

Dokonania Jana Szeparowicza (1843–1882), ordynatora Oddziału Chirurgicznego Szpitala Powszechnego Krajowego we Lwowie, w leczeniu zwężeń krtani i tchawicy

Achievements of Jan Szeparowicz (1843–1882), Head of the Surgical Department of the National General Hospital in Lvov, in the treatment of larynx and trachea contractions

Andrzej Kierzek

Sekcja Historyczna Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi, Przewodniczący Sekcji: prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Kierzek

Article history: Received: 15.03.2019 Accepted: 17.05.2019 Published: 23.05.2019

STRESZCZENIE: Na początku niniejszego tekstu przedstawiono przyczyny ostrych i przewlekłych zwężeń krtani i tchawicy. Następnie w skrócie zaprezentowano drogę życiową i zawodową Jana Szeparowicza (1843–1882), znanego chirurga lwowskiego, ordynatora oddziału chirurgicznego w Szpitalu Powszechnym Krajowym, oraz dokładnie zanalizowano leczenie zwężeń krtani i tchawicy rozszerzaczami cynowymi i rurkami z twardego kauczuku metodą Leopolda Schroettera von Kristelli (1837–1908). Ten pionier światowej laryngologii przedstawił zasady ogólne takiego postępowania, jak i ujemne jego skutki. Na końcu artykułu opisano współpracę Jana Szeparowicza w tej dziedzinie z Teodorem Heryngiem, pionierem polskiej rynolaryngologii.

SŁOWA KLUCZOWE: historia medycyny kresów południowo-wschodnich Drugiej Rzeczypospolitej Polskiej, historia polskiej otorinolaryngologii

ABSTRACT: The causes of strictures of the larynx and trachea, both acute and chronic, are related at the beginning. Jan Szeparowicz's (1843–1882), a famous Lvov surgeon, the head of the surgical ward at the National General Hospital ways of life and profession are presented in brief. The treatment of laryngeal and trachea strictures with tin dilators and hard rubber tubes by Leopold Schroetter von Kristelli (1837–1908), a pioneer of the world ENT surgery, was thoroughly analyzed. Szeparowicz presented the general principles of such proceedings, as well as the negative effects of this therapy. Cooperation of Jan Szeparowicz in this field with Teodor Heryng (1847–1925), pioneer of Polish rhinolaryngology is introduced finally.

KEYWORDS: history of medicine of the south-eastern borderland of the Second Polish Republic, history of Polish otorhinolaryngology

W dziewiętnastym stuleciu zwężenia krtani stanowiły znaczny problem. Najczęstszą ich przyczyną były złamania chrząstek wspomnianego narządu wskutek urazów. Powstawały one zazwyczaj z powodu: (1) rozrostu nowotworów, najczęściej złośliwych, (2) porażen mięśni krtani, głównie rozszerzających szparę głośni – mięśni pierścienno-nalewkowych tylnych, (3) nacieków zapalnych różnego autoramentu, szczególnie spowodowanych zapaleniem chrząstki chrząstek krtani, ale także i zapaleniami swoistymi, takimi jak: gruźlica, kiła, twardeł, wtedy nazywana *chorditis vocalis hypertrophica inferior etc.*

Problem ten trapił ówczesnych chirurgów także w Szpitalu Powszechnym Krajowym we Lwowie. Prymariuszem oddziału chi-

urgicznego tej placówki był Jan Szeparowicz (1843–1882) [1], student Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, absolwent uniwersytetu w Wiedniu, gdzie w 1867 r. otrzymał stopień doktora medycyny, a w roku następnym – dyplom doktora chirurgii i magistra położnictwa. W chirurgii kształcił się w wiedeńskiej klinice prof. Leopolda von Dittela (1815–1898). W październiku 1868 r. został asystentem Kliniki Chirurgicznej Instytutu Chirurgiczno-Medycznego we Lwowie, szkoląc się tam do 1874 r., a równocześnie od 1871 r. objął stanowisko sekundariusza Oddziału Chirurgicznego w Szpitalu Powszechnym we Lwowie. W marcu 1875 r., po śmierci Józefa Molendzińskiego (1839–1975), awansowano go na prymariusza tego oddziału. Znany był jako wybitny chirurg nie tylko wśród Polaków w trzech zaborach, ale także



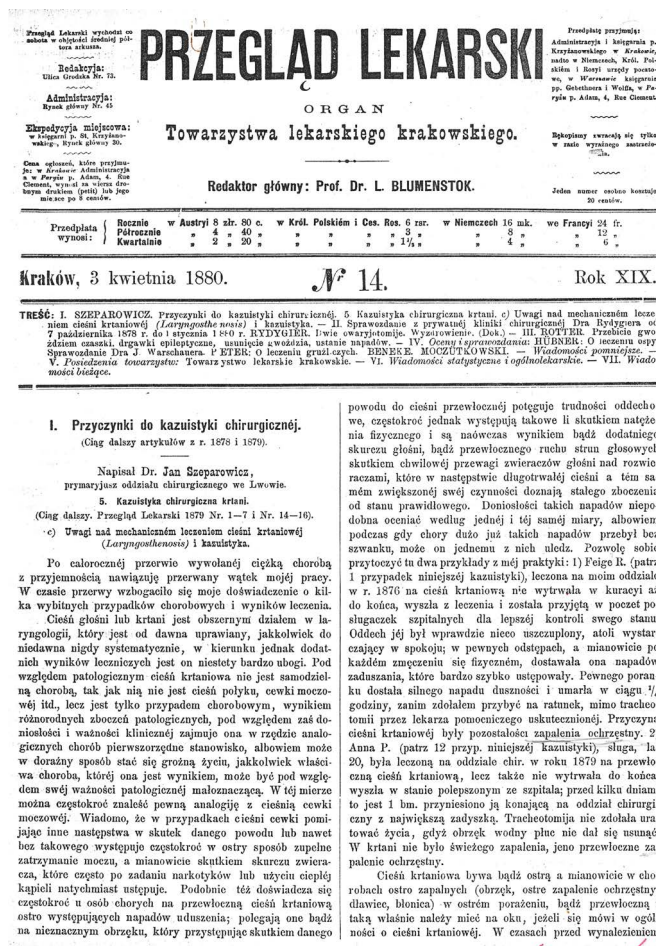
Ryc. 1. Jan Szepearowicz (1843–1882), Zbiory Specjalne Głównej Biblioteki Lekarskiej, sygn. 9/1060.

