

ANDRZEJ KIERZEK¹, ANDRZEJ OBRĘBOWSKI², JACEK KOTUŁA³

Emma Mościsker (1898-1942) Jedna z pionierek polskiej foniatry

Emma Mościsker (1898-1942)

One of the Pioneers of Polish Phoniatriy

¹ Sekcja Historyczna Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi, przewodniczący: prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Kierzek

² Katedra i Klinika Audiologii i Foniatrii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; kierownik dr hab. n. med. Michał Karlik

³ Specjalistyczny Gabinet Stomatologiczny dr n. med. Jacek Kotuła, ul. Wyszyńskiego 1, 65-525 Zielona Góra

ABSTRAKT

Emma Mościsker (1898-1940), jedna z pionierek polskiej foniatry, studiowała w Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie oraz szkoliła się w wiedeńskich ośrodkach foniatrycznych profesorów Hajeka i Neumanna. Pracowała w Szpitalu Powszechnym Krajowym we Lwowie oraz w Szpitalu Starozakonnych na Czystem w Warszawie. Znane są jej prace m.in. na temat stroboskopii, rerania (*rhotacismus*), zaburzeń głosu w mutacji, ćwiczeń uderzeniowych. Znaczne zainteresowanie wzbudziła jej publikacja dotycząca znaczenia zabiegów w zakresie otorynolaryngologii dla głosu i mowy.

Słowa kluczowe: historia polskiej otorynolaryngologii, historia medycyny Kresów Południowo-Wschodnich Drugiej Rzeczypospolitej Polskiej, historia foniatry

ABSTRACT

Emma Mościsker (1898-1940), one of the pioneers of Polish phoniatics, studied at the Jan Kazimierz University in Lvov and trained in the Viennese phoniatic centers of professors Hajek and Neumann. She worked at the General National Hospital in Lvov and the Orthodox Church Hospital in Czyste in Warsaw. She is known for her works on stroboscopy, rhotacismus, mutation voice disorders, and punch exercises. Her publication on the importance of otorhinolaryngology procedures for voice and speech aroused considerable interest.

Keywords: history of Polish otorhinolaryngology, history of medicine in the South-Eastern Borderlands of the Second Polish Republic, history of phoniatriy



Ryc. 1. Emma Mościskier. Źródło: Zb. GBL Dz. Starej Książki sygn. IL Warsz.-Białost. PL\327\1\0\3790

Po I wojnie światowej placówki foniatryczne w Polsce zazwyczaj powstawały przy uniwersyteckich klinikach otolaryngologicznych. Jedną z pionierek foniatrii w naszym kraju była Emma Mościskier¹ (Ryc. 1).

Urodzona 18 czerwca 1898 r. we Lwowie, wyznania mojżeszowego, deklarowała przynależność państwową polską. Dyplom lekarza uzyskała 4 lipca 1925 r. w Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie. Kształciła się w oddziałach: chirurgicznym, chorób wewnętrznych i pediatrycznym Szpitala Powszechnego Krajowego we Lwowie, a także w foniatrii u profesorów Markusa Hajeka i Neumanna w Wiedniu². Następnie pracowała w Oddziale Otolaryngologicznym tego lwowskiego szpitala, otrzymując stałe uprawnienie do wykonywania praktyki nr Z. O. 1222/26, wydane przez Ministerstwo

1 W medycznej literaturze spotyka się dwie wersje zapisu nazwiska: Mościskier i Mościskier.

2 Karta rejestracyjna członka Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej nr 3273 z 7 maja 1935. Zb. GBL Dz. Starej Książki sygn. IL Warsz.-Białost. PL\327\1\0\3790; J.B. Gliński, *Słownik biograficzny lekarzy i farmaceutów ofiar drugiej wojny światowej*, t. III, Warszawa 2003, 239-240.

Spraw Wewnętrznych 20 lutego 1926 r.³ Od 15 marca 1935 r. ordynowała w charakterze asystentki w warszawskim Oddziale Otolaryngologicznym Szpitala na Czystem, kierowanym przez dr. Bronisława Berka Karbowskiego (1884-1940)⁴, zajmując się leczeniem zaburzeń głosu i mowy⁵. W poczet Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej wpisana została 7 maja 1935 r.⁶ (Ryc. 2). W październiku 1936 r. przenieśli się na krótko do Lwowa, potem wróciła do stolicy⁷. Była członkiem Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego.

Rodziny nie założyła. W czasie okupacji przebywała w warszawskim getcie. Deportowana do Trebłinki 8 października 1942 r., zginęła w komorze gazowej w tym samym roku⁸ (Ryc. 3).

Na temat stroboskopii wygłosiła wykład na XI Zjeździe Otolaryngologów Polskich w Krakowie w 1935 r., który opublikowała rok później w „Polskim Przeglądzie Otolaryngologicznym”⁹ (Ryc. 4).

Stroboskopia wprowadzona została do laryngologii przez M. Oertela w 1878 r. W Oddziale Otolaryngologicznym warszawskiego szpitala na Czystem używany był neostroboskop, „zbudowany na zasadzie przerywania promieni wzrokowych”¹⁰, składający się z dwóch części. Bezpośrednio do motoru pantostatu załączono skrzynkę zawierającą krążek nadmuchiwany za pomocą gumowego balonika; urządzenie hamujące lub przyspieszające bieg krążka umożliwiało regulację

3 Adamski, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Zaświadczenie z 20 lutego 1926. Zb. GBL Dz. Starej Książki, sygn. IL Warsz.-Białost. PL\327\1\0\3790; Kwestionariusz dla pierwszego zgłoszenia zawodów leczniczych z 11 września 1940. Zb. GBL Dz. Starej Książki, sygn. IL Warsz.-Białost. PL\327\1\0\3790.

4 Karbowski znany był z prac doświadczalnych na temat dróg łączących przestrzeń podjączynówkową z przestrzenią perilymfatyczną ucha wewnętrznego u człowieka i u zwierząt. Zob. A. Kierzek, *Otolaryngologodzy warszawscy w XIX wieku*, Wrocław 1998, s. 192-195; A. Kierzek, *Rozwój warszawskiej myśli otolaryngologicznej w XIX wieku*, Wrocław 1997, s. 79 et passim.

