www.dlibra.wum.edu.pl

Szpitala im. Karola i Marii dla Dzieci
BIBLIOTEKA
Nr 869
w Warszawie

www.dlibra.wum.edu.pl

215

WYKŁADY KLINICZNE
CHORÓB DRÓG ODDECHOWYCH.

BIBLIOTEKA
Szpitala im. Karola i Marii
Dla Dzieci
Nr. 361

www.dlibra.wum.edu.pl

Biblioteka Główna

WUM

Drukarnia Sejmiku Powiatowego w Łukowie pod kierown. W. Piotrowskiego.

www.dlibra.wum.edu.pl

WYDAWNICTWO KOŁA MEDYKÓW STUD. UNIWER. WARSZAWSKIEGO.

Dr. ALFRED SOKOŁOWSKI
PROFESOR HONOROWY UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO
KONSULTANT SZPITALA Ś-go DUCHA W WARSZAWIE

WYKŁADY KLINICZNE
CHORÓB DRÓG ODDECHOWYCH

DZIEŁO, NAGRODZONE PRZEZ AKADEMJĘ UMIEJĘTNOŚCI W KRAKOWIE
I PRZEZ WARSZAWSKIE T-wo LEKARSKIE.

CZĘŚĆ II.

CHOROBY TCHAWICY
i
OSKRZELI

WYDANIE DRUGIE, PRZEJRZANE I UZUPEŁNIONE PRZEZ AUTORA.

NAKŁADEM
KOŁA MEDYKÓW S. U. W.
W WARSZAWIE.

1924.
—
WARSZAWA

SKŁAD GŁÓWNY W KSIĘGARNI
WIKTORA KIESEWETTERA
PLAC TRZECH KRZYŻY № 12.

www.dlibra.wum.edu.pl

Przedmowa do wydania I-go.

„Naśladować i na naśladowaniu samem przestawać — było błędem naszym; mieć na względzie postęp nauk u obcych, a budować o własnych siłach i podstawach niechaj będzie poprawą naszą!"

Antoni Zygmunt Helcel w „Kwartalniku Naukowym" 1835. T. I p. 19.

Przystępując do wydania w języku polskim podręcznika chorób dróg oddechowych, winienem pokrótce zaznaczyć motywy, które mną kierowały przy układzie tego dzieła.

Ćwierć wieku spędziwszy na szpitalnej, zakładowej i prywatnej praktyce, poświęconej przeważnie chorobom dróg oddechowych, poczuwałem się do obowiązku złożenia w całości młodszym kolegom tych wyników badań moich, które już częściowo w ciągu ostatnich lat dwudziestu kilku były przezemnie ogłaszane, jako też ustnie moim współpracownikom szpitalnym komunikowane.

Drugim motywem, nierównie według mnie ważniejszym, była ta okoliczność, że nie posiadamy dotychczas w języku naszym zupełnego podręcznika chorób dróg oddechowych, któryby uwzględniał potrzeby, zarówno uczących się medycyny klinicznej, jak i młodych lekarzy w dalszej ich działalności, gdzie na każdym kroku zwłaszcza w pierwszych latach swojej praktyki spotykają różnorodne wątpliwości, djagnostyczne i terapeutyczne w tej właśnie obszernej gałęzi wiedzy lekarskiej: w chorobach dróg oddechowych, tak niesłychanie rozpowszechnionych w naszym kraju. Z powodu owego braku słuchacz medycyny, czy też lekarz musi się posiłkować z konieczności podręcznikami, pisanemi w obcych językach. Taki stan rzeczy pociąga za sobą wielokrotne ujemne skutki. Posiłkowanie się obcym podręcznikiem wymaga, nawet przy czytaniu dzieł lekarskich, nader dokładnej znajomości języka, aby módz należycie wniknąć w myśl i ducha autora, tembardziej że najczęściej podręczniki specjalne, szczególnie niemieckie, pisane są stylem ciężkim i zawiłym, zawierają nieraz zwroty i wyrażenia

www.dlibra.wum.edu.pl

dla współrodaków autora zupełnie zrozumiałe, ale dla obcych wątpliwe i zagadkowe. Takiej gruntownej znajomości języków Europy zachodniej młodzież nasza fachowa zazwyczaj nie posiada; zmuszona więc bywa najczęściej poprzestawać na tanich wprawdzie, lecz często lichych przekładach... Tłómacz, niezrozumiawszy dokładnie owych wątpliwych i zagadkowych zwrotów, komentuje je nieraz po swojemu, a tym sposobem daje czytelnikowi tekst błędny, mogący poprowadzić umysł na manowce. Nie może być więc sprzeczki o to, że największą korzyść odnosi czytelnik, jeżeli podstawowe zasady każdej specjalnej nauki odczytuje w swojej ojczystej mowie i potrafi dokładnie rozumieć wszystkie szczegóły i śledzi ściśle bieg myśli autora.

Atoli nawet przy gruntowej znajomości obcego języka lub odczytywaniu dzieła dokładnie i ściśle tłómaczonego, dobre oryginalne podręczniki, zwłaszcza w dziedzinie medycyny praktycznej, przynoszą bezspornie większy pożytek aniżeli podręczniki cudzoziemskie. Sprawy bowiem patologiczne nie przedstawiają u wszystkich narodów tego samego charakteru w objawach i przebiegu swoim. Wiemy to dokładnie, że szablonowo skreślone w podręcznikach cudzoziemskich formy chorobowe kształtują się odmiennie w klimacie naszym, u ludności, żyjącej wśród zupełnie odmiennych warunków kulturalnych, djetetycznych i t. p. Różnica ta najbardziej rzuca nam się w oczy przy odczytywaniu podręczników lekarskich angielskich włoskich lub północno amerykańskich. Najwyraźniej daje się to uczuć w kwestjach dotyczących etjologji, profilaktyki lub djetetyki chorób. Dla wielu z nas momenty etjologiczne, tam w grę wchodzące, a szczególniej stosowana tam djeta i terepja są nieraz zupełnie niezrozumiałe. Inaczej będzie z podręcznikiem oryginalnym, naturalnie, o ile ten nie stanowi tylko kompilacji dzieł zagranicznych. Autor tutaj podaje doświadczenia, zdobyte na naszej ludności i wśród naszych warunków życiowych. Ztąd też i obrazy chorobowe, skreślone przez niego, w zupełności odpowiadają temu, co czytelnik widział wielokrotnie, odrazu więc między czytelnikiem a piszącym nawiązuje się duchowa spójnia; czytelnik nabiera zaufania do autora, do jego poglądów i wniosków. W dziale djetetyki i terapji ma to również wielkie znaczenie. Przepisy bowiem higjeniczno-djetetyczne nietylko muszą być oparte na podstawie racjonalne, właściwej danemu cierpieniu, lecz winny w wysokim stopniu uwzględniać przyzwyczajenia, a nawet nieraz przesądy ludności, w danym kierunku istniejące. Lekarz, znający podstawę i błędy, popełniane w higjenie i djecie przez naszą ludność wogóle, potrafi w podręczniku orginalnym zwrócić uwagę współkolegów na niewłaściwości tych lub owych zwyczajów czy przesądów w higjenie lub djecie, wśród naszej ludności panujących. Przy leczeniu klimatycznem, tak doniosłą rolę w sprawie dróg oddechowych, jak wiadomo, odgrywającem, podręczniki zagraniczne naturalnie nie mogą, a nawet nieraz tendecyjnie nie chcą

www.dlibra.wum.edu.pl

nic uwzlędnić, z wyjątkiem swoich leczniczych miejscowości. Ztąd nieraz nasz lekarz ma o tych kwestjach zupełnie błędne pojęcia, nie wie, jak w danym razie i jakie zastosować czynniki swojskie, udziela więc informacji albo błędnych lub też takich, które dla przeciętnego naszego chorego z punktu ekonomicznego są niemożliwe do osiągnięcia; a przecież pamiętać należy, iż zadaniem naszem winno być zawsze udostępnienie środków i metod leczniczych, nie tylko dla wyjątkowych jednostek, lecz także dla ogółu cierpiącej ludności.

Pisząc podręcznik kliniczny, starałem się przedewszystkiem uwzględnić stronę kliniczną przedmiotu, mającą doniosłą ważność dla lekarza praktyka, a przeto znaczniejsze ustępy poświęciłem leczeniu, rozszerzając się głównie nad higjeniczno-djetetycznemi metodami leczenia, dzisiaj coraz bardziej wśród ogółu lekarzy, a nawet i publiczności, zyskującemi uznanie. Nieco w mniejszym zakresie uwzględniając działy teoretyczne etjologja, anatomja patologiczna), starałem się skreślić je w myśl panujących obecnie najnowszych poglądów na te zagadnienia.

Co się tyczy literatury zagranicznej, to starałem się, o ile tylko można było, jak najmniej ją cytować, uważając liczne cytaty, dzisiaj tak modne w pracach lekarskich, w podręczniku klinicznym za zupełnie niepotrzebny balast; lecz oczywiście przytaczałem wszędzie zasadnicze prace, przez obcych ogłoszane. Natomiast polskich autorów usiłowałem zawsze uwzględniać, o ile tylko prace ich przyniosły choć jakikolwiek najmniejszy istotny przyczynek do danej kwestji.

Cały podręcznik rozpadnie się na 3 odrębne części, w pierwszej opisane będą choroby oskrzeli i tchawicy, w drugiej choroby miąższu płucnego, opłucnej i śródpiersia, trzecia obejmie wykład szczegółowy suchot płucnych. Każda część będzie stanowiła zupełnie odrębną i skończoną całość, tak że gdyby nawet okoliczności życiowe nie pozwoliły mi wypełnić całego programu, czytelnik będzie miał w ukończonych częściach pewne ściśle zaokrąglone wykłady.

Oddając obecnie do użytku czytelników polskich pierwszą część pracy, szczęśliwy będę, jeżeli ona pożytek rzetelny im przyniesie; celem bowiem moim było przysłużenie się ogółowi lekarzy wskazówkami, na długoletniem mojem doświadczeniu klinicznem opartemi.

Zakopane, Jaszczurówka
Lipiec 1901

www.dlibra.wum.edu.pl

Przedmowa do wydania drugiego.

Pierwsze wydanie podręcznika „Chorób Dróg Oddechowych", ukończone w r. 1905, zostało w ciągu lat kilku wyczerpane zupełnie, mimo ciężkich warunków w jakich znajdowała się wówczas, szczególnie w byłem Królestwie, nauka lekarska. Ten fakt świadczy najlepiej, że praca moja osiągnęła swój cel w zupełności. Jeśli obecnie przystępują do drugiego wydania, podjętego staraniem Koła Medyków Uniwersytetu Warszawskiego, to czynię to tem chętniej, że obecnie liczna i żądna wiedzy młodzież nasza, studjująca medycynę w 5 wszechnicach, potrzebuje gwałtownie podręczników w języku ojczystym, zawierających obok wykładu naukowego i myśl rodzimą.

Podręcznik ten przejrzałem szczegółowo i uzupełniłem odpowiednie rozdziały zgodnie z obecnym stanem wiedzy. Jednocześnie prof. Hornowski był łaskaw przejrzeć i uzupełnić część anatomopatologiczną, za co składam Mu serdeczne podziękowanie.

prof. dr. *Alfred Sokołowski.*

Warszawa, Lipiec 1923 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

SPIS RZECZY.

Zapalenie ostre i przewlekłe oskrzeli *(Bronchitis).*

WYKŁAD I.

Treść. Częstość katarów oskrzeli u nas, a ztąd ich ważne znaczenie dla lekarza praktyka. Etjologja i patogeneza. Przeziębienie, jego istota i wpływ na powstawanie katarów oskrzeli. Teorje zaziębienia. Choroby zakaźne ostre: odra, influenca, koklusz, błonica, zapalenie płuc, nosacizna, tyfus brzuszny, zimnica. Znaczenie zakażenia mieszanego w powstaniu katarów oskrzeli w sprawach ostrych i przewlekłych. Choroby ustrojowe (artrytyzm, zołzy). Kurz i pył, jego rodzaje i wpływ szkodliwy na błony śluzowe oskrzeli. Katary oskrzeli zawodowe (fabryczne), t. zw. pylice. Wpływ trucizn (jod, brom, alkohol, kwas karbolowy i t. p.). Ciała obce. Wpływ cierpień jamy nosowogardłowej na powstawanie katarów oskrzeli. Oddziaływanie wzajemne cierpień płuc i chorób serca na sprawy oskrzelowe; wyjaśnienie anatomiczne tych przyczyn. Choroby nerek. Tak zwane nerwowe katary oskrzeli. Choroby żołądka, skóry i t. p. sprawy. Podział kliniczny katarów oskrzeli. Zmiany anatomopatologiczne . . . . . str. 1—19

WYKŁAD II.

Treść. **Ogólna symptomatologja katarów oskrzeli.** Kaszel, sposób jego powstawania; rodzaje kaszlu, towarzyszącego katarom oskrzeli. Plwocina; jej pochodzenie i rodzaje; skład morfologiczny i chemiczny. Podział plwociny: plwocina śluzowa, śluzoworopna i ropną; plwocina eozynofilowa. Zaburzenia w oddychaniu. Duszność, jej pochodzenie w katarach oskrzeli i różne rodzaje duszności. Objawy fizykalne: różne rodzaje rzężeń, charakter szmerów oddechowych. Bóle w klatce piersiowej. Objawy gorączkowe. Zaburzenia ze strony narządu nerwowego i krwionośnego. Ogólna djagnostyka katarów oskrzeli. Sprawy patologiczne, mogące dać pohop do mylnego rozpoznania katarów oskrzeli. Różnorodne cierpienia jamy nosowogardłowej, kaszle nerwowe; różne postaci gruźlicy. Ważność badania plwociny w katarach oskrzeli . . . . . str. 20—36

WYKŁAD III.

Treść. **Przebieg kliniczny różnych postaci zapaleń oskrzeli.** Ostry katar grubych oskrzeli i tchawicy; jego odmiany: postać lżejsza i cięższa. Ostry rozlany katar oskrzeli; ciężkość tej sprawy, jej charakter kliniczny. Zapalenie

www.dlibra.wum.edu.pl

oskrzeli włosowatych; opis szczegółowy tej formy, djagnostyka różniczkowa. Przewlekłe katary oskrzeli; ich symptomatologja. Powikłania. Przebieg. Różne postaci: katar śluzoworopny, katar suchy oskrzeli, katar astmatyczny, katary z obfitą ropiastą wydzieliną, katar surowiczy (*c. pituitosus*). Zapalenie przewlekłe tchawicy *ozaena trachealis* . . . . . str. 37—54

WYKŁAD IV.

Treść. **Odrębne postaci katarów oskrzeli.** Katar oskrzeli, towarzyszący grypie i odrze. Zapalenie oskrzeli zimnicze (*bronchitis malarica*). Katary oskrzeli u osobników dotkniętych skazą dnawą. Katary przy zaburzeniach w krążeniu (wady zastawkowe serca, choroby mięśnia sercowego, cierpienia wielkich naczyń, nowotwory śródpiersia) . . . . . str. 55—67

WYKŁAD V.

Treść. **Dalszy ciąg odrębnych postaci katarów oskrzeli.** Katary oskrzeli, towarzyszące zapaleniom nerek. Ostre i przewlekłe katary u dzieci. Katary oskrzeli, spostrzegane u starców. Cuchnąca postać zapalenia oskrzeli (*bronchitis putrida*) Rokowanie w ostrych i przewlekłych katarach oskrzeli . . . str. 68—84

WYKŁAD VI.

Treść. **Terapja ogólna i szczegółowa ostrych i przewlekłych katarów oskrzeli.** Profilaktyka katarów dróg oddechowych. Wielkie jej znaczenie indywidualne i społeczne. Środki zapobiegawcze. Poprawa pod względem higjenicznym fabryk i t. p. instytucji, przyczyniających się do powstawania chorób dróg oddechowych. Znaczenie higjeny państwowej w miastach pod względem profilaktyki katarów oskrzeli. Środki ogólno-higjeniczne domowe; wadliwość naszych mieszkań, brak dostatecznego przewietrzania, obawa ogólna przed świeżem powietrzem i t. p. czynniki, usposabiające do katarów. Wadliwe ubranie naszej ludności. Tak zwane hartowanie skóry za pomocą zabiegów wodoleczniczych. Wskazania i przeciwskazania do tej metody. Systematyczne przyzwyczajanie się do świeżego powietrza. Usuwanie cierpień ustrojowych. Ważność oddychania nosem. Wskazania podstawowe do leczenia katarów oskrzeli. Leczenie higjeniczno - djetetyczne. Leczenie klimatyczne; Podstawy tej metody. Uzdrowiska klimatyczne skuteczne w katarach oskrzeli; górskie, podgórskie, nadmorskie, leśne . str. 85—99

WYKŁAD VII.

Treść. **Dalszy ciąg terapji katarów oskrzeli.** Leczenie za pomocą zgęszczonego powietrza w kamerach stałych i za pomocą aparatów przenośnych. Metoda wziewań środków lekarskich (t. zw. inhalacje, wdychanie tlenu, siarkowodoru, olejków lotnych, środków ściągających i t. p.) Okadzania (fumigacje). Stosowanie środków wprost na błonę śluzową oskrzeli Hydropatja. Kąpiele rzeczne i morskie. Leczenie wodami mineralnemi; różne rodzaje tych wód, stosowane w katarach oskrzeli; alkaliczno-słono-żelaziste, szczawy słone, siarczano-słono-alkaliczne, szczawy żelaziste i t. p. Środki wykrztuśne (*expectorantia*), ich działanie, rodzaje i wskazania. Środki balsamiczne. Środki kojące, pobudzające, nasercowe. Środki, wzmacniające i odżywcze. Ogólne i miejscowe upusty krwi. Środki odciągające na skórę. Leczenie mechaniczne. Wskazania do użycia różnych metod leczenia . . . . . str. 100—122

www.dlibra.wum.edu.pl

WYKŁAD VIII.

Treść. **Zapalenie oskrzeli włóknikowe lub krupowe** (*Bronchitis fibrinosa s. crouposa*). Zapalenia pierwotne, ich rzadkość. Postać ostra; jej szczegółowa symptomatologja; dwa odpowiednie kazuistyczne przypadki. Etjologja spraw ostrych. Postaci przewlekłe; ich symptomotologja szczegółowa; przypadek kazuistyczny. Etjologja zapaleń przewlekłych. Bliższa charakterystyka wyrzucanych złogów; teorje ich powstawania. Zapalenia włóknikowe wtórne; stosunek ich do gruźlicy; rokowanie i leczenie. Zapalenia włóknikowe oskrzeli w błonicy i zapaleniu płuc włóknikowem . . . . . str. 123—139

WYKŁAD IX.

Treść. **Zapalenia głębokie i swoiste (specyficzne) błony śluzowej oskrzeli.** Zapalenia okołooskrzelowe ropne. Zapalenie okołooskrzelowe natury rozrostowej. Zapalenie gruźlicze oskrzeli (nadżarcie gruźlicze, owrzodzenia, przebicie oskrzeli przez zserowaciałe gruczoły okołooskrzelowe). Serowate zapalenia oskrzeli. Szczegółowa charakterystyka kliniczna i anatomopatologiczna tych spraw . . . . . 140—146

WYKŁAD X.

Treść. **Zapalenie przymiotowe (syfilityczne) tchawicy i oskrzeli** (*Tracheo-bronchitis luetica*). Dwie postaci zapalenia syfilitycznego tchawicy i oskrzeli; zapalenie kataralne i kilakowate (*bronchitis syphilitica gummosa*). Charakterystyka kliniczna i anatomopatologiczna tych spraw. Przebieg i zejście. Trudności rozpoznawcze. Djagnostyka różniczkowa. Kazuistyka . . . . 147—156

WYKŁAD XI.

Treść. **Twardziel, promienica i nosacizna oskrzeli.** Wyjątkowa rzadkość tych spraw. Ważność bronchoskopji w ich rozpoznawaniu. Symptomatologja, przebieg i leczenie . . . . . str. 157—161

Ciała obce w oskrzelach i tchawicy. Pasorzyty.

WYKŁAD XII.

Treść. Dwie odrębne grupy ciał obcych. 1) Kamica oskrzelowa (*bronchitis calculosa*); szczegółowa symptomatologja i odnośna kazuistyka. 2) Ciała obce w ścisłem tego słowa znaczeniu. Odnośna kazuistyka. Mechanizm przedostawania się ciał obcych do oskrzeli. Następstwa, wywołane przez ciała obce w oskrzelu. Szczegółowa symptomatologja. Następstwa w sąsiednich organach. Sprawy wtórne (zapalenia ropne, rozszerzenia oskrzeli i t. p.) Rozpoznanie różniczkowe. Rokowanie. Leczenie. Statystyka różnorodnych metod łeczniczych. Leczenie wyczekujące za pomocą środków wewnętrznych; leczenie chirurgiczne. Wskazania do leczenia chirurgicznego; tracheotomja i jej doniosłe znaczenie. Pasorzyty; *mycosis* oskrzeli (*aspergillus*, pleśniawki i t. p) str. 162—186

WYKŁAD XIII. Nowotwory oskrzeli i tchawicy.

Treść. Nowotwory łagodne i złośliwe. Rak pierwotny oskrzela, rzadkość tego cierpienia; pouczający przypadek; przebieg kliniczny pierwotnego raka oskrzeli;

www.dlibra.wum.edu.pl

trudności rozpoznawcze. Nowotwory ograniczone do samej tylko tchawicy — łagodne i złośliwe; ich symptomatologja . . . . . str. 187—196

Rozszerzenia (rozstrzeń) oskrzeli *(Bronchiectasis).*

WYKŁAD XIV.

Treść. Szczegółowa etjologja. Patogeneza. Teorje powstawania rozszerzeń. Podział. Zmiany anatomo patologiczne. Symptomatologja. Powikłania. Rozpoznanie różniczkowe. Leczenie wewnętrzne i chirurgiczne rozszerzeń oskrzeli. Rozszerzenia atelektatyczne oskrzeli i rozszerzenia, napotykane u płodów str. 197—219

Zwężenia, rany, przedziurawienia i uchyłki tchawicy i oskrzeli.

WYKŁAD XV.

Treść. Etjologja sprawy. Różnorodne zaburzenia w klatce piersiowej, wywołujące zwężenia (sprawy gardłowokrtaniowe, tętniaki aorty, nowotwory śródpiersia, syfilis, twardziel, nowotwory i t. p.) Objawy zwężeń tchawicznooskrzelowych. Rozpoznanie różniczkowe. Leczenie. Obrażenia, rany, pęknięcia, przebicie tchawicy i oskrzeli. Symptomatologja tych spraw. Uchyłki tchawiczno-oskrzelowe (*diverticula*) . . . . . str. 220—235

Dychawica oskrzelowa *(asthma bronchiale).*

WYKŁAD XVI.

Treść. Rys historyczny nauki o patogenezie astmy. Różne jej teorje. Etjologja. Objawy szczegółowe. Opis napadu astmatycznego. Przebieg i odmiany napadu. Katar oskrzelowy i własności plwociny astmatycznej. Odmiany kliniczne astmy. Przebieg. Rozpoznanie różniczkowe. Rokowanie. Leczenie. Zapobieganie. Leczenie napadu. Ogólne metody, stosowane w leczeniu astmy. Astma letnia, (Heufieber), jej patogeneza, objawy, przebieg i leczenie . . . . . str. 236—271

Koklusz Krztusiec *(Tussis convulsiva. Pertussis).*

WYKŁAD XVII.

Treść. Koklusz jako choroba natury zakaźnej; powody, dla których pomieszczana bywa w rozdziale chorób dróg oddechowych. Określenie choroby. Rys historyczny jej rozwoju. Etjologja i patogeneza kokluszu. Objawy kokluszu. Opis napadu i jego odmiany. Zmiany anatomopatologiczne. Rozpoznanie. Powikłania, zejście i rokowanie. Leczenie ogólne i miejscowe . . . . str. 272—298

www.dlibra.wum.edu.pl

ZAPALENIE OSTRE I PRZEWLEKŁE OSKRZELI.

(Bronchitis).

WYKŁAD I.

TREŚĆ. Częstość katarów oskrzeli u nas, a ztąd ich ważne znaczenie dla lekarza praktyka. Etjologja i patogeneza. Przeziębienie, jego istota i wpływ na powstawanie katarów oskrzeli. Teorje zaziębienia. Choroby zakaźne ostre: odra, influenca, koklusz, błonica, zapalenie płuc, nosacizna, tyfus brzuszny, zimnica. Znaczenie zakażenia mieszanego w powstawaniu katarów oskrzeli w sprawach ostrych i przewlekłych. Choroby ustrojowe (artrytyzm, zolzy). Kurz i pył, jego rodzaje i wpływ szkodliwy na błony śluzowe osł rzeli. Katary oskrzeli zawodowe (fabryczne), t. zw. pylice. Wpływ trucizn (jod, brom, alkohol, kwas karbolowy i t. p.). Ciała obce. Wpływ cierpień jamy nosowogardłowej na powstawanie katarów oskrzeli. Oddziaływanie wzajemne cierpień płuc i chorób serca na sprawy oskrzelowe; wyjaśnienie anatomiczne tych przyczyn. Choroby nerek. Tak zwane nerwowe katary oskrzeli. Choroby żołądka, skóry i t. p. sprawy. Podział kliniczny katarów oskrzeli. Zmiany anatomopatologiczne.

Sprawy chorobowe dróg oddechowych rozpoczynamy od opisu nieżytów błony śluzowej oskrzeli, cierpienia te bowiem należą do najczęstszych, najpospolitszych chorób dróg oddechowych, i ztąd dokładna ich znajomość z punktu widzenia klinicznego zasługuje na szczególną uwagę lekarzy praktyków. Bliższych danych statystycznych, dowodzących częstości tej sprawy w naszym kraju, dotychczas nie posiadamy; jedynie co do Warszawy znajdujemy dane, zresztą bardzo wymowne, w sprawozdaniach Warszawskiej Rady Miejskiej Dobroczynnosci Publicznej, a mianowicie wykazy liczby chorych, dotkniętych zapaleniami oskrzeli, a leczonych w szpitalach warszawskich. W zestawieniu powyższem za rok 1898 znajdujemy następujące dane: z ogólnej liczby 22085 chorych, leczonych w ciągu powyższego roku w siedmiu większych szpitalach warszawskich, było dotkniętych chorobami dróg oddechowych, za wyłączeniem gruźlicy, 2570; z tej liczby 958 t. j. 37,3% przypada na różne postaci zapaleń oskrzeli. Dodać tu zaraz winienem, że liczby, te, o ile doświadczenie nasze poucza, odnoszą się prawie wyłącznie do przewlekłych zapaleń oskrzeli, i to postaci

www.dlibra.wum.edu.pl

cięższych, które już zazwyczaj spowodowały różnorodne mniej lub więcej ciężkie powikłania w innych narządach, jako to: w płucach, sercu i t. p. (rozedma płuc, niedomoga sercowa, zapalenie nerek i t. p.); rzadko bowiem do naszych szpitali przybywają chorzy z ostremi katarami oskrzeli lub też z lżejszemi postaciami form przewlekłych. Chorzy tej ostatniej kategorji w klasie uboższej naszego społeczeństwa albo wcale się nie leczą, albo też, w razie pogorszenia się sprawy, zasięgają dorywczo porady w ambulatorjach szpitalnych. Doświadczenie zaś, poucza; że śród chorych, szukających w ambulatorjach szpitalnych pomocy w chorobach wewnętrznych, przeważną większość, szczególniej w miesiącach zimowych, stanowią chorzy, dotknięci ostremi lub zaostrzonemi katarami oskrzeli. Ta sama częstość nieżytów oskrzeli występuje zresztą i w klasie zamożniejszej; szczególnie od czasu wielkiej epidemji influenzy, spotykaliśmy w Warszawie późną jesienią i zimą niezwykle często rozmaite postaci zapaleń oskrzeli u ludzi, znajdujących się nawet w najlepszych warunkach życiowych. zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Sprawy te w niektórych latach występowały prawie epidemicznie; to samo dzieje się i w innych większych miastach naszego kraju; nawet po wsiach, śród względnie o wiele lepszych warunków higjenicznych, katary dróg oddechowych w ostatnich latach występowały niezwykle często. Dodać winienem, że spostrzeżenia, poczynione w Warszawie i wogóle w kraju naszym, co do niezwykłej częstości katarów oskrzeli w ostatnich latach, zostały również stwierdzone i w innych krajach Europy Środkowej, a szczególniej w Niemczech północnych, we Francji i Anglji, jak o tem świadczą liczne odnośne publikacje[1]).

Nic więc dziwnego, że na sprawę patologiczną tak często lekarze od najdawniejszych aż do ostatnich czasów baczną zwracali uwagę; już bowiem w dziełach Hippokrates'a, Van-Helmondt'a, Schneider'a i innych znajdujemy szczegółowe i wyczerpujące opisy kliniczne tej sprawy. Dopiero jednak podstawowe prace Laenneck a i jego szkoły wyjaśniły należycie sprawę nietylko z punktu widzenia klinicznego, lecz i anatomopatologicznego; w ciągu zaś drugiej połowy ubiegłego wieku spotykamy w literaturze zagranicznej całe szeregi znakomitych prac, odnoszących się do katarów oskrzeli, z których jako najcelniejsze wymienimy prace: Stokes'a[2]), Walsche'a[3]), Fothergill'a[4]), Powell'a[5]) i innych

---

[1]) W Londynie w ciągu lat 1890—1899 umierało rocznie na zapalenie oskrzeli 10,226 osób, t. j. niewiele mniej niż na gruźlicę (12,017). (Dane statystyczne, zestawione na kongresie przeciwgruźliczym w Londynie w Lipcu 1901 roku).

[2]) W. Stokes. Die Brustkrankheiten, 1844 (tł. niemieckie).

[3]) Walsche. Traité clinique des maladies de la poitrine, 1870 (tł. francuskie).

[4]) Fothergill. Chronic bronchitis, 1882.

[5]) Powell and Hartley. Diseases of the lungs V Edit. 1911.

www.dlibra.wum.edu.pl

im. Karola i 3 dr. dla użyt. le *

w Anglji; Lasegue'a[1]), Ferrand'a[2]), G. Sée[3]), Marfan'a[4]) Claisse'a[5]), i innych we Francji; Biermera[6]), Leberta[7]), Riegela[8]), Hoffmana[9]), Fränkla[10]) i innych w Niemczech. Nasza odnośna literatura jest stosunkowo bardzo uboga, oprócz bowiem krótkiej monografji D-ra Józefa Konstantego Rosego[11]), wydanej przed trzydziestu paru laty, na owe czasy pięknie opracowanej pracy klinicznej, oraz równie pięknej monografji Rudnickiego, ogłoszonej w r. 1870[12]), a dotyczącej anatomji patologicznej przewlekłych zapaleń oskrzeli, pozostałe prace w liczbie kilkunastu stanowią tylko mniej ważne przyczynki kazuistyczne.

Określenie. Pod nazwą zapalenia oskrzeli, kataru oskrzeli (*bronchitis*), rozumiemy sprawę patologiczną, umiejscowioną na błonie śluzowej oskrzeli i charakteryzującą się wielce różnorodnym stopniem przekrwienia w połączeniu z mniejszą lub większą wydzieliną,—sprawę, nie mającą tendencji do owrzodzeń, lecz prowadzącą przy dłuższem trwaniu do przerostu lub też do częściowego zaniku błony śluzowej.

Określenie to zapalenia błony śluzowej oskrzeli, podane przez Hoffmana, a oparte na podstawie anatomopatologicznej, wydaje mi się bardzo odpowiedniem, objaśnia bowiem dokładnie nietylko istotę, ale i zejścia podstawowe sprawy, klinicznie spostrzegać się dające. Określając jednakże w powyższy sposób zapalenie oskrzeli, winienem zaraz nadmienić, że z punktu widzenia klinicznego zapalenie oskrzeli bywa ściśle związane z tej samej kategorji sprawą w tchawicy, wskutek czego w klinice pod nazwą kataru oskrzeli, należy właściwie rozumieć t. zw. *tracheo-bronchitis*, t. j. zapalenie oskrzeli i tchawicy. Jednoczesne zajęcie sprawą nieżytową oskrzeli i tchawicy znajduje usprawiedliwienie w stosunkach anatomicznych i fizjologicznych tych narządów: oskrzela stanowią

---

[1]) Laségue. Études médicales, t. II, 1884.

[2]) Ferrand. Leçons cliniques sur les formes et le traitement des bronchites, 1888.

[3]) G. Sée. Bronchites aiguës, 1886.

[4]) Marfan Traité de Médecine, Charcot-Bouchar II. Ed. 1901.

[5]) Claisse. Maladies des bronches w Brouardel et Gilbert Traité de Médecine XXIX Tom Paris 1910.

[6]) Biermer. Krankheiten der Bronchien (Handb. der Pathologie und Therapie — Virchow) 1867.

[7]) Lebert. Klinik der Brustkrankheiten, 1874.

[8]) Riegel. Krankheiten der Trachea und der Bronchien. Ziemssen's Handbuch, Bd. IV, 2 Hälfte.

[9]) Hoffmann. Die Krankheiten der Bronchien, II Aufl 1912.

[10]) A. Fränkel. Lungenkrankheiten 1905.

[11]) J. K. Rosé. Wykład patologii i terapii narzędzi oddechowych. Część I.—Choroby krtani i oskrzeli. Warszawa, 1868.

[12]) Rudnicki. Przegląd Lekarski, 1870.

www.dlibra.wum.edu.pl

tylko dalszy ciąg tchawicy, a grubsze z nich posiadają taką samą, jak tchawica, budowę histologiczną, takie same przeznaczenie fizjologiczne, zarówno bowiem tchawica, jak oskrzela służą do doprowadzania powietrza, uprzednio oczyszczonego i ogrzanego w górnym odcinku dróg oddechowych (nos i krtań), do pęcherzyków płucnych, t. j. do miejsca właściwej hematozy. To też sprawy patologiczne oskrzeli są dosyć często sprawami zstępującemi, szerzącemi się z górnego odcinka dróg oddechowych (gardła i krtani), a zmiany w tchawicy w tych razach stanowią niejako etap przejściowy sprawy chorobowej na drodze do oskrzeli, chociaż znowu nieraz, lokalizując się czas dłuższy w tchawicy, dają pewne odrębne objawy, wysuwające przez pewien czas na plan pierwszy cierpienie tego narządu (*tracheitis*). Tak więc pod nazwą kliniczną zapalenia oskrzeli stale rozumieć będziemy sprawy tchawiczno oskrzelowe (*tracheo - bronchitis*); w opisie przebiegu choroby zaznaczamy specjalnie w odpowiedniem miejscu te właściwości, które w pewnych przypadkach charakteryzują wyraźniej zaakcentowaną sprawę, umiejscowioną w tchawicy.

Etjologja i patogeneza katarów oskrzeli.

Nic dziwnego, że cierpienie tak częste i tak rozpowszechnione jak katary oskrzeli, ma bardzo liczne źrodła pochodzenia, chociaż, z drugiej strony, wśród momentów etjologicznych, jakich autorowie podają całe szeregi, znajdujemy i takie, których związek z katarem oskrzeli do dziś dnia jeszcze nasuwa pewne wątpliwości. Postaramy się pokrótce rozpatrzeć ważniejsze z tych przyczyn.

1. Codzienne doświadczenie życiowe poucza, że jedną z najpospolitszych przyczyn ostrych katarów oskrzeli jest przeziębienie, ztąd też oddawna istnieje w patologji termin: *„bronchitis a frigore"*, pod który podciągano katary oskrzeli, powstające szczególniej wiosenną i zimową porą pod wpływem powietrza zimnego i wietrznego, lub też występujące po szybkiem ochłodzeniu się ciała przy raptownem przejściu z ciepła do zimna, wreszcie zjawiające się pod wpływem rozmaitych momentów, zwanych powszechnie „zaziębieniem" (przemoczenie nóg, dotknięcie bosą nogą zimnej podłogi, raptowne zdjęcie ciepłego ubrania w zimnym pokoju, narażenie się na przeciągi i t. p.). Za przyjęciem wpływu przyczynowego przeziębienia na powstawanie ostrych katarów oskrzeli przemawiał, jak się zdawało, ów powszechnie znany fakt, że cierpienia te występują przeważnie w okolicach, posiadających klimat nietylko zimny, lecz przeważnie zimny i wilgotny, wietrzny, z nagłemi zmianami ciepłoty i ciśnienia. Hirsch, w swoich powszechnie znanych studjach geograficzno-lekarskich nad nieżytami oskrzeli, wykazał, że w krajach o ciepłocie przeciętnej znacznej i stałej, bez znaczniejszych wahań (Egipt, Antylle, pewne okolice Indji Zachodnich) katary oskrzeli występują stosunkowo bardzo rzad-

www.dlibra.wum.edu.pl

ko, przeciwnie, częstość ich się zwiększa w miarę oddalania się od równika, przyczem na ową częstość ma wpływ nietylko przeciętna ciepłota danej okolicy, lecz i stopień wilgotności powietrza, wogóle bowiem katary oskrzeli panują w tych krajach, gdzie perjodycznie lub też przez pewien dłuższy przeciąg czasu powietrze bywa mocno nasycone wilgocią i pod wpływem zimnych wiatrów, oraz szybkich zmian ciepłoty dosięga wysokich stopni, t. zw. względnej wilgotności. Warunki więc powyższe spostrzegać można w tych porach roku, w których znaczne wahania termometryczne idą w parze z wiatrami, a atmosfera, nasycona mocno parą wodną, daje częste i obfite opady. Warunki te spostrzegamy w naszym klimacie przeważnie wiosną i zimą. I miejscowe warunki danej okolicy, jej formacja, wzniesienie nad poziom morza, również mają, podług Hirscha, niepoślednią w powstawaniu katarów oskrzeli odgrywać rolę; panują więc katary w tych miejscowościach, które, posiadając względnie wilgotną atmosferę, mało są osłonione od wiatrów północnych i północno-wschodnich (np. wybrzeża Baltyku, Morza Północnego i t. p.) Na jesieni i na wiosnę katary oskrzeli panują często w górach i na płaskowzgórzach, gdzie bezwzględny stopień wilgotności powietrza wprawdzie nie jest wielki, gdzie jednakże ze względu na nizką ciepłotę, przy panujących silnych wiatrach wytwarzają się liczne opady atmosferyczne, t. zw. okres topnienia śniegów. Klimaty czysto północne, mające bardzo nizkie ciepłoty, bez szybkich zmian i bez mocnych wiatrów (okolice podbiegunowe, Syberja Wschodnia), zdaje się, mniej usposabiają do katarów oskrzeli, o czem pouczają ciekawe opisy ostatnich wypraw podbiegunowych. Nansen naprzykład podaje, że w ciągu całego prawie dwuletniego pobytu wyprawy w okolicy podbiegunowej, przy niezwykle nizkich (dochodzących do —50°) ciepłotach nikt z jego towarzyszów nie zapadł na katar oskrzeli. Zupełnie odwrotne warunki klimatyczne Petersburga (znaczna wilgotność, wiatry północne, wielkie wahania ciepłoty) sprawiają, że, w mieście tem, stosownie do tego, co wyżej powiedziano, katary oskrzeli, jak wykazał w pięknej pracy swej Fremmert[1]), występują niezwykle często i z wielkiem natężeniem. W ciągu 5-letniej obserwacji (od r. 1891 do 1896), opartej na materjale, spostrzeganym przeważnie w praktyce ambulatoryjnej, w t. zw. cyrkule dworskim w Petersburgu, a obejmującym przeszło 33000 przypadków, dotyczących mniej więcej tej samej ludności, ogólna liczba ostrych katarów tchawicy i oskrzeli wynosiła, według tego autora, 18% wszystkich cierpień; ze 100 mężczyzn, zasięgających porady lekarskiej, 49, ze 100 kobiet — 46, a ze 100 dzieci — 75 zapada corocznie na ostry katar oskrzeli; najrzadziej występuje to cierpienie w czerwcu, lipcu i sierpniu, najczęściej—w styczniu, dalej w lutym, marcu, kwietniu i grudniu. Tak

[1]) Bronchialkatarrh und Witterung. Petersb. Med. Wochenschr. 1896.

www.dlibra.wum.edu.pl

więc warunki meteorologiczne danej miejscowości najbardziej się zapewne przyczyniają do powstawania ostrych katarów oskrzeli, a zbiór ich warunkuje ów powszechnie obwiniany moment etjologiczny, t. zw. przeziębienie. Zastanówmy się pokrótcę nad tem, w jaki sposób działa przeziębienie na organizm ludzki, oraz czy i jaką drogą jest ono w stanie wywołać ostry katar oskrzeli.

Znany higjenista Flügge określa w następujący sposób zaziębienie: „z dzisiejszego naukowego punktu widzenia musimy przyjąć, że zaziębienie przychodzi do skutku z powodu zbyt natężonego i długotrwałego odciągnięcia ciepłoty od skóry". Takiej utracie ciepłoty przez skórę sprzyjają: „1) mocne i zimne wiatry, które nietylko na powietrzu, ale nawet i w przestrzeni zamkniętej (t. zw. przeciąg) wywołują znaczne oziębienie ustroju; 2) znaczne i raptowne wahania ciepłoty przy niedostatecznej i sztucznej jej regulacji; 3) opady atmosferyczne przy długo trwającej wilgoci w powietrzu". Powyższe określenie, podobnie jak i inne teorje zaziębienia, dotychczas podawane, nie wyświetla jednak sprawy w zupełności. Znane powszechnie prace Rosenthala i Rossbacha (ostatni działaniem zimna na skórę zwierzęcia wywoływał odruchowe zwężenie naczyń z następczem przekrwieniem i wzmożeniem wydzielania) nie wyjaśniają istoty przeziębienia, a tembardziej jego wpływu na katar oskrzeli. Teorje, podane przez tych autorów, uważają zaziębienie jako wynik zmiennej czynności nerwów naczynioruchowych skóry i związanego z tem zaburzeniem mniej lub więcej długotrwałego przekrwienia narządów wewnętrznych, które w następstwie doprowadzić może do rozmaitych spraw patologicznych, a więc i do katarów oskrzeli. Co się tyczy błon śluzowych, to, zdaniem wielu autorów, zimno może działać na nie nietylko przez pośrednictwo skóry, lecz i bezpośrednio (zimne powietrze), przyczem szybko mają występować porażenia nerwów naczynioruchowych, wywołujące w następstwie mocne przekrwienie i obrzęk błony śluzowej. Teorje neuropatologiczne, aczkolwiek ponętne, bo na doświadczeniach oparte, bynajmiej nie wyjaśniają sposobu powstawania katarów oskrzeli wskutek zaziębienia, opierają się bowiem na działaniu na organizm jednego tylko czynnika t. j. zimna, kiedy tymczasem, jak wyżej wspomnieliśmy, działać tu musi i szereg innych różnorodnych czynników. Ztąd też w ostatnich latach, z chwilą powstania nauki o pasorzytach (bakterjologji), różni badacze zaczęli rozpatrywać kwestję przeziębienia z punktu widzenia bakterjologicznego, starając, się wykazać, o ile ta nowa teorja będzie w stanie bliżej wyjaśnić sprawy patologiczne, z przeziębienia powstałe. I rzeczywiście, badania różnych autorów [1]) wykazały, że w drogach

[1]) Ciekawą i interesującą pod względem tym pracę ogłosił przed kilku laty Ruhemann pod tytułem: Ist Erkältung eine Krankheitsursache und inwiefern? Leipzig, 1898.

www.dlibra.wum.edu.pl

oddechowych znajduje się normalnie znaczna ilość rozmaitych pasorzytów, nietylko saprofitów, lecz nawet i bakterji chorobotwórczych, jako to: *staphylococcus pyogenes, streptococcus pyogenes, pneumococcus* i t. p. Pansieri, który badaniom tym poświęcił szczegółowe studjum, wynalazł w zdrowych oskrzelach 8 różnych gatunków paciorkowca (*streptococcus*), kilka gatunków sarcyny, 21 gatunków laseczników i 10 gatunków mikrokoków. Obecność pasorzytów chorobotwórczych w zdrowych oskrzelach (*pneumococcus, streptococcus*) wykazali później: Dürsch, Bartel i inni (Centralblatt f. Becteriol. 1898). Starano się następnie rozstrzygnąć pytanie, o ile i jakie formy pasorzytów spotykać można w różnorodnych ostrych i przewlekłych zapaleniach oskrzeli. Badania pod tym względem licznych autorów (Cornil i Babes, Frick, Marfan i wielu innych) wykazały, że w różnych postaciach zapaleń oskrzeli znajdujemy te same formy pasorzytów, co w okrzelach zdorwych; stale tylko napotkać się daje *pneumococcus i streptococcus*[1]). Oprócz tego znajdywano całe szeregi różnych drobnoustrojów, między innemi bakterji barwnych (*bacillus pyocyaneus, b. flu. orescens, b. aureus, b. squamosus, sarcina variegata, sarcina flava* i t. p.). I moje liczne badania bakterjologiczne różnych postaci zapaleń oskrzeli w przypadkach, z praktyki szpitalnej oraz prywatnej pochodzących, dokonane w mojej pracowni szpitalnej, wykazały wielką różnorodność form pasorzytów; przeważnie jednak napotykałem pneumokoki, paciorkowce i gronkowce. Po ustaleniu faktu obecności drobnoustrojów chorobotwórczych w błonie śluzowej oskrzeli podczas zapalenia, którego powstawanie przypisano przeziębieniu, starano się w dalszym ciągu zbadać doświadczenie, o ile zimno, oraz raptowne ochłodzenie powierzchni skóry wzmagać może złośliwość pasorzytów, normalnie w oskrzelach przebywających. a tem samem przyczyniać się do powstawania spraw zapalnych na błonach śluzowych. Nie mogę tutaj szczegółowo przytaczać tych wielce interesujących prac, przez wielu autorów w ostatnich czasach dokonanych. Wspomnę tylko o pracach Loge'go, które wykazały, iż po wprowadzaniu zwierzętom do oskrzeli za pomocą inhalacji hodowli różnorodnych pasorzytów chorobotwórczych, (*pneumococcus, streptococcus* i t. d.) zwierzęta ginęły tem prędzej, im więcej były przedtem ochładzane (śmiertelność zwierząt ochładzanych

---

[1]) Ritchie (Journal of Pathol. and Bact., Dec. 1900), badał w ostatnich czasach w pracowni Wechselbauma preparaty, pochodzące od 49 osobników, dotkniętych katarem oskrzeli, i doszedł do wniosku, że ostry katar oskrzeli jest cierpieniem zakaźnem, wywołanem przez *diplococcus pneumoniae* i *stroptococcus*; jednocześnie biorą w tej sprawie udział różnorodne pasorzyty, a między innemi i lasecznik influency, znajdywany nawet wtedy, gdy nie panowała influenca. Pollak (Wiener Med Woch 1908) badając wydzielinę 73 osobników, dotkniętych ropnym katarem oskrzeli znajdywał najwięcej *diplococcus lanceolatus, staphylococcus aureus, streptococcus pyogenes i bacillus influenzae.*

www.dlibra.wum.edu.pl

wynosiła 85% a użytych do sprawdzania 12%). Autorowie sprawę zaziębienia, względnie działanie zimna na organizm, starają się w ten sposób tłomaczyć, że przez raptowne ochłodzenie powierzchni ciała lub przez działanie zimna na błony śluzowe występuje pewne zaburzenie w odżywianiu błony śluzowej pęcznienie nabłonka, w wielu razach nawet złuszczenie tegoż, a przez to przebywające stale na błonie śluzowej liczne drobnoustroje, przenikając głębiej, wywołują zapalenia o różnem natężeniu. W stanie normalnym, jak twierdzą badacze przeważnie francuscy, ustrój broni się przeciw temu masowemu wtargnięciu pasorzytów, do czego mu dopomaga własność bakterjobójcza osocza krwi oraz fagocytoza (Bouchard). Obiedwie właściwości organizmu mają być zależne, według Bouchard'a i jego szkoły, od układu nerwowego, wedle zaś wszelkiego prawdopodobieństwa zmiany, wywołane w organizmie przez zaburzenie regulacji ciepłoty pod wpływem zimna, wywołują znaczne zaburzenia w układzie naczynioruchowym i, zmniejszając przez to odporność ustroju, umożliwiają tym sposobem pasorzytom ich specyficzne działanie.

Teorja ta, aczkolwiek oparta na doświadczeniach, nie jest wolna od licznych zarzutów, których z powodu braku miejsca bliżej rozbierać nie będziemy. W dzisiejszym stanie nauki jest to jednak teorja wielce ponętna i prawdopodobna, daje bowiem na podstawie ściśle spostrzeganych faktów chociaż częściowe naukowe wyjaśnienie zupełnie dotychczas ciemnego, a tak ważnego momentu etjologicznego, za jaki uważano zaziębienie. Teorja ta również po części stara się wyjaśnić ten banalny fakt empiryczny, że tylko pewne jednostki słabsze, „usposobione", podlegają, zaziębieniu. Organizmy mocne, zahartowane na zimno, posiadają dobrze, że tak rzec mozna, wyćwiczony układ naczynioruchowy; ztąd też łatwo przeciwdziałają mocnym przekrwieniom, powstającym pod wpływem zimna, i tem samem zapobiegają przenikaniu pasorzytów do tkanek, a więc i szkodliwym dla ustroju następstwom tego przenikania, t. j. zapaleniom swoistym. Tłómaczy się tem ten fakt powszechnie spostrzegany, że na ostre katary oskrzeli z przeziębienia zapadają przeważnie osobniki delikatne, anemiczne, limfatycy, ludzie otyli, skłonni do nadmiernego pocenia się, osoby z wrażliwą skórą, wogóle ludzie osłabieni, dotknięci chorobami ustrojowemi, a więc skrofuliczni, rachityczni, chorzy na gruźlicę, pijacy, rekonwalescenci po przebytych ciężkich chorobach zakaźnych i t. d. U wszystkich osobników tych licznych kategorji odporność organizmu na wyżej wzmiankowane bodźce jest czasowo lub stale zniesiona. To samo widzimy u dzieci i starców, którzy niezwykle często podpadają katarom oskrzeli wskutek zmian atmosferycznych; usposobienie to u dzieci zmniejsza się stopniowo z wiekiem, co się łatwo tłomaczy tem, że system naczynioruchowy nabiera stopniowo sprawności; odwrotnie w starości wraz z upadkiem wogóle sprawności organizmu zwiększa się skłonność do

www.dlibra.wum.edu.pl

przeziębień. Doświadczenie codzienne poucza, jak często i łatwo ludzie starsi, szczególnie w porze zimowej, zapadają na różne postaci zapaleń oskrzeli.

2. Choroby zakaźne ostre, a przedewszystkiem odra, influenca, koklusz, tyfus brzuszny i wysypkowy wywołują same przez się, t. j. zapewne przez działanie swoistych tym cierpieniom drobnoustrojów, objawy ostrego kataru oskrzeli, który zazwyczaj znika po ustąpieniu ogólnych objawów, właściwych cierpieniom zasadniczym. Często jednakże zajęcie oskrzeli trwa uporczywie dalej, przechodząc w formę przewlekłą. W tych razach według wszelkiego prawdopodobieństwa mamy do czynienia z zakażeniem mieszanem. W przebiegu róży, szczególniej umiejscowionej na błonie śluzowej nosa, gardła lub krtani, występuje czasem, aczkolwiek rzadko, ostre zapalenie zstępujące tchawicy i oskrzeli. I w tych razach, jak to się zdarzyło w jednym, przeze mnie spostrzeganym, przypadku, objawy ze strony tchawicy i oskrzeli (suchy męczący kaszel) znikały w zupełności wraz z ustąpieniem gorączki.

Błonica, zapalenie płuc włóknikowe (*pneumonia*), ospa nosacizna nie wywołują właściwie ostrych katarów oskrzeli, jak to niektórzy z autorów podają; wytwarzające się bowiem błony rzekome w tchawicy i oskrzelach, skrzepy włóknikowe w ciężkich zapaleniach płuc, wysypka z następczemi ospowatemi pryszczykami wywołują tylko kaszel i objawy zaduszania, które są wynikiem podrażnienia błony śluzowej tchawicy i oskrzeli. Zapewne, że i w tych cierpieniach może czasami rozwinąć się istotne zapalenie, jako rezultat zapalenia mieszanego. Zimnica (*malaria*) w postaci ostrej w wyjątkowo rzadkich przypadkach daje objawy ostrego zajęcia oskrzeli, odznaczającego się przeważnie znacznem natężeniem w okresach napadów zimniczych, a ustępującego w zupełności z chwilą ustąpienia zakażenia pod wpływem swoistego leczenia chininą.

W przebiegu tyfusu, szczególniej brzusznego, występuje, jak wiadomo ostre zajęcie oskrzeli, przeważnie w okresach późniejszych choroby z chwilą wystąpienia ogólnego wyczerpania i osłabionej działalności serca. Cierpienie to jednakże, podobnie jak rozwijające się potem zapalenia miąższu płucnego, jest rezultatem nie działania zarazka tyfusowego, lecz zakażenia wtórnego, mieszanego, wyczerpanie bowiem organizmu (*adynamia*) działa na ustrój podobnie jak zimno: osłabia działalność naczynioruchową, zmniejszając znacznie odporność organizmu i umożliwiając tym sposobem działanie chorobotwórcze drobnoustojów, stale gnieżdżących się w oskrzelach. Tą drogą powstają i w ten sposób dają się objaśnić zapalenia oskrzeli, występujące i w innych chorobach zakaźnych, jako też w cierpieniach przewlekłych, połączonych z wielkiem wyczerpaniem i osłabieniem ustroju, (złośliwe zapalenia wsierdzia, gorączka połogowa, charłactwo zimnicze, nerwowe, cukromocz i t. p.).

www.dlibra.wum.edu.pl

3. Niektórym chorobom ustrojowym również czasami towarzyszą katary oskrzeli. Jak doświadczenie kliniczne poucza osobniki, doknięte usposobieniem dziedzicznem do t. zw. skazy moczanowej, prócz całego szeregu objawów, ściśle z tem cierpieniem związanych, zapadają niejednokrotnie i na katary oskrzeli, ostre lub przewlekłe. Aczkolwiek Hoffmann może i słusznie uważa, że jest to jeszcze punkt sporny, czy te katary zależą istotnie od stanu konstytucjonalnego chorych, zdaje się jednak, że fakty, chociaż rzadkie, w których artrytycy przy kaszlu wyrzucali z plwociną złogi kwasu moczowego, przemawiają na korzyść pewnego związku między obu temi sprawami. Podrażnienie mechaniczne z jednej strony, częste przekrwienia, a dalej zastoje w narządach wewnętrznych z drugiej, mogą z łatwością osłabiać odporność błony śluzowej i warunkować przez to powstanie katarów oskrzeli w ten sam sposób, w jaki te cierpienia powstają pod wpływem innych wyżej wymienionych momentów etjologicznych. To samo mniej więcej da się powiedzieć i o zołzach (*scrophulosis*), cierpieniu, w którem, jak doświadczenie poucza, również niezmiernie często występują katary oskrzeli. I tutaj częste przekrwienia i zastoje, nieraz ucisk mechaniczny powiększonych gruczołów, dalej mniej lub więcej wyrażona niedokrwistość znacznie zmniejszają odporność organizmu, a tem samem sprzyjają powstawaniu katarów oskrzeli.

4. Jedną z przyczyn, najbardziej szkodliwie, obok zaziębienia, działającą na błonę śluzową oskrzeli i usposabiającą do powstania różnorodnych postaci katarów oskrzeli (szczególniej przewlekłych), jest wdychanie rozmaitych rodzajów pyłu, które w dalszym ciągu wywołuje t. zw. pylicę płuc (*pneumoconiosis*), opisaną poniżej w odpowiednim rozdziale. Różnorodne rodzaje pyłu działają szkodliwie na błonę śluzową oskrzeli, uszkadzając przedewszystkiem delikatny jej nabłonek i tem samem umożliwiając, podobnie jak przy działaniu zimna, przenikanie w głąb znajdujących się na powierzchni nabłonka pasorzytów, co w następstwie powoduje z łatwością rozwój ostrego lub przewlekłego zapalenia tej błony.

Należy jednak pamiętać, że budowa kanału oskrzelowego, a szczególniej jego górnego odcinka, posiada doskonały system samoobrony, a mianowicie błonę śluzową opatrzoną nabłonkiem migawkowym, gruczoły śluzowe, bogatą sieć naczyń włoskowatych i chłonnych, komunikujących się z gruczołami śródpiersia, a wreszcie obfitą sieć włókien nerwowych czuciowych (nerwu krtaniowego górnego). Wszystko to razem wzięte ułatwia w wysokim stopniu wydalanie na zewnątrz lub wchłanianie do gruczołów śródpiersia pyłu i ciał obcych, dostających się do oskrzeli. Ten system samoobrany jest o wiele mniej skuteczny w razie przedostania się pyłu, pasorzytów i t. p. do dolnego odcinka oskrzelowego (cienkie oskrzelki i pęcherzyki płucne), gdyż nabłonek ich jest pozbawiony migawek, niema w nich gruczołów i gałązek nerwowych czuciowych, oraz pesiadają

www.dlibra.wum.edu.pl

małą stosunkowo siłę mięśniową. To też ciała obce, dostawszy się do dolnego odcinka oskrzelowego, z trudnością mogą być wydalone na zewnątrz i ze współudziałem pasorzytów z łatwością mogą wywołać sprawy zapalne.

