

WG 5449p 1898

PRZYCZYNEK DO WAŻNOŚCI BADANIA KRTANI, ORAZ ZASTOSOWANIA PROMIENI ROENTGEN'A przy tętniakach (*aneurysmata*) aorty.

[Rzecz, czytana na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w dniu 3 maja 1898 roku].

Napisał

D-r Jan Sędziak,

b. asystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych w Szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

—x—x—

„Porażenie lewego nerwu krtaniowego dolnego (*n. recurren-tis*) jest prawie zawsze najwcześniejszym, oraz często przez czas dłuższy jedynym objawem przy tętniakach aorty“.

W ten sposób wyraża się prof. M. SCHMIDT (1), jeden z najlepszych znawców chorób krtani, oraz jednocześnie doskonały lekarz chorób wewnętrznych.

Pogląd powyższy już *à priori* może się wydawać słusznym, jeżeli się zwróci uwagę na stosunki anatomiczne, zachodzące między nerwem lewym wstecznym z jednej strony, oraz łukiem aorty z drugiej strony.

Dość przypomnieć sobie z anatomii, że lewy wsteczny zagina się pod łukiem aorty od przodu ku tyłowi, przebiegając następnie między tą ostatnią a lewym oskrzelem, ażeby zrozumieć, że tętniak, wychodzący z łuku aorty [a prawie w 86% ma to miejsce], zwłaszcza zaś z jego dolnej ściany, wywierać będzie ucisk przedewszystkiem na ten nerw.

Lecz nie tylko teoretyczne rozumowania czynią pogląd SCHMIDT'a wielce prawdopodobnym, kliniczne doświadczenie również stwierdza ten fakt.

I tak HAVILLAND HALL, autor cennej pracy o stosunku cierpień górnego odcinka dróg oddechowych do ogólnych zaburzeń ustroju (2), na 16 przypadków tętniaków aorty spostrzegał częściowe lub całkowite porażenie nerwu wstecznego lewego, ni mniej ni więcej, tylko 14 razy.

Nie więc dziwnego, że na zasadzie powyższych cyfr autor ten twierdzi, że „*positio cadaverica* lewej struny powinno przedewszystkiem na-prowadzać na myśl tętniaka aorty, szczególnie u mężczyzny między 30 a 60-ym rokiem życia“.

1360025120

2-138496

Akc. z 2023 nr 475

W ogóle dotąd udało mi się zebrać z literatury 74 przypadki, w których objaw ten, t. j. częściowe lub całkowite porażenie nerwu wstecznego przy tętniakach aorty był notowanym.

Są to przypadki: CHIARI'ego (3), HAV.-HALL'a 14 przypadków, BRONDGEEST'a (4), SELTER'a (5), CARTAZ'a (6), HERTEL'a (7), THUE'a (8) [2 przypadki], PLESKOFF'a (9) [2 przypadki], STEVEN'a (10), TRUC'a (11), BESCHORNER'a (12), SCHAEFFER'a (13) [2 przypadki], NEWMANN'a (14) [4 przypadki], MULHALL'a (15), FINLAYSON'a (16), HOLM'a (17), PERRY i NEWMANN'a (18), OSLER'a (19), SCHROETTER'a (20), SIMANOWSKIEGO (21) [6 przypadków], BEAN'a (22) [3 przypadki], RENZI'ego (23), KEE'go (24), MADER'a (25), wreszcie LOERI'ego (26) [5 przypadków].

Do tych przypadków (27) mogę dołączyć własnych 7 [z tych 2 prawdopodobne], jakie na ogólną cyfrę 9 miałem sposobność w ostatnich czasach spozstrzegać.

W przypadkach tych przedewszystkiem uderza fakt, na który zwrócił uwagę HAV.-HALL, uważając go za niemal znamieny dla tego cierpienia: oto prawie wyłącznie w przypadkach tych chorymi byli mężczyźni [raz jeden spozstrzegałem to cierpienie u kobiety].

Dalej rzeczywiście, jak to podkreśla tenże autor, wiek tych chorych wahał się zwykle między 30-ym a 60-ym rokiem życia. Jeden tylko z moich chorych był nieco starszy [67 lat].

Natomiast twierdzenie powyższego autora co do wyłącznego zajęcia nerwu wstecznego lewego nie jest zupełnie słusznem. Niewątpliwie porażenie tego ostatniego wskutek ucisku tętniaka aorty zdarza się najczęściej: jest to zupełnie zrozumiałem po tem, com powyżej o danych anatomicznych tej okolicy powiedział.

W 54 przypadkach na ogólną cyfrę 80, a więc przeszło w $\frac{2}{3}$, istniało porażenie struny po stronie lewej.

Bywały jednak i prawostronne porażenia nerwu wstecznego [10 przypadków]; są to przypadki THUE'a, NEWMANN'a, FINLAYSON'a, MADER'a i LOERI'ego.

Co się mnie tyczy, to nawet stosunkowo często [3 przypadki] widywałem zajęcie struny prawej; toż samo zauważył LOERI [3 na 5 przypadków].

W każdym razie jest to zupełnie przypadkowem, podobnie jak i fakt, że we wszystkich 14 przypadkach HAV.-HALL'a porażoną była struna lewa.

Jak sobie tłómaczyć owe bezwarunkowo rzadsze zajęcia [porażenie] prawego nerwu wstecznego?

Najzupełniej prosto znowu stosunkami anatomicznymi: prawy nerw wsteczny znacznie dalej leży od łuku aorty, niż lewy. Ucisk na ten nerw zwykle bywa przy tętniaku *art. subclaviae dextrae*.

