

# Choroby języczka w czasopismach laryngologicznych drugiej połowy dziewiętnastego i pierwszej połowy dwudziestego wieku

## Uvula's diseases in the second half of the nineteenth and first half of the twentieth century ENT journals

ANDRZEJ KIERZEK <sup>1/</sup>, JACEK KOTUŁA <sup>2/</sup>, TADEUSZ BIELAWSKI <sup>1/</sup>

<sup>1/</sup> Sekcja Historyczna Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

<sup>2/</sup> Zakład Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Zielonogórskiego

Na wstępie zaprezentowano fizjopatologię języczka. Przedstawiono podział schorzeń tego organu według wiedeńskiego klinicyisty R. Coëna, zachowanie się języczka w różnych chorobach, szczególnie kile, w nowotworach złośliwych.

**Słowa kluczowe:** historia polskiej otorynolaryngologii

The physiopathology of the uvula is presented at the beginning. The division of diseases of this organ according to the Viennese clinician R. Coën, the behavior of the uvula in various diseases, especially syphilis, in malignant neoplasms are presented.

**Key words:** history of Polish otorhinolaryngology

© Otorynolaryngologia 2020

www.mediton.pl/orl



**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Kierzek

ul. Rozbrat 5 m. 6

50-334 Wrocław

tel. 693 52 17 60; e-mail: andrzejkierzek@wp.pl

E. Ewens z Atlantic City w 1934 r. uważał, że języczek, zdawałoby się, „nieszkodliwy organ”, często nawet przez lekarzy niesłusznie nazywany „podniebieniem”, „ten przeżytek i fizjologicznie zbędny przydatek (appendix) nie spotkał się nigdy z krytycznymi uwagami, poza temi, które mu poświęcił Hippokrates”. Starożytny lekarz twierdził naonczas, że jego wydłużenie spowoduje napadowy kaszel i zalecał jego skrócenie. Ewens zastanawiał się, czy języczek jest li tylko szczątkowym narządem, tworem zbytecznym. Wiadomo było, że dużych rozmiarów spowodował liczne dolegliwości: dysfagię, krztuszenie się, kaszel, uczucie ciała obcego etc. Radził pamiętać, że nie wielkość tego małego organu ma znaczenie zasadnicze, bowiem języczek nawet małych rozmiarów mógł być przyczyną wyraźnych dolegliwości. Słusznie zauważał, że języczek, wisząc w przestrzeni prowadzącej do dróg oddechowej i pokarmowej, gromadził na sobie niezliczoną ilość bakterii, ale i że m.in. podczas forsownego oddychania stanowił zabezpieczenie przed wpadaniem

owadów, ciał obcych. Znany był mu także fakt, że pierwsze objawy rozpoczynającego się kataru jako suchość i łaskotanie, zazwyczaj nie były odczuwane w nosie, lecz prawie zawsze w okolicy podniebienia miękkiego <sup>1/</sup>.

Zapalenie gardła powodowało pośród innych struktur tego organu także i zapalenie języczka.

Pod koniec XIX stulecia obowiązywał m.in. podział R. Coëna, klinicyisty wiedeńskiego, który pod względem etiopatologicznym i klinicznym dzielił choroby języczka na:

Ostre:

1. Uvulitis catarrhalis acuta – zapalenia kataralne, charakteryzujące się jego obrzękiem i zaczerwienieniem; gdy nieraz dochodziło do większego wysięku, pojawiała się dysfagia.

<sup>1/</sup> E. Ewens: Niedostrzeżony czynnik w skłonności do kataru nosa. „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 1934. t. IX, nr 14, s. 248-250.

## II. Przypadek pierwotnego raka języczka.

Podał

W. Żurakowski.

Z oddziału chirurgicznego D-ra Jawdyńskiego w szpitalu Dziec. Jezus.