5 J. Stein, Szpital Starozakonnych na Czystem. Zaświadczenie z 12 lipca 1940. Zb. GBL Dz. Starej Książki, sygn. IL Warsz.-Białost. PL\327\1\0\3790.

6 W. Szenajch, Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka. Zaświadczenie z 7 maja 1935. Zb. GBL Dz. Starej Książki, sygn. IL Warsz.-Białost. PL\327\1\0\3790.

7 J.B. Gliński, *op. cit.*

8 L. Wulman, J. Tenenbaum, *The martyrdom of Jewish physicians in Poland*, New York 1963, s. 421; S. Zabłocki, *Słownik biograficzny otolaryngologów polskich XIX i XX wieku*, Warszawa 2012, s. 448.

9 E. Mościskier, *O zasadach i znaczeniu laryngostroboskopii*, „Polski Przegląd Otolaryngologiczny” 1936, t. XII, z. 1, s. 99-106.

10 *Ibidem*, s. 100.

Nr. 3273

20. 12. 1926 / 26
20 Lutego 1926
K. Karłowicza Dyr. St. Izby Lek.

Wpisany na listę członków 16
Izby L.F.B.
dnia 7 maja 1935 r.
L.rej. 3273

KARTA REJESTRACYJNA

Członka Izby Lekarskiej
WARSZAWSKO-BIAŁOSTOCKIEJ



- 1) Imię i nazwisko (w/g ksiąg ludności) *Dr Emma Mościsker*
- 2) Miejsce i data urodzenia *Ludw 18.V. 1898*
- 3) Obywatelstwo *polskie*
- 4) Narodowość *polka*
- 5) Dyplom Lekarski: (jaki, skąd i z jakiej daty, ew. nostryfikacja)
Uniw w Lwowie 4.VI. 1925
- 6) Jednoročná praktyka szpitalna (szpitale i data) *Szpital Powiatowy we Lwowie, Klinika Uniw. w Lwowie (prof. Florko, Kowalewski)*
- 7) Zaświadczenie o uprawnieniu do wykonywania praktyki
a) stałe (władze wydające, data wydania i liczba) *Uniw. Lwowski, sygn. 10000, dn. 25.V. 1926 m 20. 12. 1926*
b) czasowe (władze wydające, data i liczba, termin uprawnienia i powód wydania) *14.V. 1926*
- 8) Specjalność *zaburzenia mózgu i głowa - praca w Szpitalu na Caystern*
- 9) Główne źródła dochodu *praca rodzinna, składka dla Karłowicza*
- 10) Miejsce zamieszkania: i wykonywanie praktyki lekarskiej (powiat, miejscowość, ulica Nr. domu)
St. m. ul. Karłowicza 63/5
- 11) Data osiedlenia teraźniejszego *maj 1925*
- 12) Poprzednie miejsce zamieszkania i czas pobytu tamże *Ludw*
- 13) Stosunek do służby wojskowej
- 14) Przebyte choroby uodporniające *w dzieciństwie odra, szkarlatyna*
- 15) Stan rodzinny: (imię i nazw. pan. żony, imiona dzieci i data urodzenia, czy żona lub najbliżsi członkowie rodziny są lekarzami)
widziana
- 16) Posiadane uprawnienia do emerytury państwowej lub społecznej
- 17) (pożądane). Krótki życiorys oraz ewent. spis prac naukowych *Pracysta w Szpitalu Powiat. we Lwowie (ost. chir., wewn., dziecięcy), specjalizacja we Wiedniu, prace praktyczne na oddziale ost. chir. w Szpitalu Powiat. we Lwowie.
Prace: 1) Über submuköse Gannenspalten. Wiener med. Wochschr. 2) Beitrag zur multiplen Interferentia. Wiener med. Wochschr. 3) Zur multiplen Interferentia. Wiener med. Wochschr. 4) Zur Pathogenese des Nasenflügelringspatoms. Mschrift für Ohrenheilkunde.*

Data 7.V. 1935

Podpis
Dr Emma Mościsker

Ryc. 2. Karta rejestracyjna członka Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. Zaświadczenie z 7 maja 1935. Źródło: Zb. GBL Dz. Starej Książki sygn. IL Warsz.-Białost. PL\327\1\0\3790

6865
4


JUDE



Fragebogen zur erstmaligen Meldung der Heilberufe.

Kwestionariusz dla pierwszego zgłoszenia zawodów leczniczych.

Heilberufe im Sinne dieser Meldung sind: Ärzte, Apotheker, Zahnärzte, Dentisten mit Berechtigung die selbständige Praxis auszuüben, Zahntechniker ohne Berechtigung die selbständige Praxis auszuüben, Feldschere, Hebammen, Krankenpfleger, Krankenpflegerinnen, Krankenschwestern, Masseure und Masseusen, Sprechstundenhilfen, Laborantinnen, Desinfektoren.

Die Fragebogen müssen gewissenhaft und sorgfältig ausgefüllt und deutlich geschrieben werden. Vor der Ausfüllung sind zunächst sämtliche Fragen zu lesen.

Gesundheitskammer des Distrikts: Warszawa
 Izba Zdrowia Dystryktu: _____
 Kreishauptmannschaft: Warszawa
 Starostwo Okręgowy: _____
 Kreis: Warszawa
 Powiat: _____
 Art des Heilberufes: Lekarz
 Rodzaj zawodu leczniczego: _____



1. Familienname (bei Frauen auch Geburtsname): MOŚCISKER
Nazwisko (u kobiet zamężnych, nazwisko paniętskie): _____
 2. Vorname (Rufnamen unterstreichen): EMMA
Imię (główne imię podkreślić): _____
 3. Ständiger Wohnort und Wohnung: Warszawa, Fredry 4.
Stale miejsce zamieszkania (ul. nr domu i mieszk.): _____
 4. Praxisstelle bzw. Arbeitsstätte: Warszawa, Fredry 4.
Miejsce wykonywania zawodu: _____
 a) bei selbständigen Heilberufen Praxisstelle: Warszawa, Fredry 4. *Pracowni 3 m. 4*
przy zawodach samodzielnych miejsce wykonyw. praktyki: _____
 b) bei angestellten Heilberufen Arbeitsstätte (Arbeitgeber, Krankenhaus, Klinik usw.): _____
przy zawodach niesamodzielnych miejsce pracy (pracodawca, szpital i t. p.): _____