Po większej części porażenie *recurrentis* bywa niezupełne, t. j. mamy zazwyczaj do czynienia tylko z porażeniem rozwieraczy głośni (*mm. crico-arytaenoidae post.*), jest to t. zw. *Posticuslähmung*, rzadziej z zupełnem porażeniem *recurrentis*. Pierwsze w lusterku krtaniowem przedstawia się pod postacią fonycyjnego, *resp.* środkowego położenia (*positio mediana*) zajętej struny, przymem

przy jednostronnem zajęciu nie będzie żadnego subiektywnego objawu [chrypki], przy obustronnem zaś zajęciu strun wystąpią objawy stenotyczne [przy-
padek CARTAZ'a].

Całkowite porażenie (*paralysis recurrentis*), które jest zwykle dalszym okresem porażenia rozwieraczy głośni (*Posticuslähmung*)¹⁾, wyraża się położeniem trupiem strun, t. j. pośredniem między oddechowem i fonacyjnem, przy-
czem zarówno przy jednostronnem, jakoteż przy obustronnem porażeniu jedy-
nym stałym objawem będzie chrypka.

Wogóle obustronne porażenia strun głosowych należą do rzadkich [7 przy-
padków]; są to spostrzeżenia MULHALL'a, HAV.-HALL'a, CARTAZ'a, BESCHOR-
NER'a, wreszcie PERRY i NEWMANN'a.

Zwykle bywa przytem obustronne porażenie mięśni obrączko-nalewko-
wych, rzadziej *paralysis nn. recurrentium*, wreszcie w przypadku PERRY i NEW-
MANN'a z prawej strony było *Posticuslähmung*, a z lewej całkowite porażenie *re-
currentis*. W przypadku zaś MAJOR'a z lewej porażenie rozwieraczy głośni,
z prawej skurcz odruchowy.

Przypadki te można objaśnić w różny sposób: albo znacznymi rozmiarami
samego tętniaka, albo jednoczesnem istnieniem dwóch tętniaków, t. j. aorty,
resp. łuku i *art. subclaviae dex*, wreszcie niektórzy autorowie [HAV.-HALL, CAR-
TAZ, BESCHORNER, oraz PERRY i NEWMANN] przypuszczają możliwość obu-
stronnego porażenia strun przy ucisku tylko na jeden nerw. W tych razach
należy przypuścić istnienie w nerwie błędnym (*vagus*) włókien centrypetalnych,
za pomocą których podrażnienie obwodowe przenosi się na ośrodki mózgowe
(jądra *n. accessorii Willisii*), warunkując obustronne zaburzenia ruchowe
w krtani.

Będzie to więc po prostu porażenie odruchowe, stanowiące istotę teoryi
G. JOHNSON'a, która dotąd jednak nie jest absolutnie stwierdzoną.

Nie ulega więc najmniejszej wątpliwości, że porażenia strun, bądź to pod
postacią t. zw. *Posticuslähmung (positio mediana)*, bądź *paralysis recurrentis (po-
sitio cadaverica)*, przy tętniakach aorty zdarzają się niesłychanie często, zwła-
szcza zaś po stronie lewej.

O ile objaw ten przy klasycznym tętniaku aorty, gdzie więc mamy do czy-
nienia ze stłumieniem, tętnieniem, oraz t. zw. szmerem aneuryzmatycznym na
manubrium sterni, ma tylko dla rozpoznania znaczenie podrzędne, potwier-
dzające, o tyle znowu przy braku powyższych objawów będzie on miał pierw-
szorzędne znaczenie.

Wyżej wspomniany SCHMIDT mówi: „zdarzają się przypadki, któ-
re aż do końca przebiegają tak bez objawów, że niepodo-
bienstwem jest je w ogóle rozpoznać. Inne, mianowicie na
dolnym obwodzie łuku się znajdujące, mogą przez czas dłuż-

¹⁾ Na zasadzie prawa [SEMON-ROSENBACH'a], że przy wszelkich organicznych [peryferycz-
nych lub centralnych] cierpieniach przedewszystkiem i najbardziej ulegają porażeniu włókna, idące
do rozwieraczy głośni (*mm. crico-arytaenoides post.*).

szy wykazywać jedyny objaw, t. j. porażenie nerwu krtanowego dolnego“.

W przypadku NEWMANN'a jedynym objawem, przemawiającym przypuszczalnie za tętniakiem, aorty, była nierówność tętna. W wielu przypadkach HAY-HALL'a jedynym objawem, który chorych skłonił do szukania pomocy lekarskiej była chrypka.

Zupełnie analogiczny przypadek, który niewątpliwie stwierdza ważność badania laryngoskopowego przy tem cierpieniu, miałem sposobność ostatnimi czasy spostrzeżać:

45-letni chory z prowincyi zasięgał mojej porady w dniu 6-ym lutego 1898 roku, skarżąc się na chrypkę, trwającą od dwóch miesięcy.

Wszelkie leczenie, dotąd przez miejscowych lekarzy [przypuszczających, o ile się zdaje, zapalne pochodzenie chrypki] stosowane, jako to: wziewania, okłady i t. d., okazało się zupełnie bezskutecznem; chrypka coraz większa, chory doznaje coraz większej duszności przy mówieniu, szybko się męczy, co go niesłuchanie niepokoi, ile że z powodu swojego zawodu [jest rejentem] chrypka stanowi dla niego wielką przeszkodę. Poza tem zdrow: nie doznaje żadnych bólów, nie kaszle, w ogóle z wyjątkiem silnego zdenerwowania, o czem mnie obecna przy badaniu żona powiadomiła, żadnych nie doznaje dolegliwości.