Dnia 30/VIII 1894 r. zapisał się na oddział chirurgiczny chory A. Z. (z gub. Radomskiej), z zawodu kowal, 73 lata, liczący, który opowiedział, że od kilku miesięcy zaczął odczuwać pewną przykrość, jakby przeszkodę, przy połykaniu; ponieważ uczucie to nie przechodziło samo przez się, udawał się do lekarzy, a ci zalecali mu płukania. Stopniowo do dawnego uczucia przyłączył się ból, który wzmożił się znacznie w ostatnich czasach i ta okoliczność skłoniła chorego do przyjazdu do Warszawy. Z wywiadów dowiedzieliśmy się nadto, że zmian w głosie przez cały czas choroby nie było, oraz że dawniej Z. cieszył się zdrowiem pomysłnem; leczenia przeciwprzymiotowego nie przechodził i nie przypomina sobie wogóle żadnych objawów, któreby pozwalały podejrzewać przebyty przymiot.

Stan ogólny chorego jest zadawalniający, bowiem prócz zmian, świadczących o niezbyt posuniętyu uwiądzie starczym, nie bardziej rażącego nie zwracało na siebie uwagi przy badaniu przedmiotowem; narządy wewnętrzne spełniają swe czynności należycie.

Błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli bladoróżowa. Języczek prawie dwakroć powiększony, a kształt jego i ruchomość zachowane. Powierzchnia przednia języczka na lewo od linii środkowej oraz zewnętrzna lewa pokryte są owrzodzeniem bujającym, grubo-ziarnistym, które biegnie od wierzchołka tego narządu do jego podstawy, a stąd szerzy się na brzeg podniebienia miękiego, również z lewej strony, nie sięgając jednakże daleko, w postaci wąskiego pasemka, szerokości  $\frac{1}{2}$ —1 cm.; owrzodzenie to nie przechodzi na łuk podniebienia lewy. Brzegi owrzodzenia są dość równe, ostrościęte i ziarniste; dno płaskie, czyste, nie różni się barwą od otaczającej ją zdrowej błony śluzowej; połysku żadnego nie zauważyliśmy, podobnież żadnej woni nieprzyjemnej i żadnej wydzieliny. Na dotyk owrzodzenie jest dość twarde, zarówno jak i cały języczek, a zwłaszcza przednia jego powierzchnia: nawet przy dłuższem badaniu żadnego śladu krwawienia.

Tkanki, otaczające owrzodzenie, były na oko prawidłowe, nie zaczerwienione i nie nacieczone. Powierzchnia języczka prawa i tylna

gorącymi napojami, kwasami, alkaliami etc. Zwykle nie trwały długo, ale przy ich nawrotach dojść mogło do stanu przewlekłego. Częste ostre zapalenia powodować mogły jego przerost. Spotykano nieraz przerost wrodzony.

Przewlekłe zapalenie występowało najczęściej w postaci uvulitis granulosa z języczkiem usianym twardymi, ciemnoczerwonymi grudkami na także twardej, niewrażliwej na dotyk błonie śluzowej tego samego koloru. Stan ten prowadził m.in. do przerostu tego organu, przy czym dochodziło do stanu jego pewnej niekurczliwości. Zjawiał się kaszel, nieraz napady duszności, bowiem zaostrozony koniec wypadniętego języczka drażnił podstawę języka i brzeg nagłośni. Siegał nieraz do głośni, wywołując zmiany głosu, nadmierne wydzielanie śliny, a także różnego nasilenia duszność.

Choroby języczka zdarzały się często w chorobach zakaźnych, takich, jak m.in. odra i błonica. W gruźlicy i kile dochodziło niejednokrotnie do przyrośnięcia języczka do tylnej ściany gardła, innych deformacji, pozbawiając komunikacji jamy nosowej z gardłem. W różnicowaniu tego stanu pomagała diafanoskopia<sup>3/</sup>, badanie palpacyjne, badanie zgłębnikiem od strony nosa lub jamy ustnej<sup>4/</sup>.

