Rydygier: Podręcznik chirurgii szczegółowej. T. I, Poznań 1886, s. 454

¹⁵ A. Gabszewicz: Bezskuteczność zabiegów operacyjnych przy zwężeniu gardzieli i krtani. Gaz. Lek. 1905, T. XXV, S. II, R. XL, Nr 37, s. 907-910; C. Reyher: Die Laryngostricture und ihre Heilung durch den kunstlichen Kehlkopf. Arch. klin. Chir. 1876, T. XIX, s. 334-339; E. Hoffman: Ein dreifach getheilter Pharynx. Deutsch. med. Wochenschr. 1885, T. XI, Nr 28, s. 489

¹⁶ A. Gabszewicz: Przetoka przewodu śliniankowego (ductus Stenonianus); wytworzenie nowej drogi dla odpływu śliny z zejściem pomyślnem. Gaz. Lek. 1899, T. XXI, S. II, R. XXXIV, Nr 34, s. 737