Od dziecka wąły, o ile się zdaje, bardzo skrofuliczny z wyjątkiem jakiegosć cierpienia płucnego (*pleuropneumonia?*) w 6-ym roku życia, oraz w 23-im żółtaczką żadnych innych chorób nie przechodził. Do syfilisu nie przyznaje się. *Abusus in tabaco*. Pochodzi, o ile się zdaje, z rodziny zdrowej, choć ojciec w wieku lat 65-iu zmarł nagle (*apoplexia? aneurysma?*), matka umarła na cholera. Rodzeństwo pomarło w młodszym wieku przeważnie również na cholera. Żonaty, żona zdrowa ma 5-oro zdrowych dzieci.

Przy pierwszym zaraz zbadaniu chorego lusterkiem krtaniowem nie ulegało dla mnie najmniejszej wątpliwości, że o żadnej sprawie zapalnej w danym razie mowy być nie mogło: struny głosowe zupełnie nie zmienione, również i błona śluzowa pozostałych części krtani żadnych cech zapalnych nie posiada. Natomiast lewa struna głosowa jest zupełnie nieruchomą, zarówno przy oddechaniu, jakoteż fonacyi, na brzegu wolnym wklęsła, skrócona znacznie w porównaniu z prawą, tak, że chrząstka nalewkowa lewa leży więcej ku przodowi, niż prawa, jednym słowem: mamy tu do czynienia z pozycją struny, jaką zwykle widzimy na trupie [choć niezupełnie, jak to ostatnimi czasy wykazał SEMON], t. j. pośredniej między wdechem a fonacją. Jest to t. zw. *positio cadaverica* struny lewej.

Nie ulegało więc najmniejszej wątpliwości, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z typowem całkowitem porażeniem lewego nerwu krtanowego dolnego (*paralysis n. recurrentis sin.*), przyczem charakterystyczna dla tej sprawy chorobowej, obok położenia trupiego wklęsłość, oraz skrócenie struny zależy od wtórnego porażenia zwieraczy (*adductores*), a przede wszystkim *m. thyreo-arytaenoidei int.*, które, jak wiadomo, w tych razach najpierw ulegają porażeniu [SEMON, BURGER].

Po za tem z wyjątkiem przewlekłego nieżytu nosa i noso-gardzieli, oraz wtórnego nieżytu ucha środkowego, nic szczególnego nie dało się wykryć w górnym odcinku dróg oddechowych.

Jakiego pochodzenia mogło być owe porażenie lewego *recurrentis*, oto pytanie, które się przedewszystkiem nastroczało?

Mogło ono być, albo centralnego pochodzenia, a więc wskutek jakiejś sprawy organicznej [nie funkcyjnalnej, gdyż przy tej ostatniej, jak to wykazał SEMON, ulegają porażeniu tylko zwieracze, nigdy zaś rozwieracze głośni] w ośrodkach nerwowych, co mi się w pierwszej chwili wydawało dość prawdopodobnem ze względu:

1) na zaznaczony przez żonę chorego fakt niezwykłego stanu nerwowego jej męża i

2) na bardzo wybitne drżenie (*tremor*) rąk, jakie u chorego podczas pierwszego badania zauważyłem.

Oprócz tego ośrodkowego pochodzenia porażenie *n. recurrentis*, zwłaszcza, jak w tym przypadku lewego, nasuwało na myśl inną, mianowicie obwodową przyczynę, t. j. ucisk na ten nerw i wtedy po większej części wskutek tętniaka (*aneurysma*) aorty, gdyż guzy śródpiersia (*mediastini*) zdarzają się o wiele rzadziej.

Wobec tego dla dokładnego wyświeatlenia danej sprawy chorobowej wspólnie z kol. EDW. ZIELŃSKIM przeprowadziliśmy bardzo szczegółowe badanie, przyczem skonstatowaliśmy, co następuje: chory dość nędznie zbudowany i odżywiany; najszczegółowsze zbadanie układu nerwowego nie wykrywa absolutnie żadnych danych na cierpienie organiczne ośrodków mózgowych, ani w sferze czuciowej, ani ruchowej żadnych zaburzeń, natomiast wykrywa wybitne zaburzenia funkcyjnalne [ogólna nadwrażliwość nerwowa—neurastenia].

Badanie narządów wewnętrznych, mianowicie klatki piersiowej, również nie daje żadnych pozytywnych danych.

W górnej części z lewej strony nieco może oddech zaostrozony; tony serca czyste, akcentuacja 2-go tonu aorty. *Arteriosclerosis*.

Pierwotnie zdawało się nam, że tętno lewe w porównaniu z prawem jest słabszem, lecz następnie przekonaaliśmy się, że nie jest to stały objaw i że jest on zależny od pobudzenia [psychicznego chorego podczas badania].

Pomimo tak skąpych danych, jakie przy badaniu obiektywnem otrzymaliśmy, na podstawie przedewszystkiem istniejącego porażenia lewego *recurrentis*, po wyłączeniu cierpienia organicznego centralnego, oraz guza śródpiersia, przyszlśmy do przekonania, że w danym przypadku najprawdopodobniej mamy do czynienia z tętniakiem łuku aorty, który, uciskając na nerw krtaniowy dolny, spowodował jedyny u naszego chorego objaw, t. j. chrypkę, przyczem lekkie zaostwienie oddechu w górnej części klatki piersiowej po stronie lewej zależało prawdopodobnie od ucisku ze strony tegoż tętniaka na lewe oskrzele.

Lecz należało przypuszczenie to, jak najprędzej zamienić w pewność. W tym celu, opierając się na paru przypadkach tętniaków aorty, które wykryte zostały dzięki promieniom ROENTGEN'a i w tym przypadku postanowiliśmy uciec się do tej metody.