Daniel Wajskopf<sup>5/</sup> z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala Miejskiego na Radogoszczu w Łodzi, zauważał, że w kile narządów wewnętrznych nieraz dochodziło do anomalii języczka. Obserwował zupełny jego brak w zakrzepowym zapaleniu żyły śledzionowej na tle zakażenia kilowego u 19-letniej chorej, zbaczanie języczka w kile wątroby u kilku chorych. Łódzki lekarz zwracał uwagę, że w kile trzeciorzędowej dojść mogło do guzkowatych owrzodzeń błony śluzowej i podśluzowej jamy ustnej, doprowadzając do zniekształceń, perforacji podniebienia miękiego, deformacji języczka. Języczek w zakażeniu kilowym jest bowiem bardzo czuły na wszelkie zmiany, zwłaszcza naciekowe, zachodzące w obrębie mięśni podniebienia miękiego, jest on zależny od równowagi mięśniowej czterech symetrycznych par mięśni tego podniebienia. W różnicowaniu radził uwzględniać blizny po przebytych ropniach okołomigdałkowych, po nacięciach, toczące się inne choroby, np. białaczkę limfatyczną<sup>6/</sup>.

Ryc. 1. Stronica tytułowa publikacji W. Żurakowskiego: Przypadek raka pierwotnego języczka. „Kronika Lekarska” 1895, t. XVI, nr 2, s. 69

2. Uvulitis follicularis – zapalenie, także z obrzękiem i zaczerwienieniem języczka, na powierzchni którego pojawiały się grudki wielkości ziarna soczewicy lub konopi; znaczna bolesność zwiększała się przy połykaniu.

3. Uvulitis phlegmonosa z charakterystycznym uczuciem obecności ciężkiego ciała obcego w gardle, utrudniającym nie tylko połykanie ale i oddychanie; zapalenie obejmowało nie tylko błonę śluzową i podśluzową, nieraz mięsień języczka<sup>2/</sup>, a także sąsiednie części gardła z podniebieniem. Te stany wywołane być mogły stanami zapalnymi górnych dróg oddechowych, środkami drażniącymi, m.in.

<sup>2/</sup> Mięsień języczka (m. uvulae, m. azygos uvulae), nieparzysty, biegnie od kolca nosowego tylnego do końca języczka; często składa się z dwóch pasm, leżących po obu stronach linii pośrodkowej języczka i wtedy jest mięśniem parzystym.

<sup>3/</sup> A. Kierzek: Diafanoskopia zatok szczękowych – metoda przedwcześnie zapomniana? Otolaryngologia Polska 1995, t. XLIX, nr 4, s. 371-379.

<sup>4/</sup> R. Jasiński: Dyagnostyka chirurgiczna. Warszawa 1894, s. 235.

<sup>5/</sup> Bohater łódzkiego getta, zastrzelony tamże w 1944.

<sup>6/</sup> D. Wajskopf: Stan języczka jako objaw pomocniczy w rozpoznawaniu kiły narządów wewnętrznych. „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 1937, r. XIV, nr 16, s. 301-305.

Patologiczne zmiany języczka wywoływały anomalie foniatryczne. Przy ostrym zapaleniu nieżyłowym, kiedy języczek ulegał obrzękowi i pewnemu unieruchomieniu, głos stawał się mało dźwięczny, czyniąc wrażenie tzw. głuchego. Zgłoski „m” i „n” nie posiadały swego naturalnego brzmienia nosowego, podczas gdy przy wymawianiu innych głosek pojawiał się lekki odcień nosowy. Perforacja lub destrukcja języczka, częste w kile bywały przyczyną mowy nosowej.

Leczenie ostrej i przewlekłej postaci zapalenia języczka polegało na użyciu środków przeciwzapalnych, ściągających. Zapalenia natury błonicowej wymagało silniejszych środków antyseptycznych, tonicznych, następowego stosowania elektryczności. Zaburzenia foniatryczne dodatkowo leczono „metodyczn(ą) gimnastyk(ą) głosu i mowy, mając(ą) na celu pobudzenie mózżebnej ruchliwości języczka”<sup>7/</sup>.