5. Heimatanschrift: Lwów
Miejsce przynależności: _____
 6. Tag, Monat und Jahr der Geburt: 18. czerwca 1898.
 Dzień, miesiąc i rok urodzenia: _____
 Geburtsort: Lwów Kreis: Lwów
Miejsce urodzenia: Powiat: _____
 7. Sind Sie ledig, verh., verwitwet, geschieden? panna
Stan (wolny, żonaty, owdowiały, ewentualnie rozwiedziony): _____
 Der Ehefrau a) Mädchenname: _____ b) Geburtsdatum: 18.VI.1898.
Zona a) Nazwisko paniętskie: b) data urodzenia: _____

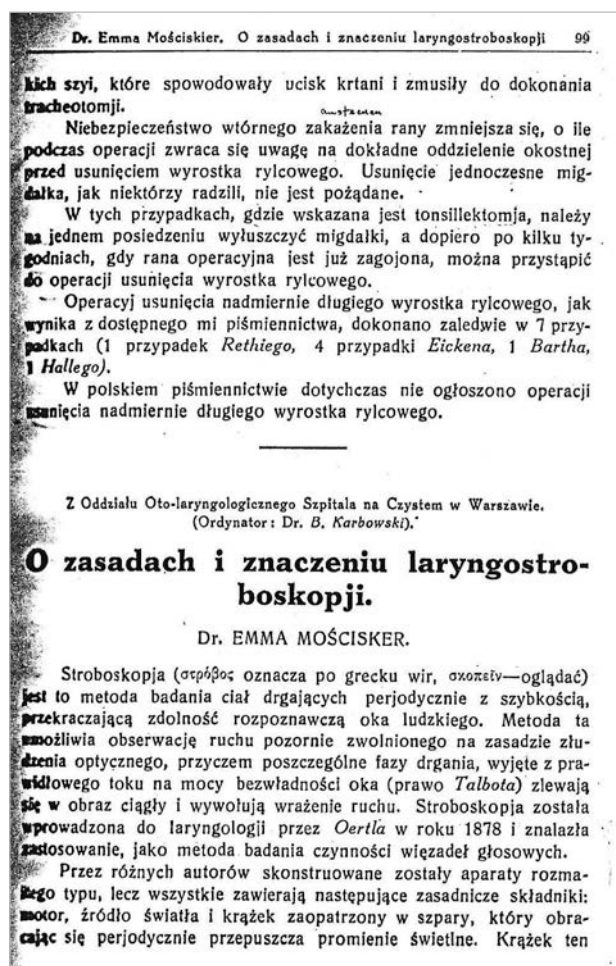
8. Zahl und Geburtsjahr der Kinder (die Verstorbenen in Klammern): _____
Ilość i wiek dzieci (zmarła wymienić w nawiasie): _____
 1. _____ 2. _____ 3. _____

9. Religiöses Bekenntnis: mojżeszowe
Wyznanie religijne: _____

10. Staatsangehörigkeit am 1. 9. 1939: polska
Przynależność państwowa w dniu 1. 9. 1939: _____

- 15 -

Ryc. 3. Kwestionariusz dla pierwszego zgłoszenia zawodów leczniczych z 11 września 1940. Źródło: Zb. GBL Dz. Starej Książki sygn. IL Warsz.-Białost. PL\327\1\0\3790



Ryc. 4. Stronica tytułowa pracy E. Mościskier: *O zasadach i znaczeniu laryngostroboskopji*, „Polski Przegląd Otolaryngologiczny” 1936, t. XII, nr 1, s. 99

wysokości tonu. Drugą część przyrządu stanowiły źródło światła oraz przerywacz promieni świetlnych; te składniki przytwierdzone były do opaski czołowej. Przerywacz stanowił krążek zaopatrzony w szpary¹¹.

W Oddziale Otolaryngologicznym Szpitala na Czystem w niektórych przypadkach zarówno ostrego, jak i przewlekłego nieżyty krtani stwierdzano niewspółmierne drgania obu fałdów głosowych. Miloslav Seemann i D. Weiss odnosili chrypkę do drgań obu więzadeł z różną szybkością. Drganie fałdów głosowych w różnym tempie nie wydawało się Mościsker dostatecznym wytłumaczeniem powstawania chrypki, nawet przy uwzględnieniu interferencji fal. Sądziła, że gdyby oba fałdy głosowe periodycznie drgały z różną szybkością, dochodziłoby do diplofonii. Oertel dokonywał stroboskopii w przypadkach porażenia nerwu

zwrotnego, stwierdzając, że porażone więzadło niekiedy zupełnie nie drga, a nieraz występują drgania alternujące.

Mościsker informowała, że w żadnym przypadku porażenia nerwu zwrotnego nie stwierdzono całkowitej nieruchomości stroboskopowej porażonego więzadła, które porusza się, lecz często jego ruchy są niewspółmierne z drganiem zdrowego fałdu głosowego. Przy ustawieniu fałdu porażonego w linii środkowej zaobserwowano, że jego brzeg drga bardziej aniżeli po stronie zdrowej. Tłumaczyła: „więzadło porażone zostaje uniesione przez prąd powietrza wydechowego, lub można by też przyjąć, że więzadło głosowe zdrowe, drgając, potrąca je i wprowadza w ruch. W każdym razie jednak struna głosowa porażona drga z mniejszą energią aniżeli zdrowa, punkty zaś położone na wolnym brzegu więzadła lub w jego bezpośrednim sąsiedztwie posiadają większą swobodę ruchu, aniżeli bardziej odległe, ze wszystkich stron ustalone”¹². Drgania niewspółmierne obu fałdów głosowych stwierdzano także w przypadkach guzków głosowych; zjawisko to Mościsker starała się wytłumaczyć różną masą obu fałdów głosowych.