W tym celu kol. BRCHOWSKI, który i poprzednie przypadki tak pomyślnie zbadał, zastosował w mojej i kol. EDW. ZIELIŃSKIEGO obecności prześwietlanie X promieniami, przyczem doskonale można było zauważyć z lewej strony powyżej serca guz tętniący.

Stosunki te doskonale widać na załączonej fotografii ¹⁾, zdjętej następnie z tego samego chorego. Widzimy tu najwyraźniej nad konturami serca aortę, której lewa strona przedstawia wypuklony znacznie guz [ciemna przestrzeń poniżej serca przedstawia wątrobę, widzialne w ilości 3 na fotografii małe kółka oznaczają guziki od koszuli, w której chory był fotografowany; *notabene* zdjęcie dokonano od tyłu].

Wobec tego nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że mieliśmy do czynienia w danym przypadku z typowym tętniakiem łuku aorty i że porażenie *nervi recurrentis sin.* było obwodowego pochodzenia wskutek ucisku ze strony tętniaka na powyższy nerw.

W tym też sensie i zastosowaliśmy leczenie: jodek potasu do wewnątrz w stopniowo zwiększanych dawkach [od 5—15 grn. *pro dosi* do pół drachmy *pro die*], kąpiele ze stopniowym obniżaniem ciepłoty od 29—24° R., dalek unikanie wszelkich wysiłków fizycznych, oraz pobudzeń psychicznej natury, wreszcie miejscowo na porażoną strunę zewnątrz elektryzację [faradyzację] i mięsienie za pomocą elektromotoru również od zewnątrz.

W pierwszych dniach leczenia chory zapadł na *paratyphlitis*, które jednak w kilka dni przy stosownem leczeniu [D-r EDW. ZIELIŃSKI] szczęśliwie przeszło.

Pod wpływem jodku potasu oraz miejscowego leczenia głos się nieco poprawił, w krtani jednak różnic wybitniejszych nie dało się zauważyć: lewa struna stale znajduje się w położeniu trupiem — jest nieruchomą.

Po paru tygodniach chory wyjechał do domu, gdzie ma sobie zalecone dalsze w znaczeniu powyższem leczenie.

W przypadku więc powyższym podobnie, jak w wielu HAV. HALL'a, jedynym objawem, niepokojącym chorego, który go zmusił do szukania porady lekarskiej, była chrypka, jedynym zaś prawie objawem obiektywnym istniejącego tętniaka aorty było całkowite porażenie lewego nerwu krtaniowego dolnego (*n. recurrentis*).

Przypadek ten dowodzi więc niezbicie ważności badania krtani przy tem cierpieniu.

Jeszcze pod innym względem zasługuje na uwagę powyższy przypadek; oto dowodzi on również ważności stosowania promieni ROENTGEN'a tam, gdzie niema klasycznych objawów tętniaka aorty.

¹⁾ Żałuję bardzo, że ze względów technicznej natury nie mogę podać tu reprodukcji fotografii, demonstrowanej przeze mnie na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek.

Oprócz powyższego przypadku, w którym X promienie tak znakomicie przyczyniły się do postawienia rozpoznania aneuryzmatu aorty, miałem sposobność jeszcze w paru innych przypadkach przekonać się o ważności tej nowej metody dyagnostycznej.

W jednym z nich, dotyczącym 19-letniej panny, demonstrowanej przez kol. EDW. ZIELIŃSKIEGO na jednym z posiedzeń lutowych r. b. w Warsz. Tow. Lek., kol. BYCHOWSKI zastosował z powodzeniem metodę ROENTGEN'a. W przypadku tym również brak było klasycznych objawów tętniaka aorty, a tylko brak tętna po stronie lewej, rozszerzenie lewej żrenicy, wreszcie oddech stenotyczny w lewej połowie klatki piersiowej pozwalały zaledwie przypuszczać to cierpienie. Prawdopodobnie tętniak w tym przypadku umiejscowiony był na łuku w bliskości wyjścia *art. subclaviae sin.* Tem też być może tłumaczy się brak w tym przypadku objawów ucisku na lewy nerw wsteczny.

Drugi przypadek dotyczył 50-letniego wyrobnika, leżącego na klinice prof. SZCZERBAKOWA na sali kol. KOPCZYŃSKIEGO. Chory ten obok typowego uwiązdu rdzenia (*tabes dorsalis*) dotkniętym jest, jak to znowu wykazało niezbićcie zbadanie chorego promieniami ROENTGEN'a, również przez kol. BYCHOWSKIEGO dokonane, tętniakiem *aortae ascendentis* [po stronie prawej]. W przypadku tym znalazłem prawostronne całkowite porażenie nerwu wstecznego (*positio cadaverica* struny prawej). Wskutek współistnienia w tym przypadku dwóch odrębnych cierpień, z których zarówno wiąd rdzenia, jak i *aneurysma aortae* mogą dawać objawy porażenia nerwu krtaniowego dolnego, nie możemy stanowczo powiedzieć, czy objaw ten jest w danym przypadku ośrodkowego, czyli też obwodowego pochodzenia. To ostatnie jednak jest więcej prawdopodobnem ¹⁾.

Jeszcze w 2 przypadkach porażień strun głosowych, przypuszczalnie obwodowego pochodzenia, zastosowaliśmy wspólnie z kol. BYCHOWSKIM X promienie, niestety, z ujemnym rezultatem.

Niezmierznie ciekawe te oraz jednocześnie ciemne przypadki podaję pokrótce na tem miejscu.

Chory, lat 40-kilka liczący, zgłosił się do mnie przed kilku tygodniami, skarżąc się na tętnienie w tylnej i prawej części głowy. Objaw ten stale choremu dokuczał i połączony był z uczuciem bólu. Wszelkie dotychczasowe leczenie [*antineuralgica*, elektryzacya i t. p.] bezskuteczne.