Ewens sądził, że skrócenie języczka było zabiegiem wywierającym zbawienny wpływ na ustąpienie nie tylko kaszlu, chrząkania, ale i na zmniejszenie stanów nieżyłowych górnych dróg oddechowych, szczególnie jamy nosogardzielowej<sup>8/</sup>. Jako zabieg bardzo prosty, nie wymagał ze strony operatora znacznych umiejętności ani dodatkowego instrumentarium. Miejscowe użycie kokainy lub jej pochodnych czyniło go prawie bezbolesnym. Wobec konieczności wykonywania zabiegu oburęcznie, pacjent musiał sam przyciskać sobie język, co przy odpowiednich wskazówkach ze strony operatora, wykonywał to lepiej niż wykwalifikowany asystent. Po chwyceniu ostrym haczykiem lub kleszczykami końca języczka, odcinało się tyle, ile było potrzeba, zanim chory zaczął się krztusić. Nieznaczny krwotok ustawał zwykle w ciągu 1 do 5 minut po płukaniu zimną wodą; często zabieg wykonywany był bezkrwawo. Inne narzędzia operacyjne nie były potrzebne.

Zmiany patologiczne języczka powikłane destrukcją sąsiednich struktur gardła wymagały nieraz rozleglejszych zabiegów: uranoplastyki lub stosowania odpowiednich obturatorów<sup>9/</sup>; te ostatnie niejednokrotnie stawały się przyczyną zapaleń i owrzodzeń sąsiedniej błony śluzowej<sup>10/</sup>.

Języczek stawał się także siedliskiem nowotworów złośliwych. W większości przypadków był nowotworem pierwotnym, mógł rozwijać się z nowotworów łagodnych, szczególnie włókniaków, gruczolaków, czy brodawczaków<sup>11/</sup>.

Witold Żurakowski, lekarz w oddziale chirurgicznym warszawskiego Szpitala Dzieciątka Jezus, którym kierował dr Franciszek Jawdyński, jeden z najwybitniejszych polskich chirurgów, pionier chirurgii głowy i szyi<sup>12/</sup>, opublikował przypadek 73-letniego kowala, mieszkańca guberni radomskiej. Ból gardła i dysfagia nie ustępowały po leczeniu ambulatoryjnym. Dwukrotnie powiększony ruchomy języczek pokryty był gruboziarnistym bujającym twardym owrzodzeniem, szerzącym się na brzeg podniebienia miękkiego, przechodząc na łuk podniebieno-językowy. Niepokój budziło powiększenie węzłów chłonnych podżuchwowych. Operacja polegała na usunięciu języczka wraz częścią podniebienia i łuku. Badanie histopatologiczne potwierdziło postawioną wcześniej diagnozę; był to rak płasko nabłonkowy rogowaciejący<sup>13/</sup>.

Żurakowski oznajmił, że znalazł w dostępnym czasopiśmiennictwie tylko pięć przypadków nowotworów złośliwych języczka, obserwowanych przez Malmstema ze Sztokholmu, Baginsky'ego i Katzensteina oraz Antoniego Jurasza sen<sup>14/</sup>. Jan Mikulicz-Radecki w swej monografii o nowotworach gardła i jamy nosogardłowej wspominał jeszcze o przypadku operowanym przez Ludwika Rydygiera<sup>15/</sup>.

Jan Pieniążek (1871-1943), łódzki i warszawski laryngolog<sup>16/</sup> opisał przypadek nowotworu złośliwego języczka obserwowany w Klinice Laryngologicznej w Krakowie, którą kierował jego stryj, prof. Przemysław Pieniążek. 74-letni emeryt kolejowy zgłosił się z guzem gardła barwy ciemnoczerwonej, miejscami brudnoszarej, o zrazikowej nierównej powierzchni, poprzecinanej głębokimi bruzdami,

<sup>11/</sup> J. J. Mc Caw: Primary epithelioma of the uvula and soft palate and treatment with the Roentgen rays. „New York Medical Journal” 1902, t. LXXVI, 9th August 1902, s. 225-227.