Słusznie twierdziła, że liczba stroboskopowanych dotychczas przypadków w oddziale nie była wystarczająca do ostatecznego wyciągnięcia wniosków. Zastanawiając się zatem, jakie znaczenie posiadała stroboskopja, Mościsker odpowiadała, że umożliwia ona obserwację szczegółów niewidocznych podczas laryngoskopii, jak np. udziału fałdów głosowych w drganiu, zachowanie szpary między więzadłami, kierunek drgania itd. Trafne, jej zdaniem, było określenie Sterna, iż jest to „mikroskopia laryngoskopii”. Radziła pamiętać, że wyniki takich badań należało zawsze oceniać z pewnymi zastrzeżeniami, gdyż nieraz polegają one na optycznym złudzeniu, a poza tym trzeba było także brać pod uwagę i tę okoliczność, iż jasny stroboskopowy obraz otrzymać można było jedynie w przypadkach drgań periodycznych, tzn. wtedy, gdy „produkowane [były] tony czyste”. Niemożliwe było badanie szmerów, gdyż powstawały one, gdy drgania były nieregularne. Wysuwała także tezę, że „zarówno badający, jak i osoba badana do pewnego stopnia musia[ła] być muzykalna”¹³.

Emma Mościsker na podstawie dotychczasowych badań określała znaczenie stroboskopii jako teoretyczne, pozwalające poznać fizjologię i patofizjologię fałdów głosowych, nie przypisując jej znaczenia praktyczno-klinicznego. Wtedy było to badanie uzupełniające laryngoskopię, nie pozwalające postawić pewnego rozpoznania, sygnalizujące, że „coś nie jest w porządku”¹⁴.

¹² *Ibidem*, s. 104.

¹³ *Ibidem*, s. 105-106.

¹⁴ *Ibidem*.

¹¹ *Ibidem*.

Mościsker opisała zasady działania laryngostroboskopii jako metody badania czynności „władz głosowych”. Nie znała badań nad strukturą fałdów głosowych, w skład której wchodziły elementy tkanki włóknistej zwane władzami głosowymi. W żargonie laryngologicznym do dziś spotyka się określenie tego złożonego narządu generującego energię akustyczną jako struny głosowe lub władza głosowe.

W poznańskiej Klinice Otolaryngologicznej zachował się oryginalny laryngostroboskop prof. dr. Alfreda Laskiewicza sprzed II wojny światowej, w którym tarcza przerywająca strumień świetlny uruchamiana jest małym motorkiem¹⁵. W Szpitalu na Czystem używano, jak wspomniano wyżej, neostroboskopu. Zdaniem autorki stroboskopia znalazła zastosowanie przede wszystkim w badaniu rejestrów głosowych. Nie wspomina natomiast o zmianach stroboskopowych w procesach naciekowych fałdu głosowego.

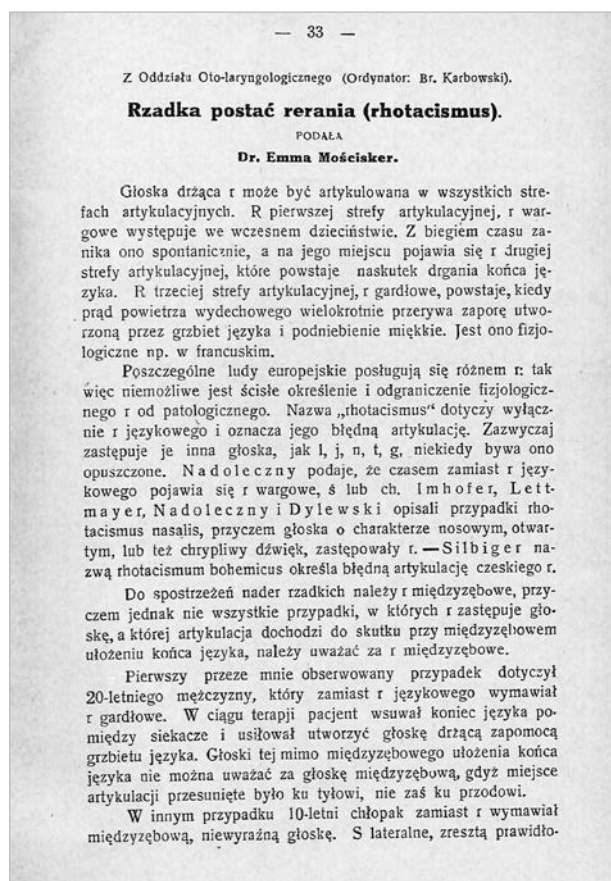
Mościsker zajmowała się także zaburzeniami artykulacji, zwłaszcza wadliwą wymową zgłoski ‘r’. To zaburzenie dotyczyło ok. 25% wszystkich dzieci z dyslalią¹⁶. Twierdziła, że głoska drżąca ‘r’ może być artykułowana we wszystkich strefach artykulacyjnych. Z kolei ‘r’ trzeciej strefy artykulacyjnej, ‘r’ gardłowe, powstaje, kiedy prąd powietrza wydechowego wielokrotnie przerywa zaporę utworzoną przez grzbiet języka i podniebienie miękkie; jest ono fizjologiczne np. w języku francuskim. Pewne ludy europejskie posługują się różnym ‘r’, dlatego niemożliwe jest ścisłe określenie i odgraniczenie fizjologicznego ‘r’ od patologicznego. Mościsker uważała, że nazwa *rhotacismus* dotyczy tylko ‘r’ językowego i oznacza jego błędną artykulację¹⁷ (Ryc. 5).

Ze względu na mechanizm artykulacyjny oraz rzadkość występowania, zdaniem Mościsker, godne uwagi były dwa przypadki. Jeden z nich dotyczył osoby 18-letniej z prawidłowym słuchem, u której podczas artykulacji ‘r’ zgrzyz był otwarty, język wysunięty ku przodowi, a koniec języka potraçał wargę dolną. Drugi przypadek dotyczył natomiast osoby ośmioletniej z przerostem migdałka gardłowego, u której ‘d’, ‘t’, ‘l’, ‘n’, ‘s’, ‘ś’, ‘sz’ były międzyzębne. Głoska ‘r’ była artykułowana w podobny sposób jak w przypadku pierwszym, tzn. za pomocą końca języka i wargi dolnej. Tę postać *rhotacismus* Mościsker uważała za połączenie ‘r’ wargowego z wieloraką

15 A. Obrębski et al., *Metody badania czynności fonacyjnej krtani w Klinice Otolaryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego w latach 1922-1939*, „Otolaryngologia Polska” 2007, t. LXI, s. 719-723.