Badanie ucha prawego nie wykryło żadnych zmian, któreby objaw powyższy tłumaczyć mogło. Wewnętrzne narządy również zdrowe. Jednocześnie jednak z powodu istniejącej od pewnego czasu chrypki przeprowadzone przezemnie badanie laryngoskopowe wykazało prawostronne porażenie rozwieracza głośni (*m. crico arytaenoidei postici*): struna prawa mianowicie znajduje się w położeniu fonacyjnem (*positio mediana*).

¹⁾ Analogiczny przypadek spostrzegał GRABOWER [Berl. lar. Gesel. t. XII. 1893]: lewostronne porażenie nerwu wstecznego u tabetyka. Na sekcji odkryto tętniaka aorty. W przypadku moim po paru miesiącach znalazłem znaczną poprawę w krtani, mianowicie zamiast *positio cadaverica* „*mediana*“. To samo miało miejsce w przypadkach SEMON'a i ELSBERG'a.

Nie wątpiłem ani chwili, zastanawiając się nad tym, bądź co bądź, bardzo ciemnym przypadku, że zmiany w krtani znajdować się muszą w pewnym związku przyczynowym z tętnieniem w tylnej i prawej części głowy.

Nasuwała mi się mianowicie uparcie myśl, pomimo braku obiektywnych ku temu danych, jednoczesnego istnienia tętniaka aorty, oraz tętniaka jakiegoś naczyń w jamie czaszkowej.

Kol. EDW. ZIELIŃSKI, który także miał sposobność widzieć tego chorego, również przychylił się do powyższego poglądu.

Wobec powyższego przypuszczenia zaleciłem choremu tytułem próby, przedewszystkiem jodek potasu w dużych dawkach, poczem choremu zrobiło się o tyle lepiej, że tętnienie w głowie nie było ustawicznym, jak dotąd, lecz zdarzały się już mniej lub więcej znaczne, niekiedy kilkogodzinne przerwy.

Ostatecznie dla rozstrzygnięcia wątpliwości, z czem mianowicie mamy do czynienia, kol. BYCHOWSKI dokonał prześwietlenia zarówno klatki piersiowej, jako też i głowy promieniami ROENTGEN'a w mojej, a następnie kol. SOLLMANA obecności.

Tętniaka aorty nie wykryto, natomiast, acz niezbyt wyraźnie w okolicy tętnienia na głowie widać było jasne miejsce.

Przypuszczać więc było można, że w tem to miejscu znajdował się tętniak, który, uciskając na kość czaszkową, wywołał w tem miejscu jej ścieńczenie. W ten sposób tłómaczyliśmy sobie istniejące u naszego chorego objawy, jak: tętnienie, oraz ból.

Natomiast prawostronny *Posticuslähmung* pozostał dla mnie dotąd niewytłómaczonym. W przypadku powyższym na zasadzie badania X promieniami postanowiono dokonać trepanacyi czaszki, na które jednak chory się nie zdecydował. W ogóle dalsze jego losy nie są mi wiadome.

Drugi przypadek spostrzegałem zupełnie ostatnimi czasy: 41-letnia mężatka zasięgała mojej porady z powodu chrypki, trwającej od 6 tygodni, oraz duszności i kaszlu. Z wyjątkiem lewostronnego zapalenia opłucnej przed 11 laty, oraz tyfusu przed 20—żadnych innych chorób nie przechodziła. Bezdzienna—mąż cierpi na *chorea laryngis*.

Przy badaniu znaleziono: chora doskonale zbudowana oraz odżywiana, uderza silna duszność. Dość umiarkowany przerost gruczołu tarczowego, zwłaszcza jego prawej połowy. Wewnętrzne narządy zdrowe. Mocz białka nie zawiera. Badanie krtani wykrywa zupełną nieruchomość lewej struny głosowej (*positio cadaverica*).

I w tym przypadku po wyłączeniu centralnego cierpienia, jakkolwiek nie miałem żadnych pozytywnych danych obiektywnych, zacząłem z analogii do 1-go na wstępie opisanego przezemnie przypadku przypuszczać, że i tu porażenie lewego nerwu wstecznego może zależeć od skrycie przebiegającego tętniaka aorty, tem więcej, że i tu z lewej strony klatki piersiowej zdawało mi się słyszeć oddech nieco stenotyczny, oraz tętno z lewej strony jakby słabsze w porównaniu ze stroną prawą.

Uważać za przyczynę porażenia struny lewej istniejące u naszej chorej wole (*struma*) nie wydawało mi się prawdopodobnem, ponieważ lewy zraz gru-

czołu tarczowego stosunkowo bardzo mało był powiększonym, przerost zaś przeważnie dotyczył prawej jego połowy. Zresztą chora wyraźnie zaznacza, że wole ma już od dziecka i że w ostatnich czasach nie tylko się nie powiększyło, lecz nawet jest jakby nieco mniejsze ¹⁾. Istniejącą u naszej chorej duszność znacznego natężenia nie dało się więc objaśnić istnieniem przerostu gruczołu tarczowego. Dodać przytem winieniem, że chora jest wysoce nerwową, przyczem ten stan rozdrażnienia spotęgował się w ostatnich czasach z powodu przejść rodzinnych.

W obec powyższych wątpliwości poprosiłem kol. BUCHOWSKIEGO, by zastosował w danym przypadku promienie ROENTGEN'a, co też i uczynił w mojej obecności. Niestety, rezultat tego badania był zupełnie ujemny: aorta z wyjątkiem może rozlanego [cylindrycznego] rozszerzenia nie wykazała tętniaka.