w samym Wiedniu. Po śmierci prof. Antoniego Bryka (1820–1881), kierownika Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, stał się jednym z kandydatów na tę katedrę (Ryc. 1.) [2]. Zmarł 10 września 1882 r. w Wiedniu. Pochowany został na cmentarzu grekokatolickim w Stanisławowie [3–7].

Jak Szepearowicz był chirurgiem wszechstronnym, biegłym zarówno w chirurgii jamy brzusznej, jak i bardzo specjalistycznej, np. nerwu zuchwowego sposobem Paraviciniego [8, 9]. Słynął również z operacji przeprowadzanych z dobrym efektem na drogach oddechowych, zwłaszcza: tracheotomii, rozszczepienia krtani, leczenia zwężeń krtani i tchawicy (Ryc. 2.) [10–19]. Problem wykonywanych przez Szepearowicza tracheotomii i rozszczepienia krtani zanalizowano w odrębnej publikacji [20].

Opisywany chirurg, mając do wyboru leczenie zwężeń krtani i tchawicy bez wykonania poprzedzającej tracheotomii (wg jego nazewnictwa – „w drodze naturalnej”) oraz terapię z wcześniejszym jej wykonaniem, stanowczo preferował ten pierwszy sposób.

Eugène Bouchut (1818–1891), pediatra francuski, który jako pierwszy na świecie, w drugiej połowie lat 50. XIX wieku wykonał tracheotomię u dziecka chorego na błonicę, aby ustrzec się dalszych tracheotomii u młodych pacjentów z tą chorobą, usiłował wprowadzać metalowe rozszerzadła (nazywane potocznie przez laryngologów m.in. rurkami), jednakże wszystkie siedem przypadków leczonych przez niego w ten sposób zakończyło się śmiertelnie. Podobne niepomyślne efekty osiągnął kilkanaście lat później Joseph Weinlechner (1829–1906), wprowadzając rurki z twardego kauczuku. Wilhelm Hack (1851–1887), klinicysta niemiecki wyszko-



Ryc. 2. Strona tytułowa publikacji J. Szepearowicza „Uwagi nad mechanicznym leczeniem cieśni krtaniowej...”, „Przeegląd Lekarski” 1880, r. XIX, nr 14, s. 185.

lony w ośrodkach wiedeńskich, słusznie twierdził, że nie powinno się podejmować żadnych czynności w krtani bez wcześniejszego badania wziernikowego. A warto przypomnieć, że Manuel Garcia (1805–1906), hiszpański śpiewak operowy i nauczyciel muzyki, pierwszy wziernikował krtani już w 1854 r. Szepearowicz twierdził, „że w przypadkach, gdzie zachodzi gwałtowna potrzeba wykonania tracheotomii z powodu dławca i następnej ostrej cieśni, a gdzie nie ma potrzebnych na ten cel przyrządów pod ręką, atoli rozporządza się rurką Weinlechnerowską, żaden lekarz zapewne na skrupuły Hacka nie zechce się oglądać” [10, 21, 22].

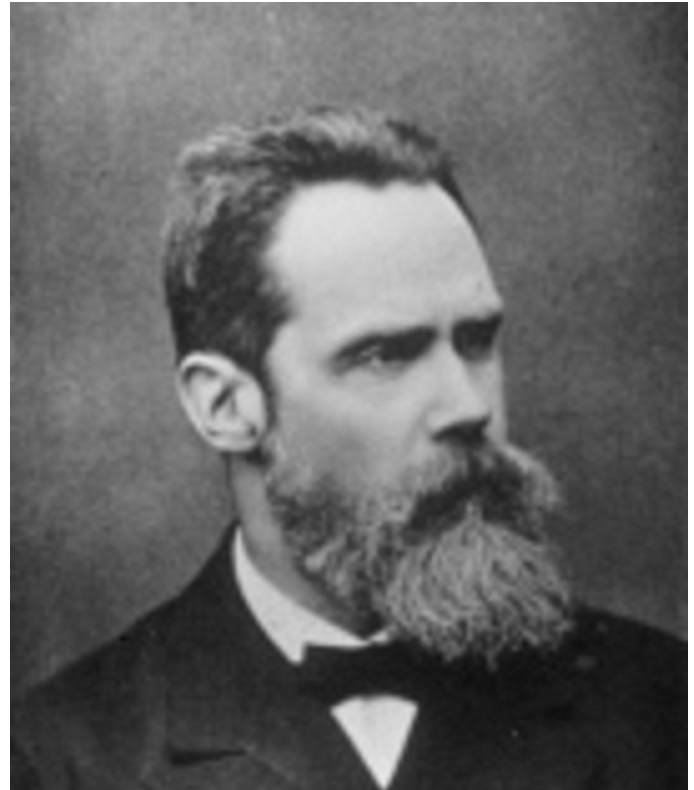
Lwowski chirurg przypominał, że pierwszeństwo przeprowadzenia rozszerzania mechanicznego krtani i tchawicy powinno być przypisane Friedrichowi Trendelenburgowi (1844–1924), niemieckiemu chirurgowi, m.in. twórcy operacyjnego leczenia zatorowości płucnej, specjalnej pozycji zwanej pozycją Trendelenburga, lekarzowi Fryderyka Augusta III Saskiego [23]. Medyk ten już w 1869 r. u 19-letniej dziewczyny ze stwierdzoną „znaczłą cieśnią krtaniową” niewiadomego pochodzenia, po wykonaniu tracheotomii – najpierw dolnej, a następnie górnej – „uskutecznił [...] długie cięcie w tchawicy od chrząstki pierścieniowej na wskroś przez gruczoł tarczowy rozcinając całą przednią ścianę rurkowej części tchawicy”, rozszerzając ją następnie za pomocą „stałych cynowych świeczek”, aplikowanych od zewnątrz „celem rozmiękczenia i ewentualnego zropienia istoty zwężającej tchawicę”. Amputował