16 *Zarys foniatrii klinicznej*, red. A. Pruszevicz, A. Obrębski, Poznań 2019, s. 229.

17 E. Mościsker, *Rzadka postać rerania (rhotacismus)*, „Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych” 1936, t. IV, nr 1-2, s. 33.



Ryc. 5. Stronica tytułowa pracy E. Mościsker: *Rzadka postać rerania (rhotacismus)*, „Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych” 1936, t. IV, nr 1-2, s. 33

międzyzębnością. Badania Mościsker doprowadziły do postawienia tezy, że „[w]ystępowanie wielorakiej międzyzębności w wieku dziecięcym i spontaniczne zanikanie jej z biegiem lat pozwala uznać, że u filogenetycznie młodszych generacji artykulacja była międzyzębowa i że międzyzębność zanikała, na jej miejscu rozwinęła się artykulacja ząbowa. Podstawa artykulacyjna została zatem przesunięta od przodu ku tyłowi”¹⁸. Międzyzębność u dorosłych należy zatem uważać za rodzaj atawizmu. Zdaniem Mościsker można było przyjąć, że przesunięcie miejsca artykulacji ku tyłowi pozostaje w związku z zanikiem *cranium viscerale* i cofaniem się jego wentralnego końca w kierunku dorsalnym¹⁹.

Emmę Mościsker interesowało także zagadnienie zaburzeń głosu w mutacji. Błędne mechanizmy międzyzębne występujące przemijająco w okresie pokwitania stawały się nawykowe. Szybki wzrost oraz związana

18 *Ibidem*, s. 35.

19 *Ibidem*, s. 35-39.

z nim zmiana warunków funkcjonalnych powodowały niedomogę mięśni krtani, szczególnie mięśnia głosowego, do tego stopnia, że niekiedy tylko mięsień pierścienno-tarczowy napinał fałdy głosowe, a ponieważ skurcz tego mięśnia powodował silne napięcie, powstawał bardzo wysoki i cienki głos. W niektórych przypadkach niedostateczna jest także czynność mięśnia poprzecznego, co można zaobserwować w obrazie laryngoskopowym jako długi, wąski trójkąt mutacyjny. Niedomoga mięśniowa dotyczyć mogła także większej liczby mięśni. Taki stan może być potwierdzony obserwowanym przypadkiem: 16-letni pacjent, u którego mutacja rozpoczęła się dwa lata wcześniej, skarżył się, że rano po przebudzeniu przez godzinę nie mógł wydobyć wyjątkowo słabego i cienkiego głosu; stan taki powtarzał się kilkakrotnie w ciągu dnia. W obrazie laryngoskopowym głośnia była szeroko rozwarta, a struny głosowe zaczerwienione. Celem prowadzonej terapii było stosowanie ćwiczeń udarowych Fröschelsa, polegających na tym, że ramiona, podniesione do wysokości brodawki sutkowej, podczas artykulacji poszczególnych głosek wykonywały silne, trącające ruchy ku dołowi. Należało pamiętać, by nie wydawać zbyt wczesnego lub spóźnionego głosu, tzn. zanim gwałtowny ruch się rozpoczął lub po jego ukończeniu.

Pierwotnie ćwiczenia udarowe Fröschelsa stosowane były w przypadkach porażenia podniebienia miękkiego z tak dobrym skutkiem, że wszelka inna terapia, jak stosowanie obturatora czy faradyzacji, okazała się zbyteczna. Mościsker stosowała także te ćwiczenia z powodzeniem w przypadkach długoletniego porażenia mięśnia poprzecznego, kiedy to udawało się jej zamienić szept w dźwięczny głos. Cenne usługi dawały ćwiczenia udarowe w różnych postaciach hysterii. W przypadkach, w których usunąć należało wyłącznie zbyt silne napięcie strun głosowych, stosowano terapię polegającą na ćwiczeniach udarowych za pomocą trzęsienia żuchwy, ucisku wywieranego na chrząstkę tarczową w płaszczyźnie frontalnej lub z obu stron, wywołując odprężenie²⁰.

Wprowadzone przez Fröschelsa tzw. ćwiczenia udarowe czy uderzeniowe (Stossübungen) polegające na przenoszeniu siły mięśniowej z jednej grupy mięśniowej na inną stosowane są zarówno przy rehabilitacji dysfonii hypofunkcjonalnej, jak i przy porażeniach nerwu wstecznego. Doktor Mościsker wspomina, że początkowo ćwiczenia te stosowano przy porażeniach podniebienia miękkiego. Świadczy o tym korzystny efekt ćwiczeń uderzeniowych u 16-letniego chłopca z niedokończoną mutacją, u którego laryngoscopia



Ryc. 6. Emil Fröschels (1884-1972). Źródło: Wikimedia Commons

wykazywała zaczerwienienie fałdów głosowych i brak zwarcia fonacyjnego.

Foniatrzy owego okresu znajdowali się pod przemożnym wpływem Emila Fröschelsa²¹ (Ryc. 6).

²¹ Emil Fröschels (ur. 1884, Wiedeń; zm. 1972, Nowy Jork) był naukowcem, który ukształtował późniejsze życie zawodowe i naukowe tej lwowskiej lekarki. Współtworzył m.in. z Hermannem Gutzmannem (1865-1932) i Miloslavem Seemanem (1892-1975) nie tylko europejską, ale i światową foniatrię. Fröschels, absolwent Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Wiedniu, uczeń Victora Urbantschitscha (1847-1921), wybitnego wiedeńskiego otiatry oraz Gutzmanna w Berlinie, po zakończeniu I wojny światowej aż do 1926 r. ordynował w wiedeńskiej klinice otiatrycznej kierowanej przez Heinricha Rittera Neumanna von Héthárs (1873-1939), także wybitnego otiatry. W 1921 r. wspólnie z Karlem Corneliussem Rothe (1879-1932) założył Wiedeńską Szkołę dla Dzieci z Zaburzeniami Mowy. W 1924 r. wspólnie z Luchsingerem z Zurychu, Seemanem z Pragi i Tarneaudem z Paryża założył Międzynarodowe Stowarzyszenie Logopedów i Foniatorów (IALP), któremu przewodniczył od 1924 do 1953 r.; zorganizował jego pierwszy kongres w Wiedniu. W latach 1926-1938 był prezesem Austriackiego Towarzystwa Fonetyki Eksperymentalnej. W 1939 r. ze względu na swoje żydowskie pochodzenie wyemigrował do Stanów Zjednoczonych, gdzie objął posadę profesora badań zaburzeń mowy w Centralnym Instytucie dla Głuchoniemych, kierowanym przez Maxa Aarona Goldsteina (1870-1941), wybitnego otolaryngologa, ale i bibliofila, konesera dzieł sztuki, w Washington University w St. Louis. Fröschels był także założycielem i dyrektorem kliniki foniatrycznej w Mount Sinai Hospital w Nowym