Tym sposobem przypadek ten pod względem diagnostycznym pozostał dla mnie ciemnym. Być może, że dalsza obserwacja [chora przyjmuje do wewnątrz ze względu na *struma* pastylki tyreoidynowe firmy angielskiej BURROUGH and WELLCOME oraz ma także stosowaną faradyzację i masaż zajętej struny] wykryje istotną przyczynę porażenia lewego nerwu wstecznego ²⁾.

Z pozostałych przypadków tętniaków aorty, jakie miałem sposobność spostrzegać, jeden dotyczył chorego, lat 67 mającego, z zakładu dobroczynności, którego widziałem wspólnie z kol. MIKŁASZEWSKIM. W przypadku tym mieliśmy pewne dane do przypuszczenia tętniaka aorty wstępującej, mianowicie stępienie, oraz szmer na mostku w górnej części (*manubrium*). Badanie krtani w tym przypadku wykazało porażenie mięśnia obrączko-nalewkowego prawego (*Posticuslähmung*): struna prawa mianowicie znajduje się w pozycji środkowej.

W przypadku tętniaka aorty u 52-letniego wyrobnika, leżącego na sali D-ra CHEŁCHOWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus, żadnych zaburzeń w krtani nie znalazłem, natomiast bardzo interesującym jest przypadek, który ostatnimi czasy miałem sposobność spostrzegać dzięki uprzejmości D-ra PAWIŃSKIEGO, na którego oddziale w szpitalu Ś-go Ducha chora ta 40-letnia wdowa się znajduje.

W przypadku tym, w którym rozpoznano *ectasiam aortae* z następczą niedostatecznością zastawek aorty [*strepitus diastolicus* w okolicy 4-go żebra z lewej strony mostka], już od początku znajdowano przy badaniu krtani, z powodu chrypki przeprowadzonym, całkowite porażenie lewego wstecznego, które i dotąd istnieje, jak to się przy mojem badaniu okazało [*positio cadaverica* lewej struny głosowej ze skróceniem, oraz ekskawację wolnego jej brzegu].

¹⁾ HAJEK spostrzegał przypadki, w których przy długotrwałych wolach (*strumata*) występowało świeże porażenie nerwu wstecznego właśnie w okresie zmniejszania się wola, co tłumaczy sobie zwyrodnieniem rakowatym gruczołu tarczowego, oraz wciągnięciem nerwu krtaniowego dolnego.

²⁾ Niestety, chora ta usunęła się z pod dalszej obserwacji.

W przypadku tym również zajęty jest szczyt prawego płuca sprawą gruźliczą [laseczniki KOCH'a w płwocinie].

Samo się przez się rozumie, że to ostatnie nie mogło mieć żadnego znaczenia w powstawaniu lewostronnego cierpienia krtani. Przypadek ten, zdaniem mojem, bardzo by się nadawał do badania za pomocą promieni ROENTGEN'a.

9-ty i ostatni przypadek spostrzegałem ostatnimi czasy wspólnie z kol. EDW. ZIELIŃSKIM. 60-kilkoletnia chora. Chrypka. Porażenie lewego nerwu wstecznego (*positio cadaverica* struny prawdziwej lewej). Podejrzenie tętniaka aorty [stłumienie na mostku]. Zaproponowałem prześwietlanie metodą ROENTGEN'a, na co jednak chora się nie zgodziła.

Oto i wszystkie przypadki tętniaków aorty pewnych, lub przypuszczalnych, w których znajdowałem lub nie zajęcie strun głosowych, jakie dotąd miałem sposobność spostrzegać.

Na zasadzie powyższych danych sędzę, że wobec niezbiecie stwierdzonego klinicznie i anatomicznie faktu, że porażenie nerwu krtaniowego dolnego — zwłaszcza lewego może istnieć, jako jedyny i to wczesny objaw przy skrycie przebiegających tętniakach aorty ¹⁾, powinno się w każdym przypadku, w którym tylko istnieje najmniejsze podejrzenie na to cierpienie, zwłaszcza zaś przy istniejącej chrypcie, a nawet bez takowej [gdyż jednostronne *Posticuslähmung* nie daje tego objawu] badać krtan lusterkiem, gdyż w ten sposób, jestem pewien, w wielu razach wykryć można tętniak aorty tam, gdzie się go najmniej spodziewać było można.

Dowodem tego jest mój pierwszy przypadek, dowodzą tego również przypadki: HAV. HALL'a, NEWMANN'a i innych. Wogóle jestem najpewniejszy, że tętniaki aorty zdarzają się o wiele częściej, niż się to powszechnie przyjmuje i że jednym z najważniejszych objawów, pozwalających na wykrycie tego cierpienia jest częściowe, lub całkowite porażenie strun głosowych.

Oprócz porażen, acz rzadko, zdarzać się mogą przy tętniakach aorty i skurcze krtani [przyp. KRISHABER'a i LOERI'ego] wskutek drażnienia tętniakiem nerwu wstecznego. Wreszcie LOERI wspomina też o obrzęku krtani zastoinowego pochodzenia wskutek tętniaków aorty.

Badanie laryngoskopowe, oprócz powyższych objawów krtaniowych, może wykazać też ucisk zwykle większego już tętniaka aorty na samą tchawicę, a więc wypuklenie, oraz tętnienie tylnej i lewej jej ścianki, przyczem sama tchawica zwykle w tych razach przemieszczoną bywa ku stronie prawej. Przypadki tego rodzaju, stwierdzone sekcyą, są ogłoszone przez SELTER'a [w 5 na 8 przyp.]; HERTEL'a, w tym ostatnim nastąpiła nawet zanik (*usura*) tchawicy, wreszcie HAV. HALL'a, oraz MADER'a.