często nagłośnię, której opadanie uważał m.in. za powód większego zwężenia. Mimo tak licznych usiłowań, jego wyniki terapeutyczne nie były zadowalające. Trzeba wspomnieć, że wprowadził on również przyrząd do określania „stopnia zadyszki”, tzw. dyspnoemeter, który Szeparowicz określił „raczej bawidełkiem może do fizjologicznych celów przydatnym”. Te dokonania Trendelenburga stanowiły pierwowzór metody zapoczątkowanej przez wybitnego internistę, dyrektora pierwszej w świecie kliniki laryngologicznej w wiedeńskim szpitalu ogólnym (Allgemeines Krankenhaus) oraz rynolaryngologa wiedeńskiego Leopolda Schroettera Rittera von Kristelli (1837–1908), która następnie otrzymała jego imię (Ryc. 3.). Trendelenburg prowadził na łamach czasopisma „Berliner klinische Wochenschrift” (nr 33/1875) polemikę z austriackim laryngologiem o uznanie pierwszeństwa zastosowania techniki, jednakże Schrotter, wykorzystując ją konsekwentnie i opisując to u 11 leczonych przez siebie chorych, „podniósł ten sposób leczenia do wysokości metody”. Odtąd w medycznym piśmiennictwie znana jest jako „metoda schroetterowska” [24–27]. Trzeba podkreślić, że wymaga ona wykonania tracheotomii jako aktu wstępnego. W przypadkach znacznego zwężenia wskazane było przecięcie lub przyżeganie zrostów odpowiednim narzędziem oraz stosowanie cewników elastycznych, pozostawianych odpowiednio długo w świetle zwężonej krtani i/lub tchawicy.

Skala rozszerzaczy cynowych (Zinnbougie, Zinnbolzen, wg Szeparowicza – „świeczek cynowych”, wg Herynga – „graniastosłupów cynowych”) (Ryc. 4.) obejmowała 24 sztuki o długości ok. 4 cm, różnej grubości, kształtu pryzmatycznego o trójkątnej powierzchni przekrojowej, odpowiadającej trójkątnemu kształtowi szpary głośni, o zaokrąglonych krawędziach. Przez te rozszerzacze na wskroś przebiegał mosiężny pręcik, który u dołu zakończony był guziczkiem osadzonym na cienkiej szyjce, a u góry – uszkiem, obok którego – w samym rozszerzaczku – znajdował się płytki rowek [10].

Prowadnicę („przewodnik”) do wprowadzania rozszerzaczy stanowiła metalowa rurka kształtu rozszerzacza z odpowiednim zgięciem, przeprowadzona na wylot przez rogową rączkę, na której po obu stronach osadzone były dwa tępe skrzydełkowate haczyki. U przedniego końca prowadnicy sterczała cienka, ostra i krótka nasadka. Zestaw uzupełniała mała pincetka, a raczej szczypczyki, której skrzydła rozwierały się i zamykały za pomocą umieszczonej w rączce śrubki.

Owe schroetterowskie rozszerzacze J. Szeparowicz wprowadzał bez kontroli wzornika. Instruował: „Wprowadziwszy palec wskazujący ręki lewej do gardła i oparłszy go o tylną względnie dolną powierzchnię nakrywki (nagłośni – A. K.) a cisnąć nim równocześnie nakrywkę ku przodowi, podczas gdy chory sam sobie język na zewnątrz kompresikiem przytrzymuje, wciska się przyrząd do krtani, przyczym należy skrupulatnie przestrzegać linii środkowej a palca wskazującego trzymać się jako przewodnika, przyrząd zaś należy wsuwać bezpośrednio wzdłuż tylnej powierzchni nakrywki” [11, 28]. Autor niniejszej publikacji świadomie przytacza tak dokładny instruktaż lwowskiego chirurga, aby ukazać jego skrupulatność. Sama publikacja J. Szeparowicza o leczeniu zwężeń krtani, zawarta na 29 stronicach w kilku numerach „Przeglądu Lekarskiego”, pisana jest z topograficzną dokładnością, pozwalającą wobec niedostatku medycznej literatury w owych czasach spełniać rolę przede wszystkim dydaktyczną.

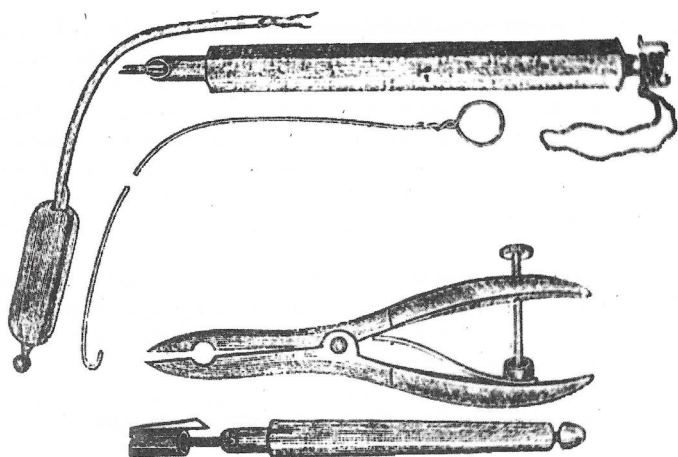


Ryc. 3. Leopold Schroetter von Kristelli (1837–1908). J. L. Pagel: Biographisches Lexikon hervorragender Aerzte des neunzehnten Jahrhunderts. Berlin 1901, s. 1534.