Najpospolitszym pyłem, szkodliwie na błonę śluzową oskrzeli działającym, jest kurz uliczny, szczególnie obfity latem na drogach publicznych, oraz w miastach, na ulicach, nieodpowiednio brukowanych i rzadko polewanych. Pył ten (szczególniej na gruntach wapiennych), obfity w lata suche w różnorodne domieszki organiczne (jako też liczne drobnoustroje), wywołuje szkodliwe działanie drażniące na błonę śluzową oskrzeli, szczególniej u osobników wątłych i mało odpornych. Kurz uliczny tłomaczy nam niezwykłą częstość katarów oskrzeli w wielkich miastach, nawet stosunkowo bardzo dobrze położonych pod względem klimatycznym (Nizza, miasta na wybrzeżu południowego Krymu, np. Sewastopol i inne), i łatwość zapadania na katary oskrzeli mieszkańców, przybywających ze wsi do wielkich miast; z drugiej zaś strony, brak kurzu tłómaczy rzadkość tych cierpień w górach lub nad morzem, gdzie nawet przybysze z wielkich miast, nader skłonni do katarów, nie dostają ich jednak, pomimo że nieraz w czasie większych wycieczek bywają narażeni na mocne zaziębienie (przemoczenie nóg, silne zmoknięcie na deszczu i t. p.), które w miastach zazwyczaj narażało ich na katary oskrzeli. Mniej więcej w podobny sposób, jak powietrze zanieczyszczone kurzem, działa szkodliwie i wywołuje często szczególniej ostre katary oskrzeli, powietrze, przepełnione dymem i kurzem, w źle przewietrzanych, dusznych i gorących lokalach publicznych (sale koncertowe, piwiarnie, restauracje i t. p.). Tutaj obok kurzu i dymu mamy jeszcze i inne wpływy, szkodliwie działające na błonę śluzową oskrzeli, jak: gaz, swąd, gorąco, przymieszki organiczne i t. p. W szeregu bardzo licznych prac, poświęconych szkodliwemu działaniu zajęć fabrycznych na organizm robotników, wszyscy autorowie (Hirtl, Merkel i inni) zwrócili uwagę na szkodliwy wpływ pyłu fabrycznego na drogi oddechowe, szczególniej na oskrzela. Wpływ jednak czynników, związanych z zajęciami zawodowemi, na błonę śluzową oskrzeli robotników należy oceniać bardzo krytycznie, ażeby nie dojść do zbyt jednostronnych wniosków; w fabrykach bowiem, oprócz związanego z samym fachem pyłu, działa na robotnika zazwyczaj cały szereg innych czynników szkodliwych (złe warunki higjeniczne mieszkań, odżywiania, ubierania się, nadużywania alkoholu i tytoniu, dziedziczne usposobienie skrofuliczne), z których każdy z osobna ujemnie na drogi oddechowe oddziaływać może. Tym sposobem należyte rozstrzygnięcie pytania, o ile istotnie dane zajęcie samo przez się szkodliwie wpływa na drogi oddechowe, przedstawia pewne trudności. Są jednakże zajęcia, o których z pewnością powiedzieć można, że stale ujemnie wpływają na błonę śluzową oskrzeli, wywołując rozmaite postaci jej zapaleń przewlekłych. Zajęcia te wywierają wpływ szkodliwy przede-

www.dlibra.wum.edu.pl

wszystkiem na górny odcinek dróg oddechowych (nos, krtań i gardło), a później dopiero powoli wpływ ten ujawniać się zaczyna i na błonie śluzowej oskrzeli.

Naturalnie, niepoślednią rolę musi tu odgrywać i odporność indywidualna błony śluzowej oskrzeli, u jednych bowiem wcześniej, u innych dopiero dużo później wpływ ów szkodliwy daje się spostrzegać. Do zajęć, których szkodliwy wpływ odbija się na błonie śluzowej oskrzeli, przedewszystkiem zaliczyć należy te, przy których jednocześnie powstaje kurz i pył. Do stosunkowo najmniej szkodliwych ma należeć, według autorów, którzy specjalnie tę sprawę badali, pył, powstający przy fabrykacji grafitu, cykorji, nici; bardziej szkodliwy jest pył w fabrykach wełny, bawełny, jedwabiu, juty, wyrobów lnianych i konopnych; również szkodliwy bywa pył zbożowy w młynach, w składach mąki, dalej pył drzewny, pył węglowy (w kopalniach i w składach), gipsowy. Wszystkie powyższe rodzaje pyłu, przeważnie pochodzenia organicznego, działają szkodliwie na błonę śluzową oskrzeli, szczególniej przy dłuższym pobycie w takiej atmosferze. Do bardzo szkodliwych również pyłów zalicza się kurz, powstający przy fabrykacji dywanów, materaców włosianych; dalej—pył nieorganiczny w różnorodnych fabrykach cementu, wapna, szmerglu, tapet, wyrobów marmurowych i metalowych (miedzianych i mosiężnych) i t. p.

Obok pyłów niemniej szkodliwy wpływ na błonę śluzową oskrzeli wywiera wdychanie gazów, na co również robotnicy fabryczni bywają narażeni. Należą tutaj fabryki, wyrabiające kwas siarczany i solny, lub też używające tych kwasów do przeróbki swych fabrykatów (fabryki papierów sody, dekstryny, nawozów sztucznych i t. p.), dalej fabryki, mające do czynienia z kwasem siarkowym (fabryki szkła, ultramaryny); fabryki kwasu azotnego, fabryki, produkujące chlor, brom, ocet drzewny, kwas octowy, akroleinę, alkohol metylowy, nitroglicerynę, anilinę, tolnidynę, naftalinę i t. p. Szczególniej szkodliwy wpływ na błonę śluzową oskrzeli wywierają pary bromu, jodu, fosforu, a także chlor i amoniak. W fabrykach melinitu we Francji spostrzegano u robotników ataki suchego kaszlu z silną dusznością, zależną od kwasu pikrynowego, wywiązującego się przy tej fabrykacji. Arszenik, używany w różnorodnych fabrykach, działa szkodliwie nietylko pod postacią gazu, lecz i jako pył subtelny, drażniący mocno błonę śluzową oskrzeli. Podobnie działa i chrom, który w postaci dwuchromianu potasu bardzo często bywa używany w przemyśle. Naftalina, używana w ostatnich czasach bardzo często jako środek, zabezpieczający mieszkanie od moli, może nieraz wywołać dosyć uparte suche katary tchawicy i oskrzeli. W niektórych przypadkach podobnych upartych zapaleń oskrzeli usunięcie z mieszkania naftaliny i należyte przewietrzenie usuwało szybko, jak się nieraz przekonałem, wszystkie te objawy chorobowe.

www.dlibra.wum.edu.pl

5. Niektóre związki trujące, wprowadzone do ustroju w większej ilości, lub używane w mniejszych dawkach przez czas zbyt długi w celach leczniczych, wywołują wielce charakterystyczne katary ostre tchawicy i oskrzeli. Do środków tej kategorji zaliczamy przedewszystkiem preparaty jodu i bromu. Do znanych powszechnie objawów, t. zw. jodyzmu i bromizmu należy przedewszystkiem mocne podrażnienie a następnie silny katar hipersekrecyjny oskrzeli, który zazwyczaj szybko ustępuje po zaprzestaniu używania jodu lub bromu. W zatruciu amonjakiem, jako też kwasem karbolowym również występują nieraz objawy mniej lub więcej wyrażonego ostrego kataru oskrzeli, a chociaż w tych zatruciach podrażnienie błony śluzowej oskrzeli może być w części zależne od przedostania się tych ciał do dróg oddechowych i następczego poparzenia błony śluzowej tchawicy i grubszych oskrzeli, to jednakże możliwość wydzielania się tych środków przez krew, jak się to dzieje z jodem i bromem, nie jest wykluczona; przeciwnie, przemawiają za nią doświadczenia prof. Wachholza z Krakowa.

Nadużycie alkoholu wywołuje również podrażnienie, a następnie katar przewlekły oskrzeli. Wiadomo bowiem, że alkohol w części wydziela się przez błonę śluzową oskrzeli, wywierając na nią, przedewszystkiem zaś na jej nabłonek, swój wpływ szkodliwy. Z drugiej strony alkohol, stykając się przy połykaniu z błoną ślubową gardła, powoduje jej zapalenie, nader uparte, zwykle zstępujące stopniowo na krtań i tchawicę, zkąd przejść może i na oskrzela. Ztąd u każdego niemal pijaka nałogowego po pewnym przeciągu czasu spostrzegamy, obok bardzo typowych zmian w gardle i krtani, uparty katar oskrzeli, występujący przeważnie pod postacią t. zw. kataru suchego, doprowadzającego zazwyczaj z biegiem czasu do rozemdy płuc i zmian w mięśniu sercowym. Upośledzona działalność serca jest przyczyną zastojów, które jeszcze bardziej wpływają na rozwój i uporczywość katarów oskrzeli [1]).

6. Najrozmaitsze ciała obce, przedostawszy się wypadkiem, szczególniej u dzieci, do tchawicy albo oskrzeli, powodują ich ostre zapalenia, przechodzące w stan przewlekły przy dłuższem pozostawaniu tych ciał w drogach oddechowych. Są to zapalenia przeważnie charakteru ropnego. Zmiany następcze w oskrzelach, a dalej i w tkance płucnej, nieraz bardzo ciężkie, szczegółowo będą opisane w odpowiednim rozdziale.

7. Katary oskrzeli widujemy dość często u osobników, dotkniętych cierpieniami jamy nosowogardłowej (katary suche, wyrośla adenoidalne, katary z mniej lub więcej obfitą wydzieliną śluzoworopną, przerosty muszli). W sprawach nosowogardłowych, powodujących zatkanie

---

[1]) Patrz moją pracę: „Alkohol w etjologji i terapji chorób dróg oddechowych". Odczyty kliniczne, zeszyt 8 z r. 1899.

www.dlibra.wum.edu.pl

nosa i zmuszających chorego do stałego oddychania ustami, etjologję towarzyszących tym sprawom katarów oskrzeli możemy sobie łatwo wytłómaczyć: powstają one wskutek oddychania powietrzem zimnem lub zanieczyszczonem (kurz i inne domieszki), uprzednio nie ogrzanem i nie oczyszczonem (przez osiadanie pyłu) w jamie nosowej. W przypadkach katarów hypersekrecyjnych, szczególniej przy obfitszej wydzielinie, stale spływającej z jamy nosowogardłowej do gardła, część tej wydzieliny, przylegająca do tylnej części krtani, bywa aspirowana do tchawicy i oskrzeli, wywołując przez to ich stałe podrażnienie zapalne. Na podstawie osobistego doświadczenia potwierdzić mogę w zupełności pogląd tych autorów (Marfan i inni), którzy utrzymują, że przy odpowiedniem leczeniu miejscowem cierpień jamy nosowogardłowej, katary oskrzeli występują rzadziej i odznaczają się mniejszem natężeniem, a nieraz nawet w zupełności ustępują. Uparte zapalenie tchawicy (*ozaena trachеae*), towarzyszące niekiedy katarowi złowonnemu nosa (*ozaena*), a będące sprawą pochodzenia pasorzytniczego, zawdzięcza swoje pochodzenie tej samej przyczynie specyficznej, co i cierpienie pierwotne nosa.

8. Katary oskrzeli niezwykle często napotykamy w przebiegu ostrych, przedewszystkiem zaś przewlekłych cierpień płuc, opłucnej, serca i śródpiersia (zapalenia opłucnej, rozedma, różne postaci gruźlicy płuc, nowotwory śródpiersia, tętniaki aotry, cierpienia zastawek i mięśnia sercowego i t. p.). Częstość ta da się bez trudu wyjaśnić zaburzeniami cyrkulacyjnemi (zastoiny, które tutaj z łatwością występować mogą ze względu na pewien właściwy układ naczyniowy narządu oddechowego). Wiadomo bowiem, że aczkolwiek oskrzela i miąższ płucny mają odrębny i niezależny system naczyń tętniczych, to natomiast system żylny mają częściowo wspólny; jedna bowiem część krwi, pochodząca z żył oskrzelowych, wlewa się za pomocą żyły bezimiennej do żyły górnej głównej; druga zaś część, a mianowicie krew, pochodząca z drobnych żył oskrzelowych, wpada do żył płucnych, udając się wprost do serca lewego. Wskutek tego zmiany chorobowe w płucach odbijają się łatwo na krążeniu w oskrzelach i łatwo wywołać tu mogą przekrwienie z następczą wypociną i rozwojem sprawy zapalnej (najczęściej pochodzenia pasorzytniczego[1]).

Tym sposobem wyjaśnić można częstość występowania katarów oskrzeli w cierpieniach przewlekłych płuc, a przedewszystkiem w rozedmie, jako sprawie patologicznej, w której system naczyniowy ulega stopniowemu zwężeniu. Tak samo w gruźlicy płucnej, a szczególniej w postaciach jej przewlekłych, przebiegających ze znacznym rozrostem tkanki łącznej płucnej, który, podobnie jak się to dzieje w rozedmie, znacznie ogranicza krwiobieg płucny, katary oskrzeli natury niespecyficznej występują bardzo

[1]) Patrz mój odczyt kliniczny „Serce a płuca, ich wzajemny stosunek w sprawach patologicznych, Warszawa 1912. Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej".

www.dlibra.wum.edu.pl

15 BIBLJOTEKA

często. Mamy tu zazwyczaj do czynienia z pospolitemi objawami kataru oskrzeli (zwykle suchego) tego płuca, w którem istnieją objawy szczytowe natury gruźlicznej. Właściwości układu żylnego płuc wyjaśniają nam również częstość występowania katarów oskrzeli w cierpieniach serca, przeważnie w wadach zastawek. Tak np. w cierpieniach zastawki dwudzielnej, kiedy bywa utrudniony odpływ krwi od lewego przedsionka i żył płucnych, a co za tem idzie, i z drobnych żył oskrzelowych, widujemy często następcze katary oskrzeli. To samo powiedzieć można o przypadkach tętniaków aorty, guzach śródpiersia i wszystkich innych zmianach, które na żyły płucne wywierają ucisk w mniejszym lub większym stopniu.

Katary przewlekłe oskrzeli, jako niemal stałe zjawisko, spostrzegamy u osobników ułomnych, garbatych (*kyphosis, kyphoscoliosis*). Tutaj na powstanie katarów zastoinowych (przeważnie zlokalizowanych w dolnych płatach płuc) mają wpływ nietylko warunki mechaniczne (przemieszczenie i uciśnięcie serca i naczyń), lecz i znaczne ograniczenie ruchów oddechowych klatki piersiowej, zmniejszające wybitnie siłę aspiracyjną płuc.

9. W cierpieniach nerek również często widujemy ostre i przewlekłe katary oskrzeli. Formy ostre, o charakterze więcej obrzękowym, towarzyszą zazwyczaj ostrym zapaleniom nerek i według wszelkiego prawdopodobieństwa są pochodzenia uremicznego. W postaciach przewlekłych zapaleń nerek, szczególniej w formach śródmiąższowych (*nephritis interstitialis*), mamy zazwyczaj do czynienia z zapaleniami oskrzeli, zależnemi od kilku współdziałających czynników szkodliwych, a więc przewlekłego zatrucia mocznicowego (*uraemia*), osłabionej działalności serca, a wreszcie ogólnego upadku odżywiania organizmu.

10. Niektórzy autorowie, szczególniej francuscy, wyodrębniają zapalenia oskrzeli, powstałe na tle zaburzeń nerwowych (*bronchite angioneurotique*). Do tej kategorji zaliczają zapalenia oskrzeli astmatyczne, t. zw. astmę sienną (*Heufieber*), dalej zapalenia zwrotne oskrzeli pochodzenia nosowego (*bronchitis reflectorica* Schecha) i inne. W sprawach tych pod wpływem zaburzenia nerwowego ma powstawać w sposób odruchowy znaczne rozszerzenie naczyń z następczem przekrwieniem oskrzeli które, o ile trwa dłużej, może wywołać, prawdopodobnie przy pomocy drobnoustojów, zapalenia oskrzeli różnego natężenia. Związek jednakże tych spraw z zaburzeniami nerwowemi nie jest, przynajmniej dla mnie, jasny. Większość bowiem z podawanych ostatniemi czasy opisów t. zw. odruchowych katarów oskrzeli, połączonych z dusznością, dotyczy, zdaniem mojem, nie zapaleń oskrzeli, lecz różnorodnych postaci duszności nerwowych; tak zwane zaś katary oskrzeli dusznicowe (*bronchitis asthmatica*) autorów, o czem jeszcze w rozdziale o astmie pomówimy, są to po większej części zapalenia wtórne, występujące przeważnie po napadach nie nerwowej astmy oskrzelowej, lecz astmy wtórnej, zjawiającej się u ludzi, dotkniętych wtórną rozedmą płuc, przy jednoczesnem osłabieniu działalności mięśnia serçowego.

www.dlibra.wum.edu.pl

11. Autorowie podają jeszcze cały szereg innych momentów przyczynowych, mających mieć pewien związek z powstawaniem zapaleń oskrzeli. Bouchard np. uważa, że choroby żołądka w połączeniu ze znacznem jego rozszerzeniem mają w wysokim stopniu usposabiać do katarów oskrzeli. U dzieci znowu, w okresie ząbkowania, mają także często powstawać nieżyty oskrzeli, będące w pewnym związku z tą sprawą. W podobnych jednak razach mamy raczej do czynienia z kaszlem odruchowym, aniżeli z zapaleniem oskrzeli, podobnie jak u dzieci cierpiących na glisty, a wskutek obecności robaków mających się, według niektórych autorów, odznaczać skłonnością zapalenia na katary oskrzeli.

12. Cierpienia różnorodne skóry a przedewszystkiem pryszczyca (*eczema*) usposabiają również do zapaleń przewlekłych oskrzeli. Z poprawą cierpienia skóry zmniejsza się i skłonność do bronchitów, na co zwrócił uwagę Hebra.

Powyżej wyłuszczone przyczyny, jako też i wiele innych, podawane przez różnych autorów, są zbyt hypotetycznej natury i przy dzisiejszym stanie nauki, jak sądzę, nie mogą być stawiane nawet w oddalonym związku etjologicznym z powstawaniem zapaleń oskrzeli.

Momenty przyczynowe różnorodnych postaci zapaleń oskrzeli dadzą się sprowadzić do przyczyn pierwotnie i wtórnie działających. Do pierwszej kategorji przyczyn, działających bezpośrednio, zaliczyćby należało: działanie zimna czyli t. zw. zaziębienie, dalej działanie powietrza, zanieczyszczonego kurzem, wpływ gazów i środków trujących, zakażenia, którym podlega wprost błona śluzowa oskrzeli (odra, róża i t. p.). Do drugiej kategorji, t. j. do przyczyn, średnio działających, zaliczyć należy przedewszystkiem: 1) mechaniczne zaburzenia w krążeniu małem, powodujące przekrwienie i zastój w oskrzelach (choroby serca, płuc, śródpiersia); 2) zapalenie, zstępujące z górnego odcinka dróg oddechowych; 3) choroby zakaźne, oraz charłactwo, powodujące wyczerpanie ogólne organizmu, a głównie układu nerwowego i cyrkulacyjnego, i wywołujące katary oskrzeli przeważnie zastoinowe (tyfus, choroby nerek, zapalenie płuc i t. p.).

Podział katarów oskrzeli.

Podział katarów oskrzeli w dzisiejszym stanie nauki nie może być jeszcze ściśle przeprowadzony z punktu widzenia etjologicznego. Klasyfikacja Marfana, który dzieli nieżyty oskrzeli na specyficzne (zapalenia, towarzyszące influency, kokluszowi, dyfterytowi, róży, gruźlicy, ospie, malarji, syfilisowi, sprawom, wywołanym przez pneumokoki i t. p.) i niespecyficzne (zapalenia oskrzeli po zaziębieniu, w cierpieniach serca, płuc, angioneurozach, artrytyzmie, charłactwie, zatruciach i t. p.), nie wytrzymuje krytyki ani z punktu widzenia ściśle naukowego, ani też praktycznego.

www.dlibra.wum.edu.pl

Podział Hoffmanna, rozróżniający 13 form zapaleń oskrzeli przeważnie na podstawie etjologicznej, również nie odpowiada wymaganiom klinicznym. To samo da się powiedzieć i o podziałach, podanych przez innych autorów, np. Fathergilla. Mnie się wydaje, że najlepszy i najpraktyczniejszy jest podział Biermera, odznaczający się prostotą i oparty na podstawie anatomopatologicznej.

Biermer dzieli zapalenia kataralne ostre na 2 główne kategorje: 1) zapalenia ostre (*bronchitis acuta*), których rozróżnia dwie postaci: zapalenie grubszych oskrzeli (*tracheo-bronchitis*) i zapalenia cieńszych i najdrobniejszych oskrzel (*bronchitis capillaris s. bronchiolitis*); 2) zapalenia przewlekłe, które również dzieli na dwie grupy: o skąpej i obfitej wydzielinie. Ten ostatni dział rozbija Biermer na 3 poddziały, tworząc ostatecznie sześć następujących postaci przewlekłego zapalenia oskrzeli: *a*) katar z umiarkowaną wydzieliną śluzową, postać lekka, t. zw. kaszel zimowy (*Winterhusten*); *b*) katar ze skąpą wydzieliną śluzową t. zw. suchy katar; *c*) katar z obfitą wydzieliną ropiastą (*bronchoblennorrhoea*); *d*) katar z cuchnącą wydzieliną (*bronchitis putrida s. foetida*), i *e*) katar z bardzo obfitą wydzieliną surowiczą (*bronchorrhoea serosa s. pituitosa* Laennec'a), Tego mniej więcej podziału będziemy się trzymali w naszym wykładzie.

Zmiany anatomopatologiczne. W ostrych katarach oskrzeli zmiany anatomopatologiczne ujawiają się przedewszystkiem na błonie śluzowej, tchawicy i oskrzeli. Występuje tu więc najpierw przekrwienie różnego natężenia, które w pewnych wypadkach wywołuje nawet krwawe wybroczyny (*ecchimoses*); następnie do przekrwienia dołącza się wysięk i zbrzęknięcie. Płyn wysiękowy, zależnie od rodzaju i stopnia natężenia sprawy zapalnej, przedstawia różnorodne właściwości: jest on mniej lub więcej obfity w białko, jako też w czerwone i białe krążki krwi; rezultatem wysięku jest zbrzęknięcie błony śluzowej, która przybiera wygląd zmarszczony, do aksamitu podobny. Zbrzęknięcie to, ze swej strony, powoduje zwężenie światła oskrzeli, co ma szczególnie ważne znaczenie w najdrobniejszych oskrzelikach. Normalny nabłonek walcowaty migawkowy ulega bardzo szybko pewnym wyraźnym zmianom: część komórek złuszcza się zupełnie, inne tracą rzęski, zmieniając swoją normalną formę i przekształcając się na komórki kielichowate, wydzielające obficie śluz (Cornil i Ranvier); w ciężkich postaciach ostrego zapalenia nabłonek złuszcza się zupełnie i zastępują go komórki okrągłe, nadające powierzchni błony śluzowej wygląd nierówny. Gruczoły ulegają także pewnym zmianom: występują one wyraźniej na powierzchnię błony śluzowej, wydzielają więcej śluzu, wyloty gruczołów rozszerzają się, a w przewodach znajdujemy złuszczony nabłonek i liczne leukocyty. Sama błona śluzowa, z początku sucha, bywa następnie pokryta różnorodną wydzieliną: śluzową, surowiczą,

www.dlibra.wum.edu.pl

śluzoworopną. Śluz pochodzi tu z energicznie wydzielających gruczołów lub też z nabłonka, który ulega przemianie śluzowej. Wydzielina surowicza pochodzi z naczyń, ropa zaś tworzy się wskutek obfitego nacieczenia błony śluzowej leukocytami. W ogromnej większości przypadków zmiany w ostrych katarach ograniczają się tylko do błony śluzowej; w zapaleniach znacznego natężenia (w niektórych chorobach zakaźnych np. tyfusie) sprawa zapalna dosięgać może i głębszych części, mianowicie nastąpić może nacieczenie mięśni (warunkujące następcze rozszerzenia oskrzeli) a nawet ochrzęstnej, wywołując głębokie sprawy ropne (*perichondritis purulenta etc.*).

W przewlekłych katarach zmiany patologiczne nie ograniczają się do błony śluzowej, lecz zazwyczaj zajmują i głębsze warstwy, t, j. zapalenie powierzchowne przechodzi w głębokie. Błona śluzowa nabiera zwykle zabarwienia niebieskiego lub szyfrowatego i ulega różnorodnym zmianom. W niektórych przypadkach na pierwszy plan występują zmiany przerostowe: błona śluzowa bywa wtedy nierównomiernie,zgrubiała, pofałdowana, posiada nieraz wygląd polipowaty. Zgrubieniu ulega tkanka włóknisto-elastyczna i mięśniowa, przez co powstaje charakterystyczny wygląd beleczkowaty (*trabeculäre Hypertrophie*—K a u f m a n n), przerostowi ulega również błona śluzowa, w której naczynia tworzą nieraz szerokie pętlice; wskutek przerostu i nacieczenia błony śluzowej występują na niej brodawki, które nadają jej wygląd podobny do aksamitu. Chrząstki mogą również ulegać zmianom, a przedewszystkiem wapnieją. Nabłonek łuszczy się, traci swój wygląd normalny, nieraz nawet ulega zupełnemu przetworzeniu t. j. przemienia się na wielowarstwowy płaski; dotyczy to przeważnie tchawicy i grubszych oskrzeli; w niektórych jednak razach przemianę tę spostrzegamy w najcieńszych nawet oskrzelikach (B a r t k i e w i c z). Gruczoły w większości przypadków ulegają tym samym zmianom, co i w zapaleniach ostrych. Błonę śluzową, podobnie jak w postaciach ostrych, pokrywa mniej lub więcej obfita wydzielina, zazwyczaj śluzoworopiasta lub też czysto ropna, rzadziej zaś, w katarach suchych, śluzowa lub też galaretowata; wydzielina ta, w odróżnieniu od kataru ostrego, ściślej przylega do śluzówki. W innych postaciach błona śluzowa ulega zwyrodnieniu zanikowemu: gruczoły ulegają powolnemu zanikowi, a nacieczona błona śluzowa przemienia się stopniowo w tkankę włóknistą; zanikają powoli mięśnie, nieraz nawet i chrząstki, a zwyrodniała tkanka ustępuje wpływowi ciśnienia powietrza i zalegającej wydzieliny, wskutek czego powstają rozszerzenia. W innych znowu przypadkach jednocześnie ze zmianami przerostowemi w jednych miejscach, występują w innych zmiany zanikowe.

Z sąsiednich narządów, stale ulegających zmianom w zapaleniach oskrzeli, wymienić należy przedewszystkiem gruczoły chłonne oskrzelowe. Ponieważ naczynia tych gruczołów są w związku z naczyniami oskrzeli,

www.dlibra.wum.edu.pl

ztąd też wszelkie zaburzenia w krążeniu i sprawy zapalne oskrzeli, muszą się na nich odbijać. Zależnie więc od długotrwałości i natężenia sprawy w oskrzelach znajdujemy i w gruczołach przekrwienie, zgrubienie, ubarwienie, powiększenie, martwicę, lub nawet zwapnienie. Uległe powiększeniu gruczoły oskrzelowe sprowadzać mogą bardzo poważne objawy kliniczne głównie przez ucisk na tchawicę, oskrzela lub nerwy błędne z ich gałęziami zwrotnemi

W tkance płucnej mogą również występować poważne zmiany, o których tutaj ogólnikowo tylko nadmienimy, pozostawiając na później ich opis szczegółowy. Mamy tu więc rozedmę, rozszerzenie, przejście zapalenia włóknistego z okrzeli na tkankę śródmiąższową płuc z wytworzeniem sprawy włóknistej śródmiąższowej *(peribronchitis fibrosa et pneumonia interstitialis)*; dalej, niezwykle często w zapaleniach oskrzeli występujące, szczególniej u dzieci i starców, ostre zrazikowe zapalenia płuc (*bronchopneumonia acuta*), wreszcie stosunkowo znacznie rzadziej występujące zapalenia serowate i ropne okołooskrzelowe *(peribronchitis caseosa et peribronchitis purulenta* — Orth).

I w sercu również często występują zmiany w przewlekłych katarach oskrzeli, szczególniej wikłanych następczą rozedmą, a więc: rozszerzenie prawej komory, jako następstwo zastoju, przerosty i zwyrodnienie tłuszczowe.

www.dlibra.wum.edu.pl

WYKŁAD II.

Ogólna symptomatologja i djagnostyka katarów oskrzeli.

TREŚĆ. Kaszel; sposób jego powstawania; rodzaje kaszlu, towarzyszącego katarom oskrzeli. Plwocina; jej pochodzenie i rodzaje; skład mortologiczny i chemiczny. Podział plwociny: plwocina śluzowa, śluzoworopna i ropna; plwocina eozynofilowa. Zaburzenia w oddychaniu. Duszność, jej pochodzenie w katarach oskrzeli i różne rodzaje duszności. Objawy fizykalne: różne rodzaje rzężeń, charakter szmerów oddechowych. Bóle w klatce piersiowej. Objawy gorączkowe. Zaburzenia ze strony narządu nerwowego i krwionośnego. Ogólna djagnostyka katarów oskrzeli. Sprawy patologiczne, mogące dać pohop do mylnego rozpoznania katarów oskrzeli. Różnorodne cierpienia jamy nosowogardłowej, kaszle nerwowe; różne postaci gruźlicy. Ważność badania plwociny w katarach oskrzeli.

W wykładzie tym zajmiemy się opisem objawów, właściwych wszystkim rodzajom tak ostrych, jako też przewlekłych zapaleń oskrzeli. Z objawów tych na pierwszem miejscu należy postawić kaszel.

Kaszel. Kaszel jest najstalszym i najściślej związanym z zapaleniami oskrzeli objawem, tak dalece związanym, że stanowi niemal synonim kataru oskrzeli. Kaszel, jak wiadomo, jest odruchem, polegającym na tem, że zamknięte po głębokim wdechu drogi oddechowe zostają z silnym odgłosem gwałtownie rozwarte przez nagłe kurczowe ruchy wydechowe. Odruch kaszlowy, jakkolwiek, o ile się zdaje, może być wywołany z różnych częściciała, nawet przez podrażnienie skóry, podług Brueck e'go; to jednakże głównie powstaje wskutek podrażnienia nerwu krtaniowego górnego, a właściwie jego włókien czuciowych, kończących się w błonie śluzowej krtani, jakoteż gałązek płucnych nerwu błędnego. Obok podrażnienia nerwów krtani kaszel również łatwo może być wywołany przez podrażnienie niemniej wrażliwej błony śluzowej włóknistych części tchawicy, podrażnienie innych odcinków tchawicy stosunkowo trudniej kaszel sprowa-

www.dlibra.wum.edu.pl

dza. Najszybciej następuje kaszel w razie podrażnienia miejsca podziału tchawicy na oskrzela (*bifurcatio*). Odruch kaszlowy może być także wywołany z różnych miejsc, leżących poza obrębem narządu oddechowego, np. przy drażnieniu przewodu słuchowego zewnętrznego, gdzie się rozgałęziają gałązki nerwu trójdzielnego i błędnego, podstawy języka, jam nosowych, gardła, przełyku, żołądka, wątroby, śledziony, a nawet kiszek i innych narządów, leżących przeważnie w obrębie nerwu błędnego.

Bardzo wrażliwi ludzie kaszlą nawet w razie zetknięcia się zimnego wiatru z powierzchnią skóry, t. j. w razie podrażnienia miejsc, nic nie mających wspólnego z nerwem błędnym. W warunkach chorobowych wrażliwość na te odruchy zwykle zwiększa się znacznie.

Człowiek ze zdrowemi drogami oddechowemi kaszle dopiero wtedy, gdy grubsze cząstki lub gazy, silnie drażniące, dostaną się do tych organów; osobnik zaś zakatarzony lub cierpiący na katar dróg oddechowych kaszle nawet wtedy, gdy wciąga zupełnie czyste, albo zbyt zimne lub zbyt gorące powietrze, zwłaszcza z nieznaczną choćby domieszką pyłu. Powody do kaszlu są nieraz tak nieznaczne, że zdawałoby się, iż ruchy kaszlowe występują samodzielnie. Wzmożona wrażliwość błony śluzowej, łatwa pobudliwość rozgałęziających się w niej zakończeń czuciowych nerwu błędnego stanowią przyczynę, dla której w nieżycie oskrzeli kaszel powstaje nietylko wtedy, gdy oskrzela są napełnione masami śluzoworopnemi, ale nawet jeszcze przed znaczniejszem wytwarzaniem się wydzieliny Dlatego też nie brak kaszlu w nieżycie suchym oskrzeli, który cechuje się właśnie skąpą wydzieliną. Celem kaszlu jest wydalenie nagromadzonej w drogach oddechowych wydzieliny; stanowi on więc niejako środek samoobrony organizmu, i w tem znaczeniu jest objawem pożytecznym w tych razach, gdy wydzielina jest obfita, a przytem niezbyt lepka. Przy skąpej wydzielinie (pierwsze okresy ostrych katarów, dalej katary suche) przeciwnie, kaszel stanowić może objaw niezwykle przykry, męczący i nieraz pociągający sam przez się pewne zaburzenia (wymioty, przekrwienie płuc, mózgu, zawroty głowy, pękanie naczyń i t. p). Praktycznie rozróżniamy kilka rodzajów kaszlu: 1) zwykły krótki kaszel, po którym zostaje zwykle wydalona wydzielina oskrzelowa; kaszel ten jest mało dźwięczny i krótki, nie wywołuje żadnych subjektywnych przykrych uczuć dla chorego, występuje w późniejszych okresach katarów ostrych i w katarach przewlekłych, połączonych z obfitem wykrztuszaniem. Ten rodzaj kaszlu bywa nazywany kaszlem wilgotnym. 2) kaszel s u c h y—kaszel z objawami podrażnienia, któremu towarzyszy cały szereg różnorodnych mniej lub więcej przykrych dla chorego uczuć podmiotowych, a więc uczucie silnego podrażnienia, poczynającego się głęboko w gardle lub też w okolicy mostka, w innych przypadkach uczucie palenia w tych samych miejscach, lub też rodzaj ciśnienia głęboko w okolicy gardła. Objawy te pociągają za sobą napady

www.dlibra.wum.edu.pl

mocnego suchego kaszlu, przy których dopiero po wielkich wysiłkach i znacznem zmęczeniu chorego wyrzucona zostaje niewielka ilość wydzieliny. Tego rodzaju kaszle występują w pierwszych okresach ostrych katarów oskrzeli, w przewlekłych katarach suchych przeważnie u osób, cierpiących na rozedmę płuc, lub też w okresach obostrzeń zwykłych przewlekłych nieżytów oskrzeli. 3) wreszcie trzeci rodzaj kaszlu, stanowiący wyższe natężenie tylko co opisanego, jest t. zw. kaszel napadowy (spazmatyczny, konwulsyjny). Kaszel ten występuje pod postacią ataków suchego, bardzo męczącego kaszlu; na wysokości napadów występują objawy zaciśnienia głośni i duszenia się. Typ powyższego kaszlu stanowią napady kaszlu kokluszowego. Kaszel taki występuje nieraz w katarach oskrzeli, szczególniej u dzieci w zapaleniu oskrzelików; czasem u ludzi, cierpiących na rozedmę płuc; nieraz i w zwykłych katarach tchawiczno-oskrzelowych u osób nader wrażliwych, nerwowych, szczególniej zaś u histeryczek. Napady tego rodzaju kaszlu zazwyczaj kończą się wymiotami, co nieraz stanowi objaw nietylko bardzo przykry, lecz i podkopujący, szczególniej u dzieci, stan ogólnego odżywiania. Wymioty te bywają wywoływane z jednej strony przez silne ruchy wydechowe i przez powstałe w ten sposób parcie na wypełniony żołądek, co szczególniej zdarza się u dzieci; u dorosłych wymioty występują zwykle w ten sposób, że wykrztuszane z oskrzeli lepkie cząstki wydzieliny przylepiają się do tylnej ściany gardła lub do podniebienia miękkiego, i, drażniąc te czułe miejsca, wywołują wymioty (Edlefsen).

Powyższe trzy rodzaje kaszlu mogą się jeszcze odpowiednio modyfikować i jedna postać przechodzić może w drugą, zależnie od przebiegu choroby. I tak, kaszle suche w późniejszych okresach katarów ostrych przechodzą w wilgotne; odwrotnie, do wilgotnego może czasowo dołączyć się kaszel suchy lub nawet ataki kaszlu spazmatycznego, pod wpływem czasowo zmienionej lub utrudnionej wydzieliny. Zresztą, indywidualność chorego pod tym względem odgrywa niepoślednią rolę: u dzieci, kobiet, osobników nerwowych kaszle nawet wilgotne łatwo nabierają charakteru spazmatycznych; przeciwnie znowu, u osobników mocno osłabionych, gdzie następuje znaczny upadek pobudliwości zwrotnej (ciężkie zaburzenia nerwowe, choroby z charakterem adynamicznym), kaszel bywa bardzo nieznaczny lub nieraz wcale nie występuje, pomimo znacznego nagromadzenia się wydzieliny w tchawicy i oskrzelach.

Plwocina. Wytwarzanie się plwociny w mniejszej lub większej ilości towarzyszy niemal wszystkim postaciom ostrych i przewlekłych katarów oskrzeli. Nawet bowiem w katarach suchych plwocina, chociaż skąpa, istnieje jednak stale i bywa od czasu do czasu wyrzucana. Brak plwociny bywa najczęściej tylko pozorny, niektórzy bowiem osobnicy, że się tak wyrazić można, nie umieją odpluwać i stale połykają plwocinę: naturalnie

www.dlibra.wum.edu.pl

u dzieci stale się to powtarza; ludzie bardzo starzy i schorowani, wycieńczeni, osłabieni, dotknięci zaburzeniami psychicznemi, również często połykają plwocinę. Plwocina wytwarza się w różnych postaciach zapaleń oskrzeli, stanowi prawie zawsze wydzielinę nie samych tylko oskrzeli, lecz zawiera domieszkę wydzieliny jamy ustnej, gardła, a przedewszystkiem jamy nosowogardłowej; ilość plwociny odpluwanej nie daje dokładnego pojęcia o całkowitej ilości plwociny, wytwarzanej w drogach oddechowych, część jej bowiem może ulegać jeszcze przed wydaleniem przemianom wstecznym i wchłonieniu. Ilość plwociny w katarach ostrych bywa zazwyczaj bardzo niewielka; nieco obfitsza—w przewlekłych (5—10—50 grm. najwyżej na dobę), a szczególniej w postaciach ropnych, w których dosięga nieraz bardzo znacznych ilości (parę kufli na dobę w przypadkach t. zw. *bronchoblennorrhoea*).

Rozróżniamy trzy główne rodzaje plwociny w przypadkach katarów oskrzeli: 1) Plwocina śluzowa, która występuje w pierwszych okresach ostrego zapalenia. Stanowi ona płyn lepki, ciągnący się, mocno przylepiający się do ścian naczynia, w które wydalona została; jest bezbarwna lub szklisto biała, najczęściej spieniona z powodu większej lub mniejszej domieszki powietrza; nieraz bywa lekko czerwono zabarwiona z powodu domieszki krwi, występującej w mocnych atakach kaszlu, w pierwszych okresach choroby. Zapachu zazwyczaj wcale nie posiada, smak ma lekko słonawy, w wodzie nie tonie, lecz tworzy charakterystyczne ciągnące się długie nici. Badanie mikroskopowe wykazuje w tej plwocinie znaczną ilość komórek nabłonkowych z jamy ustnej, gardła i z jamy nosowogardłowej, mniej lub więcej obfity nabłonek migawkowy oskrzelowy, ciała myelinowe, niewielką ilość białych oraz czerwonych krążków krwi. Po dodaniu kwasu octowego lub alkoholu wytwarzają się szarawe kłaczki śluzu. Plwocina podobna, nazywana przez dawniejszych autorów *„sputum crudum“*, a przez Biermer'a—ubogą w komórki (*zellenarmes Sputum*) zmienia stopniowo swój wygląd, staje się bardziej zbitą, mniej lepką, przedstawiając drugą postać, plwocinę śluzoworopną. Plwocina ta, występująca w późniejszych okresach kataru ostrego, jakoteż w większości przewlekłych katarów oskrzeli, przedstawia się, jak już tylko co wzmiankowałem, mniej lepką, jest barwy żółtawej, a pośród ciągnącej się białożółtawej lepkiej masy widać wyraźnie żółte lub żółtozielonawe smugi. W dalszym przebiegu choroby plwocina staje się stopniowo bardziej gęstą i mniej lepką, nabiera coraz bardziej jednolitej żółtawej barwy; w innych razach cząsteczki ropiaste stają się coraz większemi, przyjmują wyraźną zaokrągloną formę, a w naczyniu z wodą opadają na dno (*sputum coctum, sputum globosum fundum petens*—dawnych autorów). Badanie mikroskopowe tej plwociny wykazuje obok złuszczonych nabłonków w mniejszej ilości, niż w formie pierwszej, także i znaczną ilość ciałek ropnych, uległych zwykle

www.dlibra.wum.edu.pl

stłuszczeniu. Plwocina ta zazwyczaj ma zapach mdły, a nieraz nawet lekko cuchnący. 3) Wreszcie plwocina ropna przedstawia zwykle jednolitą żółtozielonawą masę, opadającą na dno naczynia; posiada zapach mocno mdły, a nawet cuchnący. Główną częścią składową tego rodzaju plwociny są ciałka ropne różnej postaci, z których większość zdradza zwyrodnienie tłuszczowe; komórek migawkowych z oskrzeli zazwyczaj tu nie znajdujemy, natomiast dość często spotykamy masy tłuszczowe powstałe z rozpadu.

Opisane powyżej formy plwociny są typowe. Niektórzy autorowie rozróżniają jeszcze formy mieszane, jakoto plwocinę surowiczośluzową (Biermer), występującą w niektórych postaciach katarów przewlekłych z bardzą obfitą wydzieliną. Plwociny ropne dzielą jeszcze na kilka postaci, jest to jednak podział sztuczny, nieusprawiedliwiony i nie mający ani djagnostycznego, ani praktycznego znaczenia. To samo da się powiedzieć o plwocinach, w których znajdywano znaczne ilości t. zw. komórek eozynofilowych; wyodrębnienie tej plwociny, a nawet nadanie jej ważnej cechy ropoznawczej (t. zw. katar eozynofilowy—*Die eosinophile Bronchitis*—Teichmüler [1]) niema również większego znaczenia, komórki bowiem eozynofilowe znajdujemy nieraz w mniejszej lub większej ilości w rożnych postaciach przeważnie przewlekłych katarów oskrzeli.

Oprócz powyższych części składowych za pomocą odpowiedniego barwienia (najlepiej rozczynami wodnemi błękitu metylenowego) wykrywamy we wszystkich rodzajach plwociny bardzo liczne i różnorodne postaci pasorzytów, o których mówiliśmy wyżej.

Obok badania drobnowidzowego, które stanowi podstawową metodę badania plwociny, wprowadzono do kliniki badanie chemiczne, mające na celu oznaczenie za pomocą metody chemiczno-barwnej białka, śluzu i włóknika (metoda Schmidta), co w niektórych razach miało stanowić ważną cechę rozpoznawczą ostrych katarów oskrzeli od ostrych włóknikowych centralnych zapaleń płuc w pierwszych okresach choroby. Badania jednakże, dokonywane na moim oddziale przez długi przeciąg czasu, nie potwierdziły bynajmniej znaczenia djagnostyczego tej metody. Szczegółowe chemiczno analityczne badania plwociny, dokonane przez różnych autorów (Ramberger, Biermer, Kossel i inni), wykazały w niej obok substancji organicznych (mucyna, ciała wyciągowe i inne), sole nieorganiczne, przeważnia chlorki i fosforany.

Zaburzenia w oddychaniu. Zaburzenia w oddychaniu różnego natężenia występują bardzo często w przebiegu szczególniej ostrych postaci zapaleń oskrzeli. Zajęcie grubszych oskrzeli zazwyczaj nie upośledza oddychania; natomiast, zapalenie drobnych i najdrobniejszych oskrzeli,

[1]) Deutsch. Arch. f. kl. Med. Tom 67.

www.dlibra.wum.edu.pl

szczególniej zapalenie włosowate u dzieci *(bronchitis capillaris)* wywołuje wybitne zaburzenia oddychania, doprowadzające nieraz do wysokiego stopnia duszności. U dzieci bowiem oskrzela są bardzo wązkie, a siła mięśniowa niedostateczna do wykrztuszenia lepkiej wydzieliny, zatykającej mechanicznie oskrzeliki. Też same warunki wywołują ciężką duszność w zapaleniu oskrzelików u osobników starych, wycieńczonych lub gorączkujących wysoko. W tych ciężkich przypadkach zapalenia oskrzelików duszność dosięga nieraz stopni, spostrzeganych w dychawicy, a nawet i w tem staje się do niej podobną, że i tu również, podobnie jak w astmie, przeważnie wydech bywa utrudniony. W przeważającej liczbie przypadków zamiana typu oddechowego w ostrych zapaleniach oskrzeli odnosi się tylko do zwiększenia częstości oddechu, co zależy z jednej strony od gorączki, towarzyszącej danej sprawie, z drugiej zaś—od wywołanego przez zapalenie podrażnienia licznych zakończeń czuciowych nerwu błędnego w błonie śluzowej oskrzeli; wiadomo bowiem, że w nerwie błędnym już poniżej nerwu krtaniowego przebiegają włókna dośrodkowe, których słabe nawet podrażnienie przyśpiesza liczbę oddechów (C o h n h e i m). Na stosunkową rzadkość większej duszności w ostrych zapaleniach oskrzeli wpływa i ta okoliczność, że zwykłem siedliskiem zapalenia są dolne i średnie części płuc, górne zaś pozostają najczęściej niezajęte albo też ulegają zmianom w daleko lżejszym stopniu; stosunkowo bardzo rzadko zajęte bywają wszystkie oskrzela.

W przewlekłych katarach oskrzeli duszność zazwyczaj nie występuje, chyba tylko chwilowo, zanim zostanie wyrzucona nagromadzona w oskrzelach plwocina, co szczególniej zdarza się w godzinach rannych. W przewlekłych katarach suchych oskrzeli duszność również występuje tylko chwilowo, najczęściej po atakach męczącego kaszlu, towarzyszącego wydzielaniu skąpej, a mocno do ścian oskrzeli przylegającej plwociny. W tej ostatniej postaci chorobowej, po dłuższem jej trwaniu, duszność większego lub mniejszego natężenia o typie wdechowym lub wydechowym występuje zazwyczaj dopiero w tych okresach, gdy do istniejącego kataru dołącza się w mniejszym lub większym stopniu rozedma płuc, warunkująca przedewszystkiem osłabienie siły mięśniowej najdrobniejszych oskrzelików.

Niektórzy autorowie, szczególniej R e g i e l, dzielą zaburzenia w oddychaniu, napotykane w przebiegu zapaleń oskrzeli, na kilka kategorji, właściwych rozmaitym formom tych zapaleń. A więc rozróżniają postaci, w których mamy do czynienia z dusznością o typie przeważnie wdechowym (formy ostre), dalej—duszność o przeważnym typie wydechowym (katary przewlekłe grubszych oskrzeli), po trzecie — formy mieszane, wreszcie — formy o nieregularnym oddechu (ostre katary u osobników nerwowych). Podział ten jednakże, aczkolwiek oparty na bardzo szczegó-

www.dlibra.wum.edu.pl

łowych studjach stetograficznych, jest zbyt schematyczny i doświadczeniem klinicznem nie daje się w zupełności potwierdzić.

Bardziej klinicznie usprawiedliwiony jest podział Biermera, który w katarach oskrzeli rozróżnia cztery rodzaje duszności: 1) duszność umiarkowaną, występującą dopiero w razie wzmożonych ruchów; 2) duszność stałą, gdy chory uczuwa ciężkość oddychania, w którem biorą udział i dodatkowe mięśnie wdechowe: wzmożony ruch, kaszel i t. p. znacznie zwiększają stopień tej duszności; 3) typ astmatyczny—z uczuciem niepokoju i znacznego zaciśnienia w piersiach i 4) oddech nieregularny, przerywany zupełnem zatrzymaniem chwilowem oddychania (u dzieci w końcowych okresach włosowatego zapalenia oskrzeli).

Objawy fizykalne. Objawy fizykalne ze strony dróg oddechowych, spostrzegane przy badaniu klatki piersiowej w przebiegu zapaleń oskrzeli, dostarczają nam najcenniejszych wskazówek rozpoznawczych, które pozwalają nietylko rozeznać istniejące zapalenie, lecz również je umiejscowić.

Najcenniejsze dane otrzymujemy za pomocą wysłuchiwania chorego (*auscultatio*). Za pomocą tej metody wykrywamy przedewszystkiem obecność różnych kategorji rzężeń, zależnych z jednej strony od zbrzęknięcia błony śluzowej oskrzeli, utrudniającego swobodne przejście powietrza, z drugiej zaś od obecności w oskrzelach wydzieliny, będącej pruduktem zapalenia ich błony śluzowej.

Rzężenia rozdzielamy na dwie kategorje: rzężenia suche i wilgotne.

Co się tyczy rzężeń pierwszej kategorji, t. j. suchych, to te zawdzięczają swoje powstawanie nierównomiernemu zbrzęknięciu błony śluzowej, do której w dodatku przylepia się w wielu miejscach plwocina, i powstającemu z powodu tej nieregularności światła oskrzeli nieregularnemu wstrząsaniu przez powietrze ścian rurek oskrzelowych, a częściowo i tarciu o nie powietrza. Rzężenia suche są więc objawem zwężenia oskrzeli (zjawisko stenotyczne). Zależnie od miejsca powstania dzielimy je na dwie kategorję: rzężenia chrapliwe i świszczące. Rzężenia głośne, chrapliwe (*rhonchi sonori*), powstające przeważnie w oskrzelach grubych, przypominają chrapanie człowieka śpiącego lub pomruk koci i słyszalne są nietylko za pomocą wysłuchiwania, lecz i bezpośrednio, nieraz na znacznej nawet odległości od chorego. Rzężenia te występują w obu fazach oddychania: mniej wyraźne przy powierzchownem oddychaniu, stają się przy głębokim i przyśpieszonym oddechu głośniejszemi; dają się nieraz dokładnie rozpoznać, a nawet umiejscowić po przyłożeniu ręki do klatki piersiowej; najłatwiej się je wyczuwa w okolicy mostkowej. Towarzyszy im zazwyczaj suchy, uparty kaszel, który w niczem nie modyfikuje charakteru rzężeń. Dopiero z chwilą zjawienia się plwociny i odpluwania, rzężenia chrapliwe ustępują na czas pewien. Ztąd też zdarza się nieraz

www.dlibra.wum.edu.pl

w tym okresie, że istniejące przed chwilą głośne rzężenia znikają, a szmer oddechowy przy wysłuchiwaniu staje się zupełnie prawidłowym.

Rzężenia tej kategorji spostrzegamy w katarach ostrych, umiejscowionych w grubych oskrzelach (*tracheo-bronchitis simplex*), lub też w ostrych nasileniach suchej postaci przewlekłych katarów oskrzeli.

Drugą postacią suchych rzężeń są rzężenia świszczące (*rhonchi siblilantes*); posiadają one charakter świstu lub pisku o wysokim tonie. Warunki ich powstawania są te same, co i rzężeń chrapliwych, (zwężenie światła oskrzeli), a jedynie umiejscowienie w cienkich i najcieńszych oskrzelikach warunkuje charakter muzykalny (wysoki ton) rzężeń. Występują one szczególniej w dolnych i bocznych ustępach klatki piersiowej i dają się stwierdzić przeważnie za pomocą wysłuchiwania, chociaż przy znacznem zbrzęknięciu błony śluzowej oskrzelików można je nieraz słyszeć i w pewnej od chorego odległości, acz rzadziej, niż rzężenia chrapliwe. Słychać je w obu fazach oddechowych, a podobnie, jak i przy rzężeniu chrapiącem z wystąpieniem plwociny świsty stają się mniej wyraźnemi.

Ten rodzaj rzężeń występuje przeważnie w katarach ostrych, zajmujących średnie i drobne oskrzela, jakoteż i w katarach przewlekłych, od czasu do czasu pogarszających się i przechodzących chwilowo na drobne oskrzela (katary przewlekłe oskrzeli, towarzyszące rozedmie płuc).

Drugą kategorję rzężeń stanowią rzężenia wilgotne, których wystąpienie dowodzi obecności płynu w świetle oskrzeli. Przypominają one przy wysłuchiwaniu pękanie baniek, napełnionych cieczą i występują pod wielce różnorodną postacią: raz jako delikatne trzeszczenia, słyszalne tylko w chwili głębokiego wdechu; innym razem są głośniejsze, występują w czasie wdechu i wydechu (t. zw. rzężenia podtrzeszczące lub drobnopęcherzykowe—*rhonchi subcrepitantes*); wreszcie, jako rzężenia średnio lub grubopęcherzykowe, są słyszalne w obu fazach oddechowych, a charakterem swoim przypominają gotującą się wodę. Średnio i grubopęcherzykowe rzężenia występują przeważnie w katarach grubszych i średnich oskrzeli w okresie istniejącej mniej lub więcej obfitej wydzieliny; drobnopęcherzykowe zaś—przy zajęciu cienkich i najdrobniejszych oskrzelików.

Powyższe rzężenia, spotykane w katarach oskrzeli, odznaczają się jeszcze następującemi właściwościami: 1) nie występują stale w jednem miejscu, lecz mogą się posuwać na dół lub w górę, zmieniać charakter (np. drobno na grubopęcherzykowe) zależnie od mniejszej lub większej ilości nagromadzonej w świetle oskrzeli zawartości, a nawet chwilowo mogą znikać zupełnie wskutek czasowego zamknięcia czopem śluzowym światła drobniejszego oskrzelika lub też wyrzucenia na zewnątrz nagro-

www.dlibra.wum.edu.pl

madzonej plwociny. Ztąd też przy wysłuchiwaniu należy zawsze kazać chorym zakaszlać i odchrząknąć, aby mieć właściwe wyobrażenie o istotnem siedlisku kataru. 2) Rzężenia wilgotne, występujące przeważnie w tylnych, dolnych i bocznych częściach klatki piersiowej, cechują się jeszcze i tą właściwością, że nigdy nie przedstawiają charakteru dźwięcznego, właściwego, jak wiadomo, rzężeniom, występującym w świetle oskrzeli, otoczonych naciekami płuc ostremi lub przewlekłemi (ostre sprawy zapalne płuc, nacieczenia gruźlicze i t. d.).

Rzężenia wilgotne, a szczególniej drobnopęcherzykowe, występujace stale w jednem miejscu i nie zmieniające swego natężenia, najczęściej przemawiać będą za przejściem sprawy z drobnych oskrzelików na pęcherzyki płucne.

Co się tyczy szmerów oddechowych, to w ostrych katarach z powodu zbrzęknięcia błony śluzowej oskrzeli normalny oddech pęcherzykowy staje się szorstkim, mocno zaostrzonym, a szczególniej wydech staje się bardziej wyraźnym. Zjawisko to występuje albo równomiernie na całej przestrzeni klatki piersiowej, albo też w pewnym tylko mniejszym lub większym jej odcinku; nieraz, odwrotnie, słyszymy w pewnem miejscu oddech znacznie osłabiony lub brak zupełny oddechu, co zależy od chwilowego zatkania światła oskrzeli nagromadzonym śluzem; przy odkaszlnięciu oddech znowu występuje wyraźniej. Z chwilą zjawienia się wydzieliny, jak również w katarach przewlekłych szmery oddechowe przy wysłuchiwaniu zazwyczaj nie przedstawiają jakichś wyraźniejszych zmian. W dłużej trwających katarach przewlekłych suchych oddech w dolnych odcinkach płuc bywa zazwyczaj mocno osłabiony, co zależy nie od kataru, lecz od powoli rozwijającej się tutaj rozedmy; w częściach płuc środkowych i górnych oddech bywa niezbyt wybitnie, lecz równomiernie zaostrzony.

Badanie za pomocą opukiwania (*percussio*) zazwyczaj w przebiegu tak ostrych jak i przewlekłych katarów oskrzeli nie wykrywa żadnych zmian wybitniejszych. W przypadkach, gdzie zmiany wypukowe istnieją (stępienie lub też charakter bębenkowy odgłosu opukowego), zależą one nie od samej sprawy zapalnej lecz od powikłań (zapalenia zrazikowe, rozedma płuc i t. p.), występujących, szczególnie u dzieci w przebiegu ostrego zapalenia drobnych oskrzelików.