Jako pomocnicza metoda rozpoznawcza obok badania laryngoskopowego może do pewnego stopnia przy tętniakach aorty służyć metoda OLIVER'a, polegająca na tem, że tchawicę ujmuje się między duży palec i wskaziciel poni-

¹⁾ Podobnie jak to ma miejsce często przy wjadzie rdzenia.

żej chrząstki obrączkowej i lekko ku górze unosi. Czuje się wtedy, jak przy każdym skurczu—tchawica i krtąń obniżają się ku dołowi.

Na jednym z posiedzeń niderlandzkich laryngologów prof. PEL z Amsterdamu ¹⁾ demonstrował tę metodę na jednym z chorych, dotkniętych tętniakiem aorty.

Lecz badanie krtani (*laryngoscopia*) może mieć przy tętniakach aorty nie tylko znaczenie metody rozpoznawczej, lecz niemniej ważne i dla rokowania. I tak: jeżeli w przebiegu tętniaka aorty, wywołującego za pomocą ucisku porażenie całkowite nerwu wstecznego, objawy zarówno subiektywne [chrypka], jako też i obiektywne [nieruchomość strun] zmieniać się będą na lepsze, t. j. głos stanie się coraz czystiejszym, ruchy zaś w porażonej strunie coraz swobodniejsze, to niewątpliwie należy przypuszczać, że ucisk na nerw wsteczny się zmniejszył, a co zatem idzie i sam tętniak się skurczył.

W przypadku tym stawiać możemy lepsze rokowanie, niż tam, gdzie objawy te bez zmiany przez czas dłuższy istnieją. Taki przypadek spostrzegaliśmy między innymi prof. CHIARI z Wiednia ²⁾ [52-letni mężczyzna, od 1½ roku chrypka. *Positio cadaverica* struny lewej, chrypka, *aneurysma arcus aortae*. Od 6 tygodni powracają ruchy w lewej połowie krtani — głos lepszy, co autor czyni zależnem od ewentualnego kurczenia się tętniaka aorty]. Również i promienie ROENTGEN'a, obok rozpoznawczego, mogą mieć jeszcze i prognostyczne znaczenie, wykazując zmniejszanie się tętniaka. W początkowych zaś okresach mogą one wykryć, jak to miało miejsce w 1-ym z opisanych powyżej przypadków, tętnienie w aneuryzmatycznym worku, co dowodzi, że worek nie jest jeszcze wypełniony skrzepami krwi, a co zatem idzie, choremu grozi obawa pęknięcia tętniaka. Wogóle co się tyczy rokowania przy tętniakach aorty, to nie jest ono tak bezwzględnie złe, jak się to powszechnie przyjmuje. Prof. M. SCHMIDT z Frankfurtu nad Menem widział nawet zupełne wyleczenie w 5 przypadkach, z tych w jednym trwało ono lat 20.

A teraz parę słów co do leczenia tętniaków aorty, *resp.* zależnych od tego cierpienia zaburzeń krtaniowych.

Wyżej wspomniany SCHMIDT, wychodząc z tego założenia, że zawsze w przypadkach tętniaków aorty mamy do czynienia z podkładem syfilitycznym, zaleca naturalne leczenie swoiste [wcierania, oraz jod] obok kąpeli siarczanych.

Sądzę jednak, że pogląd powyższy jest może nieco za jednostronny — nie sądzę, ażeby zawsze syfilis grał taką rolę w etyologii tętniaków aorty. Natomiast jodek potasu, pierwotnie przez NÉLATON'a i BALFOUR'a w tem cierpieniu zalecany, zwłaszcza w dużych dawkach ³⁾, zawsze był i pozostanie dzielnyim środkiem przy leczeniu tego cierpienia. Dla wywołania skrzepów TILLMANN zaleca elektrolizę. Co się tyczy miejscowego leczenia zaburzeń krtani-

¹⁾ Jour. of Laryng. 1898. Nr. 2.

²⁾ L. c.

³⁾ W jednym z przypadków SCHMIDT'a chory wyżył w ciągu roku bez szkody 2500 grm.. Rezultat prztem był bardzo pomyślny.

niowych, t. j. porażen strun, to najwłaściwszem będą: elektryzacya i mięsienie. Taką też kuracyę w przypadku 1-ym, szczegółowo przez nas podanym, przeprowadziliśmy — z jakim skutkiem, przyszłość to dopiero okaże.

Już po napisaniu niniejszej pracy, miałem sposobność znowu widzieć chorego po przeszło 2-miesięcznej niebytności. Głos silniejszy, mniej ochrypnięty. Przy badaniu lusterkiem krtaniowem znalazłem zmianę następującą: lewa struna głosowa, poprzednio stale będąca w położeniu trupiem, znajduje się obecnie w pozycyi środkowej, t. j. fonacyjnej, jest przytem dłuższa, niż poprzednio, wklęsłość jednak wolnego brzożo istnieje, aczkolwiek również mniej wyrażona. Jednocześnie, jak to stwierdził kol. EDW. ZIELIŃSKI, i szmer oddechowy po stronie lewej klatki piersiowej utracił swój pierwotny, lekko stenotyczny charakter. Nie ulegało więc wątpliwości, że ucisk na lewy nerw wsteczny, jakoteż na lewe oskrzele, się zmniejszył, *resp.* sam tętniak aorty się skurczył. Chcąc się jednak o tem naocznie przekonać, znowu postanowiliśmy prześwietlić chorego za pomocą promieni ROENTGEN'a, co też i dokonał kol. BRUCHOWSKI w mojej oraz kol. EDW. ZIELIŃSKIEGO, wreszcie kol. BUDZYŃSKIEGO — krewnego chorego obecności. I rzeczywiście wynik prześwietlenia najzupełniej potwierdził nasze przypuszczenie, gdyż tętniak aorty okazał się dość znacznie zmniejszonym w rozmiarach. Również tętnienia tym razem w nim nie zauważyliśmy, natomiast ciemne plamy, prawdopodobnie wskazujące wytworzone w tętniaku skrzepy.