W 1875 r. Schroetter na miejsce rozszerzaczy cynowych wprowadził kauczukowe (wg Szeparowicza – „rurki”) o długości 25 cm i kształtach podobnych do cynowych, w końcach stożkowato zwężone, z trzema otworami owalnymi i jednym okrągłym, z numerowaną gałką umieszczoną dystalnie; po obu bokach owej gałki sterzczały mosiężne guziczki. Owe wyrabiane w 10- lub 12- skali z twardego kauczuku rozszerzacze wprowadzało się za pomocą wzornika lub bez kontroli, zostawiając je w miejscu zwężonym przez godzinę lub dłużej i umocowując taśmą przywiązywaną do guziczków u gałki, prowadzoną dookoła szyi chorego. Chorzy sami ćwiczyli metodę wprowadzania rozszerzaczy przed lustrem, a później także bez lustra. J. Szeparowicz wspominał pacjenta prowadzonego przez Hacka, który w czasie silnego napadu duszności sam sobie wprowadził schroetterowski rozszerzacz, ratując życie [11, 29]. Heryng wspominał w 1878 r. o dziewięciu wyleczonych przez Schroettera chorych, u których „doprowadzono krtani do prawidłowych rozmiarów”. Jego zdaniem była to świetna rekomendacja metody, nadająca jej „znaczenie ważnego i pożytecznego rękoczynu” [30].

Lwowski chirurg, obserwując niedostatki, a także ujemne skutki owej terapii, kierował się kardynalnymi zasadami, o których w przypadkach leczenia zwężeń krtani trzeba było pamiętać.

W razie wprowadzania rozszerzaczy w stanach ostrych, należało nabrać pewności, czy chory ma należyty dozór lub jest dostatecznie inteligentny, aby podczas nieobecności lekarza nie wyjął sobie rozszerzacza, co mogłoby doprowadzić do tragicznego końca. O takiej możliwości świadczy przypadek 20-letniego chorego szewca, który nabawiwszy się kiły, leczony był we lwowskim szpitalu wcieraniem i podskórnymi wstrzykiwaniami rtęci. W trzy tygodnie po dodatkowej infekcji doszło do pogorszenia jego



Ryc. 4. Graniastosłupy cynowe Schroettera do rozszerzania krtani. T. Heryng: O leczeniu zwężenia krtani za pomocą metody Schroettera. „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” 1878, t. LXXIV, s. 164.

stanu. Zmiany kiłowe manifestowały się przede wszystkim w krtani, doprowadzając do zapalenia chrząstki jej chrząstek, szczególnie nalewkowatych, owrzodzeń, znacznego obrzęku wszystkich struktur tego narządu, skutkując znacznym jego zwężeniem, wymagającym szybkiej interwencji. Wprowadzono rurki Schroettera, które chore, nie mogąc się pogodzić ze swoim stanem, kilka razy wyjmował. Wykonana doraźnie tracheotomia nie zdołała go jednak uratować. Szeparowicz słusznie zastanawiał się, czy „u ludzi nieinteligentnych, jeżeli nadto nie ma rękami dostatecznego dozoru, należało być bardziej skrupulatnym w(e) [wcześniejszym – A. K.] wyborze między tubage a tracheotomią” [31–33].

W sytuacjach, kiedy nie wykonywano wcześniejszej tracheotomii i nie było „innej drogi [...] zapewnienia choremu potrzebnej ilości powietrza”, należało przestrzegać zasady powolnego stopniowania skali grubości rozszerzaczy. Chirurg radził, aby „zwolna stopniować w skali wałeczków, a nie zbyt pośpiesznie postępować od niższych do najwyższych numerów”, oraz żeby stosować regułę „zwolna i cierpliwie naprzód”. W innym przypadku nieraz mogły pojawić się objawy uboczne, takie jak: ból, zaczerwienienie i obrzęk krtani, powrót chwilowego znacniejszego zwężenia, tachykardia, czasami podwyższona ogólna ciepłota ciała [11]. Świadczyła o tym sytuacja 16-letniej służącej leczonej z powodu zwężenia krtani, wywołanego przypuszczalnie twardziłą oraz zapaleniem chrząstki krtani. Rozszerzadła Schroettera poprawiały stan chorej, jednak nierozważny czyn lekarza dyżurnego lwowskiego szpitala, który wobec nasilenia się duszności nie wykonał tracheotomii, a zastosował większego rozmiaru rozszerzacz, spowodował zejście śmiertelne [14]. Ludwik Rydygier (1850–1920), jeden z najwybitniejszych polskich chirurgów, twierdził, że w czasie takiego postępowania pacjent powinien pozostać pod bezpośrednim nadzorem lekarza, najlepiej w zakładzie leczniczym. Takie zdanie podzielało wielu medyków [34].