Bóle w klatce piersiowej występują dosyć często, zwłaszcza w przebiegu ostrego zapalenia tchawicy i oskrzeli. Chorzy umiejscawiają je głównie w części mostkowej, rzadziej w częściach bocznych i dolnych klatki piersiowej. Występują one przeważnie w pierwszych okresach sprawy, przy silnym kaszlu, bez wydzieliny, a nieraz są tak gwałtowne, że chorzy doznają uczucia jakby pękania klatki piersiowej i powstrzymują kaszel wszelkiemi siłami z obawy wywołania tych bólów.

www.dlibra.wum.edu.pl

U niektórych chorych spostrzegałem bóle, ograniczone do ostatnich przestrzeni międzyżebrowych, zwiększające się przy ucisku i rozprzestrzeniające się nawet na okolicę brzucha. Z wystąpieniem plwociny i ze zmianą charakteru kaszlu zazwyczaj i bóle powyższe znikają.

W przebiegu katarów przewlekłych bólów takich zazwyczaj nie spostrzegamy; jedynie w upartych suchych katarach oskrzeli (w połączeniu z rozedmą) chorzy uskarżają się na ogólne obolenie całej klatki piersiowej, występujące od czasu do czasu po atakach mocnego, duszącego kaszlu, zjawiającego się przeważnie w godzinach rannych.

Objawy gorączkowe, poprzedzone mocnym wstrząsającym dreszczem lub też wielokrotnie powtarzającemi się dreszczykami, występują nieraz w przebiegu ostrego zapalenia oskrzeli. Ciepłota może dosięgać w pierwszych dniach (szczególniej u dzieci) nawet dość znacznego natężenia; zazwyczaj jednakże wahania gorączkowe bywają niewysokie i ustępują w ciągu dni kilku. Gdzie gorączka trwa dłużej, mimo braku objawów fizykalnych, zawsze podejrzewać należy rozwój powikłań (choroba zakaźna, zapalenie płuc zrazikowe i t. p.). W związku z gorączką w przebiegu kataru ostrego występuje zazwyczaj cały szereg rozmaitych objawów, właściwych chorobom gorączkowym, a więc — brak apetytu, nieraz wymioty, bezsenność, mocz mocno nasycony i t. p. objawy, ustępujące z chwilą powrotu do stanu bezgorączkowego.

Również w okresie gorączkowym ostrego zapalenia oskrzeli, zwłaszcza u dzieci, mogą występować różne zaburzenia ze strony układu nerwowego, a więc — niepokój, nerwobóle w różnych częściach ciała, głównie zaś bóle głowy, a nawet drgawki (*eclampsia*). Bóle głowy a nieraz i zawroty spostrzegamy niekiedy i w przewlekłych katarach oskrzeli, szczególniej suchych; bywają one często bardzo uparte i występują w następstwie mocnych ataków kaszlu, doprowadzających nieraz do zawrotów, a nawet do zupełnej chwilowej utraty przytomości.

Wybitniejszych zaburzeń w układzie narządów krążenia w przebiegu ostrych katarów oskrzeli zazwyczaj nie spostrzegamy; idą one zwykle w parze z nasileniem gorączki. Jedynie w przebiegu ostrego zapalenia drobnych oskrzelików u dzieci, jako też i u starców, występują nieraz objawy ostrej niedomogi sercowej (mocna duszność, sinica, drobne tętno, obrzęk płuc i t. p.). Objawy czasowej niedomogi sercowej występują również w przebiegu przewlekłych katarów oskrzeli u osobników mocno osłabionych podczas obostrzenia sprawy, lub też występują stale i postępują stopniowo z chwilą znacznego osłabienia działalności serca w przewlekłych nieżytach oskrzeli, wikłanych znaczną rozedmą i rozszerzeniem prawej komory serca.

www.dlibra.wum.edu.pl

Djagnostyka ogólna katarów oskrzeli.

Aczkolwiek w opisie przebiegu klinicznego poszczególnych postaci zapaleń oskrzeli zwrócimy uwagę na szczegółową djagnostykę każdej z nich, sądzę jednakże, że nie będzie zbytecznem, jeśli zastanowimy się wogóle nad temi cechami, któremi lekarz praktyk kierować się powinien w rozpoznawaniu tak ostrych jak i przewlekłych katarów oskrzeli.

W większości przypadków ropoznawanie w mowie będącego cierpienia, przy obecności typowych a powszechnie znanych objawów (kaszel, plwocina), nie przedstawia ważniejszych trudności. W braku jednakże jednej z tych cech podstawowych, co niezbyt rzadko się zdarza, wystąpić mogą poważne trudności rozpoznawcze; to też katary oskrzeli bywają nieraz rozpoznawane tam, gdzie mamy do czynienia z zupełnie innej kategorji cierpieniem; w innych razach nieżyt oskrzeli bywa uważany za cierpienie samodzielne, pierwotne, podczas gdy w rzeczy samej jest on tylko objawem innego, głębszego, a nieraz bardzo poważnego cierpienia.

W przypadkach ostregu kataru oskrzeli, występującego odrazu z mniejszą lub większą gorączką, należy zawsze pamiętać, że katar może tu być wstępem do ostrej choroby wysypkowej, a przedewszystkiem odry, która w ciągu kilku dni przed wystąpieniem typowej wysypki może dawać objawy, właściwe tylko ostrym katorom oskrzeli. Dokładne wywiady, mocna czerwoność łącznic, światłowstręt, plamki K o p l i k a i tym podobne cechy, właściwe odrze, pozwolą rozpoznanie już w pierwszych dniach należycie określić.

Influenca o typie kataralnym również często zaczyna się ostrym katarem oskrzeli. Wybitne dreszcze, bóle w krzyżu, mocna gorączka, a wreszcie obecność epidemji w danej miejscowości stanowić tu będą kryterja rozpoznawcze.

Ostre zapalenie płuc, rozwijające się u osobików starszych, a szczególniej dotkniętych rozedmą, może również w pierwszych dniach rozwoju choroby przebiegać pod postacią ostrego zapalenia oskrzeli. Wysoka gorączka o typie ciągłym, a szczególniej duszność, odrazu występująca ze znacznem natężeniem, powinna od początku zwrócić uwagę lekarza na możność rozwoju tej sprawy, w której dopiero po dniach kilku występują objawy fizykalne, typowe dla zapalenia płuc. Również u dzieci jako też u osobników starszych i wyniszczonych ostre zrazikowe zapalenie płuc (*bronchopneumonia acuta)* może przebiegać pod postacią ostrego zapalenia drobniutkich oskrzeli. Rozpoznanie różniczkowe przedstawia tu zazwyczaj znaczne trudności, w większości bowiem przypadków zapalenie oskrzelików przechodzi na pęcherzyki płucne, wytwarzając ogniska zapalenia zrazikowego, i obie te sprawy przebiegają mniej więcej

www.dlibra.wum.edu.pl

z jednakowemi objawami fizykalnemi. Cechy, pozwalające w przybliżeniu oznaczyć przejście sprawy oskrzelikowej na płuca, rozpatrzymy szczegółowo w opisie klinicznym tej postaci zapalenia płuc i oskrzeli. Ostro poczynająca się gruźlica, charakteryzująca się, jak wiadomo, mocnym, suchym, męczącym kaszlem z towarzyszeniem znacznej duszności i ciągłej gorączki, może być również w pierwszych dniach istnienia mylnie poczytywana za oste zajęcie oskrzeli. Błędu jednakże tego uniknąć można, jeśli się zwróci należytą uwagę na wywiady: usposobienie dziedziczne, chudnięcie i upadek sił, dreszczyki, powtarzające się stale od dłuższego przeciągu czasu. Dane te przy istniejącej gorączce o typie ciągłym i duszności pozwolą nam rozeznać cierpienie jako gruźlicę.

Również w tyfusie brzusznym, który często w pierwszych dniach daje tylko objawy ostrego zapalenia oskrzeli, charakter ciągłej gorączki, ogólne rozbicie i inne objawy, właściwe tyfusowi, pozwolą ostry katar oskrzeli rozpoznać jako cierpienie wtórne, zależne od sprawy tyfusowej.

Ciało obce, szczególniej u małych dzieci, wypadkiem uwięzgnięte w tchawicy lub w oskrzelach, daje w początkach objawy, właściwe ostremu zapaleniu oskrzeli (kaszel suchy, oddech świszczący, duszność). Raptowne powstanie sprawy wśród zupełnego zdrowia, stale dniem i nocą trwająca wybitna duszność o typie wdechowym, objawy stopniowo wzmagającego się zwężania tchawicy lub oskrzeli przy stałym braku gorączki winny zwrócić uwagę lekarza na możliwość obecności ciała obcego w tchawicy lub oskrzelach. Bardziej szczegółowy opis tej sprawy podany zostanie w odpowiednim rozdziale.

Koklusz w pierwszym tygodniu rozwoju również przebiegać może pod postacią ostrego kataru oskrzeli. Wzmagające się jednakże ataki kaszlu, przybierające stopniowo typowy charakter, a kończące się wymiotami, brak gorączki, obecność epidemji w danej rodzinie lub miejscowości winny zwrócić uwagę na koklusz, którego rozpoznanie u drobnych dzieci, szczególniej w pierwszym tygodniu choroby, nasuwa często rzetelne trudności.

Zapalenia oskrzeli przewlekłe mogą również nastręczać trudności rozpoznawcze.

Przedewszystkiem katary, szczególniej suche, mogą być rozpoznane tam, gdzie podstawą kaszlu, stanowiącego jeden z głównych objawów tych spraw, są zmiany, nic wspólnego z katarem oskrzeli nie mające. Do tej kategorji zaburzeń zaliczyć przedewszystkiem należy niektóre cierpienia gardła, odznaczające się mocnym, głośnym kaszlem napadowym, występującym rano, nieraz w ciągu dnia lub w nocy, i wielce niepokojącym chorych oraz ich otoczenie. Są to najczęściej katary suche gardła lub jamy nosowogardłowej, które u pewnych osobników, szczególniej u neurasteników lub histeryczek, sprowadzają akty kaszlu wskutek zasychania i przylegania do ścian gardła lub stropu jamy nosowogardłowej wydzieliny tych jam.

www.dlibra.wum.edu.pl

Powtóre, sprawy przerostowe i granulacyjne w jamie nosowogardłowej (*pharyngitis granulosa, pharyng. latelaris*) również u podobnych osobników mogą wywołać uparte, długo trwające kaszle, podobne do tych, jakie widujemy w przypadkach suchych katarów oskrzeli. Po trzecie, różne sprawy, mające swe siedlisko w migdałkach podniebiennych (*tosillae*), rzadziej w migdałku językowym lub gardłowym, a szczególniej sprawy, połączone z wytwarzaniem się czopków (*tonsillitis desquamativa chron.*), wywołują, i to dosyć często, uparte męczące kaszle, trwające dotąd, dopóki czopy nie zostaną wydalone. 4) Nieraz u osobników nerwowych jako też u ludzi, nadużywających napojów spirytusowych, występuje wzmożona nadczułość błony śluzowej gardła, (bez zmian ważniejszych) powodująca mocny, suchy dławiący kaszel. 5) W sprawach chorobowych jamy nosowogardłowej lub zatok, połączonych z wydzieliną śluzoworopną, mamy również do czynienia z kaszlem, nieraz bardzo upartym oraz z odpluwaniem obfitej wydzieliny, co w wysokim stopniu przypominać może, szczególniej u dzieci, obraz zapaleń przewlekłych oskrzeli.

We wszystkich wyżej wzmiankowanych i im podobnych sprawach w jamie gardłowej i gardłowonosowej uniknąć możemy błędu rozpoznawczego przez dokładne zbadanie jamy nosowogardłowej nietylko za pomocą wzroku, lecz i za pomocą zgłębnika; szczególniej badać należy części boczne błony śluzowej gardła, przy dotykaniu bowiem tych miejsc zgłębnikiem nieraz występują typowe napady kaszlu, ujawniające właściwe miejsce jego powstawania. Wogóle należy przyjąć za prawidło, że u każdego chorego przed ostatecznem rozpoznaniem chronicznego kataru oskrzeli należy dokładnie zbadać jamę nosowogardłową, co się daje zazwyczaj wykonać z wielką łatwością nawet u małych dzieci. [1]) U osobników mocno nerwowych, szczególniej u histeryczek, mamy nieraz do czynienia z kaszlem suchym bardzo upartym, który również bywa nieraz poczytywany za objaw suchego kataru oskrzeli; kaszle te, pochodzenia nerwowego, jako takie winny być rozpoznane dopiero wtedy, gdy badanie dokładne i wielokrotne całego organizmu daje wyniki ujemne co do źródła kaszlu. Napady czystej dychawicy oskrzelowej (*asthma bronchiale*) mogą być również brane za ostre zapalenie oskrzeli i odwrotnie, duszność, występująca w długo trwających katarach suchych w połączeniu z rozedmą płuc może być rozpoznawana błędnie jako astma oskrzelowa. Napady czystej astmy oskrzelowej, o czem zresztą szczegółowiej mówić będę w odpowiednim rozdziale, ustępują zwykle szybko, poczem dany osobnik

---

[1]) Bliższe szczegóły rozpoznania różniczkowego chorób gardła skreśliłem bliżej w pracy swojej: „Ból gardła". Odczyt kliniczny № 62 z r. 1894, oraz w Dyagnostyce różniczkowej chorób wewnętrznych Biegańskiego i Sokołowskiego r. 1896, wydanie drugie.

www.dlibra.wum.edu.pl

czuje się zupełnie dobrze i zazwyczaj nie kaszle; przeciwnie, w ostrych duszących katarach oskrzeli, kaszel i duszność zmniejsza się powoli. Duszność występująca w rozedmie, a mająca główne swe źródło w niedomodze sercowej, ustępuje zazwyczaj powoli, nie nagle, a kaszel uparty, właściwy suchym katarom oskrzeli, trwa w dalszym ciągu bez zmiany.

Gdzie mamy do czynienia z kaszlem w połączeniu z obfitą wydzieliną, a za źródło choroby, po wykluczeniu jamy nosowogardłowej, uważamy dolny odcinek dróg oddechowych, rozpoznamy katar przewlekły oskrzeli o tyle, o ile objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej potwierdzą to rozpoznanie i o ile nie wykrywamy zmian fizycznych, świadczących o cierpieniu samego miąższu płucnego. A jednakże i w tych razach mogą się zdarzać częste błędy rozpoznawcze, do których w pierwszej linji przyczynić się mogą różne postaci gruźlicy chronicznej.

Błąd rozpoznawczy przedewszystkiem popełnić możemy w okresie początkowym choroby, kiedy występuje kaszel suchy, męczący, ze skąpą wydzieliną lub bez wydzieliny, nieraz u osobników poprzednio zupełnie zdrowych.

Te poczynające się uparte kaszle pochodzenia gruźliczego występują nietylko w ciągu dnia, ale przeważnie wieczorem i w nocy, wycieńczając i osłabiając chorych nadmiernie. Chorzy uskarżają się na wyraźny brak sił, od czasu do czasu występujące dreszczyki, a dokładne badania termometryczne najczęściej już i w tym okresie wykażą nieznaczne wieczorne nasilenia gorączki. Kaszel zazwyczaj bywa suchy, a zjawiająca się później plwocina najczęściej w początkach, a nieraz przez czas długi, nie zawiera swoistych laseczników. Powyższe główne cechy, pomimo najczęściej braku jakichkolwiek zmian oddechowych u szczytów płucnych, powinny zawsze wzbudzać w lekarzu podejrzenie rozwoju gruźlicy. Dokładne i często powtarzane badania klatki piersiowej, ścisłe i wielokrotnie dokonywane rozbiory plwociny pozwolą należycie, a co najważniejsza, dość wcześnie rozpoznać poczynającą się sprawę gruźliczą, zazwyczaj bowiem już w ciągu pierwszych kilku tygodni ujawniać się zwykły zmiany u jednego (najczęściej prawego) ze szczytów, krwioplucie, jako też laseczniki w plwocinie. Sprawa gruźlicza może się również przyłączyć do już od dawna istniejącego kataru przewlekłego oskrzeli, a tam, gdzie mamy mniej lub więcej jednocześnie rozwiniętą rozedmę płucną, badanie fizykalne może zupełnie nie wykrywać zgęszczeń gruźliczych szczytowych. Naturalnie, jeśli w plwocinie odrazu dają się wykryć laseczniki gruźlicze, to sprawa tem samem od początku swego staje się jasną; niezawsze to jednakże, podobnie jak i w powyższym rodzaju, ma miejsce, a laseczniki zjawiają się w późniejszym okresie choroby; za podstawę zaś do rozpoznania gruźlicy służyć powinny następujące dane: 1) chorzy wyraźnie zaznaczają, że od pewnego czasu zauważyli stopniowy i znaczny upadek w stanie ogól-

www.dlibra.wum.edu.pl

nym: męczą się prędko, łatwo dostają duszności; 2) kaszel wyraźnie zmienił swój, od lat wielu jednakowy, charakter, stał sią bardziej upartym: występuje już nietylko nad ranem i w ciągu dnia, ale przedewszystkiem w nocy; 3) chorzy tracą łaknienie, skarżą się na występujące od czasu do czasu dreszczyki i poty nad ranem; 4) badanie ciepłoty wykazuje wieczorne nasilenia gorączki.

Powyższe cechy winny wzbudzić w lekarzu podejrzenie gruźlicy, u pacjentów bowiem tej kategorji zmian wyraźniejszych u szczytów płucnych, ze względu na istniejącą rozedmę [1]), nieraz dość długo nie wykrywamy; toż samo i laseczniki w plwocinie zjawiają się nieraz dopiero po dłuższym okresie czasu. Z drugiej znowu strony należy nie zapominać, że w przebiegu przewlekłej gruźlicy płucnej, a szczególniej postaci, zwanej włóknistą (*phthysis fibrosa*) występuią od czasu do czasu ostre katary oskrzeli, które ze względu na istniejącą gruźlicę mogą być mylnie tłómaczone, a nawet dawać pohop do niepomyślnego rokowania. Katary, zajmujące grube oskrzela i wywołujące charakterystyczne objawy (rzężenia chrapliwe i świsty) powodują wzmożenie się już istniejącej duszności oraz zmianę charakteru kaszlu (kaszel duszący, męczący). Ostre to zajęcie oskrzeli, jako takie, z łatwością rozeznać będziemy mogli, dowiedziawszy się od chorego, że miewa on podobne katary od czasu do czasu, szczególniej zimą; powtóre, rozpoznanie będzie łatwiejsze, jeżeli rzężenia suche umiejscawiają się nietylko w płucu, gruźlicą dotkniętem, lecz i w drugiem; wreszcie—jeżeli przebieg jest bezgorączkowy, a po dniach kilku lub tygodniu kaszel ustaje, przyjmując charakter właściwy sprawie podstawowej.

O wiele trudniejsze bywa rozpoznanie w tych przypadkach, w których świeże zapalenie oskrzeli u suchotnika przechodzi na drobne oskrzeliki, co się często zdarza w czasie epidemji influency. Wówczas bowiem występują rzężenia drobnopęcherzykowe nietylko w dolnych i bocznych częściach obu płuc, lecz nawet i u szczytów. Przy istniejącej zaś gorączce, która w tych razach towarzyszy sprawie, oraz przy znacznej duszności cały obraz może w wysokim stopniu przypominać dołączającą się świeżą ostrawą gruźlicę do istniejącej od wielu bardzo lat sprawy przewlekłej. Kryterja do rozpoznania tych obu stanów będą następujące: 1) ostre powstanie sprawy wśród względnie niezłego stanu danego osobnika przemawiać będzie za ostrym katarem, w podostrawej gruźlicy bowiem chorzy już od pewnego czasu chudną, męczą się łatwiej, miewają dreszczyki,

---

[1]) Bliższe szczegóły patrz w pracy mojej: „Skryte postacie suchot płucnych". Odczyt kliniczny № 13 z r. 1890 oraz T. III Wykładów Klinicznych Chorób Dróg Oddechowych rozdział Suchoty płucne.

www.dlibra.wum.edu.pl

pocą się nad ranem; 2) gorączka nie posiada typu t. zw. gorączki hektycznej, właściwej podostrawej gruźlicy (znaczne spadki ranne, wysoka gorączka południowa i wieczorna z następczemi obfitemi potami); przeciwnie, w katarach występują nasilenia niewielkie i zwykle po kilku dniach ustępują w zupełności; 3) duszność przy zachowaniu się spokojnem (leżenie w łóżku) zmniejsza się zazwyczaj po upływie mniej więcej tygodnia; drobne rzężenia wilgotne również od czasu do czasu słabną, wreszcie ustępują (czego nie bywa w gruźlicy, gdzie rzężenia istnieją stale, przyjmując z dnia na dzień bardziej wyraźny charakter dźwięczny); 4) kaszel męczący zmienia się powoli na bardziej wilgotny; 5) plwocina zazwyczaj jak to bywa we włóknistych postaciach suchot płucnych, laseczników nie wykazuje: przeciwnie, w podostrawych formach gruźlicy zwykle już od początku występują one w znacznej ilości, co rozpoznanie gruźlicy stanowczo rozstrzyga.

Wogóle badanie plwociny, zazwyczaj zaniedbywane w przewlekłych katarach oskrzeli (a przeważnie dokonywane u suchotników nieraz zupełnie zbytecznie wobec bardzo wyraźnych objawów fizykalnych) winno być, zdaniem mojem, dokonywane w każdym takim przypadku, jako uzupełniające ostatecznie badanie kliniczne. Badanie takie od wielu bardzo lat prowadzę u wszystkich chorych, zasięgających mojej porady z powodu przewlekłych katarów oskrzeli, i wielokrotnie dzięki temu wykrywałem gruźlicę w tych przypadkach, gdzie badanie fizykalne podejrzewać jej nawet nie pozwalało. Pożytek wykazało mi również badanie plwociny u tejże kategorji chorych w pewnych odstępach czasu, np. co pół roku, doświadczenie bowiem nauczyło mnie z drugiej strony, że chorzy dotknięci zwykłemi przewlekłemi katarami oskrzeli, szczególniej w połączeniu z rozedmą, mogą po pewnym, nieraz nawet dłuższym, szeregu lat zapadać na gruźlicę, która w pierwszych początkach choroby wyraźniejszych objawów fizykalnych nie daje.

Rozpoznawszy na podstawie wyżej skreślonych danych obecność kataru oskrzelowego u danego osobnika, lekarz powinien przekonać się jeszcze, czy sprawa ta jest pierwotna, czy też rozwinęła się wtórnie. Pytanie to ma wielką doniosłość pod względem rokowania. O ile bowiem katary pierwotne nawet o przebiegu cięższym kończą się zazwyczaj szybko i pomyślnie, o tyle katary wtórne mają przebieg uparty i wielką skłonność do nawrotów. Rozstrzygnięcie tej kwestji opierać się winno na dokładnem zbadaniu nietylko organów oddechowych lecz wogóle wszystkich innych narządów chorego, w pierwszej zaś linji narządów krążenia (serce i naczynia); wspominaliśmy już bowiem o ścisłym związku między narządem krążenia i oskrzelami, a doświadczenie kliniczne poucza (o czem jeszcze szczegółowo wspomnimy), że nieraz pierwszym objawem rozstroju krążenia jest właśnie katar oskrzeli. Rzeczą również w wysokim stopniu

www.dlibra.wum.edu.pl

ważną jest badanie moczu w przewlekłych katarach oskrzeli, szczególniej suchych, połączonych z dusznością; wielokrotnie bowiem skrycie przebiegające zapalenia nerek śródmiąższowe nieraz bardzo długo objawiają się jedynie takim właśnie kaszlem suchym w połączeniu z dusznością.

O ważności badania gardła w katarach oskrzelowych, zstępujących z jamy nosowogardłowej, mówiliśmy już wyżej, podnosząc znaczenie tej jamy w katarach przewlekłych oskrzeli. O katarach oskrzeli wtórnych, towarzyszących sprawom gruźliczym, wzmiankowaliśmy powyżej.

---

www.dlibra.wum.edu.pl

WYKŁAD III.

Przebieg kliniczny różnych postaci zapaleń oskrzeli.

TREŚĆ. Ostry katar grubych oskrzeli i tchawicy; jego odmiany: postać lżejsza i cięższa. Ostry rozlany katar oskrzeli; ciężkość tej sprawy, jej charakter kliniczny. Zapalenie oskrzeli włosowatych; opis szczegółowy tej formy, djagnostyka różniczkowa. Przewlekłe katary oskrzeli; ich symptomatologja. Powikłania. Przebieg. Różne postaci (katar śluzoworopny, katar suchy oskrzeli, katar astmatyczny, katary z obfitą ropiastą wydzieliną, katar surowiczy *(c. pituitosus)*. Zapalenie przewlekłe tchawicy, *ozaena trachealis*,

I. Ostry katar grubych oskrzeli i tchawicy *(Tracheo-bronchitis simplex)*.

Rozróżniamy zazwyczaj dwie postaci tej sprawy — formę lżejszą i cięższą.

Forma lżejsza ostrego kataru oskrzeli jest jedną z najpospolitszych chorób naszego klimatu, występuje we wszystkich porach roku, szczególniej w chłodniejszych. W ogromnej większości przypadków *tracheo-bronchitis simplex* rozpoczyna się od zwykłego ostrego kataru nosa, do którego już nieraz dnia następnego dołącza się mniejsza lub większa chrypka a następnie kaszel, co pospolicie nazywane bywa „opadnięciem kataru na piersi". U niektórych osób, szczególniej dotkniętych stałym katarem przewlekłym nosa, objawy nosowe (kichanie, zatkanie) bywają mniej lub więcej wyrażone, natomiast na pierwszy plan występuje chrypka z następczym lub też równocześnie zjawiającym się kaszlem. Wreszcie, u trzeciej kategorji osobników kaszel powstaje odrazu, chrypka bywa nieznaczna lub wcale nie występuje. Dominującym a nieraz niemal jedynym objawem tej postaci ostrego kataru jest kaszel. Bywa on suchy, głośny, nieraz mocno niepokoi chorych. Pobudzenie do kaszlu zjawia się, jak chorzy określają, głęboko w gardle, pod postacią mocnego drapania lub łechtania; innym razem chory ma uczucie ciała obcego lub włosa,

www.dlibra.wum.edu.pl

zmuszające go do bezustannego suchego kaszlu bez możności odplucia. Kaszlowi towarzyszy zazwyczaj uczucie bólu w klatce piersiowej, umiejscowionego najczęściej w okolicy mostka lub też w bocznych częściach klatki piersiowej; nieraz chorzy umiejscawiają ból tylko w okolicy tchawicy. Kaszel w ciągu paru pierwszych dni powtarza się dzień cały, a nieraz w nocy staje się bardziej upartym i przerywa sen choremu. Powyższe jednakże objawy już w ciągu paru dni następnych łagodnieją stopniowo: kaszel staje się rzadszym, występuje łatwo wydzielająca się plwocina śluzowa, następnie śluzoworopna, a bóle powoli znikają.

Badanie fizykalne wykrywa w pierwszych dniach choroby obok oddechu nieco zaostrzonego, suche lub też chrapliwe rzężenia, które, słabnąc powoli, ustępują miejsca rzężeniom drobnopęcherzykowym, które również wkrótce znikają zupełnie, a oddech staje się napowrót pęcherzykowym. W lekkiej postaci kataru oskrzeli zazwyczaj zaburzeń stanu ogólnego nie bywa. Chorzy doznają niekiedy w początkach choroby lekkich dreszczyków, przebieg dalszy jednak bywa bezgorączkowy, a cały okres choroby trwa przeciętnie około dni dziesięciu do dwu tygodni. Przeciwnie, w drugiej postaci ostrego kataru grubych oskrzeli t. j. w postaci cięższej, zazwyczaj występują objawy ze strony stanu ogólnego, a więc mocniejsze dreszcze, uczucie ogólnego rozbicia, gorączka nieraz 2—3 dni trwająca, z dość wysokiemi nasileniami (39° i wyżej). Kaszel, podobnie jak i w poprzedniej postaci, bywa w pierwszych dniach suchy, męczący, posiada jednakże większe natężenie i głównie niepokoi chorych w porze nocnej, nieraz zupełnie pozbawiając ich snu. Kaszlowi towarzyszą wyżej wzmiankowane bóle w klatce piersiowej, szczególniej w okolicy mostkowej, a w przypadkach w których ten rodzaj zapalenia oskrzeli wywołał mocne zapalenie tchawicy (o czem niejednokrotnie mogłem się przekonać za pomocą badania lusterkiem krtaniowem), występuje przy kaszlu niezwykle silny ból, umiejscowiony w tejże okolicy. Chorzy doświadczają przytem uczucia jakby zranienia głęboko w gardle i formalnie boją się kaszlać z obawy tego niezwykle przykrego uczucia. Bóle ustępują zazwyczaj w ciągu pierwszej lub drugiej doby, z chwilą zjawienia się wydzieliny śluzowej, która przechodząc stopniowo w śluzoworopną, wydziela się swobodniej bez uprzedniego męczącego kaszlu; kaszel występuje jeszcze czas jakiś tylko zrana po obudzeniu się chorogo, i trwa, dopóki plwocina przyschnięta do tchawicy i oskrzeli nie wydzieli się na zewnątrz.

Objawy fizykalne w tej postaci są mniej więcej takie same, jak i w poprzedniej. Rzężeń suchych zazwyczaj bywa więcej, takiż w początku choroby nie słyszymy oddechu, lecz tylko całą gamę suchych, świszczących i piszczących rzężeń, które z wystąpieniem obfitego odpluwania stopniowo znikają; zjawiają się natomiast rzężenia wilgotne, porozrzu-

www.dlibra.wum.edu.pl

cane po całej klatce piersiowej; i te rzężenia również stopniowo znikają, a słyszalny wówczas oddech pęcherzykowy, miejscami zaostrzony lub też osłabiony, powoli wraca do stanu normalnego. W postaci kataru, o której mowa, w pierwszych dniach choroby u osobników starszych, szczególniej dotkniętych rozedmą, występuje umiarkowana duszność, głównie podczas szybkiego chodzenia lub wchodzenia na schody. Może się także zdarzyć podczas nocnych wysiłków kaszlowych, szczególniej rannych, nieznaczne krwioplucie, po którem, jak to wielokrotnie spostrzegać mogłem, chorym subjektywnie robi się znacznie lżej, co naturalnie tłómaczyć sobie możemy zmniejszeniem mocnego przekrwienia błony śluzowej oskrzeli.

Zapalenie oskrzeli tej kategorji, o ile nie posunie się na drobniejsze oskrzeliki, zazwyczaj w ciągu 2—3 tygodni kończy się pomyślnie, chociaż zwykle jeszcze parę tygodni (osobliwie w zimie) chorzy odpluwają obficie, szczególnie rano, śluzoworopną plwocinę.

II. Ostry rozlany katar oskrzeli. (*Bronchitis diffusa acuta*).

W powyżej opisanej kategorji przypadków sprawa zapalna ogranicza się zazwyczaj u większości osobników do tchawicy i oskrzeli grubych.

U pewnej jednakże kategorji chorych, jako to: u mocno osłabionych po przebytych poprzednio chorobach wycieńczających (tyfus, zapalenie nerek i t. p.), u dzieci, szczególniej po przebytej odrze, szkarlatynie lub też kokluszu, dalej u osobników, już cierpiących na przewlekły katar oskrzeli, przedewszystkiem z towarzyszącą mu rozedmą, następnie u ludzi, dotkniętych cierpieniami serca i wielkich naczyń, u osobników z różnemi postaciami skrzywienia kręgosłupa i t. p. katar oskrzeli zstępuje niżej, na średnie jako też i drobne oskrzeliki, wywołując często bardzo poważne cierpienie, które w pewnych wyjątkowych przypadkach występuje odrazu jako katar rozlany.

Ciężkość tej postaci zapalenia warunkuje przedewszystkiem ta okoliczność, że obrzmieniu zapalnemu ulega tu znaczniejsza, a przedewszystkiem najważniejsza część dróg oddechowych, t. j. drobne oskrzeliki, obrzęk zaś ten wywołuje na drodze mechanicznej znaczne zwężenie światła oskrzeli, powodując często wybitną duszność, której mechanizm powstawania skreślimy w rozdziale o „zaburzeniach w oddychaniu".

Obok duszności występuje jednocześnie wskutek tego obrzęku utrudnienie wymiany gazów oddechowych (objawiające się różnemi stopniami sinicy), aż wreszcie zjawiają się stopniowo wzmagające się zaburzenia w krążeniu, dające mniej lub więcej wyraźne objawy t. zw. niedomogi sercowej. Są to zaburzenia podstawowe, warunkujące bardzo charakterystyczny obraz omawianej sprawy chorobowej.

www.dlibra.wum.edu.pl

Choroba w ogromnej większości przypadków rozpoczyna się powoli —że tak powiedzieć można—skrycie, w pierwszych bowiem dniach zjawia się pod postacią zwykłego ostrego zapalenia grubych oskrzeli, którego objawy powyżej zostały opisane: mamy tu więc kaszel suchy, lekką gorączkę lub nawet brak jej zupełny, świsty w klatce piersiowej i t. p. Chorzy czują się względnie dobrze, zazwyczaj nawet chodzą, a nieraz i zajmują się zwykłemi swemi zajęciami. Najczęściej w końcu pierwszego lub też w początkach drugiego tygodnia obraz chorobowy zmienia się jednak zupełnie: podczas, gdy dotąd chory oddychał swobodnie, teraz występuje stopniowo wzmagająca się duszność, która nieraz w ciągu doby dochodzi do tak znacznego natężenia, że chorzy zmuszeni są przyjmować pozycję siedzącą; oddech staje się bardzo częstym i powierzchownym, a w akcie tym biorą udział wszystkie dodatkowe mięśnie oddechowe (mięśnie szyi, skrzydła nosa i t. d.); nieraz oddech nabiera wyraźnego charakteru oddechu astmatycznego; równocześnie zjawia się lekka sinica, tętno staje się miękkiem, mocno przyśpieszonem (powyżej 100); zazwyczaj, szczególniej u dorosłych, zjawia się gorączka, niezbyt jednak wysoka (nie dochodzi wieczorami do 39° C). Kaszel, który już zaczął stawać się wilgotnym, zmienia się znowu na suchy, męczący, a nieraz występuje napadami, podczas których duszność się zwiększa i zjawia się wyraźna sinica na twarzy. W ciągu dni następnych chory odpluwa znowu nieco śluzoworopnej plwociny, jednakże tylko po mocnych atakach kaszlu.

Badanie klatki piersiowej, w tych okresach choroby dokonywane, daje następujące wyniki. Opukiwanie w pierwszych dniach choroby nie wykazuje zmian bardziej wyraźnych, chociaż już od początku daje się zauważyć pewien zlekka tympanityczny odcień odgłosu opukowego w dolnych i tylnych częściach klatki piersiowej. W dalszym przebiegu, szczególniej jeśli choroba przeciąga się dłużej (do kilku tygodni), daje się to samo zauważyć i w przednich częściach klatki piersiowej, przeważnie w okolicach podobojczykowych. Zmiany te odgłosu opukowego zależą od rozwijającego się wskutek mocnego kaszlu ostrego rozdęcia płuc. W niektórych przypadkach ciężkich, przy codziennem dokładnem badaniu chorych (głównie dorosłych), daje się zauważyć ograniczone stłumienie odgłosu opukowego, występujące przeważnie w dolnych ustępach klatki piersiowej. Stłumienie to jednakże znika z dnia na dzień, o ile naturalnie, nie jest wyrazem wtórnie rozwijającego się zapalenia zrazikowego płuc. Wysłuchiwanie wykrywa w początkach cierpienia oddech normalny, pokryty świstami; stopniowo jednakże z pogorszeniem się stanu chorego występują rzężenia drobnopęcherzykowe, z początku w dolnej części klatki piersiowej, następnie zaś i w częściach bocznych, oraz przednich a nawet i pod obojczykami. Jednocześnie słychać także rzężenia suche, które stopniowo ustępują miejsca wilgotnym, drobno—a nawet i grubopęcherzykowym.

www.dlibra.wum.edu.pl

Rzężenia powyższe z początku nie są stałe: zmieniają z dnia na dzień swoje siedlisko; w miarę jednakże wzmagającej się duszności trzymają się stale jednych i tych samych miejsc.

Gdy sprawa chorobowa posuwa się dalej ku zejściu gorszemu, obok powyższych rzężeń występują jeszcze w dolnych ustępach rzężenia drobne trzeszczące, jako objaw zajęcia oskrzeli włosowatych i poczynającego się obrzęku płucnego, który w przypadkach, zakończonych śmiertelnie, rozszerza się szybko na całą klatkę piersiową.

Oddech, jak to wyżej wzmiankowałem, bywa z początku normalny, następnie słyszymy w jednych miejscach znaczne zaostrzenie, w innych osłabienie oddechu. W dalszym rozwoju sprawy oddech staje się mało wyraźnym, pokrywają go bowiem wspomniane wyżej różnorodne rzężenia. W przypadkach, biorących obrót pomyślny, co zwykle bardzo powoli następuje (całe tygodnie), rzężenia wilgotne słabną powoli, ustępując przedewszystkiem z górnych części płuc; oddech występuje wyraźniej, posiada jednak charakter szorstkiego, mocno zaostrzonego; rzężenia ograniczają się do bocznych i dolnych części klatki piersiowej i utrzymują się tam jeszcze przez bardzo długi przeciąg czasu.

Plwocina, jak to już wyżej wzmiankowaliśmy, z początku bywa bardzo skąpa; następnie po mocnych atakach kaszlowych wydziela się nieco śluzoworopnej plwociny. W przypadkach, ulegających stopniowemu pogorszeniu, plwocina staje się pienistą, zawiera nieznaczną domieszkę śluzu i występuje w dość dużej ilości przez długi przeciąg czasu.

Badanie mikroskopowe plwociny, które w przypadkach tej kategorji, spostrzeganych na moim oddziele w ostatnich latach, szczegółowo i często było dokonywane, wykrywało stale dużą ilość leukocytów, niewiele komórek nabłonkowych i nieznaczną ilość pasorzytów (przeważnie *diplo i streptococus).*

Gorączka, o czem już wyżej wspomniałem, w początkach bywa zwykle nieznaczna i ustępuje po dniach kilku; w dalszym zaś przebiegu, nawet w przypadkach o zejściu niepomyślnem, gorączki nie bywa wcale lub ogranicza się ona do niznacznych wieczornych nasileń (38,0—38,5) ciepłoty.

Stan ogólny chorych od pierwszych dni choroby robi wrażenie stanu ciężkiego. Trapiący kaszel i duszność, a z niemi w parze idąca bezsenność i niemożność leżenia, wyczerpują szybko siły chorego, co tem łatwiej przychodzi do skutku, że zjawiają się jednocześnie objawy dyspeptyczne, a łaknienie chorych znika prawie zupełnie. Moczu wydziela się mało; jest on mocno nasycony i zazwyczaj białka nie zawiera. Wraz z pogorszeniem się stanu ogólnego i wystąpieniem objawów niedomogi sercowej zjawia się obrzęk nóg; twarz staje się zbrzękniętą, cjanotyczną, a chorzy przy objawach zatrucia kwasem węglanym wpadają w stan odrętwienia, w którym i życie powoli uchodzi.

Badanie pośmiertne, jak wyżej wspomnieliśmy, wykazuje niezwykle

www.dlibra.wum.edu.pl

ostre zapalenie błony śluzowej całego przewodu oddechowego, świeżą rozedmę boczną płuc i nieznaczną wydzielinę ropiastą w najdrobniejszych oskrzelkach; jednocześnie przytem znajdujemy obrzęk płuc, przesięki w jamie opłucnej i osierdziu, oraz drobne porozrzucane ogniska zrazikowego zapalenia płuc (*bronchopneumonia acuta lobularis*).

W przypadkach, zmierzających do zejścia pomyślnego, poprawa następuje zwykle bardzo powoli. Przez długi przeciąg czasu, nieraz całemi tygodniami, występują naprzemian dni gorsze i lepsze, duszność staje się mniejsza by nieraz z tem większem natężeniem wystąpić dnia następnego. Powoli jednakże dni lepsze zdarzają się częściej, sinica znika zupełnie a z nią ustępują stopniowo objawy niedomogi sercowej; apetyt powoli powraca. Pozostaje jedynie kaszel, który, zmieniając się również z dnia na dzień z suchego i męczącego na bardziej wilgotny, trwa zazwyczaj jeszcze wiele tygodni, a nieraz miesięcy, zanim wreszcie organizm przyjdzie do ostatecznej równowagi.

Długość trwania choroby bywa nader rozmaita. W bardzo ostrych przypadkach widywałem zejście śmiertelne już w końcu pierwszego tygodnia choroby (ludzie garbaci, bardzo starzy i t. p.); zazwyczaj jednakże sprawa, przebiegająca niepomyślnie, trwa parę tygodni (dwa trzy do czterech); w przypadkach, pomyślnie zakończonych, choroba, a szczególniej rekonwalescencja, trwa, jakeśmy powiedzieli, niezwykle długo.

III. Zapalenie oskrzeli włosowych *(bronchitis capillaris).*

Zapalenie najdrobniejszych, t. zw., włosowatych oskrzelek, jakeśmy mówili w rozdziale poprzedzającym, przyłącza się zazwyczaj do ostrego rozlanego zapalenia oskrzeli i ono to właśnie głównie przyczynia się do zejścia niepomyślnego sprawy, wywołując wielką duszność i objawy niedomogi sercowej. Zajęcie oskrzeli włosowatych jest dalszym ciągiem zapalenia, zstępującego z drobnych oskrzelek. U niektórych jednakże osobników, przedewszystkiem u dzieci wątłych, rachitycznych, w pierwszych 3-ch latach życia, wyjątkowo zaś także u osób dorosłych wyniszczonych, szczególniej w bardzo podeszłym wieku będących (emfizematycy dotknięci wadami zastawek serca lub mięśnia sercowego) zapalenie występuje odrazu w gwałtowny sposób, jako zajęcie oskrzeli włosowatych i stanowi z punktu widzenia klinicznego odrębną postać, znaną oddawna pod nazwą „*bronchitis capillaris*“, cechującą się nagłym początkiem i niezwykle szybkim przebiegiem, tak że nieraz cały czas trwania choroby, od początku aż do zejścia śmiertelnego, wynosi zaledwie dni kilka.

Z punktu widzenia etjologicznego dodać jeszcze winniśmy, że o ile nieraz sprawa ta występuje samodzielnie, o tyle również często, szczególniej u dzieci, zjawia się w następstwie odry i kokluszu, u starców zaś

www.dlibra.wum.edu.pl

często po influency. Bywały nawet we Francji spostrzegane całe epidemje tego cierpienia u dzieci w domach wychowawczych.

Badanie anatomopatologiczne wykazuje zmiany mniej więcej analogiczne z temi, jakie opisaliśmy w rozdziale poprzedzającym, a więc: mocną czerwoność i obrzęk błony śluzowej oskrzelek, którą zazwyczaj pokrywa wydzielina śluzoworopna; najdrobniejsze oskrzelka bywają rozszerzone i napełnione ropiastą wydzieliną i licznemi złuszczonemi komórkami nabłonka walcowatego; warstwa śluzowa właściwa (*mucosa propria*) zazwyczaj bywa mocno nacieczona leukocytami, w przypadkach zaś, w których przebieg był zbyt gwałtowny, występują w dalszym ciągu wyraźnie ogniska zrazikowego zapalenia płuc (*bronchopneumonia acuta*). Współcześnie i jako następstwo tejże sprawy mamy niedodmę pewnych części płuc oraz rozedmę, która występuje głównie w częściach górnych i przednich. Jako następstwo pęknięcia ścian pęcherzyków płucnych pod wpływem mocnego kaszlu, spostrzegać tu nieraz można rozedmę śródzrazikową lub podopłucną (*emphysema interlobulare et subpleurale*). (Cornil i Ranvier).

Anatomopatologicznie zapalenie oskrzeli włosowatych przedstawia się nader charakterystycznie: jeżeli lekko uciśniemy na przekrój przez płuco, to z licznych zajętych drobnych oskrzelek wystąpią drobne żółte kropelki ropy.

Objawy kliniczne zapalenia oskrzeli włosowatych są dość charakterystyczne. Choroba rozpoczyna się od tego, że dziecko w pełni zdrowia, lub też w okresie wyzdrowienia po ostrej chorobie zakaźnej, zaczyna nieco gorączkować i sucho kaszlać. Do stanu tego, nie wzbudzającego pozornie żadnej obawy, dołącza się już nieraz tego samego lub też następnego dnia duszność, szybko i stopniowo wzmagająca się (nieraz 60 i więcej oddechów na minutę), oraz również szybko występują objawy zaburzeń w krążeniu i niedomogi sercowej: twarz chorych brzęknie i przybiera odcień sinawy, tętno staje się szybkie i drobne, a śród objawów zatrucia kwasem węglanym następuje szybki upadek sił i zapaść. Kaszel, z początku gwałtowny i suchy, z nieznaczną tylko ilością lepkiej plwociny śluzowej powoli z upadkiem stanu ogólnego staje się rzadszy, mniej silny, oddech natomiast nabiera charakteru chrapliwego.

Badanie fizykalne klatki piersiowej wykazuje w początkach cierpienia oddech pęcherzykowy mocno i równomiernie zaostrzony, w dolnych zaś i tylnych ustępach płuc drobne rzężenia trzeszczące, nabierające powoli charakteru rzężeń drobnopęcherzykowych, które stale na początku tej choroby trzymają się okolic wymienionych klatki piersiowej. Ze wzmagającą się dusznością rzężenia dają się słyszeć na coraz większej przestrzeni, tak iż w ciągu dni kilku oddech pęcherzykowy znika prawie zupełnie, gdyż zarówno z przodu, jak i z tyłu maskują go rzężenia. Odgłos

www.dlibra.wum.edu.pl

opukowy bywa normalny; tylko w dolnych ustępach posiada odcień bębenkowy.

Z objawów przedmiotowych wspomnieć jeszcze należy o wielce charakterystycznym objawie, spostrzeganym nieraz u dzieci, w okolicach podżebrowych i dołku podsercowym (*epigastrium*). Okolice te, jak wiadomo, podczas wdechu zawsze się wypuklają; przeciwnie, w przebiegu *bronchitis capillaris*, szczególniej w okresach postępowania choroby, spostrzegamy zapadanie się okolic wymienionych w czasie wdechu, co jest wynikiem zatkania drobnych oskrzelek, a nawet całych ustępów dolnego odcinka płuc. Objaw powyższy posiada dla danej sprawy znaczenie nietylko djagnostyczne, lecz i prognostyczne.

Jak wyżej wzmiankowałem, zapalenie oskrzeli włosowatych w większości przypadków kończy się niepomyślnie w ciągu pierwszych 5—8-miu dni. W wyjątkowych przypadkach, kończących się pomyślnie, poprawa, podobnie jak w ostrem rozlanem zapaleniu oskrzeli, następuje bardzo powoli: zdrowienie wlecze się całemi tygodniami, nieraz nawet miesiącami; występują przytem często nawroty, zazwyczaj jednak już nie tak gwałtowne, jak pierwsze napady; zjawiają się również różne powikłania, szczególniej zapalenie zrazikowe płuc i t. p., stan ogólny poprawia się bardzo powoli, kaszel staje się miękkim, występuje bardzo obfita wydzielina śluzoworopiasta, duszność powoli się zmniejsza, rzężenia znikają, natomiast zaś stopniowo zjawia się oddech pęcherzykowy, najpierw w górnym, a następnie w dolnych ustępach płuc, gdzie jednak w ciągu bardzo długiego przeciągu czasu rzężenia jeszcze słyszeć się dają.

Rozpoznanie ostrego zapalenia oskrzeli włoskowatych, jak widać z wyżej skreślonego obrazu klinicznego, nie powinno przedstawiać poważniejszych trudności. Gwałtowna duszność, suchy kaszel, sinica, rzężenia charakterystyczne stanowią szczególniej u dzieci, zbiór objawów nadzwyczaj charakterystycznych. U dorosłych sprawę omawianą wziąćby można za ostry katar obrzękowy oskrzeli, występujący czasami w przebiegu przewlekłych zapaleń nerek; tu jednak dane anamnestyczne, oraz obecność znaczniejszej ilości białka w moczu pozwolą należycie rozpoznać cierpienie. Dalej, ostra gruźlica płuc u dorosłych, odznaczająca się w pierwszych dniach przebiegu znaczną dusznością, wysoką gorączką i suchym kaszlem, także mogłaby niekiedy dać powód do błędu rozpoznawczego. Powyżej już w dziale djagnostyki ogólnej, podaliśmy cechy rozpoznawcze gruźlicy i ostrego kataru oskrzeli. Tu dodać jeszcze winniśmy, że w ostrej gruźlicy mamy do czynienia stale z ciepłotą bardzo wysoką, czego nie spostrzegamy w katarze oskrzeli włosowatych; badanie fizykalne klatki piersiowej przy niezwykle częstym i suchym kaszlu oraz znacznej duszności daje w przypadkach gruźlicy ostrej, w przeciwstawieniu do kataru oskrzeli włoskowatych, wyniki bardzo niewyraźne, gdyż wykazuje jedynie oddech

www.dlibra.wum.edu.pl

nierównomiernie zaostrzony i gdzieniegdzie porozrzucane suche lub też wilgotne drobnopęcherzykowe rzężenia.

IV. Katary oskrzeli przewlekłe *(bronchitis chronica).*

Chroniczne katary oskrzeli stanowią w naszym klimacie, rzec można bez przesady, jedną z najpospolitszych i najczęstszych postaci chorobowych.

Jako cierpienie samoistne, bywają one następstwem często powtarzających się ostrych katarów oskrzeli i, jako takie, nierzadko spostrzegać się dają nawet u zupełnie zdrowych zkądinąd osobników. W ogromnej jednak większości przypadków katary przewlekłe oskrzeli występują u pracujących w warunkach niekorzystnych dla zdrowia, a szczególniej dla narządów oddechowych, co szczegółowo omówiliśmy w wykładzie o etjologji i patogenezie zapaleń oskrzeli.

Ogromna większość tych wpływów szkodliwych sprowadza właśnie przedewszystkiem przewlekłe postaci katarów oskrzeli. Katary przewlekłe widujemy tedy głównie u osób, dotkniętych skazą dnawą, u dzieci skrofulicznych, u ludzi, pracujących w pyle i dymie, u nadużywających napojów wyskokowych, bardzo często u osób, dotkniętych cierpieniami serca i naczyń, u nadmiernie otyłych, również często, prawie stale niemal, u dotkniętych przewlekłemi cierpieniami płuc, u chorych na nerki; spotykamy je także w następstwie cierpień przewlekłych górnego odcinka dróg oddechowych, jako też gardła, a nieraz jako następstwo ostrych katarów oskrzeli, zjawiających się w przebiegu ostrych chorób zakaźnych (odra, influenca i t. p.).

Zmiany anatomopatologiczne, o których była mowa, wykazują, że katar chroniczny oskrzeli bywa cierpieniem rozlanem, zajmuje równomiernie błonę śluzową oskrzeli obu płuc, umiejscawiając się przeważnie w ich częściach dolnych i tylnych, głównie w średnich i grubych oskrzelach[1]). Wiek chorych średni, a szczególniej podeszły, najbardziej usposabia do tego cierpienia. Spotykamy je w naszym kraju równie często w miastach jak i na wsi, chociaż pod tym względem nie mamy bliższych ściślejszych danych. W okolicach wilgotnych i błotnistych choroba występuje częściej, niż w suchych, o czem wspominaliśmy w rozdziale etjologji.

Objawy przewlekłych nieżytów oskrzeli, przypominające w głównych zarysach, lecz naturalnie z pewną odmianą, objawy ostrego kataru, sprowadzają się przedewszystkiem do kaszlu i wydzieliny, których charakter, a również i objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej poniżej rozpatrzymy. Duszność występuje przeważnie w katarze przewlekłym suchym;

---

[1]) W niektórych wyjątkowych przypadkach sprawa ogranicza się do samej tchawicy (*tracheitis chronica*), o czem będzię mowa niżej.

www.dlibra.wum.edu.pl

w innych postaciach nie bywa jej wcale w początkach, a zjawia się dopiero po wielu latach, z rozwojem rozedmy płucnej.

Bóle w klatce piersiowej występują również tylko w suchych postaciach bronchitów; przedewszystkiem w okolicach dolnych i bocznych klatki piersiowej; u niektórych zaś chorych również w obu okolicach podżebrowych pod postacią lekkiego bólu z uczuciem pełności. Poruszeń gorączkowych zazwyczaj w przebiegu przewlekłych katarów oskrzeli nie spostrzegamy; o ile w pewnych przypadkach występuje gorączka, jest ona zawsze objawem zaostrzenia się kataru lub powstałych powikłań.

Stan ogólny chorych zazwyczaj bardzo długie lata nie ulega żadnym wyraźniejszym zboczeniom. Z biegiem czasu, szczególniej w długo trwających katarach ropnych, chorzy nieco chudną; w suchych—występują z czasem wyraźne objawy zastoju żylnego, rozszerzenie prawej komory serca, następnie objawy stopniowo wzmagającej się niedomogi mięśnia sercowego (obrzęki, przesięki do jam, białkomocz, i t. p.). Z objawów zanotować jeszcze należy spostrzegany w suchych postaciach katarów oskrzeli znaczny przerost mięśni oddechowych, jako to mostkowoobojczykowosutkowego, mięśni unoszących klatkę piersiową (*musc. scaleni*) i t. p.

Z powikłań zaznaczyć należy rozedmę płuc, przyłączającą się niemal stale do kataru suchego i sprowadzającą następczo rozszerzenie prawej komory serca z objawami jego niedomogi; z drugiej strony w szeregu przypadków, przebiegających bez rozedmy, objawy zaburzeń w krążeniu widzieć się dają tam, gdzie mięsień uległ stłuszczeniu pod wpływem różnorodnych innych przyczyn (pijacy, artrytycy, nefrytycy). Z innych powikłań, występujących również często w bardzo przewlekłych postaciach katarów oskrzeli, zaznaczymy rozszerzenia oskrzeli różnego stopnia, powodujące od czasu do czasu wypluwanie cuchnącej plwociny. Wreszcie u osobników starych i wyniszczonych do istniejącego kataru dołączać się mogą ogniska zrazikowego zapalenia płuc, a nawet, aczkolwiek bardzo rzadko, i gruźlica. Co się tyczy astmy, jako powikłania katarów oskrzeli, o czem wspomina wielu autorów, to winienem dodać, o czem już wyżej wzmiankowałem, że te napady dusznicy nie stanowią typowej astmy nerwowej, lecz są napadami pseudoastmatycznemi, występującemi przeważnie w przebiegu suchych katarów oskrzeli, wikłanych rozedmą, jako objaw, mający swe źródło wedle wszelkiego prawdopodobieństwa w czasowej niedomodze mięśnia sercowego.

Przebieg przewlekłych katarów oskrzeli bywa wielce rozmaity. Cierpienie z początku przebiega z wyraźnemi okresami poprawy i pogorszeń; ostatnie występują szczególniej w miesiącach jesiennych lub zimowych; odwrotnie znowu, latem albo w zmienionych warunkach życiowych, czy też klimatycznych, sprawa kataralna znacznie łagodnieje, nieraz nawet przycicha na czas pewien niemal zupełnie. W ogromnej jednakże

www.dlibra.wum.edu.pl

większości przypadków cierpienie powoli, lecz stale, ulega pogorszeniu; nasilenia zimowe stają się coraz częstszemi i więcej upartemi, a polepszenia letnie mniej wybitnemi i krócej trwającemi. Jednocześnie rozwija się powoli, lecz również stale, rozedma płuc z wszelkiemi następstwami; ta zaś ze swej strony wpływa na pogorszenie i uporczywość katarów, powodując również stopniowo wzmagające się objawy niedomogi sercowej i inne powikłania, o których mówiliśmy wyżej.

Tylko lekkie postaci przewlekłych katarów oskrzeli, i to niezbyt długo trwających, a powstałych przeważnie u ludzi zdrowych po przeziębieniach lub ostrych chorobach zakaźnych, mogą się kończyć zupełnie pomyślnie, t. j. po upływie kilku miesięcy zimowych ustąpić zupełnie, nie powtarzając się więcej. W ogromnej jednakże większości wypadków, szczególniej w naszym klimacie, katary oskrzeli idą w powolnem tempie naprzód, tembardziej gdy rozwijają się przeważnie u starszych artrytyków, u dotkniętych różnorodnemi zaburzeniami w krążeniu lub innemi chorobami.

Z punktu widzenia klinicznego rozróżniamy kilka odrębnych postaci przewlekłego kataru oskrzeli.