Wobec powyższego, ponownego badania przypadek ten nabiera jeszcze większego znaczenia. Przedewszystkiem stwierdza on znane prawo [ROSEN-BACH-SEMON'a], że przy każdej progresywnej, organicznej sprawie nerwowej bądź ośrodkowego, bądź, jak w 1-ym przypadku, obwodowego pochodzenia, najpierw i najbardziej ulegają porażeniu rozwieracze krtani, przyczem w przypadkach, kończących się pomyślnie, te ostatnie również najpierw się poprawiają. W danym przypadku poprawa obiektywna w głośni ujawniła się zmianą położenia zajętej struny z trupiego [całkowite porażenie nerwu wstecznego] do pośrodkowego [porażenie rozwieraczy głośni]. I prognostyczne znaczenie zarówno badanie krtani, jakoteż prześwietlenia metodą ROENTGEN'a jeszcze bardziej się ujawniło przy ponownem badaniu.

L I T E R A T U R A.

- 1) SCHMIDT. Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1894. p. 566.
- 2) HAV. HALL. The Lettsomian lectures on diseases of the nose and throat in relation to general medicine. Lancet. 1897. Febr. 6—27 i March 13.
- 3) CHIARI. Demonstration in Wien laryng. Gesel. J. C. f. Lar. 1898. 61.
- 4) BRONDGEEST. Beitrag zur Diagnose des Aneurysma arcus aortae. Ibid. 1893/4. 619.
- 5) SELTER. Ueber Druckgeschwüre in Trachea und Bronchus, herforgerufen durch Aneurysmen. Virch. Arch. OXXXIII. 1. 1893.

- 6) CARTAZ. Paralyse double des crico-aryténoïdiens postérieurs dans un cas d'anévrysme de l'aorte. Bull. et mem. de la Soc. de Lar. de Paris. Juli. 1891.
- 7) HERTEL. Trachealstenose. Usur der Trachea in Folge von Aortenaneurysma. Recurrens lähmung, Charité Annalen. XVI. 1891.
- 8) THUN. Zwei Fälle von Aneurysma aortae. J. C. f. Lar. 1892. 7. VIII.
- 9) PLESKOFF. Ueber die Recurrenslähmungen unter besonderer Berücksichtigung der in der Heidelberger ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-Nasen- und Rachenkrankheiten behandelten Fälle. Diss. Heidel. 1889.
- 10) STEVEN. Aneurism of the aorta. Glasg. med. Jour. 1888. January.
- 11) TRUC. Anévrysme de la crosse de l'aorte, insuffisance et rétrécissement aortique-paralyse et atrophie de la corde gauche. Compression et dégénérescence de recurrent correspondant Mors. Autopsie. Lyon méd. 40. 1885.
- 12) BESCHORNER. Doppelseitige Paralyse der Glottiserweiterer in Folge von Druck eines Aortenaneurysmes auf den N. recurrens sin. Ruptur jenes. Tod. Monat f. Ohr. 5. 1887.
- 13) SCHAEFFER. Aneurysma der Aorta anonyma. Monat. f. Ohr. 1. 1887.
- 14) NEWMANN. A lecture on some points on relation to the diagnostic significance and the therapeutic indications of laryngeal symptoms resultings from pressure of aneurysms upon the vagus and recurrent laryngeal nerves. Brit. med. Jour. 2. VII. 1887.
- 15) MULHALL. A case of intrathoracic aneurisma with special comments on the laryngeal phenomena. J. c. f. Lar. 1885. II. p. 30.
- 16) FINLAYSON. Remarks on laryngeal paralysis and inequality of the pupils, as tending to aid also to mislead in the diagnosis of thoracic aneurysm etc. Lancet. 3. I. 1885.
- 17) HOLM. Einige Beobachtungen von Bronchostenose. J. c. f. Lar. 1885. II. p. 270.
- 18) PERRY and NEWMANN. Aneurism of the aorta rupturing into the trachea. Glasg. med. Journ. 1885.
- 19) OSLER. Aneurysm of aorta with rupture into the trachea in two places and perforation of the oesophagus. N. Y. med. Journ. 16. V. 1885.
- 20) SCHRÖTTER. J. C. f. Lar. 1885, p. 476.
- 21) SIMANOWSKY. J. C. f. Lar. 1885. p. 480.
- 22) BEAN. Paralysis of vocal bands from aneurism. J. C. f. Lar. 1884. p. 178.
- 23) RENZI. Un caso di paralisi della corde vocale sin. da pressione sul ricorrente. Arch. di Lar. IV. 1884.
- 24) KEE. A case of paralysis of left recurrent laryngeal nerve due to aortic aneurism. Oec. med. Times. Jan. 1897.
- 25) MADER. Aneurysma der Arteria anonyma. Tod durch Compression der Trachea. Wien med. Blät. 22. 1897.
- 26) LÖRI. Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens des Kehlkopfes und der Luftröhre. 1885. p. 61.
- 27) Są to tylko te przypadki, w których za życia badano krtań lusterkiem. Innych [sekcyjnych tylko przypadków], jak: FORTUNET'a, BERNHEIM'a i SIMON'a, wreszcie MATHIEU'a, nie uwzględniałem.