²⁰ E. Mościsker, *Zastosowanie ćwiczeń udarowych Fröschelsa w przypadku zaburzenia głosu na tle mutacji*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 1936, t. XIII, nr 16, s. 277-278.

Na Zjeździe Przyrodników i Lekarzy we Lwowie w lipcu 1937 r. Emma Mościsker wygłosiła wykład pt. „O znaczeniu zabiegów ryno-laryngologicznych dla mowy i głosu”, który ukazał się w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim” w roku następnym²².

Znaczenie przypisywała tzw. cewie nasadowej, obejmującej jamy: nosową, nosowo-gardłową, ustną oraz gardło, w myśl teorii Helmholtza odgrywającej dla głosu rolę rezonatora. Dziwi jej stanowisko, zgodnie z którym nie przypisywała ona zatokom przynosowym znaczenia dla rezonansu, „gdyż dostęp do nich dla fal głosowych jest zbyt ciasny”; dodaje jednak, że „zmiany następcze, wywołane schorzeniem zatok, zmieniają konfigurację jamy nosowej i tym samym warunków rezonansu”, a ukształtowanie cewy rozstrzyga o barwie głosu²³.

Proponowała dotychczas używane nazwy *rhinolalia clausa* lub *rhinolalia aperta* zmienić na wprowadzone przez Fröschelsa: *hyporhinolalia* oraz *hyperrhinolalia*. *Hyporhinolalia* jest następstwem zbyt ciasnego światła jamy nosowej lub jamy nosowo-gardłowej. W przypadkach gdy przyczyna ograniczona jest do samej jamy nosowej, brzmienie głosu jest nieco przytłumione (*hyporhinolalia anterior*), jeśli natomiast drganie powietrza już w jamie nosowo-gardłowej jest utrudnione, głos przybiera „charakter zupełnie martwy” (*hyporhinolalia posterior*). Usunięcie wszelkich patologicznych zmian zwężających światło nosa i jamy nosowo-gardłowej pozwala na przywrócenie prawidłowych warunków rezonansu. Wszelkie nieprawidłowości w tym regionie różnie wpływają na rezonans. Perforacje przegrody nosa, tak samoistne, jak i jatrogenne, nie mają znaczenia. Atrezje choanalne nie muszą powodować zbyt silnej hyporhinolalii. Mościsker uważała, że nie we wszystkich

przypadkach *hyporhinolalia* jest uzasadniona anatomicznie. Niekiedy jej przyczyną jest nadmierny skurcz podniebienia miękkiego, które zbyt silnie przylega do tylnej ściany gardła. Biorąc pod uwagę związek zachodzący między mięśniami trąbki słuchowej a podniebieniem miękkim, Fröschels brał pod uwagę wpływ schorzeń trąbki słuchowej na wrażliwość mięśni podniebienia. Przerost migdałka gardłowego na powstawanie *hyporhinolalia palatina* może wpływać dwiema drogami: albo drogą upośledzonego słuchu, albo bezpośrednio przez drażnienie mięśni podniebienia.

Hyperrhinolalia powstaje w warunkach, gdy jama nosowa podczas fonacji nie zostaje należycie oddzielona od jamy ustnej lub podczas przerwania ciągłości podniebienia kostnego. Bardzo często przyczynami hyperrhinolalii są wady rozwojowe, szczególnie rozszczepy podniebienia. Metody operacyjne tych rozszczepek sprowadzały się do trzech zasadniczych typów: 1. Metody Langenbecka z jej modyfikacjami Wolffa, Billrotha, Winternitza, Veana i Axhausena – przerzucenia mostu przez rozszczep; 2. Metody Neumanna, Kredella, Codivilla, Brophy, Sebileau – zbliżenia brzegów rozszczepek; 3. Metody Blassiusa, Thierscha, Lannelongue, Sabatiera i in. – wypełnienia rozszczepek. Te metody nie poprawiały jednak brzmienia głosu, ponieważ nie spełniały zadania, które podniebienie miękkie spełnia podczas fonacji. Nie wystarczyło bowiem zamknięcie szpary rozszczepek; należało oddzielić jamę ustną od jamy nosowej i jamy nosowo-gardłowej podczas fonacji. Ten cel można było osiągnąć przedłużeniem podniebienia miękkiego metodami: Trendelenburga, Passavanta, Ganzera i innymi; wypuklenia tylnej ściany gardła sposobem Ecksteina, Gaza; zwężeniem jamy nosowo-gardłowej metodami Schonbrunna, Rosenthala; wreszcie metodami kombinowanymi: Limberga, Pichlera, Meissnera. Metody te musiały być uzupełniane stosowaniem obturatorów oraz szeroką terapią logopedyczną. Nie zawsze jednak głos tracił swój „charakter nosowy”²⁴.

W przypadkach podśluzówkowego rozszczepek podniebienia hyporhinolalię kompensuje nieraz przerost migdałka gardłowego, bowiem po adenotomii mowa dotychczas wyraźna staje się nosowa. Należy zatem w tych przypadkach z rozwagą podchodzić do adenotomii oraz usuwania tylnych końców przerosłych małżowin.