<sup>12/</sup> S. Bień, A. Kierzek, A. Wojnar: Osiągnięcia Franciszka Ksawerego Jawdyńskiego (1851-1896) na polu chirurgii nosa, gardła i krtani. „Otorinolaryngologia. Przegląd kliniczny” 2012, t. XI, nr 3, s. 95-100.

<sup>13/</sup> W. Żurakowski: Przypadek raka pierwotnego języczka. „Kronika Lekarska” 1895, t. XVI, nr 2, s. 69-72.

<sup>14/</sup> A. Baginsky, Katzenstein: Carcinom der Uvula. „Berliner klinische Wochenschrift” 1892, t. XXIX, nr 9, s. 201-202; A. Jurasz: Die Krankheiten der oberen Luftwege. Heidelberg 1891. t. II, s. 337.

<sup>15/</sup> J. Mikulicz (in:) P. Heymann: Handbuch für Laryngologie und Rhinologie. Wien 1898, t. I, s. 137.

<sup>16/</sup> A. Kierzek: Warszawscy otolaryngolodzy w XIX wieku. Wrocław 1998, s. 257 et passim

<sup>7/</sup> R. Coën: Die Krankheiten der Uvula und deren Einfluss auf Stimme und Sprache. „Wiener medizinische Presse” 1887, t. XXVIII, nr 25, s. 870-872, nr 26, s. 901-903.

<sup>8/</sup> E. Ewens: l. cit.

<sup>9/</sup> A. Kierzek: Protezowanie ubytków podniebienia w drugiej połowie XIX wieku. „Czasopismo Stomatologiczne” 2005, t. LVIII, nr 3, s. 217-224.

<sup>10/</sup> E. Ewens: op. cit., s. 250-251; L. Rydygier: Podręcznik chirurgii szczękowej. Poznań 1866, s. 250.

przyczepionym szypułowało do podniebienia miękkiego. Ta szypuła wychodziła z nasady języczka, który znikł w masie nowotworu i z podniebienia miękkiego z jednej strony. Podniebienie miękkie, oprócz miejsca przyczepu guza nie przedstawiało zmian chorobowych. Guz przylegał z boków do migdałków i poza nasadą języka opadał swobodnie w kierunku nagłośni. Łuki podniebienno-językowy i podniebienno-gardłowy były wolne. Ów nowotwór w całości ruchomy, dał się odciągnąć ku przodowi. Jednostronnie pod kątem żuchwy znaleziono powiększony węzeł chłonny. Celem uniknięcia krwawienia na podniebienie ułożono skośnie z obu stron nasady guza tępe kleszcze i pomiędzy nimi resekowano miękki guz wielkości dużego włoskiego orzecha z odpowiednim marginesem tkanek. Histo-

patologicznie okazał się rakiem z dużą skłonnością do rozrostu<sup>17/</sup>.

Nasi starsi o kilkanaście dziesiątek lat lekarze, nie dysponując wówczas: antybiotykami i terapią swoistą, pomocą nielicznych specjalistów i fachową literaturą, spotykali się nieraz ze schorzeniami tego małego organu. Radzili sobie, korzystając m.in. z publikacji, zanalizowanych w niniejszej pracy.

---

<sup>17/</sup> J. Pieniążek: Rak pierwotny języczka. „Przegląd Lekarski” 1909, t. XLVIII, nr 12, s. 185-186; Friedmann: Ein Fall von Carcinom der Uvula. „Berliner klinische Wochenschrift” 1906, t. XLIII, nr 43, s. 1409; H. Smith: Primary epithelioma of the uvula, with report of a case where recurrence took place after two operations for removal. „New York Medical Journal” 1905, t. LXXXI, nr 17, s. 850-851.