1. Zwykły katar śluzoworopny o formie łagodnej jest najpospolitszem przewlekłem cierpieniem dróg oddechowych i stanowi t. zw. pospolicie „kaszel zimowy", stale zjawiający się u wielu bardzo osobników, szczególniej mieszkających w miastach, w początkach pory zimowej, i ustępujący z nastaniem ciepła. Postać ta odznacza się bardzo niewielkim kaszlem, zjawiającym się szczególniej rano po przebudzeniu się; kaszlowi towarzyszy odplunięcie niewielkiej ilości plowciny śluzoworopnej, której badanie wykazuje znaczne ilości śluzu z małą domieszką ciałek śluzoworopnych. U niektórych osobników cała sprawa ogranicza się tylko do owego rannego kaszlu i plwociny; stąd też uważają się oni za zupełnie zdrowych, przypisując kaszel innym pobocznym przyczynom (paleniu, cierpieniu gardła i t. p.). U niektórych chorych kaszel występuje tylko rano, natomiast w ciągu dnia całego odpluwają oni mniej lub więcej znaczną ilość plwociny, bez kaszlu, tylko wprost przez odchrząknięcie; przytem zaznaczyć należy, że większość tych osobników połyka plwocinę. Stan ogólny podobnych chorych nie przedstawia zboczeń wyraźniejszych; nie męczą się oni, nie chudną, a nawet nie dozasją duszności, i wogóle, jak to wyżej wzmiankowałem, uważają się za zupełnie zdrowych; jeśli zaś zasięgają porady lekarskiej, to jedynie z powodu kaszlu, który niepokoi ich z rana.

Badanie fizykalne klatki piersiowej takich chorych, szczególniej jeśli się odbywa nie w godzinach rannych, lecz w ciągu dnia, po wykszlaniu się pacjenta, może dać wynik zupełnie ujemny. Słyszymy bowiem oddech pęcherzykowy normalny lub też nieznacznie równomiernie zaostrzony, odgłos opukowy normalny, rzężeń nigdzie nie wysłuchujemy; jedynie

www.dlibra.wum.edu.pl

obecność plwociny, jeśli ją choremu zebrać polecimy, wykaże niezbicie, że mamy do czynienia z przewlekłym katarem oskrzeli (ciałka śluzoworopne, złuszczone i uległe zwyrodnieniu nabłonki oskrzelowe i t. p.). Badając takich chorych w godzinach rannych, szczególniej zaraz po ich przebudzeniu się, wykrywamy zazwyczaj suche rzężenia w grubszych oskrzelach, nieraz nawet i rzężenia drobne wilgotne w dolnych częściach płuc. W katarach większego nieco natężenia kaszel występuje nieraz okresami i w ciągu dnia, szczególnej zaś wieczorem. U takich chorych badanie fizykalne wykrywa zazwyczaj oddech równomiernie zaostrzony i porozrzucane suche rzężenia, które można wysłuchiwać nieraz w ciągu całych tygodni nietylko rano, lecz i o innej porze dnia.

Katary tej postaci, jak wyżej wzmiankowałem, zazwyczaj latem słabną w natężeniu, a mogą nawet znikać w zupełności. W większości jednakże przypadków pogarszają się powoli, najczęściej zaś przechodzą w inne formy.

2. Katar suchy oskrzeli (*bronchitis sicca—catarrhe sec* Laennec'a) charakteryzuje się dwiema podstawowemi cechami: skąpą, przeważnie śluzową, lepką wydzieliną i mocnym suchym i bardzo męczącym kaszlem. Siedliskiem anatomicznem tej kategorji katarów są przeważnie średnie oskrzela; uparty zaś kaszel warunkuje bardzo szybko powstanie wtórnej rozedmy. Tę postać kataru napotykamy przeważnie u artrytyków, u ludzi pracujących w przepełnionej pyłem atmosferze, u dzieci w następstwie kokluszu, w włóknistej postaci suchot płucnych, jako następstwo długotrwałych i często powtarzających się ataków astmy oskrzelowej i t. p.

Objawy towarzyszące suchemu katarowi oskrzeli, polegają głównie, jak zaznaczyłem, na suchym upartym kaszlu, występującym pod postacią ataków zjawiających się w początkach cierpienia przeważnie rano, po ubudzeniu się chorego. Przebudzeniu towarzyszy uczucie drapania lub łechtania głęboko w gardle, czego następstwem bywa suchy atakowy kaszel, trwający nieraz wiele minut; poczem zaledwie z wielką trudnością chorzy wyrzucają niewielką ilość lepkiej śluzowej plwociny. Ataki kaszlu, szczególniej u osób wrażliwych, nerwowych, mogą nieraz nabierać niezwykłego natężenia, chorzy bowiem, chcąc bezwarunkowo i to jaknajprędzej wyrzucić plwocinę, z której wydaleniem, jak wiedzą z doświadczenia, kończy się paroksyzm kaszlu, starają się kaszlać mocniej i uparciej; wskutek tego powstają objawy zastoju w żyłach szyi i głowy z zaczerwienieniem, a nieraz i sinicą, łzawieniem mocnem, kichaniem, czasami z wymiotami i zawrotami głowy, a nawet z chwilową utratą przytomności. Obok tych objawów występują zwykle bóle w bocznych częściach klatki piersiowej, przypominające nieraz nerwobóle międzyżebrowe; bóle takie mogą nieraz występować i w okolicach podżebrowych, mocno dokuczając chorym. Zdaje się, że bóle tej ostatniej kategorji, trwające nieraz uparcie dni kil-

www.dlibra.wum.edu.pl

ka z rzędu, mają za podstawę naderwanie przyczepów mięśni międzyżebrowych w następstwie silnych ataków kaszlu. Plwocina lepka, wydzielona po takim paroksyzmie, może być nawet od czasu do czasu zlekka krwią zabarwiona. Naturalnie, nie wszystkie ataki i nie u każdego chorego bywają tej siły; mocniejsze występują zwykle w czasie chwilowych pogorszeń, po świeżem przeziębieniu, dłuższem i głośnem mówieniu, po wysiłkach fizycznych, nadużyciu napojów wyskokowych, po dłuższem przebywaniu w dusznej i obfitej w pył atmosferze i t. p.

I ta postać kataru w początkowych okresach swojego przebiegu (nieraz całe lata) ma pewne okresy pogorszeń i polepszeń; te ostatnie zjawiają się zwłaszcza latem lub też przy zmianie warunków klimatycznych, przyczem napady kaszlu znacznie łagodnieją, dzięki temu, że wykrztuszanie ranne przychodzi do skutku po niewielkim wysiłku kaszlowym. Z biegiem jednakże czasu, a szczególniej z rozwojem rozedmy ataki suchego kaszlu stają się częstsze i mocniejsze, zaczynają występować już nietylko rano, lecz i w ciągu dnia, głównie po wysiłkach, po wchodzeniu na schody, po szybkiem chodzeniu, szczególniej na zimnie i t. p. Później zazwyczaj ataki kaszlowe zaczynają występować i w nocy, przerywają sen chorym i przez to wpływają na znaczne ich osłabienie; chorzy od rana czują się mocno wyczerpani, tracą apetyt, boją się nawet jeść więcej ze względu na to, że po każdym większym posiłku występuje duszność, a nawet atak kaszlowy. Duszność ta, która ma swe źródło w rozwijającej się stopniowo rozedmie, dochodzi nieraz do ataków. t. zw. pseudoastmy, o której zależności od czasowej niedomogi serca wzmiankowaliśmy wyżej. Katar suchy, jak widać z wyżej opisanego, stanowi bardzo ciężkie i wielce uparte cierpienie, kończące się zwykle po bardzo wielu latach objawami niedomogi sercowej (obrzęki, przesięki do jam ciała, białkomocz i t. p.). W przebiegu swoim ta postać kataru może przejawiać pewne modyfikacje: chorzy np. mogą od czasu do czasu odpluwać dość dużo obfitej śluzoworopnej plwociny; ataki kaszlu suchego mogą czasowo być rzadsze lub też stale powtarzać się, mogą być połączone z wyrzucaniem dość obfitej przeważnie ropiastej plwociny, co się zdarza w tych przypadkach, w których do długotrwającego kataru przewlekłego przyłączają się wtórnie powstające rozszerzenia oskrzeli.

Atorowie francuzcy (Marfan) opisują jeszcze odrębną postać kataru suchego oskrzeli, t. zw. katar oskrzelowy astmatyczny (*bronchite asthmatique*). Występuje on po przejściu ostrego napadu astmy oskrzelowej, trwa zazwyczaj dni kilka i odznacza się wyrzucaniem skąpej plwociny, zawierającej dużo kryształów Charcot-Leyden'a, włókna spiralne Curschmanna i liczne leukocyty eozynofilowe. Właściwie mówiąc, sprawy tej, która zwykle w kilka dni zupełnie ustępuje, nie można zaliczać do zapaleń oskrzeli, jest to bowiem swoista hipersekrecja błony

www.dlibra.wum.edu.pl

śluzowej, powstała pod wpływem właściwego i odrębnego czynnika, wywołującego samoistną postać, t. zw. astmę oskrzelową, o czem zresztą szczegółowiej pomówimy w odpowiednim rozdziale.

W przebiegu astmy oskrzelowej, często się powtarzającej, występuje zazwyczaj po pewnym szeregu lat wtórna rozedma płuc i z nią w parze idący suchy katar oskrzeli, do którego od czasu do czasu przyłączają się istotne napady astmy oskrzelowej; po ustąpieniu tych napadów uprzednio istniejący katar suchy ulega pewnemu pogorszeniu. Otóż i ten rodzaj kataru niesłusznie nazywany bywa astmatycznym, jest on bowiem, właściwie mówiąc, w związku z rozedmą, a nie ze sprawą astmatyczną.

Wreszcie, opisywane przez niektórych autorów skryte postaci astmy, charakteryzujące się napadami kaszlu suchego wraz z umiarkowaną duszności, zjawiają się głównie w nocy u osobników, którzy przebywali kiedyś istotne napady astmy oskrzelowej, i stanowią, zdaniem mojem, napady pseudoastmatyczne, będące w związku z cierpieniem serca lub aorty, a występujące przeważnie u osobników starszych. Ztąd też i te postaci nie mogą być zaliczane do kategorji przewlekłych zapaleń oskrzeli, jeśli uniknąć chcemy zbytniego zagmatwania. Sądzę też, że lepiej termin francuski „katar astmatyczny oskrzeli" odnosić ściśle tylko do sprawy samodzielnej — astmy oskrzelowej.

3. Katary oskrzeli z obfitą ropiastą wydzieliną (*bronchoblennorrhoea*) stanowią przeciwstawienie do formy poprzedzającej, a charakteryzują się stosunkowo niewielkim kaszlem, nieraz nawet zupełnym jego brakiem, oraz łatwem odpluwaniem znacznej ilości śluzowo-ropiastej plwociny, częściowo opadającej na dno naczynia. Badanie drobnowidzowe tej plwociny wykazuje przeważnie duże ilości uległych stłuszczeniu leukocytów z nieznaczną domieszką śluzu i złuszczonych nabłonków. Plwocina, barwy biało-zielonkawej, mdłego zapachu w niektórych przypadkach przyjmuje od czasu do czasu charakter cuchnący, znikający jednak zazwyczaj po dniach kilku. Objaw ten spotykamy najczęściej nie w zwykłych formach przewlekłych katarów oskrzeli, lecz u tych osobników, u których jednocześnie mamy do czynienia z rozszerzeniem oskrzeli. Ilość plwociny, wydzielonej w ciągu doby, bywa różna: 30—50—100 i więcej gramów; ilości większe (paręset gramów) i to przeważnie ropiastej plwociny, występują również przy powikłaniu tej sprawy rozszerzeniem oskrzeli.

Objawy te, a właściwie mówiąc, wyrzucanie powyżej opisanej plwociny, powtarzające się w godzinach rannych, stanowią nieraz przez czas długi jedyny objaw choroby. Pacjenci czują się zupełnie dobrze; stan ich ogólny nie przedstawia wyraźnych zboczeń. Badanie fizykalne wykazuje najczęściej oddech równomiernie zaostrzony w obu połowach klatki pier-

www.dlibra.wum.edu.pl

siowej; rzężeń najczęściej nie wysłuchujemy wcale w tych okresach choroby, a podstawę do rozpoznania stanowi jedynie wyżej wzmiankowana plwocina.

W przebiegu katarów, dłużej, t. j. całe szeregi lat trwających, zazwyczaj wzmaga się stopniowo ilość plwociny. Chory pluje już nietylko rano, lecz i w ciągu dnia całego, a nieraz nawet i w nocy. Ztąd też u takich chorych występuje czasem, przeważnie rano, chwilowa duszność, ustępująca po wyrzuceniu plwociny. W dalszym przebiegu duszność zjawia się częściej i w ciągu dnia lub w nocy, jako skutek chwilowego zatkania oskrzeli; z biegiem czasu staje się ona objawem stałym, rozwija się bowiem wtórna rozedma, zjawia się kaszel napadowy, kończący się zawsze wyrzucaniem obfitej ilości plwociny. Obraz chorobowy nabiera cech, właściwych obu postaciom kataru oskrzeli, t. j. katarowi suchemu i ropiastemu. W tym okresie stan ogólny chorych, dotychczas dobry, zaczyna stopniowo podupadać: chorzy chudną, tracą apetyt, szczególniej w okresach występowania zwykłych ostrych pogorszeń z charakterem kataru suchego (mocny kaszel napadowy, nieraz gorączka); wreszcie występują objawy poczynającej się niedomogi sercowej z całym szeregiem znanych nam już następstw. W późniejszych okresach choroby występują powikłania pod postacią zjawiających się od czasu do czasu ostrych zrazikowych zapaleń płuc (*bronchopneumonia acuta*), oraz przejścia w katarach cuchnący (*bronchitis putrida*), którego objawy poniżej bedą opisane. Objawy fizykalne ropnych katarów oskrzeli w późniejszych okresach dają również obraz zmian skombinowanych, właściwych katarom suchym i ropiastym: odgłos opukowy o charakterze bębenkowym w dolno-tylnych częściach płuc z obniżeniem ich granic; na tem samem miejscu oddech pęcherzykowy osłabiony, a w częściach górnych równomiernie zaostrzony; obok rzężeń drobnych wilgotnych, umiejscowionych przeważnie z tyłu i dołu, występują i świsty w okolicach górnych i przednich klatki piersiowej; zdarza się to szczególniej w okresach ostrych wyżej wzmiankowanych nasileń choroby.

Przebieg ropiastej postaci przewlekłych katarów oskrzeli bywa nadzwyczaj przewlekły: choroba trwa już nie całe lata, ale nieraz i dziesiątki lat. U ludzi zamożniejszych, żyjących w dobrych warunkach higjenicznych i odbywających kuracje klimatyczne, sprawa ulega nieraz na całe lata znakomitym poprawom i zazwyczaj dopiero z rozwojem wtórnej rozedmy, która występuje często w przeciwstawieniu do suchych postaci, po całym szeregu lat, chorzy wstępują w okres powolnego i stale postępującego pogorszenia.

4. Z odmian przewlekłych katarów oskrzeli o obfitej wydzielinie wspomnieć jeszcze należy, o stosunkowo rzadkiem cierpieniu, opisanem przez Laennec'a pod nazwą kataru surowiczego (*catharrhe pituiteux — bronhorrhoea serosa*).

www.dlibra.wum.edu.pl

Objawem tego kataru jest wydalanie przez chorych od czasu do czasu ogromnej ilości plwociny bezbarwnej, ciągnącej się, przypominającej roztwór gumy; powierzchnię plwociny takiej, zebranej w naczyniu, obficie pokrywa piana. Przy bliższem badaniu plwociny omawianej znajdujemy w niej drobniutkie białawe strzępki śluzu; badanie mikroskopowe wykazuje bardzo nieznaczną ilość ciałek śluzoworopnych i złuszczonych nabłonków, a przeważnie ciągnące się pasma śluzu. Chorzy wyrzucają plwocinę zazwyczaj rano; nieraz doznają przytem dość znacznej duszności ustępującej dopiero po zupełnem wydaleniu plwociny. Ilość plwociny, bywa różna; może nieraz, według opisów wiarogodnych autorów, dochodzić aż do kilku funtów na dobę (Andral, Laennec). W kilku przypadkach tego rzadkiego cierpienia, które sam spostrzegałem, ilość plwociny nie wynosiła więcej, niż 150—200 gramów dziennie.

Cierpienie to występuje pod dwojaką postacią: albo 1) przyłącza się do tego istniejącego przewlekłego kataru oskrzeli u ludzi, dotkniętych rozedmą lub cierpieniami serca i naczyń, i stanowi cierpienie przejściowe, ustępujące po kilku tygodniach; albo też 2) co się częściej zdarza, występuje odrazu jako cierpienie z charakterem przewlekłym. W ostatnim razie choroba trwa zazwyczaj bardzo długo, nieraz lata całe; napady duszności w połączeniu z wydzielaniem znacznej ilości plwociny bywają to mniej, to bardziej gwałtowne, a ilość plwociny również ulega wahaniom. Chorzy nie gorączkują, a stan ich ogólny zazwyczaj długo nie podlega żadnym zmianom. W upartych jednak postaciach stan ogólny powoli podupada, a chorzy umierają przy objawach ogólnego wyniszczenia.

Badanie fizykalne klatki piersiowej u nich nie wykazuje zmian wyraźniejszych oprócz porozrzucanych rzężeń i wogóle objawów, właściwych przewlekłym katarom oskrzeli.

Przypadek, który sam przez dłuższy przeciąg czasu spostrzegałem, dotyczył 60-cioletniej kobiety, dotkniętej wyraźnemi objawami zwapnienia naczyń w połączeniu z umiarkowaną rozedmą płuc. U osoby tej, skądinąd względnie zdrowej i żyjącej w bardzo dobrych warunkach higjeniczno-djetetycznych, występowały kilka razy do roku *bronchorrhoeae serosae*. Po kilku dniach suchego upartego kaszlu w połączeniu z dreszczykami i lekkiemi wieczornemi nasileniami gorączki, zaczęły występować nad ranem lub też w nocy ataki dość znacznej duszności, nieraz około godziny trwające, podczas których chora wyrzucała wyżej wzmiankowaną plwocinę; w ciągu dnia całego duszności nie doznawała, kaszlała zaś bardzo niewiele lub nawet wcale. Badanie fizykalne klatki piersiowej wykazywało rzężenia suche i świsty, stale umiejscowione w dolnych i tylnych częściach płuc. Cierpienie za każdym razem trwało 2 — 3-ch tygodni; ataki kaszlu słabły stopniowo, ilość plwociny zmniejszała się, rzężenia znikały i kaszel wreszcie ustępował. Aż do końca choroby plwoci-

www.dlibra.wum.edu.pl

na stałe posiadała wyżej wzmiankowany charakter, nie przechodząc bynajmniej, jak w zwykłych katarach, w plwocinę śluzoworopiastą. Niektórzy autorowie cierpienie to stawiali w pewnym związku z astmą oskrzelową, nazywając je nawet astmą wilgotną *(asthma humidum)*. Sprawa ta jednakże według dzisiejszych poglądów musi mieć zupełnie inną, do dziś dnia ciemną jeszcze, etjologiczną podstawę, a brak w plwocinie charakterystycznych dla astmy oskrzelowej elementów (włókna spiralne Curschmanna kryształy Charcot-Leydena, komórki eozynofilowe), o ile się zdaje również przemawia przeciwko podobnemu związkowi.

5. Zapalenia przewlekłe tchawicy (*tracheitis chronica*) przebiegają, jakeśmy mówili, w związku z podobnemi cierpieniami oskrzeli. Stąd też, podobnie jak w sprawach ostrych, pojęcie kliniczne przewlekłego kataru oskrzeli obejmuje zarazem i cierpienie tchawicy. W niektórych jednak przypadkach przewlekła sprawa nieżytowa może zajmować samą tylko tchawicę, stanowiąc odrębną postać chorobową. Do tych postaci zaliczyć należy zgrubienia błony śluzowej tchawicy w następstwie kataru przewlekłego; rozrostowi ulega tu nietylko tkanka podśluzowa, ale części głębsze (ochrzęstna i tkanka okołotchawiczna).

Zmiany podobne, ilustrowane odpowiedniemi rysunkami, szczegółowo opisał Schrötter w swoim znanym podręczniku chorób tchawicy. Cierpienia te mają znaczenie więcej teoretyczne, aniżeli praktyczne. Natomiast z punktu widzenia klinicznego zasługuje na bliższą wzmiankę cierpienie, opisane szczegółowo pod nazwą *ozaena trachealis* (Luc, Baginsky, Zarnik o). Cierpienie to, będące zwykle następstwem złowonnego kataru nosa (*ozaena nasi)*, niekiedy zaś zajmujące, jako choroba pierwotna, samą tchawicę, odznacza się tem, że na błonie śluzowej tchawicy wytwarza się szybko zasychająca lepka wydzielina, tworząca szarozielonawe, mocno do ścian narządu przylegające strupy. Strupy te, rozmaitej grubości, wydzielają nader przykrą i charakterystyczną woń, jaką zwykle odczuwamy w katarze złowonnym nosa. Przylegając mocno do błony śluzowej, strupy te wywołują mocny suchy kaszel napadowy, występujący przeważnie w godzinach rannych po przebudzeniu się. Jednocześnie istnieje zazwyczaj różnego stopnia duszność o charakterze wdechowym, która w pewnych przypadkach może dawać wyraźne objawy zwężenia tchawicy. Po bardzo długim nieraz napadzie kaszlu chory wyrzuca złowonne strupy, poczem odrazu duszność ustępuje i kaszel znika, aby znów wystąpić w nocy lub nad rankiem dnia następnego. Poza powyższemi napadami chorzy czują się zupełnie dobrze, a jeśli badanie ograniczymy do klatki piersiowej, to najczęściej otrzymamy wynik ujemny, nie mogąc zrozumieć zagadkowego cierpienia. U większości chorych oddech cuchnący z nosa naprowadza odrazu na domysł źródła choroby, a wówczas przy badaniu ściślejszem obok strupów w nosie wziernik krtaniowy wykaże nam poniżej głośni

www.dlibra.wum.edu.pl

bardzo charakterystyczne zielonawe strupy, mocno przylegające do tylnej ściany tchawicy, a nieraz nawet do strun głosowych. W przypadkach wyjątkowych, w których sprawa organicza się ściśle do samej tchawicy, ujemny wynik badania klatki piersiowej przy wyżej opisanych objawach powinien zniewolić lekarza do zbadania chorego za pomocą wziernika krtaniowego, tym bowiem sposobem dopiero jesteśmy w stanie ściśle rozpoznać cierpienie, które nie należy znowu do rzadkości.

www.dlibra.wum.edu.pl

WYKŁAD IV.

Odrębne postaci katarów oskrzeli.

TREŚĆ. Katar oskrzeli, towarzyszący grypie i odrze. Zapalenie oskrzeli zimnicze (*bronchitis malarica*). Katary oskrzeli u osobników, dotkniętych skazą dnawą. Ketary przy zaburzeniach w krążeniu (wady zastawkowe serca, choroby mięśnia sercowego, cierpienia wielkich naczyń, nowotwory śródpiersia).

Po skreśleniu głównych i podstawowych postaci tak ostrych, jak i przewlekłych katarów oskrzeli wypada nam jeszcze pokrótce zająć się pewnemi postaciami tych katarów, które ze względu na przebieg stanowią odrębne formy kliniczne, mające szczególną doniosłość dla lekarza-praktyka.

Do tych postaci zaliczamy następujące sprawy:

Ostre zapalenie oskrzeli, towarzyszące grypie (*bronchitis influentica*).

Jak wiadomo od lat kilkunastu, t. j. od ostatniej wielkiej epidemji influency, panującej w całej Europie w roku 1889, występują u nas, szczególniej w miastach, większe lub mniejsze epidemje tej choroby, której jednym z najstalszych objawów jest ostre zapalenie oskrzeli. W większości przypadków infuency nieżyt oskrzeli nietylko jest objawem dominującym, lecz od początku do końca choroby stanowi niemal jedyny przedmiot skargi chorych. Zajęcia oskrzeli w różnych epidemjach i u różnych osobników mają cięższy lub lżejszy przebieg, wogóle zaś odznaczają się następującemi cechami: 1) początek choroby w większości przypadków bywa nagły; choroba najczęściej rozpoczyna się od mniej lub więcej silnego dreszczu; niekiedy pierwszym objawem bywa silny ból głowy; 2) jednym ze stalszych objawów bywają bóle w krzyżu i uczucie ogólnego rozbicia; 3) niemal stale, szczególniej w pierwszych dniach choroby, spostrzegamy zupełny brak łaknienia, utrzymujący się nieraz dłuższy czas po przebytej chorobie, czego nie spotykamy w zwykłych katarach oskrzeli; 4) gorączka

www.dlibra.wum.edu.pl

występuje prawie zawsze, szczególniej w pierwszych dniach choroby, i nie odpowiada bynajmniej stopniowi natężenia innych objawów. Spostrzegałem bardzo ciężkie postaci influency oskrzelowej, w których ciepłota nie dochodziła do 39°, i odwrotnie, w przypadkach lekkich ciepłota, chociaż trwa krótko, dosięgać może bardzo wysokich stopni; 5) osłabienie ogólne, trwające nieraz tydzień i dłużej po skończonej chorobie, występuje nieraz nawet i u takich chorych, którzy przebywali lekką i krótkotrwałą influencę oskrzelową; 6) pocenie się, mniej lub więcej obfite w ciągu trwania choroby, a nawet przez pewien czas i po jej ustąpieniu, stanowi podobnie jak osłabienie ogólne, jeden z bardzo ważnych momentów rozpoznawczych, nie spostrzeganych niemal nigdy w zwykłych zapaleniach oskrzeli.

Przejdźmy teraz do objawów ze strony dróg oddechowych. 1) Kaszel bywa jednym z najstalszych objawów tego cierpienia i występuje głównie pod dwiema postaciami. Prawie u wszystkich chorych cierpienie rozpoczyna kaszel suchy, mniej lub więcej, z silnym bólem w okolicy mostka. W większości przypadków kaszel ten, mocno niepokojący chorego, po kilku dniach przechodzi w kaszel wilgotny: chorzy zaczynają stopniowo wyrzucać obfitą gęstawą plwocinę śluzoworopną; w pewnych wypadkach odpluwanie to bywa tak obfite, że chorzy niemal co kilka minut zachłystują się z powodu obficie napływającej plwociny, której wyrzucanie zresztą nie sprawia żadnej większej dolegliwości. Jedynie rano po przebudzeniu się występują napady duszącego kaszlu w połączeniu z bólem w okolicy mostka, zanim chory zaczął wyrzucać pierwsze ilości obfitej plwociny. Ten rodzaj kataru oskrzelowego z nadmierną wydzieliną u większości chorych, szczególniej u tych którzy zmuszeni są przebywać na zimnem powietrzu, trwa zazwyczaj długo, nieraz tygodnie całe. U mniejszości chorych kaszel suchy, od którego rozpoczyna się grypa oskrzelowa, trwa bez zmiany krótszy lub dłuższy przeciąg czasu, a wreszcie ustępuje, nie przechodząc w formę poprzednio opisaną. W tych razach zmiany zajmują prawdopodobnie tylko tchawicę, nie rozszerzając się na oskrzela. W niektórych przypadkach suchy kaszel nabiera niezwykle silnego natężenia (szczególniej u kobiet lub dzieci), występują napady z mocnym bólem w okolicy mostka, nawet z wymiotami, przypominającemi napady kokluszowe. 2) Duszność umiarkowanego stopnia spostrzega się u znacznej liczby chorych w pierwszych dniach choroby. Ostre zajęcie dróg oddechowych z obrzękiem błony śluzowej wyjaśnia nam ten objaw, który zresztą po dniach kilku w zupełności ustępuje. W niektórych przypadkach duszność może dosięgać wysokiego stopnia, co w pierwszych dniach choroby, przy wysokiej nieraz gorączce, może dać powód do błędnego rozpoznania zapalenia płuc lub opłucnej. I duszność zazwyczaj po kilku dniach zmniejsza się lub ustępuje. 3) W niektórych przypadkach obok bólu w okolicy mostka występuje mniej lub więcej gwałtowny ból w oko-

www.dlibra.wum.edu.pl

licach pachowy, w niektórych razach tak gwałtowny, że utrudnia w wysokim stopniu oddychanie i stanowi zarazem główny, a częstokroć i jedyny przedmiot skargi chorych. Bliższe badanie wykazuje, że ból jest umiejscowiony w międzyżebrach i stanowi najczęściej objaw nerwobólu międzyżebrowego, ustępujący zazwyczaj w ciągu dni kilku; może jednak ze względu na istniejący kaszel i gorączkę prowadzić do błędnego rozpoznania zapalenia opłucnej. 4) W niektórych przypadkach cięższych postaci influency oskrzelowej występować może w pierwszych dniach przy mocnych napadach suchego kaszlu mniej lub więcej obfite krwioplucie, zależnie od mocnego przekrwienia błony śluzowej oskrzeli. Krwioplucie zazwyczaj nie powtarza się w dalszym przebiegu choroby, po przejściu zaś sprawy influencowej nie wykrywamy w szczytach płuc zmian, któreby nam pozwalały wnosić o pochodzeniu gruźliczem tego objawu. 5) Co się tyczy objawów fizykalnych ze strony narządów klatki piersiowej, to w większości przypadków zaraz z początku choroby wysłuchiwanie wykrywa liczne rzężenia suche świszczące, porozrzucane po całej przestrzeni klatki piersiowej. Rzężenia te nikną stopniowo w ciągu kilku dni lub tygodnia, najdłużej jednakże utrzymują się w okolicy mostka. Nieraz po zupełnem nawet zniknięciu kaszlu i niemal kompletnem przyjściu chorego do zdrowia przy jakimś wysiłku fizycznym rzężenia znów się zjawiają w tejże okolicy. Obok powyższych rzężeń, po obu stronach klatki piersiowej słychać oddech pęcherzykowy równomiernie zaostrzony. Wyraźniejszych zmian opukowych nie spostrzegamy. W ciężkich postaciach influency oskrzelowej, przy dłuższem jej trwaniu, z przejściem sprawy na oskrzelka drobniejsze występują rzężenia wilgotne drobnopęcherzykowe, przeważnie w dolnych i bocznych częściach klatki piersiowej. Rzężenia te trwają nieraz całe tygodnie, a niekiedy mogą być wyrazem rozwijania się sprawy zapalnej (zapalenie zrazikowe płuc).

W przypadkach, w których, jak to wyżej wzmiankowałem, od początku do końca występuje suchy kaszel z bólem w górnej okolicy mostka, badanie przedmiotowe klatki piersiowej daje wynik zupełnie ujemny. Sprawa zapalna w tych razach ma swe główne siedlisko w tchawicy, której badanie za pomocą wziernika krtaniowego tam, gdzie jest możliwe, wykazuje mocne i równomierne przekrwienie błony śluzowej,

Zejście grypowego zapalenia oskrzeli w większości przypadków bywa zupełnie pomyślnie. Do cięższych przypadków, szczególniej u słabszych osobników, może się czasem przyłączać ostre zrazikowe zapalenie płuc (*bronchopneumonia acuta*) ze zwykłym długotrwałym przebiegiem.

W wyjątkowych przypadkach zapalenie ostre grypowe oskrzeli może się kończyć śmiertelnie wskutek obrzęku płuc. Podobny przypadek miałem możność spostrzegać w czasie epidemji z r. 1889; dotyczył on 19-stoletniego, zdrowego przedtem osobnika, który umarł na moim oddziale

www.dlibra.wum.edu.pl

szpitalnym szóstego dnia choroby, a badanie pośmiertne wykazało tylko ostre obrzękowe zapalenie całego przewodu oddechowego [1]).

II. Ostry katar oskrzeli, towarzyszący odrze u dzieci i dorosłych, najczęściej poprzedza na jeden lub dwa dni wystąpienie charakterystycznej wysypki. Odznacza się on bardzo mocnym, suchym zupełnie, dzień i noc nieraz trwającym kaszlem. Istnienie zaś jednoczesne stanu gorączkowego może skłaniać nieraz, zwłaszcza w czasie panującej epidemji influency, do rozpoznania w tych razach nieżytu grypowego oskrzeli. Szczególniej łatwo popełnić podobną pomyłkę u dzieci, które nie umieją powiedzieć o bólach w krzyżu i uczuciu ogólnego rozbicia, towarzyszących katarom influencowym. Zazwyczaj bardzo prędko wysypka wyjaśnia kwestję; w niektórych jednakże przypadkach, szczególniej u starszych dzieci lub u dorosłych, kaszel suchy może trwać 5 do 6-ciu dni, zanim wystąpi wysypka odrowa. Rozpoznanie sprawiać może wówczas kłopot, chorzy bowiem czują sie dobrze, chodzą nawet, wieczorami miewają bardzo nieznaczną gorączkę, a tymczasem badanie klatki piersiowej nie jest w stanie wytłomaczyć bardzo męczącego kaszlu; jedynie wzmiankowane wieczorne, a następnych dni i ranne wahania ciepłoty chronią od błędnego rozpoznania kaszlu nerwowego. Z wystąpieniem wysypki odrowej kaszel suchy trwa zwykle przez pierwsze dni z równem natężeniem, szybko jednakże niknie, rzadko przytem przechodzi w kaszel flegmisty. Jedynie u dzieci wątłych, skrofulicznych, skłonnych do kaszlu, nieżyt oskrzeli odrowy trwa dalej po ustąpieniu wysypki, przechodząc w podostrawy, a nieraz nawet w przewlekły katar oskrzeli. W pewnym szeregu przypadków, szczególniej u małych i wątłych dzieci, zapalenie oskrzeli przyjmuje złośliwy charakter i przechodzi na najdrobniejsze oskrzelka, dając obraz kliniczny wyżej skreślony zapalenia oskrzeli włosowatych.

Objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej, jak to wyżej było wzmiankowane, dają w pierwszych dniach choroby zupełnie ujemny wynik, kaszel bowiem zależy wyłącznie od mocnego przekrwienia, a prawdopodobnie i swoistego podrażnienia błony śluzowej dróg oddechowych. W razie większego przekrwienia i obrzęku tej błony występują porozrzucane rzężenia świszczące, słyszalne z przodu i z tyłu i zazwyczaj ustępujące w ciągu dni kilku, z chwilą zniknięcia wysypki skórnej, podobnie, jak to ma miejsce i z kaszlem.

III. Zapalenie oskrzeli zimnicze (*bronchitis malarica*). Autorowie dawniejsi, szczególniej francuscy (Grasset, Fayrer i inni, a w naszej literaturze Dunin i Hewelke), opisywali przypadki ostrych ka-

[1]) Bliższe szczegóły, dotyczące tego przypadku, ogłosiłem w pracy p. t. „Uwagi nad charakterem epidemji influency ze szczególnem uwzględnieniem objawów i powikłań ze strony dróg oddechowych". *Gazeta Lekarska*, r. 1890.

www.dlibra.wum.edu.pl

tarów oskrzeli o typie wyraźnym przepuszczającym, które miały występować w przebiegu ostrej zimnicy i ustępować z chwilą skończenia się choroby pod wpływem działania chininy. Opisy przypadków podobnych pochodzą jednak z okresu przed wykryciem swoistych drobnoustrojów zimniczych; to też trudno ostatecznie dojść do wniosku, czy i o ile te katary oskrzeli nie były w związku z gruźlicą lub też z innemi cierpieniami, np. z influencą. Mannaberg w swojej klasycznej pracy o zimnicy [1]) pisze, że oskrzela często ulegają zakażeniu zimniczemu, co sprowadza suchy kaszel, duszność i rzężenia trzeszczące w przebiegu ostrego okresu zimnicy; objawy te przypominają przewlekłe katary oskrzeli, napotykane u kachektyków. Autor wspomniany opisuje przypadek, dotyczący starszej kobiety, zamieszkałej w okolicy zimniczej; chora ta od czasu do czasu miewała zimnicę o formie trzeciaczkowej, a podczas tej choroby dostawała duszności i kaszlu z obfitą plwociną śluzoworopną; w obu dolnych ustępach płuc słyszeć się dawały rzężenia drobnopęcherzykowe; stępienia, kłucia i bólu w klatce piersiowej nie było. Po użyciu chininy objawy zapalenia oskrzeli znikały szybko, trwając zaledwie dni kilka i to w formie bardzo łagodnej.

Również Triantaphillides z Batumu ogłosił przypadek zapalenia oskrzeli z objawami astmatycznemi, w którym nie znajdował w plwocinie ani kryształów astmatycznych, ani komórek eozynofilowych, lecz za to we krwi—pasorzyty zimnicze. Tenże autor twierdzi, że w Batumie cierpienia oskrzeli w zimnicy występują stosunkowo rzadko, bo zaledwie w 7% przypadków.

Ja osobiście miałem możność szczegółowego spostrzegania na moim oddziale szpitalnym przypadku tego, w naszym klimacie wyjątkowo rzadkiego, cierpienia. Dotyczył on 25-cioletniego osobnika, u którego przy typowych napadach trzeciaczkowych zimnicy z ciepłotą, do 40° dochodzącą, stale występował suchy męczący kaszel, duszność i mocne bóle w klatce piersiowej, badanie zaś fizykalne wykrywało porozrzucane świsty a nawet rzężenia drobnopęcherzykowe, ściśle umiejscowione u szczytu i w innych miejscach klatki piersiowej porozrzucane. Podczas dni wolnych od napadu zimniczego chory kaszlał bardzo niewiele, duszności nie miał, objawy zaś fizykalne zmniejszały się znacznie. Napadów takich w czasie dwukrotnego pobytu chorego w szpitalu spostrzegaliśmy sześć; we krwi stale wykrywaliśmy plazmodje zimnicze; w skąpej zaś plwocinie, wydzielanej w czasie napadu, oprócz nieznacznej ilości ciałek śluzoworopnych, nie udało nam się wykryć ani plazmodji ani też innych drobno-

[1]) Specielle Pathologie und Therapie der Malaria-Krankheiten 1899.

www.dlibra.wum.edu.pl

ustrojów swoistych. Po leczeniu chininą, która w zupełności usunęła napady zimnicy, objawy oskrzelowe zniknęły również bardzo szybko [1]).

Powyższe spostrzeżenie, które tu dla jego wyjątkowej rzadkości pozwoliłem sobie pokrótce przytoczyć, jak również i spostrzeżenia innych autorów, ogłoszone w ostatnich latach, przemawiają na korzyść poglądu o istnieniu zapalenia oskrzeli pochodzenia zimniczego. Zarazek działa tu prawdopodobnie na błonę śluzową w sposób toksyczny, wywołując, podobnie jak i w odrze, mocne przekrwawienie i podrażnienie tej błony z obrzękiem i następczą wydzieliną śluzoworopną. Przekrwienie i obrzęk, jako też objawy, warunkowane temi zmianami (kaszel, duszność, bóle w klatce piersiowej), ustępują po podaniu środka swoistego. Objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej odpowiadają w zupełności ostremu obrzękowemu katarowi średnich drobnych oskrzeli (rzężenia suche, rzężenia drobne wilgotne, oddech mocno zaostrzony); w naszym przypadku mogliśmy nawet przypuszać, że ostre obrzękowe zapalenie zajmowało nietylko drobne oskrzela, lecz przechodziło i na pęcherzyki płucne, że mieliśmy do czynienia z zapaleniem zrazikowem płuc (*bronchopneumonia lobularis acuta*).

Katary przewlekłe oskrzeli w różnych postaciach, jak to wyżej w rozdziale o etjologji szczegółowo rozpatrzyliśmy, występują przeważnie u osobników, przedstawiających pewne ogólne zboczenia w odżywianiu, dotkniętych różnemi zaburzeniami ustrojowemi, przy zaburzeniach cyrkulacyjnych, otruciach przewlekłych i t. p. Katary te, które wogóle pod względem przebiegu i objawów dają się podciągnąć pod różne postaci wyżej skreślonych przewlekłych katarów oskrzeli, przy niektórych zaburzeniach organizmu przedstawiają pewne odrębne właściwości w przebiegu, i dlatego też uważam za właściwe opisać je tu pokrótce.

IV. Katary oskrzeli u osobników, dotkniętych skazą dnawą. Doświadczenie kliniczne poucza, że u osobników, dotkniętych dziedziczną skazą dnawą, oprócz całego szeregu objawów, ściśle z tem cierpieniem związanych (typowe zmiany w moczu, napady kolki nerkowej, zajęcia artrytyczne stawów i t. p.), spostrzegać można niejednokrotnie pewne zaburzenia ze strony dróg oddechowych [2]).

Co się tyczy oskrzeli, to katary tych narządów, szczególnej przewlekłe, występują u artrytyków stosunkowo dość często, lecz pochodzenie

---

[1]) Bliższe szczegóły tego wielce interesującego spostrzeżenia podane zostały przeze mnie w „Gazecie Lekarskiej" z r. 1900, w pracy p. t.: „Parę uwag o cierpieniach dróg oddechowych, wikłających zimnicę. Tak zwana: *bronchitis, bronchopneumonia et pneumonia malarica*".

[2]) Bliższe szczegóły o tych wszystkich zaburzeniach ogłosiłem w pracy pod tytułem: „Objawy ze strony dróg oddechowych, spostrzegane u osobników, dotkniętych usposobieniem artrytycznem", „Gaz. Lekarska" r. 1900.

www.dlibra.wum.edu.pl

ich i związek ze skazą dnawą, jak słusznie zauważył Hoffmann, nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione. Zdaje się jednak, że przypadki, aczkolwiek rzadkie, w których artrytycy przy kaszlu wyrzucali z plwociną złogi kwasu moczowego, przemawiają na korzyść pewnego związku obu tych spraw. Dawniejsi autorowie francuscy, a nawet i współcześni (Schlemmer[1]), Fonsagrives, Pidoux, Bouchard[2]) i inni) z wielką stanowczością przemawiają za tym związkiem, opisując odrębną formę chorobową katarów oskrzeli pochodzenia artrytycznego. Bouchard nawet w ostatecznej swej pracy stara się związek ten określić liczebnie, twierdząc, że skaza moczanowa wiąże się w pewnym stosunku procentowym z suchemi postaciami zapaleń oskrzeli. Rzeczywiście u znacznej liczby chorych, dotkniętych przewlekłemi postaciami tych katarów bez rozedmy, lub z rozedmą następczą, szczegółowe wywiady wykazują, że chorzy ci doświadczali poprzednio od czasu do czasu dolegliwości, związanych z nadmiernem wydzielaniem kwasu moczowego (kolki nerkowe, bóle w stawach i t. p.). To samo zauważyć się daje nieraz i u osobników młodych, nawet u dzieci, dotkniętych takiemi katarami; i tu ścisłe wywiady mogą wykazać, że u rodziców istniało typowe cierpienie artrytyczne. Przechodząc do bliższej charakterystyki tych katarów, zaznaczę, że występują one dość typowo pod postacią wyżej opisanej formy suchego kataru tchawicy i oskrzeli (*trachęo-bronchitis sicca*), a więc charakteryzują się atakami suchego, bardzo męczącego kaszlu, występującego przeważnie rano, a nieraz i wśród nocy z uczuciem ściskania w klatce piersiowej; plwociny zazwyczaj nie bywa wcale, lub też jest bardzo skąpa, szklista, śluzowa. Kaszel i duszność są dominującemi objawami, a chorzy obok tego skarżą się i na uczucie ciągłego świstu w przedniej części klatki piersiowej, szczególniej w nocy ich niepokojącego. U niektórych chorych występują również wielce chrakterystyczne bóle, umiejscowione w przedniej części klatki piersiowej, a głównie w okolicy mostkowej.

Katary te występują okresami: znikają nieraz na całe tygodnie i miesiące, by naraz znów przy lada okazji powrócić. U osobników młodych z ustąpieniem kataru ustępują zazwyczaj i związane z nim dolegliwości, u starszych jednak, gdzie już rozwinęła się rozedma wtórna, kaszel się zmniejsza, nasilenia gwałtowne ustępują, pozostaje jednak pewna duszność i suchy kaszel, występujący przeważnie rano. Wreszcie u niektórych chorych tej kategorji widywałem w okresach ostrego nasilenia kataru, mniej lub więcej obfite krwioplucie, które jednakże nigdy nie było zwiastunem rozwijającej się gruźlicy. Katary te przytem przebiegają najczęściej bez żadnych wahań gorączkowych!

---

[1]) Georges Schlemmer,—*Etude sur les bronchites dans leur rapports avec les maladies constitutionnelles.*—1822.

[2]) Bouchard—*Traité de Pathologie Générale Volume III.* 1900.

www.dlibra.wum.edu.pl

Inne postaci katarów oskrzeli (formy z nadmierną wydzieliną), opisywane przez autorów francuskich, spotykałem u artrytyków rzadziej; nie przedstawiają one nic charakterystycznego; sądzę nawet, że śmiało można je uważać tylko za powikłania przypadkowe. Katary suche, o których była mowa, występują chociaż rzadko i u osobników, nie dotkniętych skazą dnawą, nie mniej jednak skłaniałbym się do przyjęcia zdania, że pod pewnym względem są one ściśle związane z tą skazą. Na korzyść tego przemawia jeszcze i ta okoliczność, że leczenie ogólne, (wody alkalicznosłone, preparaty jodu i t. p.), wpływając dodatnio na podstawowe cierpienia chorych. nieraz niezwykle szybko i korzystnie działają i na przebieg spraw oskrzelowych.

V. Katary oskrzeli przy zaburzeniach cyrkulacyjnych (wady zastawkowe serca, choroby mięśnia sercowego, cierpienia wielkich naczyń, nowotwory śródpiersia).

Zmiany chorobowe serca, jego zastawek lub mięśnia, powodujące zastoje w małem krążeniu, odbijają się przedewszystkiem na krwiobiegu w oskrzelach i z łatwością wywołać mogą przekrwienie z następczą wypociną i rozwojem sprawy zapalnej (najczęściej pochodzenia pasorzytniczego). Zaburzenia te najczęściej i najszybciej występują w wadach zastawkowych serca, a szczególniej w najpospolitszej z nich, t. j. w wadzie zastawki dwudzielnej (niedostateczność jej lub zwężenie lewego otworu przedsionkowokomórkowego). W wadzie tej, jak wiadomo, bywa utrudniony odpływ krwi z lewego przedsionka, a tem samem i z żyły płucnej, co, naturalnie, musi się odbić na drobnych żyłach oskrzelowych, których część, jak wiadomo, wpada do żyły płucnej. Powstają ztąd łatwo zastoje w żyłach oskrzelowych nawet wówczas, gdy niema jeszcze utrudnionego krążenia w obrębie żyły górnej głównej, do której wlewa się krew z większych żył oskrzelowych. Ów wysoce pożyteczny dla ustroju układ żylny oskrzelowy warunkuje w przypadkach wady omawianej tę szczęśliwą okoliczność, że silniejsze nieco i nagle występujące zaburzenie w odpływie krwi przez otwór przedsionkowy lewy nie wywołuje nagłego zastoju w całym systemie krążenia płucnego, względnie oskrzelowego: część krwi, szczególniej z większych żył oskrzelowych, w razach podobnych wlewa się swobodnie do prawego serca, co naturalnie w wysokim stopniu ułatwia wyrównanie chwilowo naruszonej kompensacji. W wadzie zastawki dwudzielnej katary oskrzeli występują bardzo często przy lada okazji, z drugiej jednak strony, dzięki powyższemu systemowi żylnemu, ustępują również szybko, jeżeli tylko zaburzenie kompensacji nie przeszło w objaw stały; wówczas dopiero katary oskrzeli prawie wcale nie opuszczają chorych. Katar oskrzeli suchy, charakteryzujący się krótkim, nieraz mocno męczącym kaszlem z bardzo nieznaczną wydzieliną śluzową, występuje u osobników z wadą zastawki dwudzielnej nawet w czasach najkomple-

www.dlibra.wum.edu.pl

tniejszej równowagi, w chwilach zupełnego niemal zdrowia. Osobniki takie, które dotychczas nie doświadczały absolutnie żadnych objawów ze strony serca lub płuc, zasięgają porady z powodu wyżej wzmiankowanego suchego kaszlu, trapiącego ich od pewnego, najczęściej niezbyt długiego czasu. Badając takiego pacjenta, w płucach zmian wyraźniejszych przeważnie nie wykrywamy; natomiast w sercu znajdujemy wyraźne objawy wady zastawkowej. Szczegółowo zapytywani wówczas, opowiadają chorzy zazwyczaj o przebytym kiedyś reumatyzmie stawowym; niektórzy jednak twierdzą, że dotychczas byli zupełnie zdrowi i reumatyzmu nie przebywali. Rozpytując dalej pacjenta o kaszel, dowiemy się, że występuje on głównie przy pewnym wysiłku (szybkie wchodzenie po schodach), rzadziej zaś się zdarza w nocy; dalej dowiadujemy się od chorego, że aczkolwiek do ostatka czuł się zupełnie zdrowym, z pewną jednak trudnością wchodził po schodach, doświadczając przytem, jak zresztą wogóle przy szybszem chodzeniu, lekkiej duszności.

Kaszel, który u takich chorych jest objawem zastoju w żyłach oskrzelowych i pierwszym wyrazem poczynającego się zburzenia kompensacji, zazwyczaj przy odpowiedniem zachowaniu się szybko ustępuje; powraca jednakże znowu przy pierwszej, że tak rzec można, okazji (mocne zmęczenie, wysiłek, nadużycie napojów wyskokowych i t. p.) trwa dłużej, jako katar suchy, chociaż często zjawia się i skąpa wydzielina śluzowa, nieraz z krwią zmieszana. Badanie fizykalne klatki piersiowej wykazuje w tych razach tu i owdzie porozrzucane suche rzężenia i świsty, znikające po pewnym przeciągu czasu jednocześnie z kaszlem. Po szeregu powtarzających się takich ataków, które stają się coraz częstszemi i coraz dłuższemi, zawsze z towarzyszeniem duszności, występującej przeważnie w dzień i przy wysiłku mięśniowym, kaszel pozostaje stale; chory odpluwa mniej lub więcej obfitą plwocinę śluzoworopiastą, od czasu do czasu krwią zabarwioną. Wówczas i inne objawy naruszonej kompensacji stają się wyraźnemi, a badanie fizykalne klatki piersiowej daje objawy kataru oskrzelowego o typie zastoinowym, a więc: rzężenia drobne wilgotne, umiejscowione z początku tylko w dolnych i tylnych częściach klatki piersiowej i powoli, w miarę zwiększającej się niedomogi mięśnia sercowego, stale posuwające się do góry. Kaszel staje się bardzo męczącym; zjawia się duszność; wzrasta ilość plwociny, która nabiera powoli charakteru wydzieliny śluzoworopiastej.

W chwilach poprawy działalności mięśnia sercowego katar oskrzeli zmniejsza się również. Poprawa, szczególniej latem, trwa nieraz bardzo długo, kaszel łagodnieje znacznie, rzężenia ustępują, ograniczając się do samych tylko dolnych części płuc. Dzieje się nieraz i odwrotnie: w okresie względnej poprawy pod wpływem ubocznej jakiejś przyczyny, występuje czasem świeży ostry katar tchawicy i oskrzeli, niekiedy z gorączką i

www.dlibra.wum.edu.pl

charakterystycznym oddechem świszczącym oraz rzężeniami suchemi, porozrzucanemi po całej klatce piersiowej. Ostry ten katar, który zwykle, jak wyżej zaznaczyliśmy, przebiega łagodnie, u tej zaś kategorji chorych wywołuje szybko objawy niedomogi sercowej, mocną duszność i szybkie wzmożenie się objawów kataru zastoinowego z wystąpieniem w obfitości rzężeń drobnopęcherzykowych, szybko posuwających się od dołu ku górze i rozprzestrzeniających się nieraz na przednią powierzchnię klatki piersiowej. U chorych, dotkniętych wadą zastawki dwudzielnej w okresach zupełnego rozstroju kompensacji (okres obrzęków), objawy kataru zastoinowego oskrzeli bez przerwy trwają dalej, a kaszel męczący, w połączeniu z mocną dusznością, występującą przy najmniejszym wysiłku, stanowi najistotniejszy przedmiot skargi takich chorych. Do wyżej wzmiankowanych objawów fizykalnych przyłączają się objawy obrzęku płuc, wzmagające jeszcze bardziej duszność; plwocina staje się wtedy pienistą i od czasu do czasu bywa krwią zabarwiona.

Nieco inaczej przedstawiają się objawy oskrzelowe w wadach aorty (niedomykalność i zwężenie — *insufficientia et stenosis valvularum aortae.*) W wadzie tej, w której, jak wiadomo, z powodu znacznego przerostu komórki lewej równowaga bardzo długo nie ulega zaburzeniu, chorzy czują się zupełnie dobrze. I oni jednakże doświadczają od czasu do czasu ataków suchego kaszlu, przy którym wzmaga się duszność, w umiarkowanym stopniu stale towarzysząca chorobie. Nieraz dopiero wówczas, gdy chory zasięga porady z powodu kaszlu, wykrywamy wadę zastawek aorty, dotychczas skrycie przebiegającą. Te suche katary, podobnie jak i w wadzie zastawki dwudzielnej, dają przeważnie nieznaczne objawy przedmiotowe ze strony dróg oddechowych; nieraz nawet żadnych objawów nie wykrywamy. Kaszel suchy, często powtarzający się, wywołuje nieraz mniej lub więcej obfite krwioplucie. W okresach poczynających się zaburzeń kompensacji występują od czasu do czasu bardzo charakterystyczne napady kaszlu w połączeniu z mocną dusznością, przy których badanie fizykalne wykazuje rzężenia drobne wilgotne nie w dolnych częściach płuc, lecz porozrzucane po różnych miejscach klatki piersiowej, szczególniej umiejscowiające się w okolicach międzyłopatkowych. Napady takie trwają zazwyczaj dni kilka; kaszel suchy zmniejsza się stopniowo, staje się nawet wilgotnym, zjawia się skąpa wydzielina śluzoworopiasta, a rzężenia ogniskowe ustępują zupełnie. Ataki powyższe, przyjmujące nieraz charakter prawie astmatyczny, w tym okresie choroby zjawiają od czasu do czasu w odstępach tygodniowych lub też nawet dłuższych. W wolnym od napadów czasie chorzy czują się nieźle, kaszlą niewiele, a trapi ich tylko stała w tym okresie duszność. Badanie fizykalne klatki piersiowej nie wykrywa wyraźniejszych zmian w narządach oddechowych. Napady powyższe, o czem wspomina Lasegue, mogą nieraz prowadzić do raptownego

www.dlibra.wum.edu.pl

zejścia śmiertelnego. Zależą one od mocnego przekrwienia układu tętniczego płuc, które jest wielce charakterystyczne dla cierpień aorty. Autor cytowany nazywa je też zapaleniem oskrzeli napadowem pochodzenia aortalnego (*bronchite aortique à crises*). Niezawsze jednakże w wadach zastawkowych aorty cierpienia oskrzelowe przyjmują powyższy typ, rozróżniający je zasadniczo od katarów przy wadach zastawki dwudzielnej. Formułka Lasegue'a stale powtarzana przez innych autorów, szczególniej francuskich, że „zapalenie oskrzeli, towarzyszące cierpieniom zastawki dwudzielnej, jest skutkiem zastoju żylnego, a napotykane w cierpieniach zastawek aorty zależy od przekrwienia czynnego, tętniczego"—nie zawsze może być potwierdzona przez spostrzeżenia kliniczne. W cierpieniach zastawek aorty obok zapaleń oskrzeli o typie klinicznym, wyżej opisanym, widywałem również w okresie zaburzeń kompensacji objawy oskrzelowe, dające się w zupełności podprowadzić pod typ, rzekomo dowodzący wady zastawki dwudzielnej, a więc katar oskrzeli zastoinowy, umiejscowiony przeważnie w dolnotylnych okolicach klatki piersiowej, z męczącym, duszącym kaszlem, skąpą wydzieliną, wybitną dusznością i t. p.