Doktor Mościsker wspominała o fenomenie głosowym, do rozpoznania którego potrzebne było niezwykle sprawne ucho, o tzw. *rhinolalia mixta*. Podczas gdy przy wymawianiu jednych głosek oddźwięk głosowy jest zbyt słaby – w trakcie wymawiania innych jest zbyt silny. Przy znacznej jednak liczbie głosek oba

Jorku; współinicjatorem prestiżowego periodyku „Folia Phoniatica”; autorem dzieł, m.in. *Lehrbuch der Sprachheilkunde (Logopädie) für Aerzte, Pädagogen und Studierende* (Leipzig-Wien 1913), *Hilfsbuch für die Behandlung von Sprachstörungen* (Wien 1916), *Methoden zur Untersuchung der Sinnesorgane* (Berlin-Wien 1920-1937). Należał do wielu znaczących naukowych towarzystw, m.in. do prestiżowych – American Speech Correction Association, Association for the Advancement of Psychotherapy, Rudolf Virchow Wissenschaftliche Gesellschaft. W 1961 r. otrzymał m.in. austriacki Krzyż Honorowy Nauki i Sztuki I Klasy. Zob. F. Frank, *In Gedenken an Prof. D. Emil Fröschels (1884-1972)*, „Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie” 1972, t. CVI, nr 3, s. 185-186; A. Pruszevicz, A. Obrębowski, Wprowadzenie, [w:] *Zarys foniatryi klinicznej*, red. A. Pruszevicz, A. Obrębowski, Poznań 2019, s. 15-16.

22 E. Mościsker, *O znaczeniu zabiegów ryno-laryngologicznych dla mowy i głosu*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 1938, t. XV, nr 25-26, s. 454 et passim.

23 *Ibidem*, s. 454.

24 *Ibidem*, s. 455.

patologiczne stany ulegają kompensacji, tak że usunięcie jednego składnika, tj. hyporhinolalii, spowodowało by silną hyperrhinolalię, dotyczącą wszystkich głosek. Otwarta mowa nosowa nie jest bezwzględny przeciwskazaniem do usunięcia migdałka gardłowego, który nieraz sięga nisko; wtedy to zbitya w linii środkowej tkanka adenoidalna stanowi mechaniczną przeszkodę uniemożliwiającą szczelne przyleganie podniebienia miękkiego do tylnej ściany gardła, w czasie gdy po obu stronach migdałka gardłowego pozostaje otwarta szpara. Wtedy to adenotomia może usunąć hyperrhinolalię.

Hyperrhinolalia może wystąpić nieraz po tonsillektomii lub adenotomii, gdyż pacjent z powodu bólu pooperacyjnych ran unika ruchów podniebienia. Zazwyczaj po krótkim czasie dochodzi do powrotu prawidłowej czynności, jednakże dojść może także do nawykowej rhinolalii. Ten stan jest dość łatwy do usunięcia i polega na użyciu silnego impulsu podczas fonacji, wykonywaniu masażu podniebienia miękkiego lub faradyzacji.

Mościsker uważała, że wszelkie zabiegi operacyjne u śpiewaków winny być wykonywane z niezwykłą ostrożnością. Szczególnie dotyczyło to tonsillektomii. Jak wiadomo, migdałki są tworami dość dużymi i zawierają zagłębienia, w których załamują się fale głosowe. Drugi niezwykle ważny aspekt stanowią blizny po tej operacji, mogące upośledzać sprawność podniebienia miękkiego. Po zabiegu chory powinien szybko wrócić do śpiewania, aby zapobiec kurczeniu się blizn.

Doktor Mościsker zwracała uwagę na rolę języka, słusznie uważanego za najważniejszy narząd mowy. Za przyczynę wielu zaburzeń uważane jest zbyt długie wędzidełko języka. *Ankyloglossum* jest zjawiskiem dość rzadkim i na ogół nie sprawia przeszkód w mówieniu. Frenulotomię Mościsker uważała za operację zupełnie zbyteczną, powołując się na Kümmela, który wręcz ostrzegał przed tym zabiegiem, powodującym krwotoki i uporczywe owrzodzenia. Oznajmiła, że w medycznej literaturze opisano jedyny przypadek wrodzonego braku języka, a osobnik mówił prawidłowo. Po operacyjnym usunięciu języka jego czynność przejmował jego kikut bądź wargi i podniebienie.

Ze spraw czynnościowych krtani za szczególnie ważną Mościsker uważała dysfonię spastyczną. Sądziła, że jeżeli budowa anatomiczna strun głosowych była prawidłowa, a ruchomość normalna, fonacja więzadłami rzekomymi powinna zostać wyeliminowana. Rethi w tym celu operacyjnie usuwał część mięśnia gardłowo-rylcowego.

We wczesnych stadiach guzków śpiewaczych wystarczało postępowanie foniatryczne. Po operacyjnym usunięciu guzków większych rozmiarów, jeżeli chory zaczynał używać strun głosowych dawnym błędnym mechanizmem, podejrzewała, że z dużym

prawdopodobieństwem po upływie krótkiego czasu guzki pojawiają się na nowo.

Doktor Mościsker wskazywała, że liczne były usiłowania porażenia mięśni krtani metodami chirurgicznymi, zważywszy na to, że porażenie nerwu zwrotnego według prawa Semona-Rosenbacha we wczesnych stadiach powodowało trudności w oddychaniu. Zgadzała się ze zdaniem Semona, że utrzymanie wolnego toru oddechowego odbywa się kosztem fonacji. Tracheotomia powodować może afonię, bowiem powietrze wydechowe omija głośnie. Celem uniknięcia ujemnych następstw tracheotomii, Citelli i Iwanoff wykonywali chordektomię; Bérard, Sargnon i inni – podśluzowe wyłuszczenie chrząstki nalewkowatej; Kofler – galwanokaustykę brzegu strun głosowych; Payr – przecinał chrząstkę tarczową w linii środkowej i wstawiał chrząstkę pobraną z żebra; Malinié – również dokonywał przecięcia chrząstki tarczowej w linii środkowej, wykonując po obu stronach w odległości 5 cm równoległe cięcia, i następnie wywierał ucisk w kierunku przednio-tylnym. Wszelkie te chirurgiczne rękoczyny powodowały, że wynik głosowy pozostawał w odwrotnym stosunku do poprawy oddechu. Godne uwagi, według Mościsker, były próby uruchomienia porażonego więzadła głosowego za pomocą połączenia z mięśniem *omohyoideus*, *stylohyoideus* czy *digastricus*, dokonywane przez Marschika i Amersbacha.