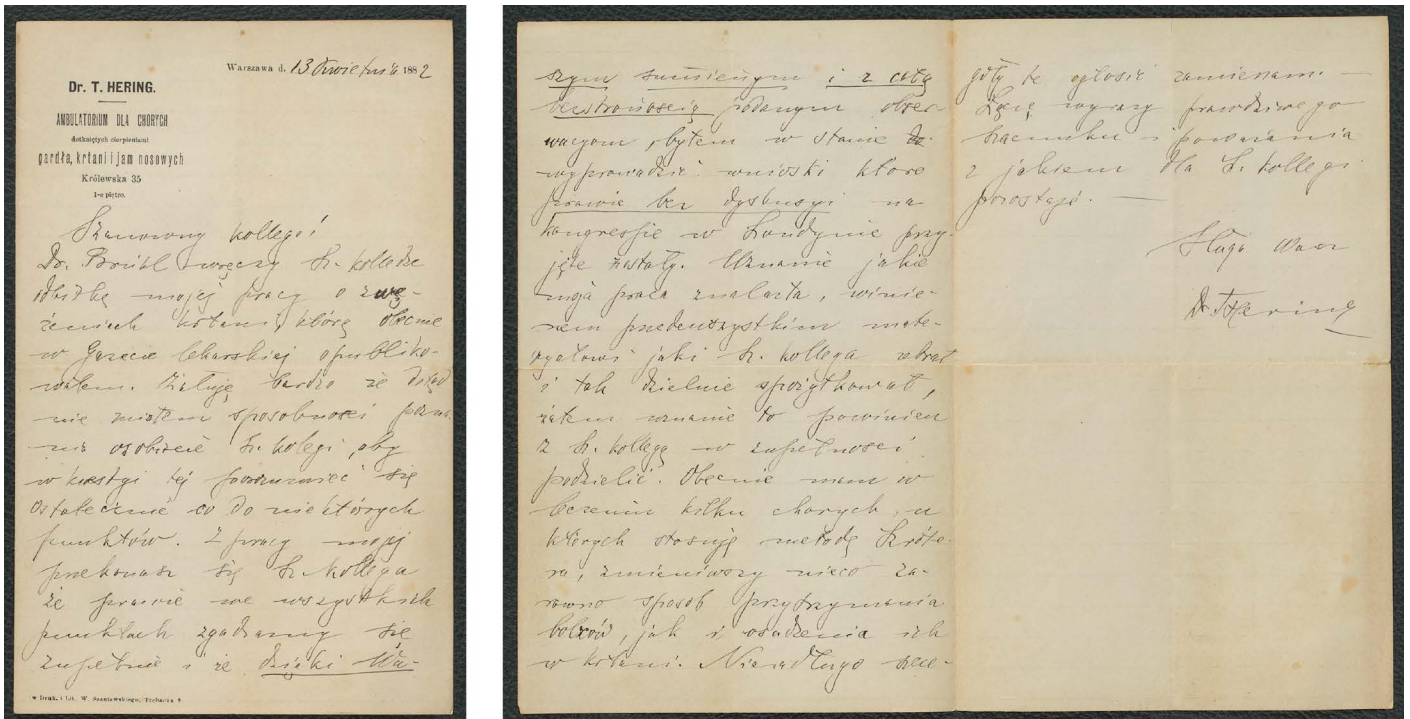
Szczególnie w stanach ostrej zapalenia krtani, zapalenia chrząstki krtani, powstających najczęściej jako powikłanie duru brzuszno-owego, jak i w przypadkach porażenia mięśni pierścienno-nalewkowych tylnych, rozszerzacz pozostawiane przez dłuższy czas mogły

powodować mniejsze lub większe owrzodzenia, nieraz głębokie odleżyny, doprowadzające do obnażenia chrząstek. Owe zmiany tworzyły się dość często, także wskutek stosowania zbyt dużego rozmiaru rurek. Skłonność do powstania odleżyn przy stosowaniu rozszerzadeł w stanach ostrej była większa niż w przewlekłych. Z drugiej strony, niejednokrotnie ucisk rozszerzacza spowodować mógł np. otwarcie ropnia, poprawiając nieraz stan ogólny chorego. Obserwacja pacjentów wykazywała, że np. u jednego z nich, który nieprzerwanie „miał rurkę w krtani przez ośm dni ciągle, a przez dalszych 6 dni przez całą noc”, nie doszło do powstania odleżyn. W ostrej stanach stosowanie rozszerzadeł Schroettera á demeure mogło uchronić pacjenta od tracheotomii, jednak nie we wszystkich sytuacjach [19].

W przypadkach zwężenia przewlekłych używanie rozszerzadeł cynowych dawało nieco lepsze efekty. Stosowanie ich w sposób rozsądny i łagodny mniej narażało chorego na powstanie odleżyn w krtani. Szeparowicz drobniawo wyjaśniał: „[rozszerzacz kauczukowy – A. K.] skutkiem swojej długości i swego zgięcia działają podczas wszelkich poruszeń krtani i gardła w ogólności tak oddechowych jako też połykowych według zasady krążka dwuramiennego z oparciem o nagłośnię i oddziaływają w skutek tego na krtanią ciągle jako uraz, podczas gdy świeczki tylko w całości jako ciało szczerlnie utwierdzone wraz z krtanią poruszają się i namienionego ubocznego działania nie sprawiają” [19]. Lwowski chirurg dziwił się, że Schroetter nie wspominał w swoich publikacjach o odleżynach, których tyle przykładów dostarczały obserwacje Szeparowicza. Nie zgadzał się ze Schroetterem, który polecał nie czynić przerw w leczeniu. „Przesada i pośpiech w takich razach doprowadza ewentualnie do tracheotomii, której się chciało uniknąć [...], lub wstrzymuje postęp leczenia a częstokroć zniewala ostatecznie do cofnięcia się wstecz w skali numerów niweczając osiągnięty już skutek [...]; urazowa zaś perichondritis może łatwo zakończyć się przy takiej zasadzie postępowania obumarciem i wydzieleniem chrząstek zamieniając tym sposobem przypadek uleczalny na nieuleczalny!” – wyjaśniał [19, 35].

