

AUTOSKOPIA GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH.¹⁾

Podał

Władysław Wróblewski.

Dr KIRSTEIN z Berlina podał nowy sposób badania krtani i tchawicy autoskopią (*Selbstschau*), przy której krtani daje obraz rzeczywisty, a nie odwrotny, jak w laryngoskopie (*Spiegelschau*). Pierwszą wzmiankę o tej metodzie znajdujemy w *Allg. med. Central-Zeitung* r. b. № 34 p. t.: *Laryngoscopia directa und Tracheoscopia directa. (Besichtigung des Kehlkopfes und der Luftröhre ohne Spiegel)*.

Następnie KIRSTEIN wygłosił odczyt w Towarzystwie Lekarskiem w Berlinie 15. V. r. b. [p. *Berl. klin. Wochenschr.* № 22. *Autoscopie des Larynx und der Trachea (Besichtigung ohne Spiegel)*], oraz później w Towarzystwie Laryngologicznem Berlińskiem (*Archiv für Laryng.* III Tom 1 i 3 zeszyt r. b.) i na zjeździe laryngologów w Heidelbergu dnia 4. VI. r. b.. W dyskusji nad tym ostatnim odczytem prof. M. SCHMIDT zaznacza wielkie trudności, z jakimi były połączone pierwsze próby zastosowania dziś powszechnie znanego i używanego laryngoskopu. Prof. KILLIAN zaś, uważając powyższą metodę za rzeczywisty postęp przy badaniu i leczeniu cierpień tylnej ściany krtani, wątpi jednak o jej powszechnem zastosowaniu u suchotników, jak wiadomo, bardziej od innych chorych wrażliwych.

Metoda ta z każdym niemal miesiącem ulegała pewnym zmianom i ulepszeniom. To też wynalazca zmuszonym był do ogłaszania coraz to nowych prac dopełniających, a więc w № 48 *Allg. med. Central-Zeitung* znajdujemy *Fortschritte in der Untersuchung des Rachens und des Kehlkopfes ohne Spiegel*, a w № 51 tegoż pisma *Meine verbesserte Methode der Autoskopie der Luftwege*. Wreszcie, jak dotąd, ostatnia tego autora praca ogłoszona w *Therapeutische Monatshefte* została streszczoną przez kol. ZIĘCIAKIEWICZA w № 41 Gazety Lekarskiej z r. b..

Główną część autoskopu KIRSTEIN'a stanowi szpatel w formie półrynnny 12 ctm. długości, szerokości 3 ctm. i 1—2,5 ctm. głębokości. Koniec szpatla nieco ku dołowi zgięty, podobnie jak szpatel REICHERT'a, przeznaczonym jest

¹⁾ [Autoskop i zastosowanie jego u chorych demonstrowany był w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem 29. X. 1895 r.]

2-139626

1391541130

W957a 1895

Akc. z l. 2024 nr 75

do uciśnięcia więzu nagłośnio-językowego średniego, w celu odchylenia nagłośni ku przodowi, przyczem układa się ona w rynienkę.

Druga forma szpatla jest to prosta rynienka, przeznaczona do przełożenia przez nagłośnię i przyciśnięcia jej do nasady języka. Takie dwa szpatle podaje KIRSTEIN w ostatniej swej pracy, uważając metodę swoją jako rzecz mniej więcej skończoną. Wkrótce potem doświadczenie skłoniło samego autora do poczynienia pewnych zmian, dokonanych pod jego kierunkiem przez elektrotechnika HIRSCHMANN'a w Berlinie, a jak dotąd polegających na zmniejszeniu szpatla autoskopu oraz dodaniu nowych form szpatli z większym lub mniejszym wygięciem ku dołowi, jakoteż i szpatli, przeznaczonych do badania krtani u dzieci. Modyfikacye te są bardzo odpowiednie, gdyż jak przy laryngoskopowaniu posiłkować się musimy lusterkami różnych wielkości, tak też i różnych form i wymiarów szpatle niezbędne są dla autoskopii.

Szpatel taki umieszcza się za pomocą osobnego mechanizmu w rękojeści pod kątem prostym.