W cierpieniach mięśnia sercowego, szczególniej zależnych od stwardnienia jego tętnic, idącego w parze ze stwardnieniem innych tętnic (*arteriosclerosis*), występują dość często, szczególniej u osobników starszych, ostre katary oskrzeli, objawiające się suchym, duszącym kaszlem i obecnością świstów, umiejscowionych przeważnie u dołu i z tyłu klatki piersiowej. Katary te, nawet w lekkiej formie, stanowią zawsze bardzo ważne powikłanie sprawy podstawowej. Trwają one zazwyczaj długo, a często, szczególniej przy zaniedbaniu przepisów higjeniczno-djetetycznych, wywołują objawy sercowe, których się w danym przypadku nie spodziewano zupełnie; działalność serca słabnie szybko, puls staje się nieregularnym, serce powiększa się w wymiarze poprzecznym, w dolnych częściach klatki piersiowej występują obfite drobne rzężenia z szybko wzmagającą się dusznością, nieraz nawet z nieznacznym białkomoczem; jednem słowem mamy obraz ostro występującej niedomogi sercowej. Objawy te po pewnym czasie zazwyczaj ustępują, aby znowu po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu wystąpić z równem natężeniem. Huchard w swej cennej monografji [1]) rozróżnia nawet odrębną postać stwardnienia tętnic; której dał nazwę postaci płucnej (*type pulmonaire*); jednym z charakterystycznych i dominujących objawów jest tu występująca od czasu do czasu, głównie wieczorami, u zdrowych zkądinąd osobników duszność, z suchym, męczącym kaszlem, oraz wyrzucaniem dość obfitej plwociny śluzowosurowiczej. Badanie fizykalne klatki piersiowej u tych osobników, obok wybitnych objawów stwardnienia naczyń, wykazuje w dolno-tylnych

[1]) Huchard. *Maladies du coeur et des veisseaux*. 1889.

www.dlibra.wum.edu.pl

częściach płuc rozmaitą ilość rzężeń świszczących i trzeszczących. Jeśli mamy do czynienia z osobnikami starszymi, z jednocześnie istniejącym większym lub mniejszym stopniem rozedmy płuc, objawy powyższe z łatwością mogą być policzone na karb tej ostatniej sprawy. Tymczasem, po dokładnem zbadaniu stanu naczyń, sprawa przedstawia się w zupełnie innem i znacznie poważniejszem świetle. To też słusznie Huchard zwraca uwagę na tę postać katarów oskrzeli. Spotykałem katary podobne w mojej praktyce niezbyt znowu rzadko: kaszel i duszność wieczorna stanowią tu objawy bardzo uparte i przykre; trwają nieraz całe tygodnie i wyczerpują chorych, podkopując znacznie ich stan ogólny. Często ustępują pod wpływem leczenia ogólnego (o czem niżej); częściej jednakże powtarzają się od czasu do czasu uparcie, gdyż przeważnie stanowią tylko objaw poczynającej się niedomogi sercowej, zależnej od ogólnych zmian skerlotycznych naczyń. Charakter plwociny, chociaż pobieżnie, jednak trafnie bardzo opisał Huchard: plwociny po atakach mocnego kaszlu nocnego bywa dosyć dużo; jest ona szklista, lepka, przypomina białko kurze; tu i owdzie widać białawe kępki zbitego śluzu, w którym badanie drobnowidzowe wykazuje nieliczne ciałka śluzoworopne i złuszczone nabłonki. W jednym typowym przypadku, niedawno przezemnie spostrzeganym, badanie drobnowidzowe wykazało nadto nieliczne kryształy Charcot-Leydena, włókna spiralne Curschmanna i komórki eozynofilowe, jednem słowem tę trójcę, która w ostatnich czasach uważana była za objawy typowe dla astmy oskrzelowej. Tymczasem w powyższym przypadku, bardzo dokładnie i długo spostrzeganym, mieliśmy do czynienia nie z astmą nerwową, lecz upartym katarem oskrzelowym na tle arterjosklerotycznem.

Tętniakom aorty, a szczególniej aorty piersiowej i łuku, obok duszności towarzyszy zazwyczaj uparty kaszel, z początku suchy, następnie połączony z wyrzuceniem nieraz dość obfitej plwociny śluzoworopnej. Objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej skrycie nieraz przebiegającego tętnienia mogą dawać jedynie objawy suchego kataru oskrzeli, t. j. liczne świsty, w obu stronach klatki piersiowej stale umiejscowione. Dominującym jednak tutaj objawem jest duszność, nie licująca bynajmniej z względnie nieznacznemi objawami oskrzelowemi. Ta właśnie nadmierna duszność wzbudzić powinna w lekarzu podejrzenie głębszych przyczyn choroby. W innej kategorji przypadków, mianowicie przy tętniakach łuku aorty, umiejscowionych przeważnie na dolnej jego powierzchni, w okresie poczynającej się sprawy, gdy nie mamy jeszcze objawów uciskowych na nerw krtaniowy dolny z jego charakterystycznemi objawami porażenia, występują nieraz bardzo długie napady suchego charakterystycznego kaszlu, wywołanego przez drażnienie powyższego nerwu. Z czasem i tutaj rozwija się katar zastoinowy oskrzeli, a więc do kaszlu suchego przyłącza się skąpa plwocina śluzoworopna, a w klatce piersiowej słyszymy z przodu i z tyłu rzężenia

www.dlibra.wum.edu.pl

świszczące, w dolnych zaś i tylnych okolicach rzężenia drobnopęcherzykowe. I tutaj mocne ataki duszności obok nieznacznych objawów kataru oskrzeli uchronić mogą od mylnego rozpoznania w początkach sprawy, typowe zaś objawy porażenia nerwu zwrotnego, występujące w następstwie, potwierdzą należyte rozpoznanie. Wreszcie, w przypadkach gdzie tętniaki aorty wywołują wyraźne objawy ucisku na oskrzela, mamy również do czynienia obok duszności z męczącym kaszlem, nieraz w połączeniu z dość obfitą plwociną śluzoworopną. W przypadkach takich znajdujemy najczęściej objawy kataru zaostrzonego, umiejscowionego w tylnodolnych częściach płuc. Typowe jednakże objawy zwężenia oskrzela (świst wdechowy) oraz inne oznaki tętniaka aorty[1]), pozwolą z łatwością ów katar oskrzelowy poczytać za objaw wtórny, zastoinowy.

Nowotwory śródpiersia, a szczególnie najpospoliciej z nich spotykany mięsak gruczołów chłonnych (*lymphosarcoma mediastini*), wywierając ucisk na oskrzela, wywołują podobnie jak i tętniaki, objawy zastoinowego kataru oskrzeli z dusznością i suchym męczącym kaszlem, po którym następuje wydalenie nieznacznej ilości plwociny śluzoworopnej. W niektórych jednakże przypadkach, jak się to zdarzyło w jednym, przezemnie spostrzeganym, chory wyrzucał od czasu do czasu dość znaczną ilość plwociny śluzoworopnej, gromadzonej przez czas pewien w uciśniętym przez gruczoły i wskutek tego rozszerzonym poniżej oskrzelku[2]).

---

[1]) Patrz pracę moją:„ Przyczynek do kazuistyki i djagnostyki tętniaków aorty". *Gaz. Lek* r. 1893.

[2]) Bliższe szczegóły tego wielce interesującego spostrzeżenia znajdzie czytelnik w pracy mojej p. t. „Przyczynek do djagnostyki nowotworów śródpiersiowych". *Gaz. Lek.* r. 1893.

www.dlibra.wum.edu.pl

WYKŁAD V.

Dalszy ciąg odrębnych postaci katarów oskrzeli.

TREŚĆ. Katary oskrzeli, towarzyszące zapaleniom nerek. Ostre przewlekłe katary u dzieci. Katary oskrzeli, spostrzegane u starców. Cuchnąca postać zapalenia oskrzeli *(bronchitis putrida)*. Rokowanie w ostrych i przewlekłych katarach oskrzeli.

VI. Katary oskrzeli, towarzyszące przewlekłym zapaleniom nerek (*bronchitis nephritica s. albuminurica*).

Objawy ze strony dróg oddechowych, a przedewszystkiem ze strony oskrzeli w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek, napotyka się bardzo często, rzec można nawet—w mniejszym lub większym stopniu, są one niemal stałym towarzyszem tych zapaleń. Mają one dwa źródła pochodzenia: 1) toksyny uremiczne, krążące we krwi, drażniąc nerwy naczynioruchowe oskrzeli i płuc, wywołują objawy napływowe (kongestyjne) i nerwowo-oskrzelowe (kaszel, duszność i t. d.) z następczym katarem; 2) serce przerosłe i zwyrodniałe, szczególniej w przewlekłej śródmiąższowej postaci zapalenia nerek (*nephritis interstitialis*), w okresie poczynającego się zwyrodnienia i niedomogi sercowej, wywołuje, podobnie jakeśmy to opisali w sprawach sklerotycznych serca, zmiany w oskrzelach natury zastoinowej.

W ostrych postaciach zapaleń nerek mamy do czynienia w pierwszych dniach z ostrem obrzękowem zapaleniem oskrzeli pochodzenia toksycznego; zapalenie to nieraz bardzo szybko przechodzi w ostry obrzęk najdrobniejszych oskrzelek i płuc, ustępujący powoli, w miarę zmniejszania się natężenia sprawy podstawowej, t. j. zapalenia nerek. Objawy fizykalne w tych razach nie różnią się niczem od wyżej opisanych objawów zwykłego ostrego rozlanego zapalenia obrzękowego oskrzeli (kaszel męczący, duszność, rzężenia obrzękowe, umiejscowione głównie w dolnotylnych

www.dlibra.wum.edu.pl

częściach płuc), W przypadkach, w których odrazu występuje obrzęk twarzy, właściwe rozpoznanie tej sprawy nie przedstawia żadnej trudności. Tam jednak, gdzie w pierwszych dniach nie mamy do czynienia z obrzękami i krwiomoczem, mylnie rozpoznać możemy zwykły ostry katar obrzękowy oskrzeli; znaczna jednak duszność, szybkość wystąpienia sprawy (szczególniej u zdrowych przedtem osobników) i niezwykła rzadkość samoistnych nieżytów obrzękowych winny zawsze wskazać lekarzowi konieczność zbadania moczu, które istotę sprawy odrazu wyjaśni.

W postaciach rozlanych miąższowych zapaleń nerek (*nephritis parenchymatosa)* bywają bardzo często spostrzegane katary oskrzeli, połączone przeważnie z dość obfitem odpluwaniem. Nieraz w początkowych okresach skrycie przebiegającej choroby katar oskrzeli występuje na plan pierwszy i stanowi główny przedmiot skargi chorego. Niestety, dość często katary takie, szczególniej u osobników starszych, u których zazwyczaj istnieje w mniejszym lub większym stopniu rozedma płuc, bywają brane za katary pierwotne wskutek zaniedbania badania moczu. Katary takie, jak tylko co wzmiankowałem, objawiają się kaszlem i odpluwaniem dość znacznej ilości plwociny śluzoworopnej; badanie fizykalne klatki piersiowej albo daje rezultat zupełnie ujemny, albo też wysłuchujemy nieliczne porozrzucane świsty lub drobne wilgotne rzężenia w tylnodolnych częściach klatki piersiowej. Stała jednak duszność, wzmagająca się przy wysikach fizycznych, a nie znajdująca usprawiedliwienia w stanie serca, oraz w nieznacznej rozedmie, jest bardzo ważną wskazówką rozpoznawczą i winna zawsze zmusić lekarza do zbadania moczu. W dalszych okresach tych postaci spraw nerkowych, przy istniejących obrzękach ogólnych, zapalenie oskrzeli trwa w dalszym ciągu; chorzy kaszlą ciągle, dość dużo odpluwają, w płucach zaś wykrywamy już zazwyczaj objawy kataru zastoinowego z licznemi drobnopęcherzykowemi rzężeniami, umiejscowionemi z początku tylko w częściach dolnotylnych klatki piersiowej i powoli posuwającemi się ku górze. Od czasu do czasu występują ostre nasilenia kataru oskrzeli, zależne od wpływów zewnętrznych, lub też mające swe źródło w napływie krwi (*congestio*) wskutek podrażnienia nerwów naczynioruchowych toksynami uremicznemi: duszność się wzmaga, występuje kaszel suchy z utrudnionem odpluwaniem, a badanie fizykalne wykrywa liczne rzężenia świszczące, porozrzucane w przednich i tylnych częściach płuc. Ostre to nasilenie kataru ustępuje zazwyczaj w ciągu kilku lub więcej dni, a chorzy wracają do stanu poprzedniego. Obostrzenia kataru widziałem nieraz przy pogorszeniu się stanu ogólnego chorych przy zwiększeniu się ilości białka, osłabieniu ogólnem. W okresach przesięków do jam opłucnej dołączają się jeszcze objawy obrzęku płuc, występują liczne rzężenia trzeszczące, duszność się wzmaga, zjawiają się napady zaduszania, kaszel staje się bardzo męczącym, połączonym z tru-

www.dlibra.wum.edu.pl

dnem odpluwaniem pienistej nieraz krwią zabarwionej plwociny; jednem słowem, występuje obraz katarów zastoinowych oskrzeli, właściwy końcowym okresom niedomogi sercowej.

W przebiegu zapalenia śródmiąższowego nerek (*nephritis interstitialis*) w początkowych okresach choroby, przebiegających nieraz, jak wiadomo, zupełnie skrycie, występują często na plan pierwszy objawy ze strony oskrzeli, pod postacią zjawiających się raptownie napadów suchego kaszlu w połączeniu z mocną dusznością. Badanie fizykalne takich chorych wykazuje liczne świsty, umiejscowione z obu stron klatki piersiowej, a istniejąca jednocześnie dość znaczna duszność typu przeważnie wdechowego pozwoli rozróżnić tę postać kataru suchego od napadów istotnej astmy nerwowej, którą może pozornie przypominać. Dające się jednak stwierdzić już w tym okresie powiększenie wymiarów serca i charakterystyczne twarde tętno zniewolić winny lekarza do zbadania moczu, a wykryta w nim większa ilość białka ułatwi istotne rozpoznanie. Wyżej wzmiankowane napady ostrego suchego kataru, mające swe źródło w sprawie toksycznej, wywołanej skrycie przebiegającą sprawą nerkową, trwają zazwyczaj dni kilka, nieraz tydzień (w przeciwstawieniu do prawdziwej astmy nerwowej), następnie zaś przebiegają jak zwykłe ostre katary, t. j. duszność zmniejsza się powoli, chorzy zaczynają nieco odpluwać, rzężenia świszczące nikną powoli, a wreszcie w ciągu 10—14 dni chorzy wracają do poprzedniego względnie dobrego stanu. W dalszych okresach rozwoju sprawy, z chwilą wystąpienia stałej, mniej lub więcej znacznej duszności, napady powyżej opisanych katarów stają się coraz częstszemi i trwają coraz dłużej. Nieraz katar przechodzi na najdrobniejsze oskrzelka, powodując powstawanie rozrzuconych ognisk zrazikowego zapalenia płuc (*bronchopneumonia acuta*), zazwyczaj z towarzyszeniem lekkiej gorączki. Sprawy te jednakże, podobnie jak i ostry katar oskrzeli, najczęściej, acz powoli, ustępują w zupełności, aby znowu przy następnym napadzie wystąpić z równą siłą. Często jednakże w tych okresach kaszel w połączeniu ze śluzoworopną wydzieliną pozostaje stale. W okresach dalej posuniętej sprawy, t. j. przy stale istniejącej mocznicy przewlekłej (*uraemia chronica*), przy występującem jednocześnie osłabieniu działalności serca, kiedy chorzy najczęściej już przebywają w domu lub leżą w szpitalach, objawy kataru przewlekłego oskrzeli zwykle już nie słabną. I w tych okresach katar bywa suchy, z licznemi rzężeniami świszczącemi, umiejscowionemi przeważnie w tylnodolnych ustępach klatki piersiowej. Chorzy uskarżają się głównie na kaszel suchy, męczący, niepokojący ich głównie w nocy i nad ranem; plwociny śluzoworopnej wyrzucają niewiele. Jeśli w tej postaci zapalenia nerek, co się stosunkowo rzadko zdarza, przychodzi do rozwoju postępującego obrzęku, to, podobnie jak w miąższowych zapaleniach nerek, występują w okresach końcowych choroby objawy zastoinowego kataru oskrzeli z towarzyszeniem obrzęku płuc.

www.dlibra.wum.edu.pl

VII. Ostre i przewlekłe katary oskrzeli u dzieci.

Ostre i przewlekłe katary oskrzeli stanowią jedną z najczęstszych chorób dzieci w pierwszych latach ich życia, i to nietylko w biednej klasie ludności, gdzie zimno i wilgoć stanowićby mogły ich główną przyczynę, lecz i wśród dzieci, wychowywanych w dobrych warunków życiowych. U dzieci starszych, poczynając od 5-go lub 6-go roku życia, katary oskrzeli występują rzadziej i swoim przebiegiem oraz objawami nie różnią się wiele od postaci, spostrzeganych u dorosłych. Natomiast poniżej tego wieku sprawy zapalne oskrzeli posiadają pewne odrębne właściwości, których opisy szczegółowsze znajdzie czytelnik w podręcznikach chorób dzieci (Henoch, Gerhardt, Weil, Comby, Cadet de Grassicourt i wielu innych). My na tem miejscu tylko pokrótce sprawę tę omówimy.

Ostry katar tchawicy i oskrzeli występuje nieraz w pierwszych miesiącach życia i odznacza się, według *Henocha*, tem, że mali pacjenci zaczynają kaszlać głośno, krótko, a kaszel ten występuje natychmiast przy ucisku na okolicę tchawicy. Równie często zamiast kaszlu występuje głośny chrapliwy oddech, towarzyszący momentowi wdechowemu i wydechowemu; rzężenie to bywa nieraz bardzo głośne, słyszalne zdala i, zależnie od ilości śluzu, nagromadzonego w tchawicy i grubszych oskrzelach, posiada charakter bardziej wigotny lub też suchy, przypominający szmer zwężenia krtani, spostrzegany u dzieci przy krupie. Następnie po kaszlu rzężenie zmniejsza się lub niknie zupełnie, aby po pewnym przeciągu czasu wystąpić na nowo. Badanie fizykalne w tym okresie choroby wykazuje rzężenia chrapliwe lub grubopęcherzykowe, głównie między łopatkami; nikną one w zupełności po kaszlu, a pozostaje tylko mocno zaostrzony oddech. Przytem dzieci czują się zupełnie dobrze, nie gorączkują, apetyt mają dobry. Katary te odznaczają się niezwykłą uporczywością, trwają tygodnie, a nawet miesiące całe, zdradzają wielką skłonność do przejścia w stan przewlekły; każde nowe pogorszenie pod wpływem świeżej szkodliwości (wpływ zimniejszej kąpieli, zimnego powietrza etc.), skłonność tę do stanu przewlekłego wzmaga; podczas takich pogorszeń może być gorączka.

Ostre katary występują również często w okresie pierwszego ząbkowania, prawdopodobnie jako skutek zakażenia, rozwijającego się na tle zaburzeń naczynioruchowych, towarzyszących okresowi ząbkowania. Być może, że usposobienie krzywicze (rachityczne) odgrywa tutaj pewną rolę, doświadczenie bowiem wykazuje, że właśnie dzieci krzywicze w okresie ząbkowania niezwykle często podlegają zapaleniu oskrzeli.

Poza okresem ząbkowania katary oskrzeli występują stosunkowo rzadziej; zjawiają się po odrze, szkarlatynie, towarzyszą nieraz ostrym

www.dlibra.wum.edu.pl

zaburzeniom trawienia, które podług autorów francuskich ma mieć swe źródło w sprawie pasorzytniczej, warunkowanej przez *bacterium coli* (Marfan-Lesage); wogóle jednak katary oskrzeli występują przeważnie u dzieci skrofulicznych, urodzonych z rodziców artrytycznych, gruźliczych i t. p. Ostre katary, występujące u dzieci nieco starszych, przebiegają, podobnie jak u dorosłych, pod dwiema głównemi postaciami: lżejszą i cięższą. Różnica w przebiegu obu tych postaci od podobnych spraw u dorosłych polega na tem, że nawet lekkie katary mają u dzieci niezwykłą skłonność do szybkiego szerzenia się na najdrobniejsze nawet oskrzelka i przechodzenia w ciężką odmianę, opisaną wyżej, jako zapalenie oskrzeli włosowatych (*bronchitis capillaris*). Ztąd też na każdy katar oskrzeli u małych dzieci należy zapatrywać się, jako na cierpienie natury poważniejszej. Każdy lekarz winien też dokładnie znać te objawy, które zapowiadają przejście sprawy z grubszych oskrzeli na drobne oskrzelka. Do takich zaliczyć należy: 1) kaszel, w lekkich postaciach krótki i suchy, staje się gwałtownym, męczącym i podobnym do napadów kokluszu; krzyk i płacz wzmaga kaszel; u dzieci, mogących długo płakać bez kaszlu, napewno możemy wykluczyć cięższą postać kataru (Henoch). 2) Liczba oddechów wzrasta znacznie w miarę szerzenia się kataru na drobniejsze oskrzelka; 40—50 oddechów na minutę widujemy u dzieci i przy zajęciu grubszych oskrzeli; w razie zstąpienia jednak zapalenia na drobniejsze oskrzela, liczba ta dosięgać może 60 i 80 nawet. Im szybciej dziecko oddycha, tem oddech staje się bardziej powierzchownym. Pomimo udziału pomocniczych mięśni oddechowych (skrzydła nosa, *mm scaleni*) występuje wyraźne wciąganie oddechowe dołka podsercowego (*epigastrium*). 3) Rzężenia świszczące i chrapliwe, słyszalne z obu stron klatki piersiowej w lekkich postaciach kataru, przechodzą w rzężenia drobnopęcherzykowe, a nawet w trzeszczenia, zjawiające się nietylko w dolnotylnych częściach klatki piersiowej, lecz nawet i z przodu. 4) Gorączka, zwykle dochodząca w lekkich postaciach do 38° C., w razie zajęcia drobnych oskrzeli wzmaga się znacznie, dosięgając nieraz wieczorami do 40° i wyżej. 5) Na szczególną uwagę zasługuje również zmieniony stosunek między tętnem a oddychaniem; stosunek ten, wynoszący normalnie u dzieci 3—4 uderzeń tętna na jeden oddech, zmienia się tem bardziej, im cięższa jest forma kataru; tak naprzykład przy 60 oddechach tętno może dochodzić do 140. 6) Objawy ze strony stanu ogólnego wzmagają się wraz z rozwojem sprawy cięższej: przedewszystkiem apetyt, zachowywany zwykle przy zajęciu grubszych oskrzeli niknie w zupełności przy przejściu sprawy na oskrzela drobne, a przytem, co stanowi objaw wielce charakterystyczny, dzieci nie mogą ssać, z powodu bowiem mocnej duszności w chwili wzięcia do ust brodawki piersiowej rzucają ją natychmiast, aby znowu zaczerpnąć powietrza.

www.dlibra.wum.edu.pl

Powyższe cechy razem wzięte pozwolą z łatwością odróżnić przejście kataru oskrzeli na oskrzela drobne i włosowate. W większości jednakże przypadków, szczególniej u wątłych i wynędzniałych dzieci, występują jednocześnie szybko i ogniska zapalenia zrazikowego płuc (*bronchopneumonia lobularis acuta*), którego objawy są mniej więcej takie same, jak i ostrego kataru drobnych oskrzelek; to też z trudnością wielką klinicznie określić możemy, o ile w danym przypadku i miąższ płucny jest zajęty; tylko w przewlekających się i ciężko przebiegających przypadkach takie zajęcie miąższu napewno podejrzewać możemy.

Zejście ostrych postaci bywa różne: lekkie kończą się pomyślnie w ciągu 10—15 dni; cięższe, przechodzące na oskrzela drobne i włosowate, kończą się bardzo często śmiertelnie, szczególniej u dzieci wycieńczonych; nawet pomyślne zejście u takich dzieci długo każe na siebie czekać, nieraz całe miesiące, a w przebiegu choroby występują różne powikłania ze strony płuc i innych narządów.

Rozpoznanie ostrych katarów oskrzeli u dzieci nie powinno przedstawiać większych trudności. Katar jednakże, towarzyszący odrze, może w pierwszych dniach choroby nasuwać pewne wątpliwości rozpoznawcze; to samo powiedzieć można i o kokluszu, który na początku choroby może być poczytany za zwykły katar oskrzelowy. Katar oskrzeli, towarzyszący grypie, u małych dzieci, ze względu na brak danych podmiotowych, łatwo może być wzięty za zwykły ostry katar oskrzeli; jedynie wystąpienie jednoczesne innych przypadków influency w danej rodzinie jest w stanie sprawę należycie wyświetlić. Opisywany przez dawniejszych autorów t. zw. nocny kaszel dzieci (V o g e l), występujący napadami, nieraz kilka godzin trwającemi, może według niektórych autorów również dać powód do błędnego rozpoznania kataru oskrzeli. Od błędu tego jednakże uchronić może ta okoliczność, że kaszel, o którym mowa, występuje tylko nocą; jest on, jak sądzę, najprawdopodobniej w związku z cierpieniami jamy nosowo-gardłowej (katary, wyrośle adenoidalne). U dzieci nieco starszych, dotkniętych wyroślami adenoidalnemi jamy nosowogardłowej, spostrzegałem nieraz ten objaw; ataki owego nocnego kaszlu, mocno niepokojące rodziców i często błędnie rozpoznawane jako katary oskrzeli, ustępowały w zupełności po usunięciu wyrośli. Ataki prawdziwej astmy oskrzelowej, występujące nieraz nawet u małych dzieci, mogą być z początku również brane za ostre katary oskrzeli, tembardziej że przebieg ich u dzieci jest nieco odmienny (patrz odpowiedni rozdział), aniżeli u dorosłych. Zazwyczaj obok duszności towarzyszy im suchy, męczący kaszel, a nieraz i gorączka, dochodząca do 39°; sprawa trwa niekiedy dni kilka; objawy przypominają postać ciężką ostrych katarów oskrzeli (mocno przyśpieszony oddech i tętno, rzężenia świszczące, a nawet liczne rzężenia drobne wilgotne). Sprawa jednakże, w przeciwstawieniu do ciężkich postaci zwykłego kataru

www.dlibra.wum.edu.pl

drobnych oskrzeli, kończy się zwykle w ciągu kilku dni zupełnie pomyślnie: kaszel ustępuje, rzężenia nikną szybko. Cierpieniu gruczołów okołooskrzelowych u dzieci towarzyszy również mocny suchy i męczący kaszel, który w początkach choroby może być błędnie rozpoznawany, jako zwykły katar oskrzelowy; jest to jednak cierpienie bardzo przewlekłe, cechujące się różnorodnemi objawami ze strony stanu ogólnego, z któremi się bliżej zapoznamy w odpowiednim rozdziale. Choroba w ciągu długiego swego przebiegu wikłać się może nieraz ostrym suchym katarem oskrzeli.

Katary przewlekłe oskrzeli występują u dzieci wogóle równie często, jak ostre, a jeszcze częściej niż te ostatnie zjawiają się u dzieci skrofulicznych, rachitycznych, z rodziców gruźliczych lub artrytycznych. Szczególniej zołzy uważane są przez pedjatrów za moment najbardziej usposabiający do przewlekłych katarów, które od autorów francuskich otrzymały nawet nazwę skrofulicznych. Są to sprawy nadzwyczaj przewlekłe, skłonne do częstych nawrotów, pozornie łagodne, a jednakże nadzwyczaj uparte (Cadet de Gassicourt, Comby).

Przewlekłe katary oskrzeli u dzieci powstają najczęściej jako następstwo często powtarzających się katarów ostrych, nieraz jednakże rozwijają się odrazu w sposób przewlekły. W przebiegu ich dzieci nie doświadczają ani bólu, ani duszności, ani jakichkolwiek zaburzeń ze strony stanu ogólnego; nieraz nawet wyglądają zupełnie zadawalająco. Większość jednakże dzieci odznacza się bladością i zdradza wyraźne objawy zołzów; kaszel bywa częsty, występuje przeważnie pod postacią krócej lub dłużej trwających napadów, bez zanoszenia się jednakże, właściwego atakom kokluszu, zjawiającym się po większej części rano po przebudzeniu się dzieci, a nieraz i w nocy.

Dzieci nieco starsze odpluwają niewielkie ilości plwociny śluzoworopnej; większość jednakże plwocinę połyka; ztąd też choroba na pozór przypomina katary suche dorosłych. Kaszel zazwyczaj zmniejsza swe natężenie w porze roku cieplejszej, nasilając się znacznie w chłodniejszej i wilgotniejszej. Co się tyczy objawów fizykalnych, to jedynie wysłuchiwanie wskazuje pewne charakterystyczne zmiany, a mianowicie: w okresach bardziej natężonej sprawy, przeważnie w miesięcach zimowych, słyszeć się dają obok zaostrzonego oddechu liczne rzężenia, w większości suche, niknące po wykaszlaniu się dziecka; w innych razach, szczególniej w przypadkach bardziej upartych, u dzieci wątłych słychać rzężenia drobne, wilgotne z tyłu klatki piersiowej, nieraz ściśle umiejscowione w jej częściach tylnodolnych. W okresach poprawy, a szczególniej letnią porą, przy zmniejszonym kaszlu ilość rzężeń zmniejsza się znacznie; mogą one nawet czasowo znikać zupełnie, występując jedynie rano przed wykaszlaniem się dziecka.

www.dlibra.wum.edu.pl

Szpitala im. Karola i Marii dla Dzieci
BIBLIOTEKA
75

Przebieg przewlekłych katarów bywa zwykle bardzo długi: choroba ciągnie się całe lata, będąc w ścisłym związku ze stanem ogólnym chorych. Wielokrotnie jednakże widzimy, że konsekwentnie prowadzone leczenie higieniczno-klimatyczne jest w stanie sprawę znacznie złagodzić, a nieraz nawet w zupełności usunąć. Wogóle katary, o typie suchym, t. zw. świszczące, dają rokowanie względnie lepsze, aniżeli katary, w których występują rzężenia drobne wilgotne, spotykane przeważnie u dzieci skrofulicznych i rachitycznych.

Rozpoznanie przewlekłego kataru oskrzeli u dzieci nie powinno przedstawiać poważniejszych trudności; katar taki w początkowych okresach przebiegu możnaby wziąć chyba tylko za gruźlicę przewlekłą; od błędu jednakże rozpoznawczego uchroni: 1) dokładne mierzenie ciepłoty (gorączka w przypadkach gruźlicy); 2) zjawiające się powoli rzężenia, umiejscowione u szczytów, zmiana w oddechu, stłumienie odgłosu opukowego i t. p.; 3) wychudnięcie i stopniowy upadek stanu ogólnego małych pacjentów; wreszcie 4) dodatni wynik badania plwociny (w razie, jeżeli można ją zebrać) na laseczniki gruźlicze.

Niektórzy pedjatrzy (Steiner) opisują jeszcze pewną odrębną postać przewlekłego kataru oskrzeli, nazywanego przez nich *bronchitis catarrhalis sicca*. Sprawa ta odznacza się od początku do końca, w ciągu swego kilkomiesięcznego przebiegu, mocnym, męczącym i suchym kaszlem ze znaczną dusznością o typie wydechowym. Choroba stale przebiegać ma bez gorączki. Badanie fizykalne wykrywa oddech wydłużony i tylko suche rzężenia. Większość przypadków ma się kończyć śmiertelnie z objawami mózgowemi (drgawki częściowe lub ogólne). Ponieważ jednak badanie pośmiertne w niektórych przypadkach tej kategorji wykrywało obok znacznego obrzęku błony śluzowej całego przewodu oddechowego—rozedmę płuc, ogniska atelektatyczne, oraz obrzęknięcie, a nawet zserowacenie gruczołów okołooskrzelowych, może i słusznie przypuszcza Weil, że objawy powyższe mogą być zależne raczej od wtórnego, a może nawet i pierwotnego zajęcia gruczołów okołooskrzelowych, aniżeli od sprawy zapalnej w samych oskrzelach.

U dzieci nieraz spotykamy nadto katar przewlekły w połączeniu z dość obfitą wydzieliną śluzoworopną, czasami nawet cuchnącą. W większości jednakże przypadków nie jest to sprawa oskrzelowa samodzielna, lecz występująca jako wyraz rozszerzenia drobnych oskrzeli (najczęściej w następstwie kokluszu), głębokich ognisk rozpadowych miąższu płucnego (np. w następstwie obcego ciała, jakie utkwiło w drobnem oskrzelku) i t. p. Aczkolwiek w podobnych przypadkach badanie fizykalne wykrywa tylko objawy, właściwe przewlekłym katarom, to jednakże obfita wydzielina śluzoworopiasta, a bardziej jeszcze cuchnąca, winna zwrócić uwagę lekarza na cierpienia wyżej wzmiankowane.

www.dlibra.wum.edu.pl

VIII. Katary oskrzeli, spostrzegane u starców.

U ludzi starych podobnie jak u dzieci, ostre, a przedewszystkiem przewlekłe katary oskrzeli należą do spraw chorobowych bardzo częstych, właściwych temu wiekowi. Rzec nawet można bez przesady, że każdy człowiek starszy ponad 60 lat jest dotknięty chronicznym kaszlem, który stanowi cierpienie niemal ściśle związane ze starością; to też słusznie przysłowie ludowe mówi: „Kaszle, jak stary", lub „Kaszle, jak stara baba[1]) Na powstanie tych spraw u ludzi starych składa się kilka przyczyn: 1) rozedma płuc, rozwijająca się stale u starszych ludzi, jako zjawisko niemal fizjologiczne; 2) zmiany w sercu i w naczyniach (stwardnienie tętnic, stłuszczenie serca), rozwijające się również, jako zjawiska niemal normalne; wreszcie 3) ogólna wątłość starczego organizmu i zmniejszona wskutek tego odporność jego na szkodliwości zewnętrzne.

Katary przewlekłe oskrzeli u starców przebiegają pod dwiema typowemi postaciami. W pierwszej, stosunkowo rzadszej, mamy do czynienia z katarem oskrzeli śluzoworopnym w połączeniu z wydzielaniem nieraz bardzo wielkich ilości plwociny śluzoworopnej. O ile jednakże katary tej kategorji u młodszych osobników, jak to wyżej było opisane, nie wywołują oprócz odpluwania wyraźniejszych zaburzeń ze strony dróg odechowych, o tyle u starców mamy zawsze do czynienia z mniejszym lub większym stopniem duszności, występującej głównie przy wysiłkach ruchowych (szybszy ruch, chodzenie po schodach i t. p.). Duszność ta ma podwójne swe źródło: nietylko w rozedmie, lecz i w miażdżycy tętnic i serca.

Objawy fizykalne, właściwe tej postaci katarów, nie różnią się od objawów skreślonych wyżej, w opisie katarów przewlekłych, połączonych z obfitą wydzieliną. Nieraz więc, oprócz osłabionego oddechu w tylnodolnych częściach płuc i rzężeń brzeżnych, innych objawów nie wykrywamy; u niektórych tylko chorych tej kategorji wysłuchujemy mniej lub więcej obfite rzężenia drobnopęcherzykowe, umiejscowione również przeważnie w tylnodolnych częściach płuc. W okresach obostrzenia się sprawy występują liczne suche rzężenia i świsty, porozrzucane po obu stronach klatki piersiowej i znikające stopniowo z ustąpieniem ostrego nasilenia, charakteryzującego się klinicznie wzmożonym kaszlem, utrudnionem odpluwaniem i zwiększoną dusznością.

Drugą, a zarazem częściej napotykaną postacią przewlekłego kataru u starców, jest postać mieszana, stanowiąca coś pośredniego między katarem, dopiero co opisanym a nieżytem suchym. Chorzy odpluwają za-

---

[1]) Adalberg w „Księdze Przysłów Polskich" przytacza jeszcze dwie odmiany tego ludowego przysłowia: „Kaszle, jak baba za piecem" i „Kaszle, jak baba usiadłszy w kącie".

www.dlibra.wum.edu.pl

zwyczaj dużo plwociny śluzoworopnej; chwilę jednakże odpluwania poprzedza mocny duszący kaszel, który w pewnych razach nabiera charakteru napadów jakby astmatycznych. Napady takie, podczas których chory, jeśli to się trafia w nocy, zrywa się z łóżka, przyjmuje pozycję siedzącą, przykurczoną, obejmuje nieraz rękoma głowę, kończą się obfitem wyrzuceniem plwociny, poczem chory czuje się zupełnie wyczerpanym na siłach. Napady występują przeważnie rano, zaraz po obudzeniu się chorego, a nieraz, jak to wyżej wzmiankowałem, i w nocy. Z biegiem jednakże czasu i posuwającym się wiekiem chorego napady zjawiają się i w ciągu dnia, szczególniej przy wyjściu z domu na zimniejsze nieco powietrze. Po przejściu kilkudziesięciu, a nieraz kilkunastu tylko kroków, chory dostaje ataku mocnego kaszlu, musi zatrzymać się na ulicy, a nawet nieraz oprzeć się o mur domu, dopóki ciężki atak kaszlowy nie przejdzie. Ztąd też w rezultacie chorzy tacy nie mogą w porze zimowej zupełnie wychodzić na powietrze, zmuszeni są siedzieć w domu całą jesień i zimę, gdyż jedynie w równomiernem cieple czują się znośnie. Tej to kategorji starcy stanowią podczas zimy główny kontyngens pensjonarzy naszych szpitali i domów schronień dla starców.

Napady kaszlu, wyżej opisane, niektórzy autorowie mylnie nazywają atakami astmatycznemi. Analizując bliżej charakter napadu, przekonamy się, że ma on cechę napadu o typie wdechowym, nie daje bynajmniej objawów, świadczących o skurczu oskrzeli, lecz przeciwnie, badanie fizykalne wykrywa u tych chorych obok świstów rzężenia drobne, wilgotne, umiejscowione głównie w tylnodolnych ustąpach klatki piersiowej. Niemożność odplunięcia wskutek przylegania plwociny (bywa ona przeważnie śluzowa) do ścian drobnych oskrzeli w czasie snu chorego wywołuje napady mocnego suchego kaszlu, którego rezultatem bywa duszność pseudoastmatyczna, warunkowana niedomogą sercową przy stale napotykanej u podobnych chorych miażdżycy serca i naczyń. Napady wyżej opisane z biegiem czasu występują coraz częściej i, powodując bezsenność, doprowadzają do stopniowego wyniszczenia stanu ogólnego, wreszcie do ogólnych obrzęków wskutek niedomogi mięśnia sercowego.

U starców, u których przewlekłe katary oskrzeli stanowią niemal stałe zjawisko, występują również od czasu do czasu i katary ostre. Zapalenia te, spostrzegane szczególniej zimą, najczęściej wskutek wpływu zimnego lub wilgotnego. powietrza (t. zw. przeziębienie), stanowią u starców, podobnie jak u dzieci, nietylko bardzo ważne, ale nieraz bardzo groźne powikłanie cierpienia przewlekłego: katary te, początkowo pozornie łagodne, obejmujące tylko grubsze oskrzela, szybko (nieraz w ciągu dni kilku) przechodzą na najdrobniejsze, czasami nawet i na włosowate oskrzelka, sprowadzając groźne objawy *bronchitidis capillaris*. Objawy tego cierpienia opisaliśmy w jednym z poprzednich rozdziałów; tu jednak zaznaczyć mu-

www.dlibra.wum.edu.pl

simy, że u starców przebieg choroby przedstawia pewne odrębności, a mianowicie: 1) gorączka zazwyczaj nie występuje wcale, niekiedy mamy zaledwie bardzo nieznaczne wieczorne nasilenia ciepłoty; 2) duszność nie bywa tak wielka, jak w podobnem cierpieniu u dzieci; 3) kaszel również nie jest zbyt gwałtowny; występują głośne, suche nieraz z dala słyszalne rzężenia, obok rzężeń trzeszczących w obu dolnych i tylnych ustępach klatki piersiowej; 4) obok tych pozornie niezbyt groźnych objawów występuje szybko bardzo znaczny upadek stanu ogólnego: chorzy w pierwszych dniach są mocno niespokojni, nie śpią w nocy, tracą zupełnie apetyt; bezsenność jednak i niepokój przechodzi wkrótce w otępienie i senność; kaszel staje się rzadszym, oddech chrapliwy wyraźniejszym, występuje mimowolne oddawanie moczu i stolców, nieraz białkomocz; wreszcie przy objawach obrzęku płuc następuje śmierć.

W przypadkach, w których sprawa bierze pomyślniejszy obrót, okres wyzdrowienia trwa zazwyczaj bardzo długo; w przebiegu jego występują objawy porozrzucanych ognisk zrazikowego zapalenia płuc, stale zaś trwają bardzo długo objawy upadku sił i niedomogi sercowej.

IX. Cuchnące zapalenie oskrzeli *(bronchitis putrida s. foetida s. gangraenosa).*

Pod tą nazwą rozumiemy te postaci katarów oskrzeli, w których wydalona plwocina posiada w mniejszym lub większym stopniu wstrętny, cuchnący zapach, zależny od obecności bliżej jeszcze nieokreślonych drobnoustrojów, które przy rozkładzie podłoża dają produkty złowonne.

Z punktu widzenia anatomopatologicznego *bronchitis putrida* we właściwym znaczeniu bywa tylko wtedy, kiedy błona śluzowa oskrzeli pod wpływem przyczyn, wywołujących procesy gnilne, ulega pierwotnie lub wtórnie powierzchownemu zapaleniu natury zgorzelinowej. W przypadkach takich błona śluzowa oskrzeli przedstawia się brunatnoczerwoną, rozmiękczoną, częściowo zaś pokrytą masami żółtobrunatnemi, hubkowego wyglądu, i wydaje słodkozgniły, mocno cuchnący zapach. (Kaufmann) [1]).

Morfan wyraża również ten pogląd, że w mowie będące cierpienie jest następstwem powierzchownej zgorzeli błony śluzowej oskrzeli, i stara się nawet termin *„bronchitis putrida"* zastąpić nazwą „zgorzeli oskrzelowej" (*gangrene des bronches*); twierdzi bowiem, że plwocina może wprawdzie od czasu do czasu, i to przez pewien dość krótki przeciąg czasu w różnych postaciach kataru oskrzeli posiadać zapach nieprzyjemny wskutek gnicia zawartości oskrzeli; cuchnienie jednakże plwociny, dłużej lub stale istnie-

[1]) Lehrbuch der speciellen patologischen Anatomie. Str. 149.

www.dlibra.wum.edu.pl

jące, dowodzić ma stanowczo powierzchownej zgorzeli błony śluzowej oskrzeli.

Hoffmann stara się zwalczyć ten pogląd, twierdząc, że pod wpływem drobnoustrojów gnilnych plwocina w różnorodnych cierpieniach płuc i oskrzeli (rozszerzenia oskrzeli, ciała obce, ropienie, gruźlica, a nawet zwykłe katary oskrzeli) może ulegać rozkładowi gnilnemu i powodować cuchnienie, bez udziału zgorzeli błony śluzowej.

Sądziłbym, że pogląd, wypowiedziany przez Morfana i Kaufmanna, jest bardziej zgodny z tem, co przywykliśmy spostrzegać klinicznie. Cuchnącą plwocinę w przebiegu katarów zwykłych, niewikłanych rozszerzeniem oskrzeli, widzi się chyba wyjątkowo rzadko, a przytem cuchnienie owo jest bardzo nieznaczne, przejściowe, występuje głównie w czasie upałów na salach szpitalnych ciasnych, źle przewietrzanych; być nawet bardzo może, że ów rozkład gnilny plwociny występuje już na zewnątrz organizmu, wskutek przedostania się do naczynia z wydzieloną plwociną mikroorganizmów, wywołujących gnilny jej rozkład. Ja przynajmniej w przypadkach, w których szczegółowo spostrzegałem cierpienie, w mowie będące (*bronchitis putrida*), z plwociną o cechach charakterystycznych, zawsze byłem w stanie wykryć głębsze przyczyny, aniżeli zwykły przewlekły katar oskrzeli. Co się tyczy przyczyny, powodującej ów rozkład cuchnący, to, jak wyżej wzmiankowałem, w ostatnich czasach ogłosiło kilku autorów badania, starające się wykazać w tej sprawie obecność specyficznego pasorzyta (Bernabei, Lumniczer). Lumniczer nawet wyhodował z plwociny cuchnącej aż sześć odrębnych postaci pasorzytów: 4 gronkowce (*staphyllococci*), 1 dwoinkę (*diplococcus*) i 1 laseczníka, któremu przypisuje główną rolę w wytwarzaniu cuchnącej plwociny. Badania te jednakże nie zostały w zupełności potwierdzone przez innych autorów; znane są bowiem również spostrzeżenia, w których znajdowano w cuchnącej plwocinie grzybek t. zw. *oidium albicans*, promienicę, a nawet *bacterium termo*.

W ostatnich czasach Hitzig (w klinice Eichorsta) wykrył w plwocinie cuchnącego kataru oskrzeli laseczniki t. zw. *colonbacilus*, albo *bacilus pyogenes foetidus*, które wyhodowane w buljonie wydzielały mocno cuchnący odór.

Badanie chemiczne cuchnącej plwociny, dokonywane przez licznych autorów, wykazywało również tylko zwykłe produkty rozpadu gnilnego, a więc—diaminę, metylaminę, kwas octowy i masłowy, leucynę, tyrozynę, siarkowodór, amonjak i t. p.

Przechodząc do charakterystyki cierpienia z punktu widzenia klinicznego, winienem zaznaczyć, że pojęcie kataru cuchnącego nie da się ściśle ograniczyć wyłącznie do tych stosunkowo bardzo rzadkich katarów oskrzeli, w których plwocina cuchnąca występuje pierwotnie lub wtórnie.

www.dlibra.wum.edu.pl

W ogromnej większości przypadków w klinice pod nazwę *„bronchitis putrida“* podciągać będziemy przypadki katarów, w których występuje czasowo lub stale plwocina cuchnąca; badając zaś chorych, dotkniętych takim katarem, wykryć napewno nie możemy tych innych cierpień, w których, plwocina cuchnąca najczęściej również zwykła się zjawiać (zgorzel płuc, rozszerzenia oskrzeli, gruźlica, przedostający się do oskrzeli cuchnący wysięk opłucnej i t. p.). Słusznie też zwraca uwagę Hoffman, że pod tę postać chorobową najczęściej podciągane bywają przypadki drobnych i głęboko leżących rozszerzeń oskrzeli, których badanie fizykalne nie jest w stanie określić, a których błona śluzowa może od czasu do czasu ulegać powierzchownej lub głębszej zgorzeli.

Objawy. 1. Najcharakterystyczniejszym, rzec można, i podstawowym objawem choroby jest typowa cuchnąca plwocina; już sam charakter plwociny pozwala nieraz rozpoznać w mowie będącą sprawę. Cuchnienie zjawia się albo odrazu w charakterystycznej postaci, lub też wzmaga się stopniowo, tak że już nietylko sama plwocina, lecz i sam oddech chorego cuchną zdaleka. Chorzy wyrzucają zazwyczaj plwocinę dość łatwo, czasem jednakże odpluwanie poprzedzają dość mocne ataki kaszlu. Ilość plwociny bywa w ogóle dość znaczna, nieraz nawet dosięgać może 400—500 ct. sz. na dobę. Plwocina, zebrana w naczyniu, przedstawia się wielce charakterystycznie: tworzy trzy warstwy, opisane dokładnie jeszcze przez Traube'go. Warstwa górna przedstawia się pod postacią piany, złożonej ze śluzu i baniek powietrznych, wśród których opuszczają się brunatnawe strzępki śluzowe; średnia warstwa, nazwana śluzową, ma wygląd brudnozielonawy lub też brunatny i jest bardziej jednolita; wreszcie na samym dole widać rodzaj osadu, stanowiącego masę ropiastą koloru brudnobiałego. Badanie mikroskopowe wykazuje w górnej warstwie złuszczone nabłonki, częściowo stłuszczone, i nieco ciałek ropnych; w osadzie zaś, stanowiącym najistotniejszą zawartość plwociny, znajdujemy bardzo liczne i rozmaite postaci drobnoustrojów: wibriony, spiryle, kokki, monady nici *leptothrix*, oraz wielce charakterystyczne czopki, opisane po raz pierwszy przez Dietricha. Czopki te, widoczne gołem okiem i dające się z plwociny wyłowić, pod drobnowidzem przedstawiają rozpad drobnoziarnisty, nieco ciałek ropnych, liczne wyżej wzmiankowane drobnoustroje, kryształy tłuszczowe margaryny, tyrozyny i leucyny; czopki te właśnie, według autorów, mają głównie nadawać plwocinie charakterystyczny zapach cuchnący. Traube, który szczegółowo zajmował się badaniem tych czopków, twierdzi, że składają się one pierwotnie z ciałek ropnych i rozpadu drobnoziarnistego, zwiększającego się stopniowo; z chwilą jednak, gdy ciałka ropne znikają powoli, występują w coraz większej ilości kropelki tłuszczowe i igły kwasów tłuszczowych. Badania nowszych autorów wykazały, że oprócz powyższych części składowych w czopkach znajdują się przeważnie nagro-

www.dlibra.wum.edu.pl

madzone masy najróżnorodniejszych drobnoustrojów, podług niektórych autorów, o czem wyżej wzmiankowano, dla tej sprawy swoistych. W czopkach, jako też wogóle w plwocinie, o której mowa, włókien elastycznych zazwyczaj nie wykrywamy.

2. Kaszel bywa nadzwyczaj silny, niepokoi chorych w dzień i w nocy, a stale towarzyszy mu obfite wyrzucanie plwociny, wyżej opisanej.

3. Podniesienie ciepłoty niezawsze ma miejsce; nieraz nawet ciężkie przypadki kaszlu cuchnącego przebiegają stale bez gorączki. W innych jednakże razach występuje gorączka różnego nasilenia i o różnym typie; najczęściej spostrzegamy typ mocno zwalniający, w innych przypadkach, a szczególniej kończących się niepomyślnie, gorączka przyjmuje typ ciągły, z nieznacznemi zwolnieniami rannemi. Wreszcie u niektórych chorych występuje gorączka perjodycznie: bywają dni zupełnie wolne od gorączki, innych zaś dni chorzy miewają gorączkę mniej lub więcej wysoką.

Wogóle, występująca w *bronchitis putrida* gorączka wysoka, szczególniej o typie mocno zwalniającym, jest znakiem prognostycznym niedobrym i przemawia najczęściej za szerzeniem się sprawy głębiej lub powstawaniem powikłań (zgorzel płuc, zapalenie płuc ogniskowe i t. d.)

Badanie fizykalne nie wykazuje żadnych wybitnych cech, pozwalających na rozpoznanie cuchnącego kataru oskrzeli. Zazwyczaj istnieją tylko objawy, właściwe przewlekłym katarom oskrzeli; powikłania, powstające w przebiegu ciężkich postaci (zapalenie zrazikowe płuc, zgorzel płuc i t. p.) dają, naturalnie, właściwe im objawy.

Przebieg, zejście i przewikłania. Lekkie postaci kataru cuchnącego, przyłączające się czasem do zwykłego kataru przewlekłego, przebiegają zazwyczaj łagodnie. Nieraz już po kilku lub kilkunastu dniach cuchnienie plwociny ustępuje, a chorzy zdradzają znowu dawniejsze objawy. W niektórych przypadkach cuchnienie zjawia się od czasu do czasu, w pewnych odstępach. Nieraz jednak spostrzegamy postaci cięższe, które odrazu występują jako takie i w większości przypadków przyjmują przebieg niepomyślny. Towarzyszy im wysoka gorączka o typie wzmiankowanym wyżej, szybki upadek sił i ostateczne wyczerpanie organizmu, które zresztą nieraz widujemy w ciężkich postaciach nawet z przebiegiem bezgorączkowym. W ciężkich postaciach również często występuje szereg powikłań, zależnych od żrącego działania cuchnącej plwociny na błonę śluzową oskrzeli, a więc—ropne lub też zgorzelinowe zapalenie tej błony, które w większości przypadków wywoływać zwykło następczą zgorzel samego płuca. Wskutek aspiracji cuchnącej ropnej wydzieliny, szczególniej przy znacznym upadku stanu ogólnego, powstają ogniskowe zapalenia płuc, także mogące przejść w ropne i zgorzelinowe zapalenie tkanki płucnej. Rzadziej powstawać mogą ropnie przerzutowe w mózgu, wywołujące niekiedy objawy porażania połowicznego (Biermer, Senator i inni).

www.dlibra.wum.edu.pl

Rozpoznanie cuchnącego zapalenia oskrzeli, jak widać z tego, cośmy wyżej mówili, nie powinno przedstawiać w zasadzie poważniejszych trudności, charakterystyczna bowiem plwocina i brak poważnych objawów fizykalnych jakiegokolwiek innego zaburzenia pozwolą sprawę z łatwością rozpoznać. Zastrzegamy przytem, cośmy już zresztą wyżej powiedzieli, że zwykłego kataru cuchnącego nie jesteśmy w stanie odróżnić od głęboko leżącego niewielkiego rozszerzenia oskrzeli. Większe rozszerzenia oskrzeli, które również od czasu do czasu, wskutek zgorzelinowego zapalenia ich błony śluzowej powodują objawy cuchnącego kataru z wydzielaniem ogromnej ilości cuchnącej plwociny, można mylnie rozpoznawać jako zwykły katar złowonny. Rozpoznanie różniczkowe nie przedstawi poważniejszych trudności jedynie w tych rzadkich stosunkowo przypadkach, w których za pomocą badania fizykalnego klatki piersiowej wykrywamy obecność rozszerzonego oskrzela, najczęściej otoczonego stwardniałą tkanką płucną. W większości jednakże przypadków istnienie znaczniejszego rozszerzenia oskrzelowego jedynie przypuszczać będziemy mogli na podstawie wywiadów, wykazujących, że już oddawna chory wyrzuca od czasu do czasu, i to w pewnych godzinach, ogromne ilości cuchnącej plwociny, w innych zaś porach dnia pluje bardzo mało, nie kaszle, a jedynie chwilę wydalania znacznej ilości plwociny poprzedza atak mocnego i duszącego kaszlu. Zresztą szczegółowe dane rozpoznawcze rozszerzonych oskrzeli będą opisane w jednym z następnych rozdziałów.

W przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc w okresie istnienia mniejszych lub większych jam gruźliczych (kawern), wyrzucona plwocina może od czasu do czasu, lub też nawet stale w końcowych okresach choroby przyjmować charakter cuchnący, i dać tym sposobem powód do błędu rozpoznawczego. W tych jednakże przypadkach istotę sprawy z łatwością wykaże dokładne zbadanie płuc chorego oraz plwociny, w której wykryte będą laseczniki gruźlicze, a często i włókna sprężyste.

Samodzielna zgorzel płuc (*gangraena pulmonum*), ograniczona lub rozlana, charakteryzuje się również wydzielaniem niezwykle cuchnącej plwociny i może dać także powód do błędu rozpoznawczego. Sprawa ta jednakże powstaje zazwyczaj nagle, nieraz nawet u zupełnie zdrowych uprzednio i nie kaszlących osobników, przebiega z początku pod postacią ostrego zapalenia płuc lub opłucnej, dając odpowiednie objawy fizykalne. W przypadkach ograniczonego ogniska zgorzelinowego od błędu rozpoznawczego uchroni nas badanie plwociny, w której wykazać się dają stale w początkowych okresach choroby duże ilości włókien elastycznych, przedstawiających nieraz nawet całe fragmenty płucne, których nigdy nie napotykamy w plwocinie przy zwykłym cuchnącym katarze oskrzeli. Obecność w plwocinie włókien elastycznych również stanowić będzie kryterjum rozpoznawcze w tych przypadkach powikłanych, w których do istnie-

www.dlibra.wum.edu.pl

jącego pierwotnie zapalenia zgorzelinowego oskrzeli dołącza się wtórnie zgorzel płuc. Rozpoznanie głębokiego ogniska zgorzelinowego ułatwić może, gdzie to jest możliwe (w klinikach, szpitalach), badanie za pomocą promieni Roentgena.

Cuchnąca plwocina może również występować i dać powód do błędnego rozpoznania w przypadkach, w których w zapaleniu ropnem opłucnej o charakterze cuchnącym ropa utorowała sobie drogę do oskrzela. To samo zdarzyć się może w razie przedostawania się tą drogą na zewnątrz ropy, powstałej z gruczołów okołooskrzelowych, ropnia kolumny kręgowej, raka przełyku, ropnia lub bąblowca wątroby i t. p. We wszystkich tych sprawach rozpoznanie ułatwić może jedynie bardzo szczegółowy rozbiór wywiadów, wyraźne dane fizykalne ze strony klatki piersiowej w jednych przypadkach (*empyema*), lub ujemny zupełnie wynik w innym szeregu spraw chorobowych (ropnie kręgosłupa, wątroby, rak przełyku i t. p.) obok charakterystycznych dla danej sprawy objawów.

Przebieg i rokowanie *(prognosis)* w ostrych i przewlekłych katarach oskrzeli.

Rokowanie w ostrych i przewlekłych katarach oskrzeli bywa wielce różne, zależy bowiem od postaci kataru i od dotkniętego nim osobnika.

Ostre katary zwykłe u osób dorosłych i uprzednio zdrowych stanowią zaburzenie lekkie, kończące się zazwyczaj pomyślnie. Przeciwnie, katary ostre obrzękowe, rozlane, zajmujące najdrobniejsze oskrzelka, a szczególniej zapalenia oskrzeli włosowatych (*brochitis capiliaris*), stanowią nawet u osób dorosłych, uprzednio zdrowych, zaburzenia natury poważnej, mogące mieć zejście niepomyślne. U dzieci, szczególniej bardzo małych, ostre katary oskrzeli stanowią chorobę bardzo poważną, kończącą się dość często niepomyślnie. To samo da się powiedzieć i o starcach.