Szczególnie ostrożnie należało postępować w przypadku zwężenia krtani u dzieci, wobec „wiotkości i delikatności” tkanek dziecięcego organizmu. Wprowadzanie rozszerzadeł cynowych, jak i kauczukowych powinno odbywać się przy pomocy wziernika krtaniowego, zawsze ostrożnie i łagodnie. Catheterisme forcé należało wyrugować z laryngologii, podobnie „jak go wyrugowała chirurgia z zakresu terapii cieśni cewki moczowej” – wyrokował [19]. Powikłania jednak zdarzały się. Jeden z pacjentów Schroettera „połknął świeczkę cynową wraz z długą nitką skutkiem przypadkowego odpadnięcia szczypeków, umocowujących ją w kaniuli” [19].

Lwowski lekarz był przeciwnikiem rozszerzania krtani w błonicy ze względu na: utrudnienie wykrztuszania się błon błonicych, możliwość zepchnięcia błon do tchawicy i ewentualnego zaduszenia, zatykania się rozszerzadeł śluzem, strupami etc., a także konieczność częstszej ich zmiany. Uważał, że wobec tej choroby trzeba przestrzegać z jak największą skrupulatnością zasady spokoju; „ciągle niepokojenie krtani przez wprowadzanie i wyjmowanie rurek nie lic(owało) z tym wymaganiem”, dlatego rozszerzanie krtani mogło dać efekt tylko w przypadkach, w których tracheotomia nie mogła być wykonana [11].



Ryc. 5a. i 5b. List Teodora Herynga do Jana Szeparowicza. Zbiory Specjalne Głównej Biblioteki Lekarskiej, sygn. 1–166.

Szeparowicz opublikował i zanalizował 26 przypadków zwężeń (wg ówczesnego nazewnictwa – „cieśni krtaniowej”). Oprócz nich leczył wielu innych pacjentów cierpiących na tego typu choroby, nie kończąc terapii „z powodu [ich] braku wytrwałości i cierpliwości” [16].

Publikacją Szeparowicza z 1880 r., w której przedstawiona została analiza przypadków zwężeń krtani, zainteresował się Teodor Heryng (1847–1925), jeden z pionierów polskiej rynolaryngologii, prymariusz oddziału rynolaryngologicznego w warszawskim Szpitalu św. Rocha. Ten znany już w świecie lekarz, podczas mającego odbyć się w 1881 r. w Londynie zjazdu lekarzy, otrzymał od prezydium zadanie sporządzenia rejestru statystycznego leczenia zwężeń krtani m.in. na ziemiach polskich [10, 36, 37]. Heryng chwalił dokonania Szeparowicza, pisząc: „spostrzeżenia [...] Szeparowicza, dowodzą, że prowadząc leczenie energicznie, a mimo to ostrożnie, uzyskać można zupełne wyleczenie, t.j. usunięcie rurki tracheotomicznej nawet w przypadkach zwężeń zastarzałych, będących skutkiem zapalenia ochrzęstnej po tyfusie lub ospie” [38]. Już po londyńskim lekarskim zjeździe Heryng, *par excellence* laryngolog, żałując, że nie miał sposobności poznać lwowskiego chirurga i porozmawiać z nim na temat zwężeń krtani, wyraźnie zafascynowany jego osiągnięciami, wysłał mu list, który jest zachowany w Zbiorach Specjalnych Głównej Biblioteki Lekarskiej (Ryc. 5.). Informując, że prawie zupełnie się z nim zgadza, pełen uwagi pisał: „[...] dzięki Waszym sumiennym i z całą bezstronnością podanym obserwacjom, byłem w stanie wyprowadzić wnioski, które prawie bez dyskusji na kongresie w Londynie przyjęte zostały”. Z szacunkiem zawiadamiał Szeparowicza: „Uznanie jakie moja praca znalazła, winienem przede wszystkim materyałowi jaki Sz. Kolega zebrał i tak dzielnie spożytkował, zatem uznanie to powinienem z Sz. Kolegą w zupełności podzielić”. Zakończył list niezwykle ciepło: „Łączę wyrazy prawdziwego szacunku i poważania z jakim dla Sz. Kolegi pozostaję – Sługa Wasz Dr THeryng” [39].

Ton tego pisma świadczy nie tylko o wadze dokonań lwowskiego chirurga. Pokazuje on również, że polscy lekarze, rozdzieleni wówczas granicami zaborów, te granice przekraczali, komunikując się ze sobą, wymieniając poglądy, udzielając sobie wzajemnie wszelakiej pomocy.

Ujmując zagadnienie leczenia zwężeń krtani i tchawicy historycznie, wspomnieć należy o Przemysławie Pieniążku (1850–1916), absolutnym pionierze polskiej laryngologii, kierowniku Kliniki Laryngologicznej w Uniwersytecie Jagiellońskim, który oprócz kauczukowych rozszerzadeł, w 1888 r. wprowadził do terapii zwężeń krtani gumowe dreny. Wskutek dłużej trwającego ucisku tych rurek, w krtani wytwarzała się z wolna „bliznowata ściana”, dzięki której utrzymywało się już odtąd trwałe światło krtani tej samej szerokości, nie wykazując skłonności do zwężenia [40].