W celu badania krtani autoskopem zalecał wynalazca pierwotnie pozycję leżącą ze zwieszoną głową, następnie pozycję zmienił o tyle, że stawał z tyłu badanego, który przechylał głowę ku tyłowi i opierał ją o piersi badającego. Obecnie KIRSTEIN zaleca następujący sposób autoskopowania: badający staje naprzeciwko chorego, siedzącego na krześle z głową i szyją nieco ku przodowi wyciągniętą. Przy badaniu krtani dolny koniec szpatla opiera się o nasadę języka i nagłośni, wtedy górny opiera się o zęby górne przednie, których bolesność stanowi dla autoskopii przeciwwskazanie, pomyślnym zaś jest zupełny brak tych zębów lub dobry ich stan.

Aby jednak warga górna, *resp.* wąsy nie zaciemniały pola widzenia, w miejscu, odpowiadającym położeniu zębów, do przyrządu przystosowaną jest klamra, której istnieją trzy odmiany, różniące się wysokością. Najwyższa przeznaczoną jest do użycia podczas operacyi.

W rynienkę, odpowiednio do badania ustawioną, rzucamy światło, z jakiegobądź źródła pochodzące, za pomocą reflektora. Najlepiej jednak i najjaśniej oświetla pole widzenia lampka elektryczna, umieszczona w ręczce autoskopu KIRSTEIN'a. Lampka ta pokryta jest metalowym cylindrem, zakończonym u góry soczewką zbierającą promienie światła na pryzmat, przełamujący go w ten sposób, że pada ono wprost w rynienkę. Rękojeść autoskopu łączy się tym razem za pomocą przewodników z akumulatorem lub, jak u mnie, z maszyną elektryczną o 8 elementach GRENET'a ¹⁾.

Podczas stosowania autoskopu rozróżniamy 3 pozycye. Przyciskając zlekka język szpatlem autoskopu, tak zresztą jak zwykłym szpatlem gardzielowym, widzimy całą gardziel—jest to pozycja pierwsza. Przy drugiej posuwamy nieco koniec szpatla ku nasadzie języka zlekka ją uciskając, i wtedy widzimy głębokie części gardzieli, przednią powierzchnię nagłośni, niekiedy i chrząstki nalewkowe. Przy trzeciej wreszcie pozycji silnie uciskamy końcem szpatla nasadę nagłośni, *resp.* jej więz nagłośnio-językowy średni, przyczem nagłośnia

¹⁾ Maszyny takie wyrabia u nas elektrotechnik p. Skubiński [Warszawa ul. Dobra Nr. 10].

kładzie się w rynienkę szpatla, odsłaniając wnętrze krtani. W trzeciej pozycji widać krtaniową powierzchnię nagłośni, chrząstki nalewkowe, całą długość tylnej ściany krtani, zatoki gruszkowate, tylny odcinek więzów nagłośnio-nalewkowych i tylną część strun wrzekomych i prawdziwych, przy wyciągnięciu zaś szyi badanego ku przodowi widać tchawicę, a niekiedy i rozdwojenie oskrzeli.

W celu łatwiejszego uprzytomnienia powyżej opisanego przyrządu KIRSTEIN'a podaję rysunki tegoż.

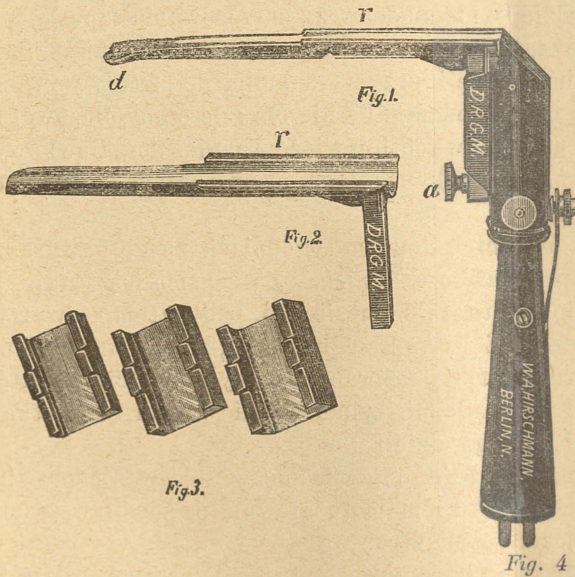


Fig. 1. Szpatel ze zgrubieniem wygiętem ku dołowi (*d*) r szyny, na które wsuwa się klamry; *a* śrubka przytwierdzająca szpatel do rękojeści.

Fig. 2. Szpatel prosty.