Katary przewlekłe, w większości przypadków stanowiąc cierpienie niewyleczalne, o wielce długim przebiegu, dają rokowanie, co się tyczy mniejszej lub większej poprawy, nader różnorodne; przedewszystkiem zależy to od warunków higjeniczno-djetetycznych, oraz od stanu zamożności dotkniętych niemi osobników. U ludzi zamożniejszych, żyjących w dobrych warunkach higjenicznych, mogących się odpowiednio zachowywać, odbywać kuracje klimatyczne, letnie czy też zimowe, katary przewlekłe przebiegają łagodnie, w przebiegu ich występują znaczne poprawy, niemal prawie uleczenia, trwające całe miesiące i dłużej; objawy zaś następcze, wywołujące zaburzenia w całym organizmie a skreślone wyżej szczegółowo, albo nie zjawiają się wcale, albo też występują dopiero po wielu latach, nieraz nawet po dziesiątkach lat. Przeciwnie, w klasie ludności

www.dlibra.wum.edu.pl

biednej, żyjącej w złych warunkach higjenicznych, pracującej na życie nieraz wśród warunków, podtrzymujących te katary, rokowanie jest o wiele gorsze: katary zazwyczaj, nawet wśród łagodnej pory roku, małej ulegają poprawie, a powikłania następcze (rozedma, niedomoga serca i t. p.) zjawiają się stosunkowo szybko, po kilku latach, a nieraz i znacznie wcześniej.

Rokowanie w przypadkach katarów przewlekłych, zarówno jak i ostrych, zależy również od wieku pacjenta: u starców jest ono o wiele gorsze, niż u ludzi w sile wieku. Podstawowe również znaczenie dla rokowania posiada okoliczność, czy zaburzenia dotyczą osobników uprzednio zdrowych, czy też występują na tle różnorodnych cierpień przewlekłych (choroby serca, naczyń, płuc, nerek, przewlekły alkoholizm i t. p.); naturalnie, rokowanie zależeć tu będzie w każdym przypadku nietylko od jakości, ale i od stopnia rozwoju cierpienia podstawowego. W przypadkach ostrych katarów objawy zwężenia oskrzeli i tchawicy (*tracheo-bronchostenosis*), sinica, oraz objawy, przemawiające za zatruciem kwasem węglanym, objawy niedomogi serca—stanowią niepomyślne cechy prognostyczne. W katarach przewlekłych do objawów niekorzystnych pod względem rokowania zaliczyć należy kaszel o charakterze stale suchym, z objawami szybko rozwijającej się rozedmy, plwocinę z charakterem cuchnącym, bardzo obfitą ropną wydzielinę, szybki upadek stanu ogólnego chorych i t. p.

www.dlibra.wum.edu.pl

WYKŁAD VI.

Terapja ogólna i szczegółowa ostrych i przewlekłych katarów oskrzeli.

TREŚĆ. Profilaktyka katarów dróg oddechowych. Wielkie jej znaczenie indywidualne i społeczne. Środki zapobiegawcze. Poprawa pod względem higjenicznym fabryk i t. p. instytucji, przyczyniających się do powstawania chorób dróg oddechowych. Znaczenie higjeny państwowej w miastach pod względem profilaktyki katarów oskrzeli. Środki ogólnohigjeniczne domowe; wadliwość naszych mieszkań, brak dostatecznego przewietrzania, obawa ogólna przed świeżem powietrzem i t. p. czynniki, usposabiające do katarów. Wadliwe ubranie naszej ludności. Tak zwane hartowanie skóry za pomocą zabiegów wodoleczniczych. Wskazania i przeciwwskazania do tej metody. Systematyczne przyzwyczajanie się do świeżego powietrza. Usuwanie cierpień ustrojowych. Ważność oddychania nosem. Wskazania podstawowe do leczenia katarów oskrzeli. Leczenie higjenicznodjetetyczne. Leczenie klimatyczne; podstawy tej metody. Uzdrowiska klimatyczne, skuteczne w katarach oskrzeli: górskie, podgórskie, nadmorskie, leśne.

Zanim przystąpimy do szczegółowego opisu różnych środków i metod leczniczych, stosowanych w leczeniu katarów oskrzeli, musimy się przedewszystkiem zastanowić nad sprawą wielkiej doniosłości praktycznej: czy i o ile posiadamy środki lub metody, mogące zapobiedz rozwojowi tych spraw.

Leczenie zapobiegawcze ma wszędzie, a szczególniej w naszym kraju, niezwykłą doniosłość ze względu na to, że katary oskrzeli, jak wyżej mówiliśmy, dotykają ogromną część naszej ludności i powtóre, że stanowią wielokrotnie grunt, sprzyjający rozwojowi innych bardzo ciężkich i niepomyślnie kończących się spraw chorobowych (rozedma płuc, niedomoga serca, gruźlica i t. p.), i tym sposobem wprost lub pośrednio usuwają od pracy znaczny procent osobników, a jednocześnie, jako cierpienie długie i nieuleczalne, ciężko obarczają rodziny, jakoteż i społeczeństwo. Jak już wyżej zaznaczyłem, znaczny odsetek chorych, szukających przytułku w naszych szpitalach i domach schronienia, szczególniej zimową porą, stanowią właśnie osobnicy, dotknięci przewlekłemi katarami oskrzeli i ich następstwami (rozedma, niedomoga serca, gruźlica).

www.dlibra.wum.edu.pl

Tym sposobem kwestja profilaktyki nie stanowi już tylko sprawy, że tak rzec można, osobistej każdego człowieka, lecz stanowi przedewszystkiem sprawę państwową, ekonomiczną, niezwykłej doniosłości. Niestety, dotychczas sprawa profilaktyki, w tak szeroko pojętem znaczeniu, jest jedynie dezyderatem, to bowiem, co dotąd zrobiono w tej sprawie, szczególniej u nas, przedstawia się zbyt skąpo i jest wielce problematycznej natury pod względem istotnej korzyści. Zwróćmy uwagę na te wytyczne punkty, które stanowić winny w przyszłości podstawowe dane profilaktyki ogólnopaństwowej, rodzinnej i osobniczej.

1. W etjologji cierpienia staraliśmy się wykazać, jak często przewlekłe katary oskrzeli zależą od wdychania powietrza nieczystego, przepełnionego kurzem, gazami i różnemi produktami fabrycznemi. Mówiliśmy również, że statystyki chorób robotników wykazują stale ogromny odsetek chorób dróg oddechowych, a przedewszystkiem katarów—tem większy, im przy danej fabrykacji lub rzemiośle powietrze jest bardziej zanieczyszczone mniej lub więcej szkodliwemi produktami, pośrednio lub bezpośrednio używanemi przy danej fabrykacji. Obok tego wszystkiego szkodliwie na drogi oddechowe działa również niezaprzeczenie nadmierne gorąco, skupienie ludzi, gaz oświetlający ze szkodliwemi produktami spalania i t. p.

Poprawa tych wszystkich szkodliwości przez wprowadzenie odpowiedniej, na podstawach naukowo - technicznych urządzonej wentylacji, ścisłe zastosowanie liczby pracowników do zajmowanej przez fabrykę przestrzeni, wprowadzenie światła elektrycznego zamiast gazowego lub naftowego, ograniczenie liczby godzin pracy w fabrykach, szczególniej szkodliwie wpływających na drogi oddechowe (np. szlifiernie), przenoszenie robotników od czasu do czasu z oddziałów zamkniętych i bardziej ujemnie wpływających na drogi oddechowe do oddziałów mniej szkodliwych, lub też znajdujących się na świeżem powietrzu,—wszystkie te zadania mogą być osiągnięte; lecz do tego potrzeba nietylko wprowadzenia w życie odpowiednich praw państwowych, istniejących już i ściśle przestrzeganych na Zachodzie Europy, a częściowo tylko u nas, lecz jednocześnie i dobrej woli właścicieli fabryk: mimo bowiem najleprzego prawodawstwa nieprędko doczekamy się błogich skutków, głównie z powodu rutyny i niechęci przemysłowców, narażanych przez te wymagania higjeniczno-prawodawcze na znaczne wydatki i straty materjalne. W starych fabrykach mimo nieraz najlepszych chęci i nawet odpowiednich nakładów, zmiany radykalne pod względem zdrowotnym przeprowadzić się nie dadzą; dopiero przy budowie nowych fabryk z uwzględnieniem urządzeń higjenicznych, jakich prawodawstwo wymagać winno, sprawa może wydać odpowiednie owoce. A że to jest możliwe, poucza doświadczenie, zaczerpnięte na Zachodzie, gdzie w wielu fabrykach, kopalniach i t. p., urzą-

www.dlibra.wum.edu.pl

Szpitala im. Karola i Marii dla dzieci
BIBLIOTEKA
w Warszawie

dzonych według nowych wymagań higjeny, ograniczył się znacznie procent zapadania pracowników na cierpienia dróg oddechowych.

Higjena państwowa w miastach również w wysokim stopniu przyczynić się może do profiklatyki chorób, w mowie będących. Wiemy bowiem, że kurz uliczny, a szczególniej wapienny, wyziewy z kanałów, zbytnia suchość powietrza w dni upalne stanowią również moment etjologiczny, wysoce usposabiający do katarów dróg oddechowych. W Anglji i w Niemczech, nawet w największych miastach, po ulepszeniu bruków (asfaltowych lub granitowych), wprowadzeniu kanalizacji i wodociągów, a z niemi obowiązkowego częstego polewania ulic, po zadrzewieniu miasta, urządzeniu licznych skwerów i ogrodów, ułatwieniu wycieczek niedzielnych za miasto i t. p. cierpienia dróg oddechowych stają się stopniowo rzadszemi.

II. Niesłychaną doniosłość w profilaktyce chorób dróg oddechowych posiadają środki ogólno-higjeniczne domowe, stosowane przez osoby prywatne. Mieszkania ludności naszej, nawet zamożniejszej, tak w miastach, jak nawet i po wsiach, (nie mówimy tu już o mieszkaniach ludności biednej, które posiadają warunki higjeniczne najfatalniejsze, usposabiające już nietylko do powstawania cierpień dróg oddechowych, lecz w ogóle do najrozmaitszych chorób ostrych i przewlekłych), urządzone są bardzo nieodpowiednio pod względem higjenicznym, a do katarów dróg oddechowych specjalnie usposabiają. Do takich szkodliwości zaliczyć należy: 1) zupełnie niedostateczne przewietrzanie mieszkań z braku odpowiednio urządzonych wentylatorów, lufcików, oberlichtów i t. p., a dalej—fatalny przesąd i obawa przed urojonemi przeciągami, które nie pozwalają na otwieranie okien nietylko zimą, ale nawet i latem; 2) zamykanie niektórych pokoi na zimę i skupianie się znacznej liczby ludzi w stosunkowo niewielu lub zbyt małych pokojach, co bywa motywowane niemożnością dostatecznego ogrzania większych pokoi, nieraz zaś względami czysto ekonomicznej natury lub poprostu dziwnie pojętą oszczędnością; 3) niedostatecznie lub niesystematycznie, zbyt rzadko powtarzane gruntowne odświeżanie mieszkania, a gromadzenie się kurzu w licznych zakątkach, pasażach, na piecach, ścianach i t. p. 4) brak wyciaraczek do nóg i t. p. urządzeń, a ztąd stałe zanieczyszczanie mieszkania kurzem, błotem i t. p. nieczystościami, przyniesionemi przez wchodzących z ulicy; 5) brak odpowiednich spluwaczek w mieszkaniach, plucie osób kaszlących w kąty, za piec i t. p., co w wysokim stopniu (pomijając nawet plwocinę gruźliczą) przyczynia się do zakażania powietrza; 6) używanie, szczególniej w pokojach sypialnych lamp naftowych z kopcącemi i dużo ciepła wydzielającemi palnikami; 7) ciepłota mieszkań, przeważnie w porze zimowej zupełnie niewłaściwa: zbyt zimna, lub też, co się częściej zdarza, przesadnie gorąca (nieraz 16°—18° R.), czyniąca mieszkańców danego lokalu bardzo wrażliwymi na zimno; każde zaś wyjście na zimniejsze powietrze

www.dlibra.wum.edu.pl

może u osób takich dać powód do świeżego kataru. Podobnie ujemne warunki higjeniczne, jak w mieszkaniach prywatnych, spotykamy również w większości naszych lokali publicznych (teatry, sale koncertowe, kawiarnie, restauracje i t. p.

Wynikiem wszystkich powyższych ujemnych czynników higjenicznych są warunki, wysoce usposabiające do ostrych, a następnie przewlekłych katarów oskrzeli. W mieszkaniach bowiem stale panująca nieodpowiednia temperatura, kurz i brud, obok braku przewiewu, wytwarza atmosferę niezdrową, przepełnioną licznemi drobnoustrojami, a tem samem nietylko wywołującą, lecz i w wysokim stopniu podtrzymującą sprawy kataralne dróg odechowych. Też same złe warunki lokali publicznych są powodem tak częstego u nas zjawiska. ostrych katarów dróg oddechowych, występujących, nazajutrz, a nieraz już i w kilka godzin po opuszczeniu takiego lokalu.

Reforma kardynalna wszystkich powyższych złych warunków higjenicznych mieszkań naszych będzie jednem z podstawowych zadań profilaktyki chorób dróg oddechowych. Niestety reforma taka może być wprowadzana tylko bardzo powoli, a na lekarzach domowych i lekarzach higjenistach miast leży w pierwszej linji obowiązek stałego oddziaływania w tym kierunku.

III. Ubranie naszej ludności, szczególniej klasy zamożniejszej, jest niewłaściwe i w wysokim stopniu usposabia do powstawania katarów dróg oddechowych. Z obawy bowiem przed zaziębieniem istnieje u większości naszej ludności przesądnej zwyczaj zbyt ciepłego ubierania się, który szczególniej dotyczy dzieci. Zbyt ciepłe ubranie wywołuje zazwyczaj skutek przeciwny: krępuje swobodę ruchów, sprzyja poceniu się przy szybszem chodzeniu, a tem samem powstawaniu katarów.

Reforma w tym kierunku, polegająca na noszeniu przez osoby, usposobione do zaziębień, koszulki wełnianej, natomiast zaś wierzchniego ubrania lżejszego, zastosowanego do temperatury powietrza zewnętrznego, będzie również dzielnym środkiem zapobiegawczym przeciw powstawaniu tak częstych chorób dróg odechowych.

IV. Warunki atmosferyczne naszego kraju szczególniej podczas wiosny i jesieni: szybkie zmiany ciepłoty, znaczna wilgoć i częste wiatry (p. rozdział o etjologji katarów) w wysokim stopniu usposabiają, szczególniej osoby wątlejsze, do katarów dróg oddechowych. Z punktu widzenia profilaktyki rodzi się pytanie, czy nie posiadamy środków, które byłyby też w stanie osłabić lub całkowicie znieść wrażliwość organizmu na powyższe wpływy atmosferyczne. Do środków takich od dawien dawna zaliczali lekarze t. zw. metody hartowania organizmu na wpływy atmosferyczne, a polegające przedewszystkiem na pielęgnowaniu i hartowaniu skóry za pomocą różnego rodzaju procedur wodoleczniczych, począw

www.dlibra.wum.edu.pl

szy od zimnych obmywań, oblewań, kąpieli stopniowo ochładzanych lub natrysków zimnych, stosowanych metodycznie codzień. Rzeczywiście metody te, o ile bywają stosowane oględnie, (niezbyt nizkie temperatury i i niezbyt długie, a szybko wykonywane procedury), w pewnym szeregu przypadków, szczególniej u osobników odporniejszych, niezbyt wątłych ani anemicznych, doprowadzają do pożądanego wyniku, t. j. uodporniają organizm i robią go mniej wrażliwym na wpływy atmosferyczne. Metoda ta jednakże uodparniania organizmu za pomocą procedur wodoleczniczych, uważana do niedawna jeszcze za prawdziwe *panaceum*, chroniące każdego, a szczególniej dzieci od katarów dróg oddechowych, zawodzi i to niezbyt rzadko, jak wogóle każda metoda, szablonowo stosowana. U osobników wątłych, u dzieci skrofulicznych, anemicznych, wogóle u osobników wątłych i niedokrwistych zabiegi wodolecznicze, stosowane najracjonalniej i najostrożniej już nietylko w domu, lecz nawet w najlepiej urządzonych zakładach, zawodzą wielokrotnie, nie sprowadzając bynajmniej pożądanego skutku; przeciwnie, wywołują nieraz niepożądane i uparte katary dróg odechowych. Daleko racjonalniejsza dla tej kategorji osobników, jako też i wogóle dla osób, usposobionych do katarów dróg oddechowych jest metoda stopniowego i metodycznego uodporniania organizmu za pomocą przyzwyczajania go do systematycznego używania świeżego powietrza. Metoda ta, bardzo prosta, polega na metodycznych spacerach w każdej porze roku, niezależnie od pogody (naturalnie, nie stosuje się to, szczególniej w porze zimowej, do zbyt małych dzieci), trwających pewną ilość czasu, mniej lub więcej długą, zależnie od pory roku i pogody, na wycieczkach i grach sportowych na świeżem powietrzu (gra w piłkę, lawntennis, wiosłowanie, ślizgawka i t. p.), na dłuższych wycieczkach pieszych (latem zamiejskich) i t. p. sportach. Codzienne to metodyczne użycie powietrza jest jednym ze środków najbardziej uodporniających organizm przeciw t. zw. wrażliwości do zaziębień. Tą drogą bowiem organizm przez kilka godzin dziennie oddycha nawet w miastach o wiele czystszem powietrzem, aniżeli powietrze mieszkaniowe; dzięki ruchowi pieszemu i wzmożonemu przez to krążeniu ogólnemu poprawia się wadliwe, szczególniej u małokrwistych, krążenie na powierzchni ciała; wrażliwość na zimno zmniejsza się; osobnik zahartowany poczyna odczuwać potrzebę przewietrzania lokalu, doświadczając uczucia duszności w zbyt gorącym pokoju; wreszcie, codzienny ruch metodyczny na świeżem powietrzu w wysokim stopniu pobudza apetyt, i tym sposobem wpływa pośrednio na poprawę ogólnych warunków odżywiania organizmu, które, jak wiadomo, również niepoślednią odgrywają rolę w usuwaniu usposobienia do katarów dróg oddechowych.

Osobiście jestem tego zapatrywania, że wyżej opisane metodyczne codzienne używanie świeżego powietrza,

www.dlibra.wum.edu.pl

tak niestety zaniedbane w naszem społeczeństwie, szczególniej wśród kobiet i dzieci, a także wyżej wskazana higjena mieszkań, obok uodporniania skóry za pomocą łagodnych procedur wodoleczniczych u tych osobników, u których jest to niemożliwe, stanowić by powinno jeden z najpotężniejszych środków, chroniących organizm od tak często spostrzeganych katarów dróg oddechowych. O słuszności tego poglądu przekonać się mogłem w czasie minionej wojny, spostrzegałem bowiem wielu młodych osobników wątłych i usposobionych do katarów i kaszlu, którzy po odbyciu kilkuletniej ciężkiej kampanji wśród niewygód, lecz stale przebywając na świeżem powietrzu, nie tylko ku swojemu zdziwieniu nie ulegali katarom, lecz przeciwnie utracili usposobienie do nich, zmężnieli i rozwinęli się znacznie w stanie ogólnym. Podobne spostrzeżenie zrobił przed przeszło stu laty nasz znakomity lekarz i uczony Jędrzej Śniadecki, pisząc między innemi w swojej znakomitej pracy „O fizycznym wychowaniu dzieci", następujące słowa. „Jeszcze znam takich, którzy z poczynającą się niemal chorobą piersiową wszedłszy do wojska, po odbyciu najuciążliwszych kampanji, powracali zdrowi i czerstwi".

Jednakże u pewnej kategorji osobników, a przedewszystkiem u wątłych, skrofulicznych i anemicznych dzieci, uodpornianie ustroju za pomocą metodycznego używania świeżego powietrza niezawsze da się osiągnąć. Dzieci te nie znoszą zimnego powietrza i, podobnie jak przy metodycznem hartowaniu za pomocą procedur wodnych, stale się zaziębiają, zapadając na co raz nowe katary dróg oddechowych po wyjściu na zimno i wiatr. U tych wyjątkowych, niezwykle wątłych i mało odpornych osobników jednym z najdzielniejszych środków, naturalnie w tych wypadkach, gdzie to jest możliwe, będzie spędzenie jednej lub kilku zim z rzędu w miejscowości klimatycznej cieplejszej, czyli odbycie kuracji klimatycznej, której szczegóły podamy niżej. W stacjach klimatycznych osiągnąć możemy w zupełności ten wynik, który trudny był do osiągnięcia w klimacie miejscowym, t. j. dziecko lub młodzieniec przywyknie do powietrza poprawi swój stan ogólny, a uodporniwszy organizm, będzie w stanie znosić klimat w miejscu swego zamieszkania, o czem wielokrotnie przekonać się mogłem na swoich chorych. Obawa, wyrażana niejednokrotnie, że w ten sposób organizm dziecięcy wydelikatni się jeszcze bardziej i nie będzie w stanie znosić klimatu swojskiego, jest zupełnie nieuzasadniona, praktyka bowiem wykazuje fakty wprost przeciwne.

V. Usuwanie cierpień ustrojowych (zołzy, blednica, atrytyzm i t. p.) za pomocą odpowiednich ogólnych metod leczniczych, powstrzymanie się od nadużycia napojów spirytusowych, leczenie higjeniczno-djetetyczne tych spraw chorobowych, w których katary oskrzeli zwykły

www.dlibra.wum.edu.pl

często występować (choroby serca, naczyń, nerek i t. p.), wreszcie wogóle wzmacnianie i uodpornianie organizmu osobników wątłych za pomocą odpowiednich metod higjeniczno-djetetycznych stanowi, naturalnie, również jeden ze środków pomocniczych profilaktyki ogólnej katarów dróg oddechowych.

VI. Na szczególną uwagę, z punktu widzenia profilaktycznego, zasługuje również, szczególniej w naszym klimacie i u osobników usposobionych do katarów oskrzelowych, dbanie o dokładne oddychanie nosem. Jak bowiem wyżej zaznaczyliśmy, w rozdziale o etjologji, wadliwe, niedostateczne lub też zupełnie zniesione oddychanie nosem jest jednym z nadzwyczaj ważnych momentów, usposabiających, szczególniej dzieci skrofuliczne, do zapadania, przeważnie zimą, na katary oskrzeli: powietrze zimne i wilgotne, nie będąc uprzednio ogrzane i poniekąd przefiltrowane przez jamę nosową i dostając się wprost do tchawicy i oskrzeli, wywołuje podrażnienie błony śluzowej i powoduje często następczy katar oskrzeli. W każdym więc przypadku, gdy dziecko, czy też osoba dorosła zapada często, szczególniej zimą, na katary oskrzeli, należy poddać szczegółowemu badaniu jamę nosowogardłową i usunąć na drodze operacyjnej zmiany, powodujące niedrożność nosa, a więc: wyrośle adenoidalne u dzieci, mocno przerosłe szczególniej tylne końce muszli lub polipy nosowe i t. p. u dorosłych. Tą drogą, jak poucza doświadczenie, zabezpieczamy podobne osobniki od nawrotów katarów oskrzeli lepiej, aniżeli stosowaniem różnych metod leczniczych, skierowanych wprost ku usunięciu katarów oskrzeli. Nawet wtedy, gdy leczenie ogólne (np. u dzieci skrofulicznych) jest wskazane, pożądany jego skutek osiągniemy dopiero po usunięciu zmian w nosie i gardle.

Przystępując obecnie do omówienia właściwego leczenia i rozmaitych jego metod, stosowanych w przypadkach ostrych i przewlekłych katarów oskrzeli, powinniśmy przedewszystkiem zastanowić się nad podstawowemi wskazaniami działalności naszej leczniczej.

Katary oskrzeli mogą być powodem całego szeregu zaburzeń dla ustroju. 1) Główne niebezpieczeństwo, zagrażające organizmowi, stanowi przeszkoda mechaniczna w oddychaniu; zbrzęknięcie bowiem błony śluzowej powoduje zmniejszenie światła oskrzeli, bardziej wybitne w oskrzelach drobnych, i pociąga za sobą szereg różnorodnych mniej lub więcej ciężkich zaburzeń. 2) zapalenie oskrzeli grozi następnie przejściem na narządy głębiej położone, a przedewszystkiem na płuca. 3) Zawartość oskrzeli może ulegać przeróżnym szkodliwym dla ustroju gnilnym procesom. 4) Pozbawiona nabłonka i uległa zapaleniu błona śluzowa oskrzeli może się stać wrotami dla różnych drobnoustrojów chorobotwórczych. 5) Długotrwałe katary wywołują zaburzenia ogólnego stanu chorych lub poszczególnych narządów, przedewszystkiem zaś narządów krążenia.

www.dlibra.wum.edu.pl

Interwencja terapeutyczna powinna uwzględnić powyższe podstawowe szkodliwości, a zatem w ostrych katarach winna mieć na celu zmniejszenie przekrwienia i obrzęku błony śluzowej, rozrzedzenie i usunięcie nagromadzonej wydzieliny, łagodzenie przykrych i dla chorego ciężkich objawów (kaszel, duszność, gorączka). W przypadkach katarów przewlekłych należy modyfikować, ułatwiać i usuwać nadmierną wydzielinę oskrzeli zmniejszać dokuczliwe objawy subjektywne, wpływać na poprawę stanu ogólnego, a tą drogą pośrednio usuwać wpływ szkodliwy na inne organy wewnętrzne, płuca i serce przedewszystkiem. Naturalnie, wskazanem będzie również i to w pierwszej linji, ochranianie organizmu od wpływów wprost działających szkodliwie, jakoteż usuwanie lub modyfikowanie tych wszystkich wadliwych stanów ustroju, na których podstawie powstają ostre lub przewlekłe katary oskrzeli (zołzy, syfilis, artrytyzm, choroby serca i t. d.).

Z metod ogólno-leczniczych, znajdujących zastosowanie w leczeniu tak ostrych, jak i przewlekłych katarów oskrzeli należy przedewszystkiem stosować, jako najważniejszy środek, odpowiednie higjeniczno-djetetyczne postępowanie. Przedewszystkiem należy mieć na uwadze to wszystko, cośmy wyżej omówili jako środki profilaktyczne: higjenę mieszkania, zwalczanie przesądów co do przewietrzania i użycia świeżego powietrza. Chorzy, dotknięci ostrym katarem oskrzeli w połączeniu z gorączką, a szczególniej dzieci, powinni w ciągu pierwszych dni choroby pozostawać w domu, najlepiej leżeć w łóżku, w dobrze przewietrzanym pokoju, którego ciepłota nie powinna przekraczać 14° R.; należy przytem wielokrotnie w ciągu dnia odnawiać powietrze przez otwieranie lufcika lub okna, co tem energiczniej trzeba stosować w porze cieplejszej. Djeta winna być lekka (potrawy mleczne, białe mięso, wykluczenie zupełne napojów wyskokowych). Tą drogą, t. j. zatrzymaniem chorego w łóżku przy zachowaniu warunków higjeniczno-djetetycznych, szczególniej u dzieci, będziemy w stanie w większości przypadków przy zastosowaniu jednocześnie odpowiednich niżej wskazanych środków leczniczych wpłynąć na ograniczenie się sprawy i ochronić pacjenta od przejęcia sprawy głębiej, na oskrzelka i płuca.

W przypadkach przewlekłych katarów oskrzeli terapja higjeniczno-djetetyczna odgrywa również pierwszorzędną rolę: i tutaj w całej rozciągłości da się zastosować to, cośmy mówili o higjenie mieszkań i dobroci powietrza. Powietrze jednakże w miastach, okolicach podmiejskich zanieczyszczone pyłem i licznemi domieszkami organicznemi, zawierające w swym składzie obfitą ilość drobnoustrojów, nie nadaje się do leczenia w ścisłem tego słowa znaczeniu: metoda lecznicza, powszechnie zwana leczeniem klimatycznem, stanowi, obok leczenia higjenjczno-djetetycznego, jedną z najdzielniejszych metod zwalczania przewlekłych ka-

www.dlibra.wum.edu.pl

tarów dróg oddechowych. Ztąd też, jak sądze, nie będzie zbytecznem, jeśli nad metodą powyższą pokrótce się zastanowimy.

Działanie powietrza, którego skuteczność w leczeniu przewlekłych katarów dróg oddechowych polega, o ile sądzić można, głównie na dobrem przewietrzaniu płuc powietrzem, pozbawionem wszelkich domieszek drażniących wprost lub pośrednio nabłonek oskrzeli, będzie o tyle zupełniejsze, o ile powietrze to będzie czyściejsze i o ile będzie zawierać mniej pyłu i drobnoustrojów. To też wszędzie, gdzie w mniejszym lub większym stopniu osiągnięte być mogą powyższe warunki, leczenie takie może być skutecznie przeprowadzone.

Doświadczenie wykazuje jednakże, że ów tak prosty dezyderat nie wszędzie z łatwością da się zrealizować, obok bowiem czystość powietrza chorzy potrzebują jeszcze dobrych warunków mieszkania, dobrego odżywiania, możności odbywania niezbyt męczących spacerów i t. p. udogodnień, ktore nieraz znaleźć można dopiero w t. zw. uzdrowiskach klimatycznych.

Klimatów, działających leczniczo na katary dróg oddechowych w sposób specyficzny, w ścisłem tego słowa znaczeniu, nie znamy. Istnieją jednakże takie, które w wysokim stopniu wspomagają działanie środków higjeniczno-djetetycznych. Ztąd też jedne z klimatów bardziej, inne mniej nadają się do t. zw. kuracji powietrznej.

Kuracja klimatyczna katarów oskrzeli bywa zalecana utartą od wieków rutyną, zazwyczaj latem; stąd też większość uzdrowisk klimatycznych funkcjonuje tylko w porze letniej. Jest to błąd zasadniczy, związany z pojęciem, że jedynie ciepłe powietrze działa skutecznie na przebieg cierpienia. Wyniki korzystne leczenia klimatycznego suchot płucnych[1]) przekonały, zdaje się, dowodnie, że leczenie powietrzem i w czasie zimy może być skutecznie przeprowadzane w naszym, a bardziej jeszcze w górskim klimacie.

To samo dotyczy katarów dróg oddechowych, których leczenie klimatyczne da się zastosować równie korzystnie latem, jak i zimą. Wprawdzie zawsze większość chorych, dotkniętych przewlekłemi katarami, ze względu na swe obowiązkowe zajęcia korzystać będzie z pory wakacyjnej, letniej; tym jednak chorym, którym okoliczności na to pozwalają, kurację powietrzno-klimatyczną należy zalecać w odpowiednich miejscowościach o każdej porze roku. Doświadczenie lat ostatnich dowodnie mnie przekonało, że liczni chorzy, dotknięci katarami oskrzeli, szczególniej zaś dzieci, po przebytych ostrych i ciężkich katarach, wysłani zimą lub na wiosnę do Otwocka, Zakopanego i t. p. miejscowości, tracili szyb-

---

[1]) Patrz bliższe szczegóły w pracy mojej: „Leczenie klimatyczne suchot płucnych". Odczyt kliniczny, wydany przez *Gaz. Lek.* w 1894 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

ko przy odpowiedniem leczeniu powietrzem katar oskrzeli, który przechodził już w przewlekły; u chroników uparte świeże nasilenia kataru również szybko zmniejszały się w natężeniu.

Do klimatów, działających bardzo skutecznie szczególniej na zmniejszenie usposobienia do często powtarzających się katarów oskrzeli u osobników młodych i wątłych, oraz u ludzi w średnim wieku, zaliczyć należy klimat górski. Czynniki, właściwe temu klimatowi, a mianowicie: 1) niemal absolutna czystość powietrza, brak pyłu i drobnoustrojów na wysokich górach (Michel na wysokości 2000 metrów nie znajdywał już żadnych drobnoustrojów w powietrzu), znaczne natężenie światła słonecznego i wielka ilość ozonu; 2) wpływ wybitny na wzmocnienie czynności serca i oddychania, potęgowany jeszcze wzmożonem oddychaniem przy wchodzeniu na góry; 3) suchość względna powietrza, warunkująca zmniejszenie pocenia się skóry; 4) poprawa apetytu, a wreszcie 5) pobudzenie układu nerwowego i sfery psychicznej chorych pod wpływem pięknych zimą i latem krajobrazów górskich,—wszystkie te właściwości warunkują niezwykły pożytek klimatu górskiego w katarach oskrzeli. To też leczenie takim klimatem będzie przedewszystkiem wskazane w przypadkach katarów oskrzeli. Osoby starsze, dotknięte katarem przewlekłym oskrzeli, szczególniej z powstałą już rozedmą, męczące się łatwo przy wchodzeniu na góry, w porze zimowej zazwyczaj niedobrze znoszą klimat górski; latem natomiast, szczególniej w niezbyt wzniesionych miejscowościach, stan ich ulega znacznej poprawie: tracą nieraz zupełnie kaszel w ciągu kilkotygodniowego pobytu w górach, wydzielina ogranicza się znacznie, siła oddechowa wzmaga się, chorzy nabierają apetytu, stan ich ogólny poprawia się znacznie.

W Europie istnieją bardzo liczne stacje klimatyczne górskie, w których chorzy mogą z korzyścią zimą i latem odbywać mniej lub więcej długie kuracje. Do tych miejscowości zaliczyć należy u nas przedewszystkiem Zakopane, posiadające znakomite warunki klimatyczne zimą i latem, a warunki pobytu coraz bardziej udogodnione. Z miejscowości zagranicznych górskich przedewszystkiem wspomnieć należy o licznych i wybornie urządzonych stacjach klimatycznych w Szwajcarji (Davos, Arosa, Glion, Les Avants, Beatenberg, Seewis i wiele bardzo innych), w Niemczech — St. Blasien w Szwarcwaldzie Badeńskim, Berchtesgaden, w Bawarji, Semmering w Dolnej Austrji, Aussee w Styrji i wiele innych uzdrowisk położonych w Alpach Tyrolskich, Bawarskich i innych górach Europy.

Do drugiej kategorji stacji klimatycznych górskich zaliczamy t. zw. klimaty podalpejskie (wzniesione na 1000—2000 stóp ponad poziom morza). Pod względem klimatycznym miejscowości te, aczkolwiek nie mają klimatu górskiego, jednakże po większej części posiadają powietrze

www.dlibra.wum.edu.pl

czyste, lekko pobudzające układ krążenia i system nerwowy. Obok tych właściwości niemal wszystkie te miejscowości mają jeszcze dodatkowe czynniki lecznicze, dawniej na pierwszy plan stawiane w leczeniu katarów dróg oddechowych, mianowicie różne wody mineralne (szczawy alkaliczno-solne, alkaliczne, szczawy żelaziste i t. p.). Większość tych stacji klimatycznych posiada obok tego urządzenia do kuracji mlecznej, serwatkowej, do leczenia hydropatycznego i t. p. Uzdrowiska tej kategorji są otwarte tylko w ciągu 3-ch letnich miesięcy i oddają rzeczywiste usługi w leczeniu przewlekłych katarów oskrzeli, szczególniej postaci upartych (suchych), wikłanych rozedmą i katarami gardła oraz nosa. W wielu z nich wybornie urządzone zakłady hydropatyczne, wziewalnie lub kamery do leczenia zgęszczonem powietrzem stanowią dodatkowe środki pomocnicze. Z ogromnego szeregu tych różnorodnych uzdrowisk wspomnę tylko niektóre ważniejsze. Z pośród naszych uzdrowisk 1) Szczawnica, niezwykle uroczo położona (1500 stóp n. p. m.), posiada typ klimatu podgórskiego i znane zdroje alkaliczne, zakład hodropatyczny, urządzenia do wziewań; nadaje się w wysokim stopniu do leczenia katarów oskrzeli. 2) Krynica, położona nieco wyżej (1800 stóp n. p. m.), posiada usrządzenia dobre i wyborny zakład hydropatyczny; jest ona wskazana u tych osobników, skłonnych do częstych katarów oskrzeli, u których obok leczenia klimatycznego przeprowadzić chcemy metodyczne leczenie hydropatyczne. 3) Rabka, Iwonicz Rymanów (około 1500 stóp n. p. m.), posiadają dobry klimat podgórski obok źródeł solnych i wskazane są w katarach przewlekłych u dzieci na tle skrofulicznem. 4) Jaworze, Wisła i Bystra na Ślązku Cieszyńskim.

Z bardzo licznych miejscowości zagranicznych wspominamy następujące: na Ślązku Pruskim Rejnerz (1800 stóp. n. p. m.), miejsce dobrze urządzone, z licznemi cienistemi leśnemi spacerami i dobremi urządzeniami hydropatycznemi; Salzbrun (1300 stóp), miejsce spokojne, z powszechnie znanemi źródłami alkalicznemi; Soden pod Frankfurtem. Na Ślązku: Gräfenberg (1500 stóp), położony wśród przepięknych lasów sosnowych ze znanemi powszechnie zakładami hydropatycznemi Rożnowo na Morawach. (1100 stóp). Gleichnberg w Styrji (1100 stóp), miejscowość dobrze urządzona, posiadająca klimat podalpejski łagodny, oraz szczawy alkaliczno-słono-żelaziste, wskazana będzie dla przeprowadzenia kuracji klimatycznej u osobników bardzo wątłych, wrażliwych na zmiany ciepłoty, po przebytych ciężkich katarach oskrzeli, u ludzi starszych z katarami wikłanemi mocną rozedmą; może być z korzyścią zalecana szczególniej we wczesnych letnich miesiącach (maj, czerwiec), jakoteż stanowić miejsce przejściowe do kuracji klimatem górskim.

Te same zalety i wskazania ma już dalej od nas, bo w Bawarji, położona miejscowość—Reichenchall (1400 stóp), posiadająca jedno-

www.dlibra.wum.edu.pl

cześnie lekkie solanki oraz wybornie urządzone inhalatorja i klosze pneumatyczne. Z dalszych miejscowości tej kategorji należy wymienić w Austrji: Ischl, Aussee, Gmunden; w Szwajcarji — Interlacken, Vevey, Glion, Montreux i wiele innych. Z niemieckich miejscowości należy jeszcze zaznaczyć Ems w Nassauskiem ze znanemi powszechnie źródłami alkaliczno-słono-żelazistemi, pięknemi urządzeniami, dobremi inhalatorjami i kloszami pneumatycznemi. Wskazania dla Emsu są podobne, jak i dla Gleichenberga. Domiejscowości francuzkich, mogących okazać się użytecznemi w katarach chronicznych oskrzeli, zaliczamy: Mont Dore i Bourbule (2500 stóp) ze źródłami słabo arszenikalnemi, zalecanemi przez francuskich lekarzy przeważnie w suchych astmatycznych postaciach katarów oskrzeli; dalej w Pirenejach Eaux Bonnes, Bagnéres de Luchon, Cauterets, Barèges; te ostatnie miejscowości, położone stosunkowo wysoko w górach, posiadają jednocześnie źródła siarczane i są przez lekarzy zalecane w różnych postaciach przewlekłych katarów oskrzeli; są one jednak zbyt od nas odległe, kosztowne, i ztąd dla małej tylko liczby osób mogą być dostępne.

Klimat przymorski t. j. powietrze nadmorskie czyni w dostatecznej mierze zadość warunkom, wskazanym wyżej dla leczenia powietrzem katarów oskrzeli. Idealna niemal czystość powietrza, małe stosunkowo wahania ciepłoty, obok dodatniego wpływu na błonę śluzową dróg oddechowych powietrza nasyconego solą, wpływ uspokajający na cały system nerwowy, szczególnie u mocno rozdrażnionych osobników, czynią klimat ten wskazanym szczególnie u osobników starszych, dotkniętych suchemi katarami oskrzeli z rozedmą i poczynającą się niedomogą sercową, a wskutek tego, jak wyżej wzmiankowałem, mniej dobrze znoszących klimat górski; następnie—u osobników młodych odporniejszych, skłonnych do katarów oskrzeli, u których jednocześnie obok leczenia klimatycznego stosować możemy i krótkie morskie kąpiele. Szczególniej jednakże korzystnie wpływa pobyt nad morzem na dzieci skrofuliczne, jako też dziedzicznie do gruźlicy usposobione, a zapadające zimą często na katary oskrzelowe. U nich to powietrze morskie w połączeniu z krótkiemi kąpielami znakomicie hartuje i uodpornia, jak się wielokrotnie przekonać mogłem. Powietrze morskie działa również nieraz bardzo dodatnio na katary oskrzeli, wikłane napadami astmy oskrzelowej. Do ogromnej licczby stacji klimatycznych nadmorskich, dla naszych chorych bardziej dostępnych, zaliczyć należy cały szereg miejscowości, leżących nad Baltykiem i Morzem Północnem, a więc: w pierwszej linji miejcowości, położone na naszem wybrzeżu pomorskiem, dalej Połągę, Dubeln pod Rygą, Soboty, Kołobrzeg, wyspę Rugję i wieje innych. Nad morzem Północnem obok wielu innych wymienimy wyborną miejscowość Norderney. W tej ostatniej miejscowości, w specjalnem sana-

www.dlibra.wum.edu.pl

torjum dla dzieci skrofulicznych, przebywają chorzy również i zimą; inne miejscowości są czynne tylko w sezonie letnim. Na wybrzeżach Anglji i Francji szczególniej zaś w Bretanji, Normandji i na wybrzeżach Atlantyku istnieje cały szereg wybornie położonych miejscowości; wiele z nich, otoczonych bujnemi lasami i piękną roślinnością, nadaje się w wysokim stopniu na pobyt letni lub jesienny dla osobników, dotkniętych chronicznemi katarami oskrzeli (Trouville, Fecamp, Arcachon, Biarritz, wyspa Weight, Yersey i t. d.)

Do kategorji metod leczenia powietrzem morskiem zaliczyć również należy dalekie podróże morskie, szczególniej odbywane żaglowcami (do przylądka Dobrej Nadziei, Egiptu, a nawet Australji). Podróże te, zalecane szczególniej przez autorów angielskich, mają wysoce korzystnie wpływać na chroniczny katar oskrzeli, głównie u osobników wątłych, osłabionych i starszych.

Pod pewnemi względami nieco analogicznym do klimatu morskiego jest klimat t. zw. leśny, który również korzystnie może być stosowany w leczeniu przewlekłych katarów oskrzeli. Naturalnie, przestrzenie leśne muszą być duże, aby mogły wywierać wpływ prawdziwie leśnego klimatu, którego zaletami, jak i klimatu morskiego, są stosunkowo niewielkie wahania ciepłoty, pewien znaczny stopień wilgotności; czystość, obfitość ozonu, podczas lata pewna zawartość olejków eterycznych. Miejscowości podobnych w naszym kraju znaleść możemy dużo; mało która z nich jednakże zapewnia chorym, obok powietrza, inne odpowiednie warunki higjeniczno-djetetyczne. Jedynie t. zw. uzdrowiska leśne, i to dotychczas jeszcze nie wszystkie, wymaganiom dzisiejszym odpowiadają. Do tej kategorji miejscowości zalicyć należy: Sławutę, Szepietówkę (na Wołyniu), Pohulankę (na Białorusi); niestety urządzenia w tych miejscowościach zostały w czasie minionej wojny zniszczone. Dalej okolice Otwocka (pod Warszawą), Niekłań, Suchedniów (w Kieleckiem), okolice Ojcowa i Piaskowej Skały i inne.

Już wyżej wzmiankowałem, że niektóre osoby, dotknięte przewlekłemi katarami oskrzeli, szczególniej dzieci wątłe i anemiczne, a także ludzie, starsi, mający obok kataru oskrzeli rozedmę płuc i niedomogę serca, wreszcie ludzie dotknięci przewlekłemi katarami oskrzeli wtórnemi, powstałemi na tle innych ciężkich zaburzeń organizmu (choroby serca i naczyń, nerek, płuc i t. p.), nie są w stanie znosić zimą naszego klimatu, gdyż po każdej próbie wyjścia, szczególniej w zimniejszy i wietrzny dzień, dostają świeżego kataru. Ztąd też zmuszeni są całemi miesiącami pozostawać w domu, co się znowu przycynia do znacznego upadku stanu ogólnego. Dla tej kategorji chorych, jeśli tylko ich środki materjalne na to pozwalają, okazuje się wielce pożytecznem spędzanie zimy w klimacie południowym. Z bardzo licznego

www.dlibra.wum.edu.pl

szeregu stacji klimatycznych zimowych (opis i ocenę tych stacji znajdzie czytelnik w pracy mojej: „O leczeniu klimatycznem") wymienię tu tylko te, które dla dopiero co wzmiankowanych postaci katarów oskrzeli szczególniej są pożyteczne. Naturalnie, chorym tej kategorji nie możemy zalecać, jako to dawniej powszechnie czyniono, pobytu w dużych miastach na południu Europy lub w Afryce (Neapol, Rzym, Palermo, Kair, Algier), gdzie warunki higjeniczne mogą być nieraz o wiele gorsze od tych, w których chorzy w domu u siebie przebywali; natomiast zalecać będziemy miejscowości, położone poza miastami, ze świeżem powietrzem, posiadające dobre urządzenia higjeniczno-djetetyczne. Do tych miejscowości odnieść należy między innemi: Meran, Arco, Rivę, Gardonę w południowym Tyrolu, miejscowości dobrze urządzone i zdrowo położone. Szczególniej pierwsza z nich t. j. Meran, leżący na wysokości około 1000 stóp, urocza miejscowość górska, łączy w sobie warunki klimatu górskiego z klimatem południowym. Meran nadaje się szczególniej jako miejsce pobytu zimowego dla dzieci usposobionych do katarów oskrzelowych, lub dla rekonwalescentów po ciężkich katarach. Niejednokrotnie stwierdzić mogłem, że takie wątłe dzieci po jednej lub kilku zimach, spędzonych w Meranie, nietylko pozbywały się skłonności do katarów, lecz i stan swój ogólny znakomicie poprawiały.

Do miejscowości tej kategerji zaliczyć dalej należy Pau i Amèlie les Bains w Pirenejach; miejscowości te jednakże, jako zbyt odległe, są mniej dostępne dla naszych chorych. Do stacji *par excellence* klimatycznych południowych, a szczególniej wskazanych w katarach przewlekłych oskrzeli z poczynającą się niedomogą serca, oraz w katarach oskrzelowych wtórnych, zaliczamy cały szereg stacji, położonych na wybrzeżu morza Śródziemnego, zwanem „Riviera di Ponente", a więc: Nizza, Cannes. Hyeres, Mentona, Bordigherra, Monte-Carlo, San-Remo, Nervi i t. p. Dalej, niektóre miejscowości położone nad Adrjatykiem: Abazzia, Cerkvenica i inne. Wszystkie stacje powyższe mają wyborne urządzenia i łączą w sobie obok właściwości klimatu południowego jeszcze niemniej korzystny wpływ ciepłego powietrza morskiego.

Wybrzeże południowego Krymu (Jałta, Ałupka, Sewastopol i inne) mają zimę łagodniejszą a jednocześnie, jak i Riviera, posiadają ciepły klimat morski. Urządzenia jednakże w tych miejscowościach o czem osobiście przekonać się mogłem, pozostawiają jeszcze wiele do życzenia; szczególniej zaś kurz wapnisty, wszędzie obficie się znajdujący, przeszkadza tym miejscowościom, zkądinąd korzystnie pod względem klimatycznym położonym, do należytego rozwoju i wywierania dodatniego wpływu na leczenie chorób dróg oddechowych. Miejscowości na dalekiem południu lub wschodzie (Algier, Egipt, Madera), jako zbyt odległe, mniej

www.dlibra.wum.edu.pl

są dla nas dostępne. To samo da się zastosować i do miejscowości leczniczych, położonych na Kaukazie (Abas Tuman, Kisłowodsk i t. p.) Pobyt w Egipcie na pustyni (Helouan) w pobliżu Kairu, gdzie powietrze jest ciepłe, suche i zupełnie czyste, może wpływać bardzo korzystnie na przebieg przewlekłych katarów oskrzeli z nadmierną wydzieliną, oraz w katarach wtórnych przy przewlekłych cierpieniach nerek i serca. To samo można powiedzieć i o Orotawie na wyspie Teneryfie.

www.dlibra.wum.edu.pl

WYKŁAD VII.

TREŚĆ. Dalszy ciąg terapji katarów oskrzeli. Leczenie za pomocą zgęszczonego powietrza w kamerach stałych i za pomocą aparatów przenośnych. Metoda wziewań środków lekarskich (t. zw. inhalacje; wdychanie tlenu, siarkowodoru, olejków lotnych, środków ściągających i t. p.) Okadzania (fumigacje) Stosowanie środków wprost na błonę śluzową oskrzeli. Hydropatja. Kąpiele rzeczne i morskie. Leczenie wodami mineralnemi; różne rodzaje tych wód, stosowane w katarach oskrzeli: alkaliczno-słono-żelaziste, szczawy słone, siarczano-słono-alkaliczne, szczawy żelaziste i. t. p. Środki wykrztuśne (*expectorantia*), ich działanie, rodzaje i wskazania. Środki balsamiczne. Środki kojące, pobudzające, nasercowe. Środki wzmacniające i odżywcze. Ogólne i miejscowe upusty krwi. Środki odciągające na skórę. Leczenie mechaniczne. Wskazania do użycia różnych metod leczenia.

Z metodycznem użyciem powietrza, t. j. z najbardziej podstawową metodą leczenia katarów oskrzeli wiąże się pod pewnym względem metoda pneumoterapeutyczna, polegająca na stosowaniu powietrza zgęszczonego lub rozrzedzonego za pomocą odpowiednich urządzeń. Metody te, szeroko stosowane w leczeniu katarów przewlekłych oskrzeli przed kilkudziesięciu laty, stopniowo utraciły swą wziętość i dziś są stosowane (może i niesłusznie) względnie rzadko. Rozpatrzymy pokrótce te metody.

I. Leczenie za pomocą zgęszczonego powietrza, wprowadzone do terapji w 6-ym dziesiątku zeszłego stulecia, dzięki pracom bardzo wybitnych lekarzy (Vivenot, Panum, Liebig, Waldenburg i inni) zyskało z początku bardzo szerokie i powszechne uznanie nietylko wśród lekarzy, lecz i wśród fizjologów (P. Bert, Zuntz), którzy stosując tą metodę wykonali szereg prac, dotyczących fizjologji oddychania i przemiany materji. Bardzo wielu lekarzy (Knaute, Liebig, Heller, Lazarus i inni) ogłosiło szereg prac, dotyczących działania zgęszczonego powietrza na organizm ludzi zdrowych i chorych; prace te jednakże nie doprowadziły do wyników, stwierdzających i wyjaśniających należycie działanie tego czynnika, jedni bowiem autorowie dochodzą do wyników wprost przeciwnych, niż inni. Leczenie zgęszczonem powietrzem,

www.dlibra.wum.edu.pl

jak wiadomo, odbywa się w odpowiednio urządzonych dużych kamerach żelaznych, w których kilka (2—8) osób przebywa około 2-ch godzin, oddychając tam zgęszczonem powietrzem, wtłoczonem za pomocą maszyn parowych i odpowiednich wentylatorów. Zgęszczenie to stopniowo doprowadzane bywa do *maximum* + $^3/_7$ atmosfery. Posiedzeń takich zazwyczaj chorzy odbywają 20—30 i więcej, codziennie, lub też co drugi dzień. Działanie fjzjologiczne tego leczenia na organizm, pomimo sprzecznych zdań różnych autorów, da się sprowadzić do następujących głównych momentów.

a) Działania mechanicznego, polegającego na wpływie zgęszczonego powietrza *in toto* na cały organizm człowieka; za wpływem tym przemawia szczególniej zmniejszenie się pojemności kanału pokarmowego (ucisk gazów kiszkowych); następstwem tego bywa stałe obniżenie przepony do czego również przyczynia się ucisk zgęszczonego powietrza na ściany klatki piersiowej. To stałe obniżenie przepony pociąga za sobą zmniejszenie się ciśnienia wewnątrzklatkowego z jego następstwami: rozszerzeniem światła oskrzeli, zmniejszeniem częstości tętna i oddechów, (które za to są głębsze), ułatwieniem odpływu krwi żylnej i zmniejszeniem ciśnienia tętniczego (Liebig).

b) Działanie chemiczne ma polegać, według wielu autorów, na wzmożeniu się procesu utleniania, oraz zmniejszeniu się wydzielania kwasu węglanego. Badania, dotyczące przemiany materji, dokonywane przez różnych autorów, dały wyniki zupełnie sprzeczne. Wskazania terapeutyczne, oparte na badaniach powyższych, mają głównie na uwadze działanie mechaniczne zgęszczonego powietrza: zmniejszenie częstości oddechów i tętna, oraz jednoczesne wdychanie w rozszerzone mechanicznie oskrzela bogatszego w tlen powietrza, przyczem i ułatwione krążenie krwi nieniepośledną ma odgrywać rolę. Wskazania te, oparte na rozumowaniach teoretycznych, uznawano za szczególnie ważne w przewlekłych katarach oskrzeli ze zbrzęknięciem błony śluzowej drobnych oskrzeli, połączonem ze znaczną dusznością i objawami zaburzeń krążenia żylnego. Powietrze zgęszczone miało mechanicznie usuwać zbrzęknięcie, przedostawać się łatwiej do zatkanych oskrzelek, lepiej je wentylować, jak rownież przyczyniać się do zmniejszenia zaburzeń cu:kulacji, występujących w tych sprawach mniej lub więcej wyraźnie. I dla innych postaci katarów oskrzeli jako też wogóle niemal dla wszystkich cierpień dróg oddechowych i narządów krążenia wynajdywali zwolennicy metody, a przedewszystkiem właściciele zakładów leczniczych, odpowiednie wskazania. Doświadczenie jednakże przekonało powoli, że teoretyczne wskazania bynajmniej nie były uzasadnione, w praktyce bowiem w większości przypadków leczenie zgęszczonem powietrzem, szczególniej stosowane w miastach, dawało wyniki ujemne, rezultaty zaś dodatnie osiągano przeważnie po leczeniu tą metodą w miejscowościach kuracyjnych, posiadających wyborne warunki klimatyczne, które same przez się mogły wpłynąć dodatnio na cierpienia

www.dlibra.wum.edu.pl

dróg oddechowych. Ze wzrostem zaufania do czysto klimatycznego leczenia katarów dróg oddechowych, leczenie pneumatyczne stopniowo upadać zaczęło.

Muszę jednakże powiedzieć na mocy własnego doświadczenia, że w pewnych postaciach katarów oskrzeli, a szczególniej w formach suchych, z napadami duszności, połączonych z rozedmą i poczynającą się niedomogą serca u starszych osobników, leczenie to niechybnie sprowadzało znaczną poprawę, stanowiąc nieraz wyborny dodatek do leczenia klimatycznego. Naturalnie, metoda ta, stosowana w wielkich miastach (Berlin, Wiedeń, Warszawa i inne), będzie o wiele mniej skuteczna, aniżeli w miejscowościach klimatycznych (Ems, Gleichenberg, Reichenhall. Baden-Baden i inne).

II. Kosztowność urządzeń stałych kamer pneumatycznych pobudziła niektórych lekarzy do urządzenia małych, łatwo przenośnych aparatów do leczenia powietrzem zgęszczonem, a nawet rozrzedzonem; poczynając od Haucka, podano cały szereg aparatów przenośnych, z których między r. 1870 a 1880 największem rozpowszechnieniem cieszył się aparat Waldenburga, z którego powietrze zgęszczone ($+^1/_{80}$ do $^1/_{40}$ atmosfery) przy wdechu wchodzi za pomocą odpowiedniej maski wprost do płuc. Działanie aparatu polega więc na wpływie zgęszczonego powietrza nie na organizm *in toto*, jak się to dzieje w kamerach stałych, lecz wprost na błonę śluzową oskrzeli, a pośrednio na system cyrkulacyjny. Obok oddychania zgęszczonem powietrzem aparat dzięki odpowiedniemu urządzeniu pozwala również na wydychanie powietrza w atmosferę rozrzedzoną ($-^1/_{80}$ do $^1/_{40}$ atmosfery): można naprzemian wdychać powietrze zgęszczone, a wydychać je w przestrzeń o powietrzu rozrzedzonem (aparat Schnitzlera, Geigla i innych). Waldenburg, twórca aparatu, z niezwykłym talentem opisał jego użycie, wpływ na organizm i wskazania [1]), przyczyniając się do szerokiego stosowania tej metody niemal we wszystkich chorobach dróg oddechowych—od katarów aż do gruźlicy.

Wnioski jednakże Waldenburga i jego zwolenników nie zostały usprawiedliwione nietylko z teoretycznego, lecz bardziej jeszcze z praktycznego punktu widzenia. Działanie aparatu zredukowane ostatecznie zostało do gimnastyki płucnej, polegającej na wykonywaniu głębokich i systematycznych oddechów w stojącej pozycji. Naturalnie, gimnastyka ta, wogóle godna zalecenia w chorobach dróg oddechowych, o tyle jest istotnie dla chorych pożyteczna, o ile odbywa się na świeżem i czystem powietrzu, a nie w gabinetach lekarskich. Ztąd też metoda Waldenbur-

---

[1]) L. Waldenburg. Die pneumatische Behandlung der Respirations—und Cirkulationskrankheiten im Ausschluss an die Pneumasametrie, Spirometrie etc. Berlin, 1875.

www.dlibra.wum.edu.pl

ga miała tylko efemeryczne znaczenie, i to dzięki wybitnej indwidualności autora; dziś ma tylko znaczenie historyczne.