Krok naprzód w leczeniu chirurgicznym przewlekłych zwężeń krtani stanowiła laryngofissura, czyli rozszczepienie krtani. Do 1845 r. zastosowano ją tylko ośmiokrotnie, ale już 20 lat później w naszym piśmiennictwie, ukazała się praca autorstwa Karola Gilewskiego (1832–1871), krakowskiego internisty i chirurga, o leczeniu dwóch przypadków rozsianych brodawczaków krtani za pomocą tej metody [40]. Dokonania Jana Szeparowicza z 1877 r. [42], Alfreda Obalińskiego (1843–1898), krakowskiego profesora chirurgii z 1879 r. oraz Teodora Herynga i Franciszka Jawdyńskiego (1851–1896), chirurga warszawskiego, pioniera chirurgii głowy i szyi z 1890 r. [43], Przemysława Pieniążka z 1893 r. (analiza 46 przypadków zwężeń krtani, przeważnie na tle twardzieli), Tadeusza Dembińskiego (1865–1930) z Poznania oraz Franciszka Kijewskiego (1858–1919), warszawskiego pioniera torakochirurgii z 1894 r. [44, 45], odbiły się echem nie tylko w polskiej laryngologii. W przypadkach zwężeń krtani po zapaleniach ochrzęstnej chrząstek krtani, powodujących wydzielanie się części chrząstek

krtani i następowego znacznego nieraz zmniejszenia światła krtani, osiągnano pewne wyniki po wszyciu szklanej kaniuli Jana Mikulicza-Radeckiego (1850–1905), jednego z najwybitniejszych polskich chirurgów, zmodyfikowanej przez Hermanna Kummela (1852–1937) i Aleksandra Baurowicza (1867–1949) [40, 46, 47].

Zdaniem Antoniego Dobrzańskiego (1893–1953), w latach 30. XX stulecia ordynatora oddziału laryngologii Szpitala Powszechnego we Lwowie, nie można pominąć jeszcze takich polskich później

działających laryngologów, jak: Antoni Jurasz sen. (1847–1923), Jan Miodoński (1902–1963) [48], Jan Szmurło (1867–1952), Jan Sędziak (1861–1932), Alfred Laskiewicz (1888–1969), Leopold Lubliner (1863–1937), Feliks Erbrich (1874–1938) i innych [49].

Analiza dokonań Jana Szeparowicza, lwowskiego chirurga, w dziedzinie chirurgii krtani, szczególnie tracheotomii, laryngofissury i terapii zwężeń krtani, wykazała, że powinien on znaleźć stałe i niekwestionowane miejsce w polskiej laryngologii.