Fig. 3. Klamry różnych wysokości.

Fig. 4. Rękojeść.

głośni, co, jak wiadomo, prawie nigdy nie jest potrzebnem przy użyciu laryngoskopu. Przy autoskopie widzi się dokładnie, nie mówiąc już o całej rozciągłości gardzieli, nagłośnię, chrząstki nalewkowe, tylną ścianę krtani, tylne odcinki więzów nagłośnio-nalewkowych i strun, tchawicę a niekiedy i rozdwojenie oskrzeli. Nie widać jednak zupełnie przedniego kąta strun i wszystkich części w tej okolicy leżących, wskutek czego autoscopia w celach rozpoznawczych musi być koniecznie dopełnioną laryngoskopowaniem. Części krtani widzialne przy autoskopowaniu przedstawiają się bardzo wyraźnie pod względem barwy, do której jednak oko nawykłe do obrazu lusterkowego musi nabrać przyzwyczajenia.

Przez ucisk wywierany na nasadę języka i nagłośnię, stosunki anatomiczne zmieniają się nieco, co również trzeba mieć na uwadze.

Przy sprawach chorobowych na nasadzie języka i nagłośni użycie autoskopu jest pomimo kokainy tak bolesnem, że musi być zaniechanem lub też za-

Przyrząd KIRSTEIN'a stosuję od dwóch miesięcy codziennie w szpitalu Ewangelickim; doświadczenie dotychczasowe pozwala mi wypowiedzieć wnioski następujące.

Autoscopia stanowi bez wątpienia jeden ważny krok naprzód w dziedzinie laryngoskopii, w dzisiejszym jednak okresie uważam ją jeszcze za metodę pierwotną, wymagającą wielu studyów i zmian.

Stosowanie jej wymaga stosunkowo wiele pracy i specjalnej wprawy; jest ono dla chorego o wiele przykrejszem, niż użycie zwierciadła krtaniowego. Wyjątkowo tylko udaje się autoskopowanie bez uprzedniego znieczulenia kokainą nasady języka i na-

stosowaniem z wielką ostrożnością i to tylko w celu dokładnego rozpatrzenia przedniej powierzchni nagłośni.

Krtaniową powierzchnię nagłośni i to w wielkim perspektywicznym skróceniu można widzieć tylko po silnem naciśnięciu szpatlem autoskopu na *ligamentum glossoepiglotticum medium* [nagłośnia kładzie się wtedy w rynienkę szpatla], co przy sprawach chorobowych, połączonych z bólem, jest rzeczą niemożliwą; ma to zwłaszcza miejsce u większości chorych, dotkniętych gruźlicą krtani, którzy wogóle są nadzwyczaj wrażliwi przy badaniach.

Wnętrze krtani jest bardziej widocznem przy zastosowaniu szpatla w postaci półrynny prostej, t. j. nie zakończonej zgrubieniem ku dołowi zgiętem; szpatel taki przekłada się za nagłośnię i przyciska się ją do nasady języka, co jednak czynić należy z wielką ostrożnością, aby nie obrazić błony śluzowej tylnej ściany gardzieli, chrząstek nalewkowych lub więzów nagłośnio-nalewkowych.

Prosty szpatel przeznaczonym jest do używania przy operacjach wewnątrz-krtaniowych.

Narzędzia operacyjne w ostatnich dopiero tygodniach zaczęto wyrabiać; nie miałem więc dotąd możności wypróbowania ich. Zgięcie ich jest takie, jak narzędzi, używanych obecnie do operacyi w nosie, t. j. pod kątem rozwartym; są one tylko odpowiednio dłuższe. Z powyższego wynika, że w obecnej chwili przy użyciu autoskopu możliwe są tylko operacye na tych częściach, które metoda ta uwidocznia, a więc na nagłośni, tylnej ścianie krtani, chrząstkach nalewkowych i głębokich częściach gardzieli.

Autoskop KIRSTEIN'a może znaleźć odpowiednie zastosowanie przy leczeniu chorób tchawicy, oskrzeli i t. d.; mam tu głównie na myśli wstrzykiwanie płynów w celach leczniczych pod struny głosowe.

Przy badaniu górnych dróg oddechowych autoskopia stanowi dziś już ważną niekiedy metodę dopełniającą, pomocniczą; w obecnym stanie jednak jej rozwoju laryngoskopu wykluczyć nie może.