III. Metoda wziewań (inhalacji) środków lekarskich. Metoda ta polega, jak wiadomo, na wprowadzaniu do dróg oddechowych rozmaitych środków lekarskich, najczęściej wód mineralnych w stanie rozpylenia. Do rozpylania używane są albo znane powszechnie podręczne aparaty—rozpylacze, albo maszynki parowe różnej konstrukcji, albo wreszcie, jak w zdrojowiskach leczniczych, kamery, w których woda mineralna pod wysokiem ciśnieniem uderza w płytę metalową, rozpryskując się na niezliczone ilości drobniutkich kropelek i nasycając niemi powietrze (metoda Sales-Giron'a). W ostatnich czasach używane są również przyrządy Wassmutha, zbudowane na tej samej mniej więcej zasadzie, na której się opiera budowa przyrządów inhalacyjnych Siegla. Niektóre środki, jak np. olejki lotne eteryczne oraz balsamiczne, mogą być stosowane w sposób prosty; mianowicie nalewa się pewną ilość kropel do naczynia zawierającego wrzącą wodę, a nasycycona temi lotnemi środkami para wodna bywa wdychana bezpośrednio lub też za pomocą odpowiedniej rurki gumowej, tekturowej lub szklanej. Środki, ulatniające się łatwo w ciepłocie pokojowej (kwas karbolowy, tymol, pyrydina i t. p.) umieszczać można wprost na płaskich naczyniach; ulatniając się powoli, mieszają się one z powietrzem pokoju, wraz z którem przedostają się do dróg odechowych chorego. Środki tej ostatniej kategorji mogą być również wdychane przez chorych w ciągu kilku nawet godzin za pomocą różnej konstrukcji masek (Curschmanna, Waldenburga i inne), przymocowywanych do jamy ustnej i nosowej. Można zresztą maskę taką zastąpić przyrządem bardzo prostym: kawałek waty, nasycony danym środkiem lotnym, umieszcza się w tutce, przez którą chory oddycha. Wszystkie powyższe sposoby wziewania różnych leków mają jednakże w leczeniu katarów oskrzeli stosunkowo bardzo ograniczone znaczenie. Liczne doświadczenia na chorych, jakoteż doświadczenia na zwierzętach, dokonywane w ciągu ostatnich lat dwudziestu, wykazały, że stosowane tą drogą środki przedostają się przeważnie do górnego odcinka dróg oddechowych i tylko tutaj wywierają wpływ swój leczniczy: poza nos, krtań, a co najwyżej tchawicę nie przechodzą; do oskrzeli dostają się w bardzo niewielkiej ilości i to przeważnie do grubych i średnich tylko. Ze wszystkich środków jedynie jeszcze balsamiczne mogą tą drogą wywierać pewien, acz ograniczony wpływ na błonę śluzową oskrzeli; do drobnych oskrzelek, szczególniej zatkanych śluzem, można to stanowczo powiedzieć, środki lecznicze za pomocą wziewań nie przedostają się wcale. Należy również mieć na uwadze, że, ażeby wziewane środki lecznicze mogły przeniknąć do niżej położonych części dróg oddechowych, wdychanie powinno być wykonywane w pozycji siedzącej lub nawet stojącej, a przytem wdechy

www.dlibra.wum.edu.pl

powinny być głębokie. Ztąd działanie wziewań na osobniki osłabione, a także na małe dzieci jest prawie żadne, ogranicza się bowiem przeważnie do jamy gardłowej. Pożyteczność inhalacji, stosowanych za pomocą aparatów, czy też kamer inhalacyjnych w leczeniu przewlekłych katarów oskrzeli, jest jednak niewątpliwa w tych przypadkach, w których obok kataru przewlekłego oskrzeli mamy do czynienia z katarem górnego odcinka dróg oddechowych, szczególniej z katarem suchym jamy nosowo-gardłowokrtaniowej. W tym ostatnim razie wziewania słone lub też solankowo-sodowe, stosowane w miejscowościach kuracyjnych letnich, mogą stanowić korzystny dodatek do terapji klimatyczno-djetetycznej. Nawet pulweryzacje lub inhalacje wód mineralnych (Emskie), Szczawnickie i t. p.) robione w domu, mogą w podobnych przypadkach wpływać dodatnio na przebieg choroby. W formach katarów oskrzeli z towarzyszącą im obfitą wydzieliną, od czasu do czasu cuchnącą, wziewanie środków balsamicznych lub odkażających (kwas karbolowy, tymol) wpływa nieraz również korzystnie na przebieg cierpienia. Działanie jednak tych środków jest, zdaniem mojem, przedewszystkiem pośrednie: pobudzając i drażniąc przeważnie górny odcinek dróg oddechowych, a być może i grube oskrzela, wywołują kaszel, a następnie obfitsze wydzielanie zalegającej głęboko zawartości śluzoworopnej i tą drogą wpływają korzystnie na przebieg cierpienia. Czy jednakże przez działanie wprost na oskrzela środki te wywołują wpływ dodatni na ich błonę śluzową, jest rzeczą bardzo wątpliwą. Również i w ostrych katarach oskrzeli wziewania, szczególniej środków kojących, mogą być pożyteczne w tych przypadkach, w których suchy męczący kaszel jest zależny od podrażnienia zapalnego krtani i tchawicy.

Ze środków, używanych do wziewań w leczeniu przewlekłych katarów dróg oddechowych, wymieniamy tylko niektóre.

1. Gazy. *a*) Wdychania tlenu za pomocą powszechnie znanych aparatów przenośnych Limousin'a zalecane bywa w przewlekłych katarach oskrzeli, u chorych z rozedmą płuc i niedomogą serca. Skuteczność takiego wdychania, zdaniem mojem, jest bardzo wątpliwa: stosując ten środek często, nie widziałem nigdy wybitnego wpływu; nadziei, opartych na teoretycznych wnioskach, nie usprawiedliwiła ani klinika, ani patologja doświadczalna. W przypadkach, w których jakoby tlen działa korzystnie, wielką rolę odgrywa zapewne suggestja; pewien wpływ może mieć również głębokie oddychanie, które jednocześnie chory wykonywa[1])

b) Wdychanie siarkowodoru, zawartego w minimalnych ilościach w wodach siarczanych, zalecane szczególniej we Francji, ma działać sku-

[1]) Kwestja wdychania tlenu i jego pożyteczności, wpływu na krew, oddychanie i t. p., poruszana była w ostatnich czasach na jednem z posiedzeń Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego przez Dr. Aron'a, który na podstawie pracy doświadczalnej doszedł do zupełnie ujemnych wyników. W dyskusji jednak niektórzy autorowie zaznaczali pożyteczność tej metody w niektórych przypadkach chorobowych (Berlin, Klin. Wochen. 1901 № 38).

www.dlibra.wum.edu.pl

105
BIBLIOTEKA
№

tecznie w katarach oskrzeli natury zastoinowej, zmniejszając wydzielinę i usuwając jej ropny charakter.

2. Ze środków ulatniających się w ciepłocie pokojowej należy wymienić wdychania pyrydiny (łyżeczka od kawy, wlana na płaski talerz, postawiony w pokoju). Chory oddycha powietrzem tem kilka razy dziennie po 10—12 minut. Środek ten nieraz bywa skuteczny w suchych astmatycznych katarach oskrzeli; wiele jednakże osób nie znosi go, gdyż posiada on zapach bardzo przykry i czasami wywołuje mdłości, wymioty, oraz zawroty głowy. Ztąd też użycie pyrydiny, pomimo jej skuteczności, jest ograniczone.

Ze środków, używanych do wdychań zimnych za pomocą maski lub tutki papierowej wymieniamy 2% roztwór kwasu karbolowego, tymol sam, lub w połączeniu z mentolem. (*Rp. Thymoli 0. 10, Menthoii 1. 0, Spirit. vini 20.0 MDS.* po 20 kropli na watę do wdychania.)

3). Ze środków, ulatniających się wraz z parą gorącą, zalecamy terpentynę, olejek eukaliptusowy, balsam peruwjański i inne. Stosujemy środki te same lub w roztworach spirytusowych w ilości 5—20—30 kropli na ½ kwarty wody wrzącej. (*Rp. Ol. Eucalypti, Ol. Terebinthinae* aa *10,0 Spirit. vin 15.0. MDS.* 15—20 kropli na ½ kwarty wody wrzącej do wdychania 2 razy dziennie po 5 minut.)

Te dwie ostatnie kategorje środków, t. j. środki balsamiczne i odkażające zalecamy w ropnych i cuchnących katarach oskrzeli.

4). Ze środków, rozmiękczających śluz, pobudzających i ułatwiających wydzielinę, zalecanych w katarach suchych oskrzeli, wikłanych takiemiż katarami nosa, gardła i krtani, stosujemy za pomocą ręcznych rozpylaczy lub inhalatorów wody mineralne (Szczawnicką, Emską i t. p.), 1—2% rozczyn soli kuchennej, 1—2% rozczyn *natrii benzoici*, 1—5% rozczyn *natrii bromati* i t. p. Środki te stosujemy same przez się, lub też z dodatkiem leków kojących (kodeiny, morfiny kokainy lub chloroformu), w tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia z mocnym męczącym kaszlem, występującym szczególnie w okresach nasilenia katarów suchych lub też w ostrych katarach krtani, tchawicy i oskrzeli.

Obok inhalacji należy wspomnieć w paru słowach o stosowanych w katarach oskrzeli t. zw. okadzaniach. Polegają one na spalaniu środków lekarskich na głębokim talerzu, oraz wdychaniu przez chorych dymu w ciągu chwil kilku. Sposób ten, dawniej bardzo szeroko stosowany, dziś zalecany coraz rzadziej, głównie w katarach oskrzeli suchych o charakterze astmatycznym, w których nieraz wdychanie takie przerywa szybko napady duszącego kaszlu. Ze środków tej grupy wymienić należy przedewszystkiem t. zw. papier saletrzany—*charta nitrosa*. Dym, powstały ze spalenia tego papieru, ma zawierać nieco związków cjanowych i innych

www.dlibra.wum.edu.pl

produktów spalenia: CO_2. związki saletrzane i t. d. Ztąd ma pochodzić nieraz jego skuteczne działanie. Z innych środków tej kategorji należy wymienić różne proszki, w których skład wchodzą przeważnie liście *strammonii, belladonnae hyoscyami* najczęściej z dodatkiem *opium*. Te same środki wchodzą w skład t. zw. cygaretek antyastmatycznych, używanych w tych samych przypadkach, co i powyższe środki, o czem jeszcze pomówimy w rozdziale o astmie.

Wreszcie wspomnieć należy o ściśle miejscowem stosowaniu środków lekarskich na błonę śluzową oskrzeli, za pomocą odpowiednich strzykawek. Metoda ta, zaproponowana pierwotnie przez Green'a, w ostatnich czasach zalecana bywa przez innych autorów, szczególniej w przypadkach cuchnących katarów oskrzeli. Sposób ten wielokrotnie sam stosowałem, nie widzę jednak jego wyższości nad innemi metodami leczniczemi, w cierpieniach tych z korzyścią stosowanemi. Sposób ten nadto wymaga znacznej wprawy technicznej i nie może być w każdym przypadku stosowany; przytem tylko małe ilości środków mogą być za pomocą niego naraz wprowadzane i zapewne nie przedostają się niżej, niż do tchawicy.

Metodyczne użycie zimnej wody (hydropatja) stanowi obok kuracji higjeniczno-djetetycznej jeden z najdzielniejszych środków pomocniczych w leczeniu wielu postaci przewlekłych katarów oskrzeli. Niestety jednakże, leczenie to jest stosunkowo mało rozpowszechnione ze względu na fatalny przesąd, zakorzeniony w naszem społeczeństwie, który każdy kaszel każe uważać za przeciwwskazanie nietylko do użycia kąpieli zimnej, lecz nieraz nawet do codziennego mycia ciała zimną wodą. Z drugiej znowu strony, gorliwi zwolennicy hydropatji w zakładach wodoleczniczych często ją stosują u osób, dotkniętych przewlekłemi katarami oskrzeli, bez wyboru, nie robiąc wskazań właściwych, nie indywidualizując; stosują przytem zbyt energicznie kilka razy dziennie, różne zimne procedury, a otrzymując przez to często ujemne wyniki, dyskredytują w ten sposób wyborną metodę leczniczą. Za prawidło bowiem należy przyjąć, że: 1) leczenie zimną wodą katarów oskrzeli może być stosowane jedynie, jak to już wspominałem, mówiąc o profilaktyce, u osobników młodych lub w średnim wieku będących; 2) osoby blade, mocno anemiczne, wrażliwe na zimno, a także ludzie starsi, dotknięci katarami przewlekłemi z rozedmą i objawami niedomogi serca—bardzo źle znoszą takie leczenie; 3) leczenie wodą najlepiej stosować latem w odpowiednich uzdrowiskach klimatycznych górskich lub nadmorskich, jako wyborny środek pomocniczy w terapji klimatyczno-higjenicznej.

Z metod wodoleczniczych, stosowanych latem, najprostsza jest kąpiel rzeczna. Należy jej jednak używać krótko, nie dłużej, niż 5 minut, a następnie mocno wycierać ciało i używać ruchu dla wywołania

www.dlibra.wum.edu.pl

ogólnej reakcji skóry. Na mocy własnego doświadczenia mogę stanowczo twierdzić, że większość chorych, dotkniętych zwykłemi katarami chronicznemi przy względnie dobrym stanie ogólnym, znosi krótkie rzeczne kąpiele wybornie, a szczególniej w postaciach suchych katarów, w których zawsze, jak to było wyżej powiedziane, rozwija się nieco rozedmy. Kąpiele ułatwiają tu odpluwanie, pobudzając krążenie i wzmacniając mięsień sercowy. Niektórzy osobnicy tej kategorji, nieprzywykli do kąpieli, dostają lekkiej duszności, czasem świeżych katarów nosowych lub przemijającej chrypki, objawy te jednakże występują w lekkim stopniu i nie powinny stanowić przeciwwskazania do stosowania dalszych kąpieli. Kąpać się należy całe lato, niezależnie od lepszej lub gorszej pogody. Doniosłość kąpieli rzecznych w leczeniu przewlekłych katarów oskrzeli, obok leczenia klimatycznego, winna pobudzić zakładających nowe uzdrowiska letnie (t. zw. letnie mieszkania), do wyszukiwania miejscowości nietylko lesistych, lecz nadto położonych blizko rzek o dnie piasczystem (nie błotnistem!).

K ą p i e l e m o r s k i e*) stanowią, podobnie jak i rzeczne, wyborny środek pomocniczy w leczeniu klimatycznem powietrzem morskim różnych postaci katarów oskrzeli. Przeciwwskazania są i tutaj te same, co dla kąpieli rzecznych. Wogóle mówiąc, kąpiele o stosunkowo nizkiej temperaturze, w Bałtyku lub morzu Północnem mniej będą odpowiednie i jedynie wyjątkowo mocne odporne organizmy dobrze je znoszą; natomiast kąpiele cieplejsze w Antlantyku (Biarritz), Ardjatyku, morzu Śródziemnem (Abbazzia, Livorno, Wenecja — Lido i t. p.) i Czarnem (Jałta) chorzy wybornie znoszą, jak to wielokrotnie przekonać się mogłem w licznych swoich wędrówkach po różnych miejscowościach, tej kategorji obserwując leczących się tam chorych.

Leczenie hydropatyczne w ścisłem tego słowa znaczeniu, stosowane w zakładach hydropatycznych, szczególniej położonych w zdrowych miejscowościach górskich (Gräfenberg, Krynica, Szczawnica, Zakopane, Bystra, Landeck, Aussee, Semmering, Rigi-Kaltbad Engelberg, Kaltenleutgeben i inne liczne miejscowości w Niemczech i Szwajcarji) winno być uważane za dodatkowe w leczeniu klimatyczno-djetetycznem; ztąd też procedury wodolecznicze, powszechnie stosowane w takich zakładach (zimne nacierania, natryski i półkąpiele), winny być zalecane nie częściej, niż raz dziennie i nie powinny posiadać zbyt nizkiej ciepłoty. Wszelkie procedury, zbyt energicznie odciągające ciepło t. zw. zimne jeziorka, lub też bardzo zimne natryski, dalej—procedury mocno pobudzające pocenie się, (np. koce), stanowczo nie powinny być zalecane chorym,

---

*) Patrz szczegóły w pracy mojej p. t. Kąpiele morskie klimat przymorski, kąpiele i podróże morskie. Czasopismo „Zdrowie" r. 1908.

www.dlibra.wum.edu.pl

o jakich mowa. Leczenie, ostrożnie prowadzone, można z wielką korzyścią stosować nietylko latem, lecz nawet i zimą, szczególniej u osobników odporniejszych. Zimą, a szczególniej w miastach, leczenie hydropatyczne można stosować nie w zakładach, lecz mieszkaniu chorego, o ile tenże posiada odpowiednie urządzenia. U osobników młodszych, dotkniętych często powtarzającemi się katarami oskrzeli i dosyć odpornych (nie anemicznych), z korzyścią stosować można codziennie krótkie zimne natryski (ciepłota 18—22° R, $^1/_2$—1 minuty) z następnem mocnem wycieraniem ciała. U osobników starszych, przy dobrym stanie ogólnym, odpornych, w przypadkach suchych katarów oskrzeli z poczynającą się rozedmą, widziałem niejednokrotnie wyborne wyniki po krótkotrwałych kąpielach metodycznie stosowanych, codziennie stopniowo ochładzanych, (od 24—18° R.) Kąpiele takie zmniejszają wrażliwość na zimno, ułatwiają odpluwanie, zmniejszają duszność. U osobników wątłych, bladych polecane być mogą jedynie codzienne obcierania zimne klatki piersiowej ale nawet i te zimą niezawsze bywają dobrze znoszone, gdyż niekiedy wywołują stale zwiększanie się kaszlu; w tych razach należy ich w zimie zupełnie zaniechać.

Leczenie wodami mineralnemi przewlekłych, a nawet ostrych katarów oskrzeli stanowi jedną z metod najdawniejszych i, rzec można, najpopularniejszych nietylko wśród lekarzy, ale i wśród ogółu publiczności: każdy niemal kaszlący sam, bez zalecenia lekarskiego, zaczyna leczenie od picia wody mineralnej Emskiej lub Salzbruńskiej. Każdy chory, dotknięty przewlekłym katarem, już nieraz w zimie ma przez lekarza zalecone, lub sam sobie planuje, wyjazd na lato do Szczawnicy, Gleichenberga, Ems lub t. p. miejscowości. To przeświadczenie, niemal odwieczne, o skuteczności różnych wód mineralnych w leczeniu przewlekłych katarów oskrzeli, obecnie wielu lekarzy zaczyna coraz bardziej podawać w wątpliwość; niektórzy nawet wartość wód redukują do zera, a pomyślny wynik kuracji przypisują jedynie właściwościom klimatycznym danych miejscowości. Kwestję tę, wielce doniosłą, należy nam obecnie pokrótce rozpatrzeć krytycznie.

Wątpliwą skuteczność wód mineralnych w leczeniu katarów oskrzeli opierają lekarze na tem spostrzeżeniu, że wody te, pite zimą w miastach, nieraz i miesiące całe, nie przynosiły żadnej poprawy, gdy tymczasem pobyt na świeżem powietrzu lub w miejscowości górskiej i bez picia wód przynosił szybką i niewątpliwą poprawę. Z drugiej zaś strony, i w samych nawet miejscowościach kuracyjnych w ostatnich latach lekarze zdrojowi tak ograniczyli ilościowo używanie wewnętrzne wód w cierpieniach dróg oddechowych, że rzeczywiście tak małym ilościom trudno przypisać jakikolwiek bardziej dodatni wpływ na przebieg choroby. Te to powody wywołały ogólną reakcję przeciw wysyłaniu chorych, dotkiętych katarami oskrzeli, do zdrojowisk leczniczych, skłoniły zaś do kierowania ich do

www.dlibra.wum.edu.pl

stacji klimatycznych górskich lub nadmorskich. Reakcję tę podtrzymują sami chorzy, bojąc się w zdrojowiskach bliższego zetknięcia z chorymi gruźliczymi, którzy, jak wiadomo, stanowią tam ogromny odsetek pacjentów. Bezstronne jednak doświadczenie kliniczne wykazuje, że nie wszyscy chorzy, dotknięci przewlekłemi katarami oskrzeli, wykazują rzetelną poprawę tylko po czysto klimatycznej kuracji; i że u pewnej kategorji chorych połączenie tej kuracji z leczeniem balneologicznem daje wyniki bardziej dodatnie. Tak więc tradycja, oparta na wiekowem doświadczeniu ma i dziś pewną dozę słuszności i nie może być stanowczo nie brana w zupełności na uwagę.

Rozpatrzmy teraz pokrótce czynniki farmakologiczne wód mineralnych, zalecanych powszechnie w katarach oskrzeli, i zastanówmy się, czy i o ile mogą one działać wprost, lub pośrednio na błonę śluzową dróg oddechowych, oraz w jakich postaciach katarów oskrzeli są wskazane.

Do grupy wód mineralnych najczęściej zalecanych w przewlekłych katarach dróg oddechowych, należą przedewszystkiem szczawy alkaliczno-słone, w składzie swoim, bardzo złożonym, zawierające przedewszystkiem węglany sodu obok znaczniejszych ilości chlorku sodowego. Doświadczenia Rossbacha wykazały, że sole sodowe w rozczynach, przy działaniu bezpośredniem na błonę śluzową, rozpuszczają śluz, a tem samem ułatwiają jego wydalenie z powierzchni błon śluzowych. Przy wprowadzaniu tych rozczynów wprost do krwi spostrzegał tenże autor jakoby ograniczenie wydzieliny błony śluzowej tchawicy u zwierząt. Byłoby to niejako w sprzeczności z powszechnie przyjętemi poglądami, podług których alkalja mają ułatwić wydzielinę. Chociaż trudno z doświadczeń na zwierzętach wysnuwać wnioski stanowcze, odnoszące się do patologji ludzkiej, wynikałoby jednakże z tych doświadczeń, że o ile wody alkaliczno-słone mogą wpływać dodatnio przy bezpośredniem zetknięciu się z błoną śluzową dróg oddechowych, o tyle działanie ich pośrednie przez krew jest wielce problematyczne. Wody więc powyższe, szczególniej ciepłe z natury, lub sztucznie ogrzane, używane do wewnątrz, czy też do płukań lub wziewań, działają przedewszystkiem na górny odcinek dróg oddechowych; szczawy sodowo-solne rozpuszczają przytem śluz; być może również, że zawarty w tych wodach w znacznej ilości kwas węglany, drażniąc zakończenia nerwowe gardła ułatwia wykrztuszanie wydzieliny. Z tego powodu wody te są wskazane w tych postaciach przewlekłych katarów oskrzeli, w których mamy jednocześnie do czynienia z mocno wyrażonym katarem górnego odcinka dróg oddechowych, a przedewszystkiem katarem suchym. Wskazane będą również w przypadkach jednocześnie istniejących katarów żołądka (szczególniej w nadkwaśności—*hyperaciditas)*, w których, jak to powszechnie wiadomo, wody tej grupy również oddają znakomite usługi; wreszcie wody omawiane zalecać możemy

www.dlibra.wum.edu.pl

osobnikom wątłym, chudym, dotkniętym jednocześnie różnemi zaburzeniami, polegającemi na nadmiernem wydzielaniu kwasu moczowego. Istniejące w tych miejscowościach urządzenia hydropatyczne, inhalatorja, klosze pneumatyczne przedstawiają pożyteczne dodatki do leczenia klimatycznego, które stanowić powinno terapję podstawową. Ztąd też przy leczeniu w mowie będącej kategorji chorych winniśmy im wskazywać tylko tej miejscowości, w których istnieją obok powyższych wód doskonałe warunki klimatyczno-telluryczne. Z ogromnej liczby tych miejscowości wymienimy najważniejsze: Szczawnica, Gleichenberg, Salzbrunn, Ems.

Do drugiej grupy należą szczawy słone i solanki, których podstawową część składową stanowi chlorek sodu; niektóre z nich zawierają nadto nieznaczne bardzo ilości soli jodowo-bromowych. Działanie tych wód na błonę śluzową dróg oddechowych jest analogiczne do działania wód poprzedniej grupy. Wskazane są one przedewszystkiem u dzieci skrofulicznych, dotkniętych przewlekłym katarem oskrzeli, w którym, jak wiadomo, mamy zazwyczaj do czynienia z mocno wyrażonym nieżytem jamy nosowogardłowej. Działanie miejscowe ciepłych solanek pod postacią irygacji jamy nosowogardłowej obok kąpieli słonych, działających na ogólną przemianę, wpływa pośrednio doskonale i na katar oskrzeli. Swoją drogą na katar ten w wysokim stopniu dodatnio przedewszystkiem oddziaływają dobre warunki klimatyczne danych miejscowości. Do grupy tych zdrojowisk zaliczamy u nas—Druskieniki (na Litwie), Iwonicz, Rabkę, Rymanów (w Galicji), w Niemczech—Homburg, Soden, Kreuznach i wiele innych.

Do trzeciej grupy zaliczamy wody siarczano-słono-alkaliczne zalecane w katarach przewlekłych oskrzeli, szczególniej przez autorów francuskich, artrytykom, którzy często mają mocno wyrażony katar przewlekły gardła i krtani. Działanie skuteczne tych zdrojowisk zdaje się polegać przedewszystkiem na leczeniu klimatycznem (większość ich bowiem stanowią pięknie położone miejscowości górskie); być może również, że skutecznie tu, działają na błonę śluzową górnego odcinka dróg oddechowych wziewania z powyższych wód, w czem pewną rolę odgrywa zawarty w nich w minimalnych ilościach siarkowodór. Do grupy tych miejscowości, zaliczamy: Weilbach (w Niemczech), Schiznach (w Szwajcarji), Eaux Bonnes, Barèges Cauterets, Bagnères de Luchon (w Pirenejach), Piatigorsk (na Kaukazie).

Czwartą grupę stanowią wody alkaliczno-słono-glauberskie, których głównym składnikiem jest siarczan i chlorek sodu. Wody te, działające przeczyszczająco, wskazane są w katarach przewlekłych oskrzeli u ludzi otyłych z upośledzoną przemianą materji, z poczynającą się niedomogą mięśnia sercowego. Wody te, działając odtłuszczająco, a jednocześnie znosząc zastoje żylne, wybornie wpływają na katary oskrzeli na-

www.dlibra.wum.edu.pl

tury zastoinowej. Leczeniu temu doskonale współdziała ruch i powietrze. Najznakomitszemi reprezentami tej grupy wód są—Marienbad (w Czechach około 2000 st.), Tarasp (w Szwajcarji około 4000 st.); obie te miejscowości posiadają wyborne urządzenia i doskonały klimat górski. Z naszych miejscowości zalicza się do tej grupy Morszyn w Małopolsce wschodniej.

Do piątej grupy należą szczawy wapniowe, zawierające obok związków wapnia sole żelaza i sodu. Działanie tych zdrojowisk, zalecanych w przewlekłych katarach oskrzeli, zdaje się, polega głównie na ich własnościach klimatycznych. Z miejscowości tej grupy wymienimy przedewszystkiem Weissenburg (w Szwajcarji, niedaleko jeziora Thun—2750 stóp nad poz. morza), dalej—Wildungen, Lippspringen (w Niemczech) i t. p.

Szóstą grupę stanowią szczawy żelaziste (wapniowe lub żelazisto-alkaliczne). Działać one mogą korzystnie w tych postaciach przewlekłych katarów dróg oddechowych, gdzie mamy do czynienia jednocześnie z objawami znacznej niedokrwistości samodzielnej lub zależnej od przebytych cięższych zaburzeń (ciężkie bladaczki, niedokrwistość po przebytych ciężkich cierpieniach poporodowych, wyniszczenie wskutek długo trwającej zimnicy, krwotoków kiszkowych i t. p.). Do tej kategorji zaliczamy przedewszystkiem pięknie i zdrowo położone miejscowości górskie, jakoto: Krynica (w Małopolsce), Reinerz (na Ślązku), St. Moritz (w Szwajcarji i t. p.

Do siódmej grupy należą miejscowości, posiadające wody arszenikowo-żelaziste; są to zwykle również stacje górskie. Wody tych zdrojowisk przy działaniu klimatycznem samej miejscowości wywierają wpływ dodatni na stan ogólny chorego przez swą zawartość arszenikowo-żelazistą. Mogą one być z korzyścią stosowane szczególniej u artrytyków źle odżywianych (szczupłych, anemicznych), dotkniętych suchemi katarami oskrzeli ze skłonnością do napadów dusznicowych. Do wód tej kategorji zaliczamy: Mont-Dore, la Bourboule, Royat (we Francji), oraz Levico (w Tyrolu).

Na zakończenie wspomnieć jeszcze wypada o cieplicach obojętnych. Miejscowości tej grupy, jako to Gastein (niedaleko Salzburga w Austrji), Johannisbad (w Czechach), Landeck (na Ślązku), Ragatz (w Szwajcarji), Jaszczurówka (pod Zakopanem), położone w klimacie górskim, wybornie nadają się do leczenia klimatycznego tych postaci przewlekłych katarów oskrzeli, dla których wskazany jest klimat górski. Jednocześnie istniejące w tych miejscowościach cieplice obojętne (20—30° C.) mogą być używane jako letnie lub ciepłe kąpiele przez chorych, dla których, takie kąpiele są odpowiednie, a więc przez artrytyków, dotkniętych suchemi katarami oskrzeli, przez osoby starsze, nie znoszące zwykłych

www.dlibra.wum.edu.pl

zimnych zabiegów, kobiety, dotknięte jednocześnie chorobami organów płciowych i t. p.

Środki lekarskie, empirycznie stosowane w leczeniu ostrych i przewlekłych katarów oskrzeli, mają za cel ułatwianie utrudnionego wydalania plwociny, lub też ograniczenie i modyfikowanie nadmiernej wydzieliny, wreszcie zmniejszanie lub usuwanie męczącego kaszlu. Te wskazania lekarskie mają wypełniać od wieków zalecane t. zw. w farmakologji leki wykrztuśne (*expectorantia*) i łagodzące (*calmantia*). Środki te, stosowane wewnętrznie, a działające więcej pośrednio na błonę śluzową, mają wogóle, przy krytycznem ich ocenianiu przez nowszą farmakologję, wielce wątpliwą wartość. Ztąd też powoli zaczynają wychodzić z użycia. Z ogromnej liczby środków, podawanych w farmakologjach i podręcznikach za środki wykrztuśne wymienimy tu tylko najważniejsze, mianowicie:

a) Środki kleiste, rozmiękczające, zawierające w swym składzie cukier, działają głównie na błonę śluzową gardła, zmniejszając jej pobudliwość lub usuwając przylegający i zaschnięty śluz; środki te więc, jako łagodne wykrztuśne, są głównie wskazane w postaciach katarów ostrych oskrzeli, wikłanych zajęciem górnego odcinka dróg oddechowych, lub też w katarach przewlekłych ze skąpą wydzieliną, która przylega mocno do tylnej ściany gardła lub krtani, powodując mocne ataki ranne suchego kaszlu. Do tej grupy środków zaliczamy powszechnie dawniej używane ziółka (ślaz, t. zw. ziółka pektoralne, lukrecję, mech islandzki), cukierki gumowe i ślazowe i t. p., oraz dziś bardziej w użyciu będące wody alkaliczne z dodatkiem gorącego mleka lub serwatki.

b) Do drugiej grupy zaliczamy t. zw. alkaliczno-solne środki wykrztuśne, a zatem: wody mineralne alkaliczno-solne, wyżej opisane, oraz różnorodne przetwory lekarskie, między któremi, dawniej bardzo rozpowszechniony środek, a i dziś jeszcze używany, *Ammonium muriaticum* (1,0—5,0 na 200,0 wody), jest środkiem przykrym w użyciu i wątpliwej skuteczności, *Natrium benzoicum* w rozczynach 1—2% jest środkiem łagodnie pobudzającym ekspektorację dzięki zawartemu w nim kwasowi będźwinowemu; jest to lek, nie wywołujący żadnego pobocznego wpływu i zalecany bywa przeze mnie prawie wyłącznie jako środek wykrztuśny sam lub w połączeniu z lekkim kojącym środkiem (np. z kodeiną). w ostrych lub obostrzonych katarach przewlekłych oskrzeli (*Rp. Natrii benzoici* 4,0—5,0. *Aq. destill.* 180,0 *syr. simpl.* 20,0 *Codeini* 0,06—0,12. *MDS.* Co 2—3 godziny łyżkę stołową). Jednym z najlepiej działających środków tej grupy, stanowiącym prawdziwy środek wykrztuśny, jest jodek potasu—*kalium jodatum.* Jod, jak wiadomo, pobudza do wydzielania błonę śluzową oskrzeli; ztąd też w katarach oskrzeli z wydzieliną skąpą, zatykającą drobne oskrzelka, rozrzedza tę wydzielinę i ułatwia tym sposobem wydalanie jej na zewnątrz;

www.dlibra.wum.edu.pl

obok tego jodek potasu, pobudzając nerwy naczynioruchowe, jest środkiem, zmniejszającym duszność. Działanie jego niezwykle wybitne w suchych katarach z napadami prawdziwej astmy oskrzelowej, ujawnia się również, choć nie w takim stopniu, i w suchych katarach oskrzeli u emfizematyków i osób dotkniętych zwapnieniem tętnic przy objawach niedaleko posuniętej niedomogi sercowej. Szczególniej pożytecznym jest jod w chwilach obostrzeń katarów przy wystąpienieniu znacznej ilości świstów i wzmożonej duszności; od chwili, kiedy wydzielina poczęła się zwiększać, użycie jego należy przerwać. Co się tyczy dawkowania, które, zdaniem mojem, stanowi rzecz podstawową przy zalecaniu tego środka, należy pamiętać, że o ile w katarach czysto astmatycznych znoszone są dobrze dawki stosunkowo duże, to u chorych na katary oskrzeli znaczniejsze ilości jodu wywołują wielokrotnie efekt zupełnie przeciwny, t. j. wzmożenie się duszności i kaszlu. Zazwyczaj zalecam rozczyn 1%, a nawet 0,5%, co 2—3 godziny łyżkę stołową. W przypadkach mocnego kaszlu kombinuję jod ze środkami kojącemi (kodeina lub *lobelia*).

c) Środki wykrztuśne wymiotne (*ipecacuanha*, apomorfina, preparaty antymonu, *senega*, *scilla* i t. d.), szeroko dawniej używane, dziś coraz rzadziej bywają stosowane i sądzę, że słusznie ulegają stopniowemu zapomnieniu. Środki te, przedewszystkiem wzmagając czynność gruczołów ślinowych, tą drogą mogą odwilżać gardło i ułatwiać wydalanie nagromadzonej tamże wydzieliny; jednakże wywołując jednocześnie nudności a często nawet i wymioty, wpływają niekorzystnie na stan ogólny pacjentów, zwłaszcza osłabionych. Wskazane są chyba w tych razach, gdy idzie o szybkie usunięcie zawartości nagromadzonej w znacznej ilości, naprzykład u dzieci w drobnych oskrzelkach; usunięciu takiemu wielce sprzyjają wymioty, przez środki powyższe wywołane. Należy jednak nie zapominać, że przy wymiotach, szczególniej u osobników osłabionych, mogą wystąpić nieraz groźne dla organizmu objawy zapaści. Z tej grupy środków w ostatnich latach cieszy się największem uznaniem—zdaniem mojem niesłusznie—apomorfina, używana w dawce 0,001—0,005 kilka razy dzienie. (*Rp. Apomorphini muriat.* 0,01—0,02+*aq. destil.* 120,0×*syr. simpl.* 30,0+*Ac. muriat. dil. gtts. V. MDS.* Co 2—3 godziny łyżkę stołową).

d) Do środków, zmniejszających i zmieniających wydzielinę błony śluzowej oskrzeli, istotnie pożytecznych w leczeniu katarów przewlekłych należy zaliczyć leki eteryczno-oleiste, balsamiczne i smołowe (preparaty terpentyny, olejek eukaliptusowy, balsam peruwjański, tolutański i kopajwiany., preparaty smoły). Wszystkie te środki zawierają pierwiastki lotne, które, wydalając się przez drogi odechowe, zmieniają ich odżywianie, działając w pewnym stopniu antyseptycznie na błonę śluzową. Głównym reprezentantem tych środków jest terpentyna i jej pochodna, terpina (dwuwodan terpentyny, wzoru C_{20} H_{16} (H_2O_2)

www.dlibra.wum.edu.pl

$+2H_2O$), której wpływ na drogi oddechowe jest podobny do samej terpentyny. Terpina o tyle tylko jest lepsza, że nie wywołuje nigdy podrażnienia nerek, co niejednokrotnie daje się zauważyć po dłuższem stosowaniu terpentyny. Żołądek znosi ją dobrze; nie wywołuje ona nigdy odbijania, nudności ani wymiotów, co nieraz daje się zauważyć przy używaniu wewnątrz olejku terpentynowego. Przy dłuższem użyciu, głównie w katarach przewlekłych oskrzeli z obfitą śluzoworopiastą wydzieliną, terpina ogranicza ją, ułatwia odpluwanie i pozbawia plwocinę woni nieprzyjemnej, tak często spostrzeganej w śluzoworopnych katarach. Zalecamy ją w proszkach lub co najlepiej, w pigułkach 10-centigramowych, 3 razy dziennie po dwie. Pigułki te można używać całemi tygodniami, a nawet miesiącami bez obawy jakichkolwiek skutków ujemnych.

Olejek terpentynowy, jako też i ol. eukaliptusowy działają równie korzystnie. Zalecamy po 2—5 kropel olejku w mleku lub w kapsułkach, 2—3 razy dziennie. Większość chorych znosi dobrze powyższe olejki w tej formie, co ma pewne znaczenie w praktyce u biednej ludności ze względu na taniość tych leków, zalecanych w kroplach; u niektórych jednakże pacjentów, szczególniej kobiet, występują mdłości i nudności, nieraz nawet i pokrzywka, co zmusza do przepisywania innych środków z tej grupy.

Balsam peruwiański, który również często zalecam, przepisuję przeważnie w przypadkach przewlekłych katarów oskrzeli z obfitą wydzieliną, od czasu do czasu cuchnącą lub nawet krwawą, wzbudzającą podejrzenie głęboko położonych rozszerzeń oskrzeli. Środek ten bywa wogóle dobrze znoszony; przepisuję go w pigułkach 10-centigramowych *per se*, lub z niewielkim dodatkiem środka kojącego w przypadkach mocnego kaszlu, jak to bywa w rozszerzeniach oskrzeli. (*Rp. Bals. peruviani* 6,0—8,0, *Codeini puri* 0,06—0,15 *pulv. althaeae q. s. ut f. pill.* № 60 *MDS.* 2—3 razy dziennie po 2 pigułki).

Balsam kopajwiany zalecają w takich samych przypadkach autorowie francuscy (Dujardin—Beaumetz i inni) w kapsułkach, *per se* lub w połączeniu ze smołą po 0,5 kilka razy dziennie. Autorowie niemieccy zalecają w ostatnich czasach w przypadkach cuchnących katarów oskrzeli myrthol—po 0,3 kilka razy dziennie w kapsułkach. Środek ten jednak jest dotychczas drogi i nie przewyższa w niczem wyżej wyliczonych preparatów.

e). Środki kojące—*narcotica*. Użycie ich winno być w leczeniu katarów oskrzeli dosyć ograniczone; wskazane są przedewszystkiem w pierwszych okresach kataru ostrego, jeśli mamy do czynienia z kaszlem suchym, mocno niepokojącym chorych. Środki te, wówczas odpowiednio zastosowane, nietylko łagodzą kaszel, lecz zmniejszają przekrwienie i zastój, wywołany przez ataki kaszlu. W okresie powstającej już wydzie-

www.dlibra.wum.edu.pl

liny, szczególniej u dzieci i osób starszych, należy być z użyciem tych środków bardzo ostrożnym, zatrzymują one bowiem wydzielinę, głównie przy zajęciu najdrobniejszych oskrzelek i mogą się przyczynić do zwiększenia duszności, a nawet do powstania niedomogi serca.

Z powyższych względów użycie narkotyków i w przewlekłych katarach oskrzeli, szczególniej w postaciach suchych w połączeniu z rozedmą, winno być również zalecane z wielką ostrożnością. Środki kojące u tej kategorji chorych, zalecane szczególniej na noc, uspokajają wprawdzie na kilka godzin kaszel, lecz za to wywołują w godzinach rannych fatalne ataki kaszlu z mocną dusznością i uczuciem zaciśnienia w piersiach, dopóki zaschnięta plwocina nie zostanie z wielkim mozołem wydalona na zewnątrz. W tych razach, jak to już wyżej wzmiankowałem, daleko odpowiedniejsze będą preparaty jodu same, lub z dodatkiem środka kojącego.

Ze środków tej grupy zalecamy preparaty makowca (same przez się, lub z dodatkiem lekkiego środka nasercowego albo pobudzającego np. *t-rae convallar.*), a przedewszystkiem kodeinę, heroinę (*Rp. Heroini muriat.* 0,10—0,15+*aq. laurocerasi* 20,0. *MDS.* 2—3 razy dziennie po 20 kropel. *Rp. Codeini phosph.* 0,15+*aq. laurocerasi* 15,0+*T-rae convallar.* 5,0. *MDS.* 2—3 razy dziennie po 20 kropel), dalej *T-ra opii benzoica* (po 15—20 kropel kilka razy dziennie), *T-ra lobeliae* w (takich samych dawkach) samą przez się, lub w połączeniu z jodkiem potasu (*T-rae lobeliae* 20,0+*kalii jodati* 0,5—1,0 *MDS.* po 15—20 kropel kilka razy dziennie i t. p.).

f). Środki pobudzające i nasercowe (kofeina, kamfora, *benzoë* i t. p.) zalecamy w formach ciężkich katarów ostrych przy zajęciu drobnych oskrzeli i objawach niedomogi serca. Te same przetwory przepisujemy w przewlekłych katarach, szczególniej suchych z rozedmą, gdzie występują w okresach późniejszych objawy niedomogi serca, obrzęki i t. p. cechy zaburzeń równowagi w krążeniu.

g). Środki wzmacniające i odżywcze (*tonica et nutritiva*) stosujemy bądź u rekonwalescentów po przebytych ciężkich katarach oskrzeli, bądź też u osób osłabionych, anemicznych lub skrofulicznych. Do grupy tych środków obok ogólnie odżywczych metod (kefir, mleko i t. p.) zaliczamy przetwory arszeniku i żelaza, jako takie (*ferrum jodatum, syr. ferri jodati, sol. Pearsoni*), lub też pod postacią wód mineralnych (Levico, Roncegno i t. p.) Tran (*Ol. Jecoris Aselli*) zalecam oddawna dzieciom skrofulicznym, dotkniętym przewlekłym katarem oskrzeli, z dodatkiem 2—5 kropel olejku eukaliptusowego na łyżkę tranu, rano i wieczór; w tej postaci dzieci biorą zwykle tran chętnie i znoszą go dobrze nieraz całemi nawet miesiącami. W tej grupie środków wspomnieć jeszcze muszę o strychninie, która, jako środek wzmacniający mięsień serca i muskulaturę oskrzeli i zmniejszający duszność, gorąco zalecana bywa w przewlekłych, przeważnie suchych katarach oskrzeli przez

www.dlibra.wum.edu.pl

autorów angielskich (J. Milner Fothergill—*Chronic bronchitis*). Środek ten zalecałem wielokrotnie chorym tej kategorji pod postacią pigułek 1—2 miligramowych, 2—3 razy dziennie po jednej, nie widziałem jednak z użycia jego jakichś wybitnych korzyści; jedynie u chorych, dotkniętych jednocześnie upartą atonją kiszek, środek ten, regulując wypróżnienia, wpływa pośrednio tą drogą na zmniejszenie duszności.

Ogólne i miejscowe upusty krwi (upust krwi, bańki cięte, pijawki), uważane dawniej za metodę przeciwzapalną, szeroko stosowane były w ostrych, a nawet i przewlekłych katarach oskrzeli. Nowoczesna medycyna zaniechała ich użycia prawie w zupełności. Ogólny upust krwi może mieć wyjątkowo zastosowanie w ostrem obrzękowem zapaleniu oskrzeli z objawami ostrej niedomogi serca, u osobników przedtem zdrowych i pełnokrwistych. Bańki cięte, pijawki, zalecane jeszcze u nas niejednokrotnie w ostrych katarach oskrzeli, jako środki zupełnie nieuzasadnione, winny być kompletnie zaniechane.

Środki odciągające na skórę (*derivantia*) jako to: bańki suche, gorczycznik, plaster „Thapsia", jodyna, termokauter, a przedewszystkiem pryszczydła (*vesicantia*) stanowią metodę od wieków empirycznie stosowaną wszędzie a szczególniej u nas i we Francji w przebiegu ostrych i przewlekłych katarów oskrzeli. Środki te, często skuteczne w przypadkach takich katarów, uważane były przez szkołę niemiecką za środki wątpliwej wartości; znalazły jednak one w ostatnim dziesiątku lat dostateczne wyjaśnienie za pomocą teorji naczynioruchowej (F. Franck). Wyjaśniono bowiem eksperymentalnie, że drażnienie skóry przez środki powyższe pobudza nerwy naczynioruchowe skóry, wywołując następnie na drodze odruchowej różne skutki fizjologiczne (anemję, przekrwienie, zmiany w odżywianiu i t. p). w organach wewnętrznych. Doświadczenie kliniczne wykazuje, że należące do tej grupy środki wpływają korzystnie szczególniej na zmniejszenie duszności i kaszlu i ułatwienie odpluwania, t. j. na główne objawy chorób, o których mowa. Z grupy tej zalecamy szczególniej suche bańki w ostrych katarach oskrzeli z jednocześnie towarzyszącą im dusznością, jako też w obostrzonych przewlekłych katarach suchych, przy wystąpieniu kaszlu suchego z dusznością i objawami zajęcia drobnych oskrzeli. W tej postaci, szczególniej uparcie powtarzającej się, nieraz skutecznie działają niewielkie pryszczydła, stosowane od czasu do czasu na przednie części klatki piersiowej. Skuteczność ich, z punktu widzenia klinicznego nie ulegająca dla mnie najmniejszej wątpliwości, a naukowo wyjaśniona, jak tylko co wspomniałem, za pomocą teorji naczynioruchowej, być może, wywiera swój wpływ dodatni jeszcze przez wchłonienie surowicy w myśl najnowszych poglądów terapeutycznych o leczniczych własnościach surowic (Lauder Brunton).

www.dlibra.wum.edu.pl

Wreszcie należy wspomnieć pokrótce o mechanicznej metodzie leczenia katarów oskrzeli, proponowanej przez niektórych autorów niemieckich (Quincke, Jacobson, M. Mendelsohn [1]). Metoda ta polega: 1) na odpowiedniem ułożeniu chorego, ułatwiającem spływanie nadmiernej wydzieliny, a więc na odpowiednim boku, z głową nizko ułożoną, a tułowiem nieco wzniesionym; sposób ten ma być skutecznym w przewlekłych katarach z bardzo obfitą wydzieliną, mającą swe źródło w głęboko i nizko umiejscowionem rozszerzeniu oskrzeli; 2) na wyuczeniu chorego, aby całą siłą woli starał się, o ile można, kaszel wstrzymywać, kaszlać zaś dopiero wówczas, gdy nagromadziła się już dostateczna do wydalenia ilość plwociny. Ten ostatni sposób jest szczególniej pożyteczny w katarach przewlekłych suchych, i może być z korzyścią w takich przypadkach polecony chorym inteligentnym, którzy dobrze zrozumieją odpowiednie wyjaśnienie lekarza.

Po rozpatrzeniu wszystkich powyższych metod leczniczych należałoby się zastanowić pokrótce nad pytaniem, która z danych metod w odpowiednich postaciach i przypadkach może być stosowana. Pod tym względem jednakże musimy się ograniczyć tylko do ogólnikowych wskazówek, w każdym bowiem przypadku chorobowym zastosowanie danej metody i środka zależy w wysokim stopniu od indywidualnych właściwości danego osobnika, jego wieku, konstytucji, odporności organizmu, zajęcia, warunków życia, stopnia zamożności i t. p. czynników. Lekarz ordynujący, wniknąwszy w to wszystko, z łatwością z wyżej rozpatrzonych metod leczniczych wynajdzie dla danego osobnika odpowiednie wskazania i środki.

W ostrych katarach oskrzeli o przebiegu lekkim lub średniego natężenia, obok dobrych warunków higjeniczno-djetetycznych (równomierna ciepłota w pokoju, dobrze przewietrzanym) zalecamy u osób dorosłych lekkie środki wykrztuśne same lub z dodatkiem środka kojącego (np. *natrium benzoicum c. codeino*), oraz obfite i częste popijanie wody alkalicznej z gorącem mlekiem. Przy jednoczesnem mocnem zajęciu krtani i tchawicy pożyteczne będą ciepłe wziewania z wody alkalicznej z dodatkiem kokainy, lub mentolu, jeśli jednocześnie istnieje mocny suchy kaszel. Chory przytem nie potrzebuje pozostawać w łóżku, a latem może nawet wychodzić na świeże powietrze; zimą w naszym klimacie zawsze bezpieczniej w ciągu kilku pierwszych dni zalecić choremu przebywanie w domu. Zalecane powszechnie dawniej, a do dziś wśród publiczności cieszące się

[1]) Ueber die therapeutische Beeinflussung der Expectoration durch die Heilmittel der Hypurgie. Berliner Klinik № 133.

www.dlibra.wum.edu.pl

powszechnem uznaniem środki, jakoto: kąpiel gorąca, kąpiel nożna, łaźnia parowa i t. p., mające jakoby przerywać ostre katary, nie osiągają zazwyczaj zamierzonego celu; przeciwnie, nieraz nawet pogarszają ostry katar.

W ostrych rozlanych katarach, zajmujących najdrobiejsze oskrzela (*bronchitis cappillaris*), należy chorego bezwarunkowo pozostawić w łóżku, tembardziej, jeśli jak to zazwyczaj ma miejsce, chory odrazu gorączkuje. Ze środków zalecamy również wykrztuśne, unikając jednakże o ile można narkotyków; natomiast jaknajczęstsze środki odciągające na skórę (przedewszystkiem bańki suche i gorczycznik). Pożyteczne również są zawijania hydropatyczne całego tułowia, zmieniane co 6—12 godzin. Przy objawach poczynającej się niedomogi serca wcześnie wskazane będą środki nasercowe i pobudzające (kamfora, kofeina, *benzoë*). Dobre warunki higjeniczne, dobrze przewietrzany, duży, niezbyt ciepły pokój stanowi obok tego jeden z ważniejszych czynników leczniczych. Pożywienie winno być lekkie i wzmacniające (mleko, kefir, rosół, polewka winna i t. p.) Środki obniżające ciepłotę, są zazwyczaj zbyteczne; jedynie w ostrych rozlanych katarach pochodzenia grypowego, przy mocnych nasileniach ciepłoty i ogólnem rozbiciu chorego, zalecić możemy antypirynę i to w dawkach nie dużych (0,3—0,5 dwa do trzech razy dziennie) samą przez się lub, co jeszcze lepiej, z dodatkiem kofeiny. Przy groźnych objawach niedomogi serca, poczynającej się sinicy u dobrze odżywianych osobników, wskazany bądzie nawet obok środków pobudzających, ogólny upust krwi. Z poczynającą się rekonwalescencją wskazane będą środki wzmacniające (arszenik, żelazo) i wyjazd na świeże powietrze, nawet zimową porą.

Katary ostre oskrzeli u dzieci, nawet w postaci lekkiej, wymagają pozostawienia dziecka w domu, a lepiej jeszcze—w łóżku, szczególniej w ciągu pierwszych dni choroby. W ten sposób nieraz uchronimy dziecko od przejścia kataru na drobne oskrzelka. Ze środków zalecamy lekkie wykrztuśne (*natrium benzoicum*, apomorfinę, ipekakuanę), suche bańki, napój alkaliczny z gorącem mlekiem, unikając, o ile można środków narkotycznych. Przy przejściu kataru na drobne oskrzelka jedynym z lepszych środków mają być, według Henoch'a, hydropatyczne zawijania klatki piersiowej o ciepłocie pokojowej. Zawijania te przy gorączce muszą być systematycznie zmieniane w ciągu całej doby co godzinę, a następnie co dwie, i stosowane tydzień lub dłużej, dopóki nie nastąpi wyraźne polepszenie. W okresie wystąpienia licznych wilgotnych rzężeń, a jednocześnie utrudnionego odpluwania zalecamy środki pobudzające: wewnątrz —*lig. ammonii anisati*, nazewnątrz—gorczyczniki, a nawet małe pryszczydła; pożywienie wzmacniające i pobudzające—mleko, wino, kawa czarna i t. p.). Przy objawach upadku stanu ogólnego i niedomogi serca—kamfora, *benzoë*, kofeina, lub też zalecane przez autorów niemieckich kąpiele letnie z zimnemi oblewaniami tułowia kilka razy dziennie powtarzane; mają

www.dlibra.wum.edu.pl

być one szczególnie pożyteczne przy poczynającej się sinicy i objawach zatrucia kwasem węglanym. (Jürgensen).

W ostrych katarach oskrzeli u starców, które, podobnie jak u dzieci, stanowią zawsze poważne cierpienie, unikać należy również środków kojących i metod osłabiających; przeciwnie—odrazu zalecać należy środki pobudzające i nasercowe (kamfora, kofeina, *lig. ammonii anisati*, wino), obok środków odciągających na skórę (bańki, gorczyczniki). Naturalnie, i tutaj pozostawienie chorego w łóżku i dobre warunki higjeniczno-djetetyczne odgrywać będą, podobnie jak i u dzieci. pierwszorzędną rolę.

Katary przewlekłe o postaci suchej, lub też przebiegające z mniej lub więcej obfitą wydzieliną, przedewszystkiem wymagają nie leczenia, a właściwie mówiąc, odpowiedniego zachowania higjeniczno-djetetycznego, które szczegółowo wyżej opisaliśmy. Naturalnie, leczenie powietrzem, czyli terapja klimatyczna z użyciem odpowiednich wód mineralnych lub bez nich stanowić będzie najistotniejszą podstawę terapji. Powyżej również wskazaliśmy jakie postaci kwalifikują się do leczenia klimatem swojskim, górskim lub też nadmorskim. Wskazaliśmy także i te przypadki, w których pożyteczną jest zmiana klimatu i pobyt na południu. A więc:

1) W katarach z umiarkowaną wydzieliną, u osobników zresztą względnie dobrze się mających, obok środków higjeniczno-djetetycznych, zalecamy lekką hydropatję, prowadzoną cały rok w domu, środki balsamiczne (terpina, eukaliptus), brane od czasu do czasu w okresach nasilającego się kataru. Latem wyjazd na kilka tygodni na wieś, lub co jeszcze lepiej, w góry dla odbycia tamże, obok kuracji klimatycznej, leczenia hydropatycznego. 2). W katarach suchych, idących w parze z rozwijającą się stopniowo rozedmą, wskazane będą w okresach pogorszenia środki odciągające na skórę (suche bańki, a nawet pryszczydła), wewnętrznie zaś—wody alkaliczne i środki wykrztuśne, najlepiej z dodatkiem jodku potasu (*natrium benzoicum c. kalio jodato*), lub łagodne leki kojące z jodem. Latem wskazany będzie dla takich chorych pobyt nad morzem, lub też w zdrojowiskach z wodami alkoliczno-słono-żelazistemi, przy jednoczesnem stosowaniu wziewań alkalicznych lub leczenia zgęszczonem powietrzem. Przy objawach znaczniejszej rozedmy i niedomogi serca wskazane są środki nasercowe, pobudzające i odciągające na skórę. U tej kategorji chorych, gdzie to jest możliwe, wielce pożyteczny bywa pobyt zimowy na południu (Riviera i inne wyżej wymienione miejscowości).

3) W katarach z bardzo obfitą śluzoworopną wydzieliną, (*broncho-blenorrhoea*) obok dobrych warunków higjeniczno-djetetycznych wskazane będzie systematyczne przez długi przeciąg czasu użycie środków balsamicznych (terpina, eukaliptus, balsam peruwjański). Jednocześnie winny być stosowane konsekwentnie, ze względu na szybko

www.dlibra.wum.edu.pl

rozwijający się u takich chorych upadek stanu ogólnego, środki odżywcze i wzmacniające (żelazo, arszenik i t. p.). Jako miejsce pobytu letniego odpowiednie są stacje klimatyczne leśne, gdzie jednocześnie odbywać można kurację kumysową (Sławuta, Pohulanka i t. p.). Zimą wielce pożyteczny być może pobyt w klimacie ciepłym i suchym (Riviera, Egipt).