Piśmiennictwo

- Kierzek A.: Otorinolaryngologia w Szpitalu Powszechnym Krajowym we Lwowie. Magazyn Otorinolaryngologiczny, przyjęto do druku.
- Szarejko P.: Szeparowicz Jan (1843–1882). Słownik Lekarzy Polskich XIX wieku, t. 2, Wydawnictwo Bellona, Warszawa 1994, 290–291.
- Jasiński R.: Ś.p. D-r Jan Szeparowicz (Wspomnienie pośmiertne). Gazeta Lekarska, 1882; 2/2/17(42): 850.
- Wiadomości bieżące. Gazeta Lekarska, 1882; 2/2/17(38): 785.
- Dr Jan Szeparowicz. Przegląd Lekarski, 1882; 21(37): 493, 502.
- Wiadomości krajowe i zagraniczne. Nekrolog. Medycyna, 1882; 10(39): 658.
- Nekrologia z II półrocza 1882. Kłosa, 1883; 36(939): 411.
- Noszczyk W.: Chirurgia. W: Dzieje medycyny w Polsce, t. 1, red.: W. Noszczyk, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2015, 322–323.
- Wojtkiewicz-Rok W.: Chirurgia w dobie zaborów. Lwów. W: Zarys dziejów chirurgii polskiej, red. W. Noszczyk, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2011, 135.
- Szeparowicz J.: Przyczynki do kazuistyki chirurgicznej. Uwagi nad mechanicznym leczeniem cieśni krtaniowej (Laryngosthenosis) i kazuistyka. Przegląd Lekarski, 1880; 19 (14): 185–187.
- Szeparowicz J.: Przyczynki do kazuistyki chirurgicznej. Uwagi nad mechanicznym leczeniem cieśni krtaniowej (Laryngosthenosis) i kazuistyka. Przegląd Lekarski, 1880; 15: 197–200.
- Szeparowicz J.: Przyczynki do kazuistyki chirurgicznej. Uwagi nad mechanicznym leczeniem cieśni krtaniowej (Laryngosthenosis) i kazuistyka. Przegląd Lekarski, 1880; 16: 209–211.
- Szeparowicz J.: Przyczynki do kazuistyki chirurgicznej. Uwagi nad mechanicznym leczeniem cieśni krtaniowej (Laryngosthenosis) i kazuistyka. Przegląd Lekarski, 1880; 17: 223–235.
- Szeparowicz J.: Przyczynki do kazuistyki chirurgicznej. Uwagi nad mechanicznym leczeniem cieśni krtaniowej (Laryngosthenosis) i kazuistyka. Przegląd Lekarski, 1880; 18: 233–225.
- Szeparowicz J.: Przyczynki do kazuistyki chirurgicznej. Uwagi nad mechanicznym leczeniem cieśni krtaniowej (Laryngosthenosis) i kazuistyka. Przegląd Lekarski, 1880; 19: 245–248.
- Szeparowicz J.: Przyczynki do kazuistyki chirurgicznej. Uwagi nad mechanicznym leczeniem cieśni krtaniowej (Laryngosthenosis) i kazuistyka. Przegląd Lekarski, 1880; 20: 261–262.
- Szeparowicz J.: Przyczynki do kazuistyki chirurgicznej. Uwagi nad mechanicznym leczeniem cieśni krtaniowej (Laryngosthenosis) i kazuistyka. Przegląd Lekarski, 1881; 20(14): 175–177.
- Szeparowicz J.: Przyczynki do kazuistyki chirurgicznej. Uwagi nad mechanicznym leczeniem cieśni krtaniowej (Laryngosthenosis) i kazuistyka. Przegląd Lekarski, 1880; 15: 191–192.
- Szeparowicz J.: Przyczynki do kazuistyki chirurgicznej. Uwagi nad mechanicznym leczeniem cieśni krtaniowej (Laryngosthenosis) i kazuistyka. Przegląd Lekarski, 1880; 16: 205–206.
- Haack W.: Ueber die mechanische Behandlung der Larynxstenosen. Wien 1875.
- v. Bruns P.: Die Resection der Kehlkopfs bei Stenose. Berliner klinische Wochenschrift, 1880; 17(38): 537–539.
- Trendelenburg F.: Beiträge zur den Operationen an den Luftwegen. Archiv für klinische Chirurgie, 1871; 14: 137.
- v. Schroetter L.: Beitrag zur Behandlung der Larynxstenosen. Wien 1876.
- Trendelenburg F.: Beiträge zur Behandlung der Larynxstenosen. Wien 1876.
- Reyher C.: Die Laryngostricture und ihre Heilung durch den künstlichen Kehlkopf. Archiv für klinische Chirurgie, 1876; 19: 334–339.
- Schroetter v. Kristelli L.: Vorlesungen ueber die Krankheiten des Hohlkopfes, der Luftröhre, der Nase und des Rachens. Wien 1887.
- Schnitzler J.: Zur Diagnose und Therapie der Laryngo- und Tracheostenosen. Wiener Klinik, 1877, 3(1).
- Jelenffy: Zur Therapie der Larynxverwachsungen. Wiener medizinische Wochenschrift, 1876; 24(9): 193–196.
- Heryng T.: O leczeniu zwężeń krtani za pomocą metody Schroettera. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, 1878.
- Pauly J.: Zur Entstehung der ringförmigen luetischen Pharynxstricturen. Centralblatt für Chirurgie, 1884; 9(17): 276.
- Welander W.: Fall von Stricture pharyngis syphilitica. International Centralblatt für Laryngologie, 1893; 9(12): 601.
- Lubliner W.: Ueber syphilitische Pharynxstricturen. Berliner klinische Wochenschrift, 1883; 20(24): 361–365.
- Rydygier L.: Podręcznik chirurgii szczegółowej, Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, Poznań 1886.
- Schroetter L.: Laryngologische Mittheilungen. Jahresbericht Wien 1871.
- Heryng T.: Zur Technik der Dilatation bei Larynxstenosen. Wiener medizinische Presse, 1882; 23(28): 890–891.
- Kierzek A.: Jak odbywały się zjazdy lekarskie sto lat temu. Wiadomości Lekarskie, 1987; 40(9): 639–642.
- Heryng T.: O wynikach mechanicznego leczenia zwężeń krtani. Gazeta Lekarska, 1882; 2/2/17(10): 214.
- Heryng T.: List do Jana Szeparowicza z 13 kwietnia 1882. Zbiory Specjalne Głównej Biblioteki Lekarskiej.
- Laskiewicz L.: O leczeniu przewlekłych zwężeń krtani, tchawicy i oskrzeli i udział w pracach nad niem, laryngologów polskich. Polski Przegląd Otolaryngologiczny, 1925; 2(3–4): 74–76.
- Kierzek A.: Znaczenie Karola Gilewskiego (1832–1871) dla polskiej laryngologii. Otolaryngologia Polska, 2007; LXI (3): 353–357.
- Kierzek A.: Dokonania Jana Szeparowicza (1843–1882), znanego chirurga lwowskiego w chirurgii krtani i tchawicy. Otorinolaryngologia. Przegląd kliniczny, przyjęto do druku.
- Bień S., Kierzek A., Wojnar A.: Osiągnięcia Franciszka Ksawerego Jawdyńskiego (1851–1896) na polu chirurgii nosa, gardła i krtani. Otorinolaryngologia. Przegląd kliniczny, 2012, 9(3): 95–100.
- Kijewski F.: O rozszczepieniu krtani (laryngofissura). Gazeta Lekarska, 1894, 14/2/29(28): 783.
- Kierzek A.: Dokonania Franciszka Kijewskiego (1858–1919) – pioniera polskiej torakochirurgii w dziedzinie rynolaryngologii. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, 2008; 144(12): 96–113.
- Baurowicz A.: Zur Aethiologie der Pharynxstricturen. Archiv für klinische Laryngologie und Rhinologie, 1895; 3(3): 354–435.
- Catti G.: Zur Casuistic und Therapie der Chorditis vocalis inferior hypertrophica. Allgemeine Wiener medizinische Zeitschrift, 1878, 23(25): 250–251.

47. Miodoński J.: Przyczynek do techniki rozszerzania zwężeń krtaniowo-tchawiczych przy pomocy drenów gumowych. Pol. Przegl. Otolaryngol., 1938, 14(3–4):343–357.
48. Dobrzański A.: Zwężenia krtani i tchawicy. Pol. Przegl. Otolaryngol., 1938; 14(3–4): 357.

Word count: 3560 Tables: – Figures: 5 References: 48

Access the article online: DOI: 10.5604/01.3001.0013.1762 Table of content: <https://otorhinolaryngologypl.com/issue/12040>

Corresponding author: prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Kierzek; Sekcja Historyczna Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi, Przewodniczący Sekcji, Wrocław, Polska; tel.: +48 693 52 17 60; e-mail: andrzejkierzek@wp.pl

Copyright © 2019 Polish Society of Otorhinolaryngologists Head and Neck Surgeons. Published by Index Copernicus Sp. z o.o. All rights reserved

Competing interests: The authors declare that they have no competing interests.

Cite this article as: Kierzek A.: Achievements of Jan Szeparowicz (1843–1882), Head of the Surgical Department of the National General Hospital in Lvov, in the treatment of larynx and trachea contractions; Pol Otorhino Rev 2019; 8(2): 61-67