Inne według Mościsker były wskazania do zabiegu i inny cel operacji, gdy struny głosowe ustawione były w linii środkowej, a inne w ich ustawieniu trupim. Payr w przypadkach jednostronnego, nieskompensowanego położenia w ustawieniu trupim wycinał w chrząstce tarczowej na wysokości przyczepu mięśnia głosowego płat, który następnie wciskał ku wnętrzu; więzadło głosowe przesuwane było ku linii środkowej tak, aby możliwe było zamknięcie głośni podczas fonacji. Brünninga wstrzykiwał wewnątrz krtaniowo do porażonej struny głosowej parafinę. Seifert przy wstrzykiwaniu parafiny igłę wprowadzał od zewnątrz przez *lig. conicum*. Anastomoza porażonego fałdu głosowego z nerwami, m.in. twarzowym, błędnym, dodatkowym lub podjęzykowym, miała pomóc w uzyskaniu innerwacji.

W przypadkach chrypki porażennej spowodowanej porażeniem mięśnia wewnętrznego dobre wyniki dawało wypełnienie zagłębienia w fałdzie głosowym parafiną. Jeżeli oprócz porażenia mięśnia wewnętrznego doszło także do porażenia mięśnia międzynałkowego poprzecznego, Katzenstein wykonywał resekcję wyrostka głosowego, a nadmiernie rozszerzoną głośnie próbował leczyć odpowiednimi ćwiczeniami głosowymi lub stosował pelotę wywierającą ucisk od strony bocznej.

Po usunięciu jednego lub obu fałdów głosowych z powodu nowotworu złośliwego, Fröschels radził, aby

operujący starał się tak ustawić bliznę w miejscu odpowiadającym ustawieniu trupim, aby można było zastosować odpowiednią terapię – unikania wszelkich hiperfunkcji w zakresie cewy nasadowej przy oszczędnym wydechu. W przypadkach całkowitej laryngektomii terapią foniatryczną stworzyć można było głośnię rzekomą oraz głos zastępczy. Stern opisał chorego, u którego po roku takiej terapii głos obejmował dwie oktawy.

Emma Mościsker udowodniała, że istnieje ścisły związek między operacyjną otorynolaryngologią a foniatrią i logopedią. Narządy objęte operacjami decydują o brzmieniu mowy i głosu. Względy logopedyczne oraz foniatryczne stanowić mogą wskazania do zabiegu; terapia foniatryczna natomiast uzupełniała wyniki operacyjne²⁵.

Dokonania foniatryczne tej lwowskiej i warszawskiej lekarki nie są dokonaniem epokowymi. Mościsker była jednak dobrze zorientowana w trendach światowej foniatrii, a poprzez publikowanie swoich osiągnięć w czasopismach naukowych niewątpliwie przyczyniała się do rozwoju tej nowej, wywodzącej się z laryngologii specjalizacji. Interdyscyplinarna współpraca foniatorów z psychologami, neurologami, psychiatrami, fonetykami czy logopedami²⁶ rozwinęła się dopiero po latach.

PIŚMIENICTWO

Adamski, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Zaświadczenie z 20 lutego 1926. Zb. GBL Dz. Starej Książki, sygn. IL Warsz.-Białost. PL\327\1\0\3790.

Frank F., *In Gedenken an Prof. D. Emil Fröschels (1884-1972)*, „Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie” 1972, t. CVI, nr 3, s. 185-186.

Gliński J.B., *Słownik biograficzny lekarzy i farmaceutów ofiar drugiej wojny światowej*, t. III, Warszawa 2003.

Karta rejestracyjna członka Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej nr 3273 z 7 maja 1935. Zb. GBL Dz. Starej Książki sygn. IL Warsz.-Białost. PL\327\1\0\3790.

Kierzek A., *Otolaryngolodzy warszawscy w XIX wieku*, Wrocław 1998.

Kierzek A., *Rozwój warszawskiej myśli otolaryngologicznej w XIX wieku*, Wrocław 1997.

Kwestionariusz dla pierwszego zgłoszenia zawodów leczniczych z 11 września 1940. Zb. GBL Dz. Starej Książki, sygn. IL Warsz.-Białost. PL\327\1\0\3790.

Mościsker E., *O zasadach i znaczeniu laryngostroboskopji*, „Polski Przegląd Otolaryngologiczny” 1936, t. XII, z. 1, s. 99-106.

Mościsker E., *O znaczeniu zabiegów ryno-laryngologicznych dla mowy i głosu*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 1938, t. XV, nr 25-26, s. 454.

Mościsker E., *Rzadka postać rerania (rhotacismus)*, „Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych” 1936, t. IV, nr 1-2, s. 33.

Mościsker E., *Zastosowanie ćwiczeń udarowych Fröschelsa w przypadku zaburzenia głosu na tle mutacji*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 1936, t. XIII, nr 16, s. 277-278.

Obrębowski A. et al., *Metody badania czynności fonacyjnej krtani w Klinice Otolaryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego w latach 1922-1939*, „Otolaryngologia Polska” 2007, t. LXI, s. 719-723.

Pruszewicz A., Obrębowski A., *Wprowadzenie*, [w:] *Zarys foniatrii klinicznej*, red. A. Pruszewicz, A. Obrębowski, Poznań 2019, s. 15-16.

Stein J., Szpital Starozakonnych na Czystem. Zaświadczenie z 12 lipca 1940. Zb. GBL Dz. Starej Książki, sygn. IL Warsz.-Białost. PL\327\1\0\3790.

Szenajch W., Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka. Zaświadczenie z 7 maja 1935. Zb. GBL Dz. Starej Książki, sygn. IL Warsz.-Białost. PL\327\1\0\3790.

Wulman L., Tenenbaum J., *The martyrdom of Jewish physicians in Poland*, New York 1963.

Zabłocki S., *Słownik biograficzny otolaryngologów polskich XIX i XX wieku*, Warszawa 2012.

Zarys foniatrii klinicznej, red. A. Pruszewicz, A. Obrębowski, Poznań 2019.

²⁵ *Ibidem*, s. 454-457.

²⁶ *Zarys foniatrii klinicznej*..., s. 13.