4). W katarach z wydzieliną cuchnącą (*bronchitis putrida*) obok dobrych warunków chigjeniczno-djetetycznych starać się należy o ułatwienie wydzieliny i usuwanie jej cuchnienia. W tym celu zalecamy wewnętrznie środki balsamiczne (terpentyna, eukaliptus, myrtol), oraz ciepłe i często powtarzane wziewania ze środków odkażających (2—3% kwas karbolowy, tymol, mentol i t. p.). Pomimo mocnego kaszlu użycie narkotyków winno być bardzo ograniczone i stosowane tylko przy mocnem wyczerpaniu i bezsenności. Ułożenie odpowiednie chorego, wstrzymywanie kaszlu siłą woli (metoda mechaniczna wyżej wzmiankowana) nieraz skutecznie wpływa na zmniejszenie mocnych ataków kaszlowych. Jednocześnie stosowane być winny energiczne środki odżywcze i pobudzające. Przy nocnych nasileniach gorączkowych o typie gorączki septycznej zalecamy chininę. lub salol.

5). W kataracr, ograniczonych przeważnie do tchawicy (*tracheitis acuta et chronica*) w ostrej postaci skutecznie działają ciepłe wziewania środków uspokajających (wody alkaliczne z dodatkiem morfiny lub kokainy), lub leków balsamicznych za pomocą t. zw. inhalatorów suchych (*Rp. Mentholi* 5,0 + *Terpinoli* 2,5 + *Eucalyptoli albi puriss.* 3,0 + *Ol pini pumilionis* 1,5. *MDS.* po 5—8 kropel do suchej inhalacji). W przewlekłym katarze tchawicy, o postaci suchej (*tracheitis sicca*), obok metodycznego stosowania ciepłych wziewań z rozczynów alkalicznych (woda Emska, Szczawnicka i t. p.), wielce pożyteczne są wlewania wewnątrztchawicowe słabych roztworów jodu (*Rp. Jodi puri* 0,3 + *kalii jodati* 1,25 + *glycerini* 30,0 × *Ol. Menthae pip. gtts.* II, *MDS.* Do wlewania) za pomocą szpryczki krtaniowej, stosowane z początku codziennie, a następnie co 2—3 dni.

6). W zapaleniu oskrzeli natury zimniczej (*bronchitis malarica*), naturalnie, o ile rozpoznanie tej sprawy potwierdzi badanie krwi, wskazane jest leczenie chininą, które, jak to wyżej zaznaczyliśmy w opisie spostrzeganego przeze mnie przypadku, usuwa bardzo szybko zajęcie oskrzeli. W katarach oskrzeli, towarzyszących przewlekłemu charłactwu zimniczemu (*cachaexia malarica*) a zależnych od osłabienia działalności serca i ogólnego wyniszczenia organizmu, wskazane będą środki wzmacniające (żelazo, arszenik), oraz leczenie klimatyczne, najlepiej klimatem górskim (Krynica, St. Moritz i t. p.).

7). Katary przewlekłe u osobników, dotkniętych usposobieniem artrytycznem, wymagają w wysokim stopniu uwzględnienia stanu ogólnego chorych i związanego z nim cierpienia podstawo-

www.dlibra.wum.edu.pl

wego (artrytyzmu). U artrytyków otyłych, zdradzających wyraźne objawy *plethorae abdominalis*, katary oskrzeli suche wymagają przedewszystkiem odpowiedniego leczenia higjeniczno - djetetycznego w okresach zaś pogorszenia kataru wskazane będą środki odciągające na skórę (bańki, pryszczydła), na kanał pokarmowy (środki czyszczące solne); jodek potasu w niewielkich ilościach sam przez się lub w połączeniu ze słabym środkiem kojącym wpływa korzystnie na zmniejszenie duszności i ułatwienie wykrztuszania skąpej plwociny. Latem dla tej kategorji osobników wskazane będzie leczenie klimatyczne w połączeniu z wewnętrznem użyciem wód z grupy alkaliczno-gorzkich a więc — Karlsbad, Marienband lub Tarasp. U osobników szczupłych z wybitnemi i często pogarszającemi się zmianami w stawach obok jodku potasu, zalecanego od czasu do czasu, wskazana będzie latem kuracja klimatyczna w miejscowościach, posiadających kąpiele słone, słono-siarczane lub obojętne (Rabka, Reichenhall, Ischl, Landeck, Eaux Bonnes w Pirenejach i t. p.); zimą, o ile stan materjalny chorych na to pozwala, wskazane będą miejscowości ciepłe słoneczne, najlepiej we Francji południowej położone (Nizza, Mentona i t. p.).

U artrytyków dotkniętych przewlekłemi katarami oskrzeli, z objawami przewlekłego kataru żołądka, z dominującą nadkwaśnością, lub często powtarzającemi się napadami kolki nerkowej, przy stale wydzielającym się piasku nerkowym, odpowiednie będą wody alkaliczne i pobyt letni w miejscowościach, posiadających takie wody (Szczawnica, Ems, Salzbrunn, Vichy).

8). Katary przewlekłe oskrzeli, towarzyszące różnorodnym sprawom chorobowym serca i naczyń, wymagają naturalnie, uwzględnienia cierpienia podstawowego. Słusznie bowiem i obrazowo pod tym względem wyraża się Huchard, że u tej kategorji pacjentów „choroba tkwi w płucu, lecz niebezpieczeństwo — w sercu". Przy wadach zastawkowych i cierpieniach mięśnia sercowego leczenie podstawowe higjeniczno-djetetyczne, właściwe odpowiedniej sprawie sercowej, będzie jednocześnie wpływało dodatnio i na katar oskrzeli.

W okresach obostrzeń kataru środkami najwłaściwszemi będą leki nasercowe, w dalszym zaś ciągu jodek potasu; środki narkotyczne stosowane być winny z wielką ostrożnością i to tylko w okresach mocno naruszonej kompensacji, przy występującej bezsenności z powodu ataków suchego i mocnego kaszlu. Środki odciągające na skórę w tym okresie choroby również bywają pożyteczne. Przy cierpieniach naczyń (stwardnienie tętnic) katary oskrzeli nawet o lekkiej postaci, jak to wyżej wzmiankowałem, wywołują szybko osłabienie działalności serca, nieraz nawet białkomocz; ztąd też w takich razach wskazane będą odrazu środki nasercowe w sporej dawce, a przedewszystkiem naparstnica (*digitalis*). Po ustąpieniu objawów ostrego kataru wskazany będzie do dłuższego użycia jo-

www.dlibra.wum.edu.pl

dek potasu w połączeniu z kofeiną lub sparteiną (Huchard). Preparaty jodu, podług tego autora, ułatwiają pracę serca przez zmniejszenie ciśnienia tętniczego; pobudzają jednocześnie krążenie obwodowe, oraz krążenie w narządach wewnętrznych, działają roztwarzająco (*resolutive*) na tkanki sklerotyczne, a tem samem zmniejszają w wysokim stopniu usposobienie do powstawania przewlekłych katarów oskrzeli, tak często towarzyszących tym sprawom, Co się tyczy leczenia klimatycznego, to katary przewlekłe oskrzeli u chorych w okresie dobrze jeszcze zachowanej kompensacji wymagają powietrza czystego i łagodnego. Pobyt więc na wsi, w lesie, nad morzem lub też w stacjach klimatycznych niezbyt wysoko położonych (Reichenhall, Gleichenberg i t. p.) będzie na lato najodpowiedniejszy; zimą zaś z korzyścią chorzy tacy przebywać mogą w miejscowościach o klimacie południowym.

Katary oskrzeli, towarzyszące tętniakom aorty i guzom śródpiersia, występują w okresach ucisku tych guzów na tchawicę lub oskrzela i posiadają wszystkie cechy katarów zastoinowych. Leczenie tych spraw może być jedynie objawowe; wskazane tu będą przedewszystkiem środki kojące (*narcotica*) same przez się, lub w połączeniu ze środkami nasercowemi albo pobudzającemi.

9). Katary przewlekłe towarzyszące ostrym i przewlekłym chorobom nerek.

W leczeniu spraw tej kategorji nie należy zapominać, jak to już było wyżej wskazane, że katary te są częściowo natury zastoinowej, a towarzysząca im duszność zależy w części od otrucia toksynami (*astma uraemicum*). Z tego powodu w razach podobnych wskazane są z jednej strony środki, pobudzające krążenie (środki nasercowe: naparstnica, kofeina), z drugiej zaś—środki, usuwające nagromadzone toksyny (djeta mleczna, kąpiele ciepłe, środki przeczyszczające i t. p.). Środki powyższe, działając na cierpienie podstawowe wpływają jednocześnie korzystniej i na zmniejszenie katarów oskrzeli; wspomagająco w tym kierunku oddziaływać będą również środki odciągające na skórę (suche bańki, gorczyczniki i t. p.).

W przewlekłych katarach oskrzeli, towarzyszących śródmiąższowemu zapaleniu nerek (*nephritis interstitialis*) przy nieźle zachowanym stanie ogólnym bywa często wielce pożytecznym pobyt zimowy w południowym klimacie (Riviera, Egipt).

---

www.dlibra.wum.edu.pl

ZAPALENIE OSKRZELI WŁÓKNIKOWE LUB KRUPOWE

(Bronchitis fibrinosa s. crouposa).

WYKŁAD. XVIII.

TREŚĆ. Zapalenia pierwotne, ich rzadkość. Postać ostra; jej szczegółowa symptomatologja; dwa odpowiednie kazuistyczne przypadki. Etjologja spraw ostrych. Postaci przewlekłe; ich symptomatologja szczegółowa; przypadek kazuistyczny. Etjologja zapaleń przewlekłych. Bliższa charakterystyka wyrzucanych złogów; teorje ich powstawania. Zapalenia włóknikowe wtórne; stosunek ich do gruźlicy; rokowanie i leczenie. Zapalenia włóknikowe oskrzeli w błonicy i zapaleniu płuc włóknikowem. Zapalenie oskrzelek zacieśniające (bronchiolitis obliterans).

Pod nazwą włóknikowe, lub krupowe zapalenie oskrzeli rozumiemy takie zapalenie błony śluzowej oskrzeli, w którem wytwarzają się tak zwane błony rzekome czyli krupowe. Wypocina ta włóknikowa, odkładając się wprost na błonie śluzowej, wytwarza odlewy włóknikowe pod postacią białych tworów walcowatych większych lub mniejszych, zależnie od tego, czy sprawą są dotknięte większe, czy też mniejsze oskrzela. Zapalenie to powstaje najczęściej wtórnie, jako sprawa zstępująca w zapaleniu włóknikowem gardła, krtani i tchawicy pochodzenia dyfterytycznego, lub też jako sprawa wstępująca w ostrem włóknikowem zapaleniu płuc. Powstają one również nieraz, aczkolwiek bardzo rzadko, w przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc, w przewlekłych cierpieniach serca, syfilisie, w ostrych zakaźnych wysypkach, tyfusie, wyprysku (*herpes*), w niektórych otruciach (jod), po wdychaniu gazów, mocno drażniących błonę śluzową oskrzeli i t. p.

O wiele rzadziej, a nawet, można powiedzieć, wyjątkowo zapalenie to występuje jako sprawa pierwotna, stanowiąc jedną z najrzadszych chorób dróg oddechowych, a przytem do dziś dnia niemal zupełnie pod względem etjologicznym ciemną sprawę. O cierpieniu tem słusznie powiada Riegel, autor wybornej w tej kwestji monografji, że w największych szpitalach przechodzą lata, a nieraz nawet i dziesiątki lat, zanim trafi się pojedynczy przypadek tego cierpienia.

www.dlibra.wum.edu.pl

Przystąpmy przedewszystkiem do szczegółowego rozpatrzenia t. zw. pierwotnego włóknikowego zapalenia oskrzeli.

Sprawa ta występuje odrazu ostro lub, co się względnie częściej zdarza, przewlekle, charakteryzując się tą szczególną i podstawową właściwością, że chorzy wypluwają od czasu do czasu wytwarzające się na błonie śluzowej oskrzeli włóknikowe produkty zapalne pod postacią białawych rozgałęzionych walców różnej wielkości i grubości.

Cierpienie, w mowie będące, wspominali już najdawniejsi autorowie, dopiero jednakże angielski autor Clarke (1697) opisał je szczegółowo, pod względem klinicznym. Od tej pory liczni bardzo autorowie (Nicholls, Boerchave, Morgagni, Van Swieten, Hunter, Dixon, Laennec, Müller, Reinall i inni) podawali liczne opisy tego zagadkowego cierpienia. Poczynając jednakże dopiero od Biermera (1855) i zawdzięczając dalszym badaniom Leberta i Riegla, Lucas-Championnièra. Beschornera i innych[1]), sprawa ta została gruntownie opracowana, pod względem klinicznym i anatomopatologicznym. W literaturze naszej ogłoszony został po raz pierwszy w r. 1870 w „Gazecie Lekarskiej" przez doktora Helbicha jeden dość pobieżnie opracowany przypadek kazuistyczny p. t.: „Złóg w oskrzelach". W r. 1891 w tem samem piśmie ukazał się Józefowicza opis przypadku zapalenia włóknikowego oskrzeli wtórnego (przy cierpieniu serca). Dalej idą trzy przypadki pierwotnego zapalenia oskrzeli, ogłoszone przeze mnie w r. 1895 w „Gazecie Lekarskiej", jeden przypadek Puttermanna („Medycyna", 1896) i jeden Dobrzyckiego („Medycyna" 1905). Razem więc w literaturze polskiej mamy ogłoszonych zaledwie siedm przypadków, z których tylko 5 dotyczy sprawy pierwotnej.

Postać ostra, jak już wyżej wzmiankowałem, występuje niezwykle rzadko, rozpoczynając się dreszczem, wielokrotnie się powtarzającym, poczem szybko zjawia się wysoka gorączka (nieraz 40°), jednocześnie zaś występuje mocny, męczący, niemal stały kaszel, niezwykle wycieńczający. chorego. Chorzy przytem doświadczają uczucia zaciśnienia w piersiach i stopniowo wzmagającego się braku tchu. Kaszel, bezustannie trwający, przy istniejącej gorączce i upadku odżywiania ogólnego, w wysokim stopniu wyczerpuje chorych; ztąd też bardzo szybko, bo już w dni kilka

---

[1]) Beschorner: *Ueber chronische essentielle fibrinöse Bronchitis (Bronchialcrup).* Volkmann's *Sammlung klinischer Vorträge* № 73, 1893. W monografji tej zebrana została wyczerpująco literatura zagraniczna tego przedmiotu. Całkowita liczba przypadków ogłoszonych niewiele przekracza setkę.

www.dlibra.wum.edu.pl

zjawiają się objawy niedomogi serca. Kaszel, z początku suchy, powoli zmienia charakter; śród wysiłków kaszlowych zaczyna się wydzielać nieznaczna ilość plwociny lepkiej śluzowej, często krwią zabarwionej; wreszcie wśród napadu mocnej duszności chory odrazu zaczyna wyrzucać masy białawe, w których po wrzuceniu do wody poznać można białe rozgałęzione odlewy włókniowe oskrzeli. Zazwyczaj potem następuje znaczna ulga: duszność i kaszel się zmniejsza, chorzy czują się lepiej, gorączka spada, najprędzej jednakże po kilku godzinach lub też dniach znowu zjawia się duszność i kaszel, i następuje wyrzucanie świeżych odlewów. Po kilku tygodniach chory wraca do zupełnego zdrowia. W niektórych przypadkach sprawa kończy się pomyślnie po pewnym szeregu ataków, połączonych z wyrzucaniem odlewów; w innych jednaże ogłoszonych przypadkach duszność i stan gorączkowy trwały stale, zjawiały się objawy sinicy, zaduszania; zejście śmiertelne zanotowano w połowie podobnych przypadków. Wreszcie w trzeciej kategorji przypadków sprawa ostra przechodzi w przewlekłą, chorzy po ustąpieniu burzliwych objawów czują się zupełnie dobrze, od czasu do czasu jednak występuje duszność, najczęściej bez gorączki, zakończona wyrzuceniem świeżych odlewów. Sądzę, że nie będzie zbytecznem, ze względu na wyjątkową rzadkość przypadków, podanie tutaj krótkiego opisu moich spostrzeżeń.

Trzydziestoletni lekarz, wiele czasu poświęcający zajęciom anatomicznym, zapadał od kilku lat od czasu do czasu na suche nieżyty oskrzeli. Dnia 28 IX. 1894, czując się przedtem zupełnie dobrze, doświadczył napadu duszności, trwającej kilka minut. Napady podobne, w ciągu następnych dni kilku powtarzały się; kaszel był suchy, niewielki; gorączki nie było wcale. Wysłuchując klatkę piersiową stwierdziłem li tylko porozrzucane świsty. Duszność była wyraźna, mimo to pacjent zajmował się dalej zwykłemi swemi zajęciami. Dnia 2. X. wystąpiły mocne dreszcze, duszność wzmogła się, zjawił się kaszel w postaci napadowej bez wydzielania plwociny. W dniu następnym chory począł gorączkować stale (38—38,6°), dreszcze były codziennie. Napady suchego kaszlu występowały wielokrotnie w ciągu dnia, wywołując silne osłabienie. Dnia 8. X. t. j. ósmego dnia choroby, w czasie mocnego napadu kaszlu poczęły się wydzielać skrzepy włóknikowe różnej wielkości, mniej więcej 2—3 centymetrów długości mające, przyczem wydzieliny śluzoworopnej było bardzo mało. Odlewy te przedstawiały się jako białe rurki. Badanie mikroskopowe wykazało w nich budowę jednolitą z równolegle idących warstw; pomiędzy niemi widać było niewielką ilość białych ciałek krwi; barwione fioletem gencjanowym (*Gentianaviolett*) złogi te wykazały obecność nieznacznej ilości drobnoustrojów (*cocci*). Dnia następnego wystąpiły mocne dreszcze, trwające około 2-ch godzin, z następczą gorączką dochodzącą od 41,1°. Duszność była bardzo mocna. Chory wyrzucał od czasu do czasu śluzoworopną plwocinę i odlewy włóknikowe. Stan taki

www.dlibra.wum.edu.pl

trwał tydzień. Występowały codziennie dreszcze z gorączką, dochodzącą do 39—40°; napady kaszlu trwały stale z wyrzucaniem obfitej plwociny nielicznemi odlewami. Stan ogólny podupadał szybko, wystąpiły objawy wzmagającej się niedomogi serca (sinica, tętno 120—140). Wysłuchiwanie klatki piersiowej wykazywało z początku li tylko porozrzucane świsty, następnie, przeważnie w dolnotylnych częściach płuc ograniczone rzężenia. Od 14. X. chory zaczął się poprawiać, dreszcze codziennie zmniejszały się, gorączka nie przekraczała 39°; kaszel jednakże był ciągle w mocnem natężeniu. Stan taki trwał mniej więcej do końca października, t. j. przeszło miesiąc od początku choroby, poczem gorączka ustąpiła, kaszel stopniowo się zmniejszał, wydzieliny było coraz mniej; objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej znikały powoli. Po upływie kilku tygodni pacjent, jako zupełnie zdrów, powrócił do swych zajęć.

Plwocina, w ciągu choroby wielokrotnie i bardzo szczegółowo badana, wykazywała przeważnie ciałka śluzoworopne. Preparaty, barwione na pasorzyty, wykazywały obecność koków, ułożonych w kępki i łańcuszki, przypominające stafilokoki i streptokoki. Z powyższej plwociny dokonane zostały szczegółowe hodowle, składające się wyłącznie prawie z gronkowca białego i złocistego (*staphylococcus pyogenes albus et aureus*).

Drugi przypadek, spostrzegany przeze mnie, miał również przebieg ostry lecz o wiele łagodniejszy.

Kobieta 21-letnia, zupełnie uprzednio zdrowa, doświadczała w ciągu 2-ch dni dreszczy, uczucia ogólnego rozłamania, oraz bólu pod prawą łopatką i podobno gorączkowała nieco (ciepłota nie była mierzona). Drugiego dnia wieczorem, wśród ataku mocnej duszności, wyrzuciła białawe odlewy oskrzeli, krwią zabarwione, poczem duszność zmniejszyła się znacznie. Wystraszona mocno chora dnia następnego (24/XII 1894 r.) zasięgnęła mojej porady. Przy badaniu wybornie wyglądającej i nie gorączkującej chorej nie byłem w stanie wykryć ważniejszych zboczeń w narządach klatki piersiowej. Wyrzucone odlewy przedstawiały niewielkie (2—3 ctm. długości) wałeczki, krwią nieco zabarwione. Badanie drobnowidzowe wykazało, że skrzepy te składały się z leukocytów, przeważnie eozynofilowych, gruboziarnistych, zlepionych małą ilością substancji śluzowowłóknikowej, bardzo niewielkiej ilości czerwonych krążków krwi, komórek nabłonkowych większych zaokrąglonych, mocno ziarnistych i mieliny; gdzieniegdzie dały się zauważyć rozrzucone nabłonki drobne walcowate, nieco nabłonków płaskich; w skrzepach znajdowały się miejscami typowe duże włókna spiralne Curschmanna i mnóstwo kryształów Charcot-Leydena, laseczników gruźliczych nie wykryto. W ciągu tygodnia chora codziennie doświadczała dreszczy; również codziennie wydzielały się skrzepy włóknikowe, zawsze nieco krwią zabarwione. Każdemu wydzielaniu się

www.dlibra.wum.edu.pl

odlewów towarzyszyło uczucie duszności. W końcu tygodnia, wśród objawów mocnej duszności, wyrzuciła chora odlew większy, oraz nieco plwociny śluzoworopnej, której badanie wykazało, podobnie jak poprzednio, ciałka śluzoworopne i kryształy Charcot-Leydena, natomiast tym razem włókien Curschmanna nie udało się wyszukać. Preparaty barwione fioletem gencjanowym (*Gentiansviolett*) wykazały niezwykłą ilość drobnych koków, układających się przeważnie w kępki i przypominających gronkowce; w hodowli otrzymano gronkowca białego. Sam odlew włóknikowy był formy walcowatej, rezgałęziony i składał się z pnia głównego w postaci rurki o bardzo nieregularnem świetle, i stopniowo coraz cieńszych gałązek. Pod drobnowidzem w odlewie znaleziono włóknik, śluz, komórki podobne do leukocytów, komórki nabłonkowe i drobnoustroje. Włóknik przedstawiał się tu w postaci cienkich nitek, splatających się ze sobą w rodzaj sieci, która robiła wrażenie budowy warstwowej. Śluzu znajdywano zwykle niewiele i to głównie w większych wałeczkach. Leukocytów w oczkach sieci było dużo; przeważnie były to formy jednojądrowe, daleko rzadziej wielojądrowe. Niezmienionych komórek nabłonkowych (walcowatych z rzęskami) zupełnie w odlewach tych nie znaleziono. Komórki były tu przeważnie okrągławe lub owalne i leżały w oczkach sieci włóknika pojedyńczo albo gromadkami po 3—5 i więcej razem. Jądro takich komórek przeważnie było jeszcze zupełnie dobrze zachowane, choć czasem stawało się już niewyraźnem: pozbawione było chromatyny, a sama komórka przybierała kształt jednolitej, błyszczącej bryłki; niektóre z komórek zawierały w protoplazmie ziarenka ciemnego barwnika. Drobnoustroje w odlewach walcowatych były rozmaite: najwięcej było koków, leżących pojedyńczo lub gromadkami i podobnych do *staphylococcus pyogenes*; były i paciorkowce, ale w daleko mniejszej ilości. Drobnoustrojów w postaci dosyć długich i miernie grubych laseczek o zaokrąglonych końcach było bardzo mało. W oczkach sieci włóknika znajdywano jeszcze duże koki, układające się gromadkami po 4; były one podobne do *micrococcus tetragenes*.

Badanie fizykalne klatki piersiowej i tym razem zmian wyraźnych nie wykazywało; chora czuła się zresztą zupełnie dobrze; wydzielanie się skrzepów ustąpiło widocznie w zupełności, gdyż chora nie zgłosiła się do mnie więcej.

W przypadkach ostrych, zakończonych śmiertelnie, w których dokonywane były badania pośmiertne, znajdywano mocne przekrwienia i zbrzęknięcia błony śluzowej ze złuszczeniem nabłonka (Kretschy). W dwóch przypadkach znaleziono jednakże obok tego gruźlicę szczytu płucnego (Fraenkel), w przypadku zaś Kretschy'ego—gruźlicę opłucnej i gruczołów chłonnych.

Etjologja ostrych zapaleń włóknikowych oskrzeli pozostaje do-

www.dlibra.wum.edu.pl

tychczas zupełnie ciemną. Przypadki ciężkie przebiegają podobnie do chorób zakaźnych, przypominając w wysokim stopniu sprawę ropniczą. W naszych przypadkach, a szczególniej w pierwszym, wyhodowaliśmy z plwociny gronkowce; w innych przypadkach (Bamberger) również znajdywano w plwocinie rozmaite koki, hodowle jednakże dały rezultat ujemny. Czy należy wiązać sprawę zapalenia włóknikowego z obecnością tych pasorzytów, czy też czynić obecność ich zależną od zakażenia wtórnego, orzec stanowczo trudno. Być może, że w pierwszym z naszych przypadków źródłem zakażenia była pracownia anatomiczna. Pichini (w r. 1899), opisuje 3-ch robotników, którzy, pracując na polu, świeżo irygowanem odchodami ludzkiemi, zapadli jednocześnie na ostre zapalenie krupowe oskrzeli z zejściem pomyślnem. Pichini jakoby wyhodował z plwociny tych chorych 3 rodzaje bliżej nieokreślonych kòków, które, wstrzyknięte do tchawicy królików, miały wywołać zapalenie krwotoczne tego narządu. Natomiast w innych przypadkach, jak to miało miejsce w moim przypadku drugim, etjologja pozostaje zupełnie ciemną. Cechą charakterystyczną wspomnianego drugiego przypadku są znalezione w plwocinie liczne kryształy Charcot-Leydena włókna spiralne Curschmanna i ciałka eozynofilowe—twory, które się znajduje zwykle w przypadkach astmy oskrzelowej. Sam nawet przypadek z punktu widzenia klinicznego przedstawiał również pewne podobieństwo do napadów lekkiej astmy oskrzelowej.

Najistotniejszy jednakże typ włóknikowego zapalenia oskrzeli stanowią postaci przewlekłe. Z opisów takich właśnie postaci składa się ogromna większość materjału kazuistycznego, na którym opierały się monografje choroby, oraz teorje co do jej istoty. Sądzę, że i tutaj ze względu na rzadkość cierpienia nie będzie zbytecznem, jeśli poprzedzę rozbiór szczegółowy tej postaci opisem odnośnego mojego spostrzeżenia.

N., aptekarz, lat 47, skarży się, że od lat przeszło 3-ch, od czasu do czasu, wśród napadu mniejszej lub większej duszności, przeważnie nad ranem, wypluwa zabarwioną krwią plwocinę, w której zauważył białe zbite skrzepy walcowate, różnej wielkości, rozgałęzione. Raz zwróciwszy uwagę na podobne twory, badał następnie już stale plwocinę i prawie zawsze znajdywał w niej podobne skrzepy. W stanie ogólnym chory nie dostrzegał zmiany, gdyż czuł się zupełnie dobrze, mógł dalej pracować, prowadził życie czynne, a jedynie występujące od czasu do czasu krwawienia, które go mocno niepokoiły, wywoływały objawy podrażnienia nerwowego. Chory, człowiek zamożny, przebywał latem kilkakrotnie różnorodne kuracje klimatyczne; stan jego jednak nie poprawiał się; przeciwnie, nawet w warunkach klimatycznych jaknajlepszych występowało krwioplucie w połączeniu z wydzielaniem się skrzepów. Plwocina, badana wielokrotnie, nigdy nie zawierała laseczników gruźliczych. Zimą r. 1890—91 stan chorego pogorszył się o tyle, że krwioplucie w połączeniu z wy-

www.dlibra.wum.edu.pl

dzielaniem się skrzepów zjawiało się prawie codziennie, co doprowadziło chorego do mocnego rozdrażnienia nerwowego. Nie gorączkował wcale.

Badając chorego w czerwcu r. 1891, znalazłem stan ogólnego odżywiania niezły; w narządach klatki piersiowej oprócz nieznacznej rozedmy i nieco wydłużonego oddechu pod prawym obojczykiem innych zmian nie wykryłem; pozostałe narządy również nie przedstawiały żadnych wyraźnych zboczeń. Krwawa plwocina, która stanowiła podstawową skargę chorego, trapiąca go uparcie od lat przeszło trzech, przy badaniu mikroskopowem przedstawiała śluzoworopiastą masę, nieco krwią zabarwioną; wyraźnie rozróżniać się w niej dawały rozgałęzione odlewy włóknikowe, mniej więcej 2—3 ctm. długości. Badanie mikrochemiczne wykazało, że odlewy te składały się z włóknika, oraz białych i czerwonych ciałek krwi; ani włókien sprężystych, ani też laseczników gruźliczych nie wykryto. Pacjentowi zalecono kurację klimatyczną w Ischlu. Po dwumiesięcznym tam pobycie widziałem go znowu. Stan ogólny uległ znacznemu pogorszeniu; krwawienia z wyrzucaniem skrzepów występowały niemal codziennie, chory zbladł i zmizerniał znacznie. W sercu dały się podówczas wyraźnie wysłuchiwać szmery anemiczne. W płucach jakichkolwiek zmian wyraźniejszych nie wykryłem, podobnie jak i podczas pierwszego badania. Plwocina i tym razem wykazywała wyżej wzmiankowane własności, oraz brak laseczników gruźliczych. Chory był wysoce zdenerwowany i znacznie podupadł na siłach i duchu. Przekonany był, że cierpi na gruźlicę płuc; nie dowierzał analizom. Ztąd też ustawicznie w kraju i za granicą dawał do badania plwocinę, wyniki jednak tych badań stale wykazywały brak pasorzytów gruźliczych.

Chory tegoż roku udał się zimą do stacji klimatycznej w Arco, gdzie wśród objawów ogólnego wyniszczenia zmarł w Marcu 1892 r.. Krwawienia i wydzielanie się skrzepów włóknikowych na kilka tygodni przed śmiercią ustąpiły. Przez cały czas choroby pacjent nie gorączkował wcale. Badanie plwociny, wykonane na krótko przed śmiercią w Arco i Insbrucku, laseczników gruźliczych nie wykryło. Badanie pośmiertne nie było dokonane.

Przypadek powyższy w sposób bardzo charakterystyczny przedstawia przebieg samoistnego przewlekłego włóknikowego zapalenia oskrzeli.

Objawy cierpienia, opisane przez różnych autorów, niewiele zbaczają od powyższego typu.

1). Cierpienie rozpoczyna się zazwyczaj skrycie; niektórzy chorzy na kilka miesięcy przed wyplucieм pierwszych złogów kaszlą, przedstawiając objawy zwykłego przewlekłego kataru oskrzeli; dopiero wykryty przypadkiem złóg wyjaśnia istotę sprawy. Złogi wydzielają się najczęściej bez żadnych zaburzeń wyraźniejszych; w niektórych jednakże przypadkach, szczególniej przy wyrzucaniu nieco większych złogów, występuje chwilo-

www.dlibra.wum.edu.pl

wa duszność. Przebieg bywa bezgorączkowy; niekiedy tylko występują okresy gorączkowe, trwające kilka dni, w ciągu których chory wyrzuca większe złogi (przypadki Putermana, Westa, Gerhardta). W spostrzeżeniu Escherycha ciepłota z towarzyszeniem duszności podniosła się do 40°, a po wyrzuceniu skrzepu ustąpiła w zupełności.

2) Badanie fizykalne klatki piersiowej w większości przypadków daje wynik zupełnie ujemny. W niektórych tylko w chwili zatkania grubszego oskrzela skrzepem, po odpowiedniej stronie słyszeć się dawał szmer oddechowy znacznie osłabiony, lub też t. zw. oddech wentylowy (*Ventilgeräusch—bruit de drapeau*), w tych przypadkach, gdzie skrzepy swobodnie poruszały się w oskrzelach (Cazeax Barth, Escherich). Tym sposobem badanie klatki piersiowej nie daje prawie nigdy podstawy do rozpoznania sprawy, a jedynie wyrzucone skrzepy rozpoznanie stanowczo umożliwiają, jeśli wykluczymy jednocześnie sprawę wtórną, zstępującą lub wstępującą w ostrych cierpieniach dróg oddechowych (błonica gardła, nosa, zapalenie płuc włóknikowe i t. d.). Naturalnie, rozpoznanie to, o ile bywa łatwe u dorosłych, o tyle napotyka na poważne trudności u małych dzieci, nie umiejących wyrzucić plwociny. U dzieci cierpienie, o jakiem mowa, choć rzadko, bywało jednak spostrzegane (zanotowano w literaturze, podług Weil'a, około 20-tu kazuistycznych przypadków), w postaci ciężkiego kataru oskrzeli, połączonego z dusznością. Badanie wziernikiem krtaniowym dawało również wyniki ujemne; jedynie w przypadku Escherycha można było w tchawicy dojrzeć białe skrzepy.

3). Krwioplucie często towarzyszy wyrzucaniu złogów, a jak w naszym przypadku towarzyszyło mu stale całe lata. W niektórych razach odlewy wyrzucane bywają z łatwością i bez żadnej domieszki krwi, w innych—wyrzuceniu, szczególniej większych złogów, towarzyszyło silne krwioplucie, a nawet krwotok obfity.

4). Co się tyczy stanu ogólnego chorych, to może on bardzo długo nie ulegać żadnej zmianie, a chorzy, wypluwając skrzepy wiele lat z rzędu, czują się zupełnie dobrze. Zazwyczaj jednakże stan ogólny podupada powoli i wreszcie następuje śmierć z wycieńczenia lub też, co się najczęściej zdarza, z gruźlicy, która rozwija się w następstwie choroby. Utrata krwi przy wyrzucaniu skrzepów, powtarzająca się niekiedy lata całe, może być przyczyną zupełnie wystarczającą do wywołania ciężkiej niedokrwistości, a wskutek tego wycieńczenia, prowadzącego do śmierci. Naturalnie, zejście takie w braku danych badania pośmiertnego, jak to miało miejsce w większości przypadków, notowanych w literaturze, z łatwością może być poczytane na karb gruźlicy płuc.

5.) Przebieg cierpienia jest przewlekły. W literaturze opisane są przypadki, w których sprawa z nasileniami i przerwami trwała lat na-

www.dlibra.wum.edu.pl

wet kilkanaście. (Walsche—lat 14, Nichols —lat 7, Biermer—8). Większość przypadków przewlekłych przebiega z przerwami, t. j. występują od czasu do czasu okresy mniej lub więcej długie, wolne od wyrzucania skrzepów włóknikowych. W naszym przypadku sprawa trwała bez przerwy 4 lata, skrzepy zaś w ostatnim roku wyrzucane były codziennie. Niemeyer w swoim znanym podręczniku mówi, bardzo ogólnikowo wprawdzie, że spostrzegał 15-stoletnią dziewczynę, która w ciągu lat kilku wyrzycała codziennie odlew z lewego oskrzela. Nichols opisuje, że brat jego w ciągu 7 lat codziennie wyrzucał z oskrzeli polipowate masy, czując się przytem zupełnie zdrowym. Lekarz holenderski Diengenberg, jak sam podaje, w ciągu 15 miesięcy codziennie, i to na każde żądanie, mógł wypluć znaczną ilość skrzepów włóknikowych (cyt. u Biermer'a).

Z powikłań, towarzyszących przewlekłemu włóknikowemu zapaleniu oskrzeli, spotykamy najczęściej, szczególniej w bardzo przewlekłych postaciach, rozedmę płuc, zwykle z towarzyszącym jej przewlekłym katarem oskrzeli. W niektórych przypadkach podają jeszcze autorowie astmę jako następstwo dalsze, wnosić jednak należy z opisów, że były to przypadki astmy rzekomej, towarzyszącej rozedmie płuc. Być może, że i przypadki astmy nerwowej mogą również występować, tem bardziej, że znajdywano w niektórych przypadkach (jak w moim) w plwocinie podczas napadu jednocześnie ze skrzepami włókna Curschmanna i kryształy Charcot-Leydena. Gruźlica płuc ma stanowić podług niektórych autorów jedno z częstszych powikłań, wywołujących zejście śmiertelne w przewlekłych zapaleniach włóknikowych oskrzeli. Widzieliśmy wyżej w opisie naszego trzeciego przypadku, że obraz kliniczny ostatnich miesięcy życia chorego w wysokim stopniu przypominał ze względu na przebieg gruźlicę przewlekłą, w przypadku tym jednakże wielokrotne badania plwociny, dokonywane niemal do samej śmierci chorego, stale ujemnie wypadały co do laseczników gruźliczych, zdaje się więc, że zupełnie uzasadnione jest twierdzenie, iż przyczyną zejścia śmiertelnego była tu nie gruźlica, lecz wyniszczenie ogólne, połączone z niedomogą mięśnia sercowego. Być może, że to samo miało miejsce i w innych przypadkach, w których przypisywano zejście śmiertelne zmianom gruźliczym, a gdzie badanie pośmiertne nie było wykonane. Naturalnie, nie można w tych przypadkach wykluczyć gruźlicy z całą stanowczością, ze względu na ogólny upadek odżywiania chorych; nie mamy jednakże w literaturze z ostatnich lat kilkunastu (t. j. po odkryciu Kocha) notowanego przypadku zejścia śmiertelnego, w którymby gruźlica płuc przy badaniu pośmiertnem stanowczo była wykazana u osobnika, dotkniętego pierwotnym krupem oskrzeli. Przypadki bowiem nieżytu włóknikowego oskrzeli, w których było dokonane badanie pośmiertne i wykazana gruźlica, a mię-

www.dlibra.wum.edu.pl

dzy innemi trzy przypadki z kliniki w Freiburgu, ogłoszone w ciekawej pracy Modela, są, zdaniem mojem, przypadkami nie pierwotnego krupu oskrzeli, lecz wtórnego, który się przyłączył do gruźlicy przewlekłej. Wnioski więc Modela, że w połowie przypadków krupu oskrzeli zejście śmiertelne jest skutkiem przyłączającej się gruźlicy, jak również wyprowadzane ztąd wnioski co do związku genetycznego między temi cierpieniami, zdaniem mojem, nie wytrzymują krytyki.

Etjologja zapalenia przewlekłego oskrzeli, wogóle powiedzieć można, jest dotychczas zupełnie ciemna, pomimo różnorodnych poglądów i teorji, podawanych przez licznych autorów. Z zestawienia kazuistycznego wiemy, że wogóle zapada na chorobę omawianą więcej stosunkowo mężczyzn, niż kobiet; przeważnie chorują ludzie w średnim wieku, dzieci stosunkowo rzadko. Dalej podają autorowie, że w większości przypadków chorobę poprzedza zwykle zapalenie oskrzeli. Cierpienie częściej występuje w krajach północnych, niż południowych, co miałoby przemawiać za pewnym związkiem ze zwykłemi zapaleniami oskrzeli, jak wiadomo częściej spotykanemi w krajach północnych; przypuszczenie to jednakże jest bardzo mało uzasadnione ze względu na niezwykłą rzadkość cierpienia stosunkowo do tak częstej sprawy, jaką są zwykłe katary oskrzeli. To samo da się powiedzieć i o innych przyczynach, podawanych przez autorów, a więc o zołzach, syfilisie, alkoholizmie i t. p.; wszystkie te stany patologiczne mogą być tylko momentami usposabiającemi, lecz nie wyjaśniają istotnej genezy sprawy. Z innych teorji, również mało uzasadnionych, przytoczymy jeszcze poglądy następujące. Mader uważa *bronchitis fibrinosa* za bąblicę (*pemphigus*) błony śluzowej oskrzeli, Escherich za wyprysk (*herpes*) wreszcie Model—za cierpienie pierwotne naczyń limfatycznych dróg oddechowych. Jednem słowem, każdy niemal z autorów, który spostrzegał choć jeden przypadek w mowie będącego cierpienia, budował co do jego etjologji własną hypotezę.

Na zasadzie przypadków, spostrzeganych w ciągu ostatnich lat, starano się zaliczyć zapalenie oskrzeli włóknikowe do chorób zakaźnych, a to ze względu na znajdywane w wyrzucanych odlewach liczne drobnoustroje, które otrzymano w czystych hodowlach. Wyniki jednak tych badań nie doprowadziły do jakiegoś jednego określonego wyniku, większość bowiem badaczów wykrywała w błonach rzekomych zwykle napotykane w katarach śluzoworopnych dróg oddechowych gronkowce lub łańcuszkowce. Moje badania (hodowle), dokonane w dwóch przypadkach, wykazały w jednym z nich *staphylococcus pyogenes albus et aureus*, w drugim zaś tylko *staphylococcus albus*. Inni autorowie wykrywali głównie streptokoki. Claise na zasadzie przypadku przewlekłego włóknikowego zapalenia oskrzeli z wyników hodowli i szczepień wyprowadza wniosek, że czynnikiem chorobotwórczym jest tylko *streptococcus*; samą sprawę nazy-

www.dlibra.wum.edu.pl

wa nawet „*Streptococcie chronique des voies réspiratoires*“ Inni autorowie wykrywali laseczniki Klebs-Loeffler'a, pneumokoki i t. p. Jednem słowem z punktu widzenia bakterjologicznego dotychczasowe badania nie mogą dać jakiegokolwiek zadawalającego rozwiązania kwestji etjologji zapalenia włóknikowego oskrzeli.

Rozróżniamy 3 postaci zapalenia oskrzeli włóknikowego:

1) postać schodząca, która idzie od tchawicy i w najdrobniejszych oskrzelach daje zwykle postać ropnego zapalenia oskrzelek;

2) postać wstępująca, jako następstwo zapalenia płuc włóknikowego (rzadziej zapalenia płuc serowatego); charakteryzuje się ona przez odlewy włóknikowe najdrobniejszych oskrzeli,

3) postać pierwotna o niewiadomej etjologji, której przebieg bywa często przewlekły, przyczem otrzymujemy dokładne, drzewko wate odlewy licznych rozgałęzień oskrzelowych.

Co się tyczy zmian anatomopatologicznych, wykrytych w przypadkach, w których dokonane zostały badania pośmiertne, to wyniki tych badań są dosyć skąpe, a przytem różne. Wogóle znajdywano błonę śluzową oskrzeli mocno przekrwioną; błona podśluzowa bywała w stanie obrzęku. Złuszczenie nabłonka, mniej lub więcej obszerne, znajdywano dość często; natomiast głębszych owrzodzeń na błonie śluzowej nie wykrywano. Sprawa zapalna natury włóknikowej w niektórych przypadkach ograniczała się do pojedyńczych tylko rozgałęzień oskrzelowych, w innych znowu zajmowała większość oskrzeli (formy rozlane i ograniczone Biermer'a). W płucach w większości przypadków znajdywano różnorodne stany patologiczne, jako to: rozedmę, niedodmę, ogniskowe zrazikowate zapalenia, zmiany włókniste, wreszcie zmiany gruźlicze. Skrzepy w jednych przypadkach przylegały mocno do błony śluzowej, w innych leżały swobodnie w świetle oskrzeli, wreszcie w niektórych przypadkach, w których za życia rozpoznanie zapalenia włóknikowego nie ulegało wątpliwości, po śmierci w oskrzelach odlewów wcale nie wykrywano.

Złogi wyrzucane, stanowiące najistotniejszy objaw choroby przedstawiają się jak to wyżej wielokrotnie było zaznaczone, jako twory walcowate, rozgałęzione, koloru białego. Długość i grubość tych tworów bywa różna; przeciętnie mają one długość 3—6 ctm., w niektórych jednakże przypadkach dochodziły do 12, a nawet 16 ctm. Grubośc wogóle nie przenosi grubości pióra gęsiego, w większości jednak przypadków bywa znacznie mniejsza; w wyjątkowych tylko przypadkach opisywane są bardzo grube błony, dochodzące do grubości ołówka, a nawet i więcej (w przypadku Kretsche'go, zakończonym śmiertelnie, złóg wyrzucony dosięgał długości 11 ctm. a grubość głównego pnia wynosiła $1^1/_2$ ctm.) Grubsze pnie zazwyczaj przedstawiają pełne walce, cieńsze końce są to po większej części rurki, wypełnione śluzem i powietrzem. Na cieńszych

www.dlibra.wum.edu.pl

gałązkach można wykryć nieraz zgrubienia węzełkowate. Badanie mikroskopowe złogów nie wykazuje żadnej budowy; w skład złogu wchodzi włóknik, śluz, komórki, podobne do leukocytów, czerwone ciałka krwí, złuszczone nabłonki. Włóknik, stanowiący główną część składową, tworzy gęste sieci nie wszędzie jednakowe, wogóle jednak warstwowato ułożone. Miejscami, przy zbiegu włókienek włóknika znajdywano duże ciała jednolite, błyszczące, bez wyraźnego jądra; są to komórki w stanie nekrozy koagulacyjnej (Trzeci mój przypadek). Obok włóknika, którego nawet niewielkie ilości wykrywamy za pomocą odpowiednich odczynników mikrochemicznych (najlepiej za pomocą odczynnika Weigert'a), w niektórych skrzepach, jak w moim przypadku trzecim, wykrywano znaczne ilości śluzu, obok nabłonków i leukocytów. Beschorner podaje 2 przypadki, w których odlewy, badane szczegółowo przez Neelsen'a, nie wykazywały wcale włóknika, lecz tylko śluz. Autor ten przypuszcza nawet na tej podstawie, że wogóle zapalenie oskrzeli krupowe niesłusznie jest nazywane włóknikowem. Twierdzenie to, które, mówiąc nawiasem, jeszcze w r. 1876 wypowiedział Lucas-Championnière, nie znajduje usprawiedliwienia we wszystkich przypadkach. Nasz przypadek trzeci stwierdza częściowo ten pogląd. Sądzę, że tylko dalsze badania w przypadkach, w których reakcje na włóknik będą szczegółowo wykonywane, mogą dać pewne wyniki w tej kwestji. W niektórych przypadkach wreszcie znajdywano w odlewach włókna spiralne Curschmanna oraz kryształy Charcot-Leydena. W jednym z moich przypadków twory te znajdywano obficie w pierwszych wyrzucanych skrzepach, nie znajdywano ich jednak w skrzepach, wyrzucanych w tydzień później.

Obok samoistnych form zapalenie włóknikowe oskrzeli może występować również jako powikłanie innych cierpień wad sercowych, a przedewszystkiem przewlekłej gruźlicy płuc. Wyżej już wzmiankowaliśmy, że nieraz u osobników, dotkniętych włóknikowem zapaleniem, występuje gruźlica jako powikłanie sprawy, a zarazem ostateczna przyczyna śmierci. W przypadkach, o których obecnie mowa, zapalenie włóknikowe oskrzeli, szczególnie w postaci cięższej, przyczynić się może do przyśpieszenia zejścia niepomyślnego u suchotnika, jak to miało miejsce w następującym, spostrzeganym przeze mnie przypadku.

Dnia 5-IX 1886 r. został przyjęty na mój oddział szpitalny 43-letni mężczyzna (woźny), dotknięty od lat pięciu trwającą gruźlicą płuc, która w ostatnich tygodniach miała wszelkie cechy sprawy szybko postępującej: chory pocił się, silnie gorączkował. W obu płucach stwierdziliśmy rozległe zgęszczenia z objawami rozpadowemi. Chory kaszlał mocno i wyrzucał dużo ropiastej plwociny, w której badanie bakterjologiczne wykazywało znaczną ilość laseczników gruźliczych. W nocy z dnia 6-go na 7-my września chory doświadczył niezwykle silnego napadu duszności, podczas którego omało się nie zadusił. Duszność zmniejszyła się z chwilą,

www.dlibra.wum.edu.pl

gdy chory, jak sam to zauważył, wykrztusił jakieś długie ciało walcowate, które, jak się nazajutrz po zbadaniu okazało, było dokładnym odlewem oskrzeli, niezmiernie długim, bo około 10 ctm. długości mającym, z rozgałęzieniami dichotomicznemi. Skrzep był dość twardy, koloru białego. Chory w ciągu 2-ch dni następnych miał duszność mniejszą, lecz czuł się bardzo osłabionym, wypluwał przytem dużo śluzoworopnej plwociny, jednakże bez odlewów. Dnia 9-IX wystąpił znowu napad mocnej duszności, a chory wypluł w ciągu dnia około szklanki plwociny śluzoworopnej, w której znajdywaliśmy duże ilości niewielkich skrzepów. Ciepłota tegoż dnia wieczorem wynosiła 38°. W ciągu 3-ch dni następnych stan był bezgorączkowy, duszność natomiast trwała ciągle; chory stale wypluwał dużo plwociny z licznemi drobnemi odlewami. Przez cztery dni następne chory gorączkował stale (wieczorami do 38,5), osłabienie ogólne wzmagało się, odpluwał dużo, odlewów jednak nie było. Dnia 17-IX, przy objawach wzmagającego się upadku sił, chory znowu zaczął wyrzucać drobne odlewy. To samo miało miejsce i 20-IX przy stanie bezgorączkowym. W ciągu dni następnych ogólne osłabienie wzrastało, duszność trwała, ale w mniejszym stopniu; w plwocinie odlewów nie wykrywaliśmy. Przy objawach ogólnego upadku sił chory zmarł 25-go września.

Badanie pośmiertne wykazało gruźlicze nacieczenie obu płuc z licznemi jamami, rozrzuconemi w obu zrazach górnych; obok ognisk starych istniały liczne świeże; błona śluzowa oskrzeli przedstawiała objawy przewlekłego kataru; złogów włóknikowych nie wykryto nigdzie.

Skrzep, wyrzucony 7-go września miał długości 10 ctm., a jak wykazało badanie mikroskopowe, najgłówniejszą jego część stanowił włóknik pod postacią wyraźnych włókien, krzyżujących się w rozmaitych kierunkach, lub, co zresztą przeważnie miało miejsce, równoległych do powierzchni błony śluzowej. Pomiędzy włóknami widać było dobrze zachowane komórki, podobne do bezbarwnych ciałek krwi; w niektórych miejscach leżały komórki nieco większe, mające postać szklistawych bryłek, bez wyraźniejszych jąder (komórki w stanie nekrozy koagulacyjnej). Wreszcie preparat zawierał drobnoustroje — drobne koki, pojedyńcze lub w kępkach; niektóre z nich miały wyraźną otoczkę.

Inaczej zupełnie przedstawiał się następujący przypadek, należący do tejże kategorji, spostrzegany przeze mnie w roku zeszłym.

39-cioletni zamożny fabrykant przebywał w r. 1892 zapalenie prawej opłucnej. Następnych lat czuł się nieźle. Z początkiem roku 1899 zaczął ogólnie podupadać na zdrowiu. Jesienią gorączkował nieco i wówczas powoli wystąpiły objawy zajęcia prawego szczytu płucnego, w skąpej zaś plwocinie wykryto laseczniki gruźlicze i włókna sprężyste. W zimie, przebywając na południu Francji, od czasu do czasu gorączkował; następnie

www.dlibra.wum.edu.pl

jednak stan się nieco poprawił. W połowie lipca 1900 r., czując się względnie bardzo dobrze i przebywając na wsi, zaczął odrzucać prawie codziennie typowe odlewy włóknikowe większe lub mniejsze, bez duszności i bez innych zaburzeń podmiotowych. Wyrzucanie odlewów trwało do połowy września. Stan jego ogólny przedstawiał się wtedy bardzo dobrze; nie gorączkował wcale i, jak utrzymywał, nie kaszlał, ani nie pluł zupełnie. Fizykalne badanie klatki piersiowej wykryło zgęszczenie u prawego szczytu płucnego. Złogi, w liczbie 5 czy 6, które pacjent wyrzucił przy prostem odchrząknięciu dnia poprzedniego, były to najtypowsze odlewy włóknikowe z wyraźnemi pięknemi drzewiastemi rozgałęzieniami; największy z nich dosięgał 7 ctm. długości, a średnica jego najgrubszego końca wynosiła około 4 mm. Pacjent miał zalecony wyjazd na zimę w góry. Dalsze jego losy nie są mi wiadome.

W literaturze posiadamy stosuukowo dość liczne opisy przypadków przewlekłego włóknikowego zapalenia oskrzeli w przebiegu przewlekłych suchot płucnych. Przypadki takie i autorowie i anatomopatologowie klasyfikują jako zapalenia wtórne, zależne od gruźlicy przewlekłej. Sądzę jednakże, że zapatrywanie powyższe nie jest w zupełności uzasadnione: związek genetyczny tych spraw nie da się ściśle usprawiedliwić, chociażby dlatego, że gruźlica przewlekła jest cierpieniem tak niesłychanie częstem, powikłanie zaś jej zapaleniem włóknikowem oskrzeli występuje stosunkowo bardzo rzadko. Ja sam w ciągu przeszło ćwierćwiekowej praktyki szpitalnej i prywatnej, spostrzegając całe tysiące suchotników, widziałem to powikłanie tylko 2 razy, w wyżej cytowanych przypadkach. Sądziłbym więc, że zapalenie oskrzeli włóknikowe przewlekłe należałoby raczej uważać za sprawę samoistną. Wprawdzie największa liczba przypadków tego zapalenia dotyczy suchotników, ale też suchotników mamy bez porównania więcej, niż chorych na inne choroby przewlekłe, np. cierpienia serca, w których przebiegu widywano również zapalenie krupowe oskrzeli (między innemi przypadek Józefowicza).

Rokowanie w ostrych postaciach włóknikowego zapalenia oskrzeli jest bardzo wątpliwe, większość bowiem opisanych przypadków skończyła się śmiertelnie; jednakże niektóre, jak przytoczony przez nas, mogą, mimo ciężkiego przebiegu, kończyć się pomyślnie, nie pozostawiając po sobie żadnych śladów. Zapalenie przewlekłe przeciwnie, daje rokowanie o wiele lepsze: dość znaczny odsetek chorych, po mniej lub więcej długim przebiegu powraca do zdrowia, naturalnie, o ile choroba nie dotyka ludzi starych lub bardzo wycieńczonych uprzedniemi cierpieniami, albo też, o ile w przebiegu choroby nie wystąpią ciężkie powikłania, jak gruźlica, niedomoga serca i t. p.

Zadaniem leczenia jest ułatwienie wydzielania skrzepów, oraz zapobieganie dalszemu ich wytwarzaniu się.

www.dlibra.wum.edu.pl

W celu spełnienia pierwszego zadania zalecano środki wymiotne (emetyk lub apomorfinę wewnętrznie albo też podskórnie). Środki te jednakże tylko wyjątkowo pozwalają osiągnąć pożądany wynik, skrzepy bowiem świeżo wytworzone mocno przylegają do błony śluzowej, odrywając się od niej dopiero z chwilą wystąpienia w nich przemian wstecznych (stłuszczenie, zwyrodnienie śluzowe), czemu sprzyja w części wzmożone wydzielanie się śluzu z gruczołów śluzowych, i wówczas to skrzepy te same zostają wyrzucane podczas ataków kaszlu. Środki wymiotne w tym okresie, szczególnie u dzieci, mogą okazać się pożytecznemi. Bardziej uzasadnionemi wydają nam się ciepłe wdychania gorącej pary, samej lub z dodaniem środków działających pobudzająco na błonę śluzową (terpentyna, ol. eukaliptusowy, bals. peruwjański i t. p.); inhalacje takie mogą często ułatwić wyrzucanie skrzepów. Środki, zalecane do wdychań, a posiadające jakoby własności rozpuszczania włóknika (woda wapienna, papojotyna, neuryna i t. p.), miały w niektórych przypadkach dawać wyniki pomyślne, t. j. ułatwiać wydzielanie skrzepów. Sądzę jednakże, że pomyślny ten wynik odnieść należy na karb gorących wziewań, bez względu na środek, do wziewania użyty. Z leków wewnątrznych bywa polecany jodek potasu, pożyteczny w niektórych przypadkach. W większości jednak przypadków pozostaje nam tylko leczenie objawowe, polegające, szczególniej w ostrych przypadkach, na podtrzymaniu sił chorego i działalności serca za pomocą środków pobudzających i nasercowych.

W przypadkach przewlekłych stosujemy również tylko leczenie objawowe i wzmacniające organizm. Najracjonalniejsze leczenie (klimatyczne i t. p.) najczęściej zawodziło, o czem przekonać się możemy z kazuistycznych danych; z drugiej strony choroba kończyła się nieraz pomyślnie wśród najniekorzystniejszych warunków. Podziałać na oskrzela w ten sposób, aby złogi włóknikowe przestały się wytwarzać, nie jesteśmy w stanie. Zalecane powszechnie w tej chorobie leczenie ogólne wzmacniające, leczenie towarzyszącego kataru oskrzeli, lub usuwanie szkodliwości, wśród których przebywają chorzy, stanowią, że tak powiedzieć można, polecenia gołosłowne, nie prowadzące najczęściej do celu wobec ciemnej zupełnie etjologji sprawy i nie dającego się nigdy przewidzieć momentu zaprzestania wytwarzania się błon, lub też nadejścia nowego okresu ich wytwarzania się.

Zapalenie oskrzeli włóknikowe wtórne występuje najczęściej w zapaleniu błoniczem gardła i krtani, jako zapalenie zstępujące tego samego charakteru; to samo spotykamy w pierwotnym krupie krtani, szczególniej w tych przypadkach, w których dokonywane było przecięcie tchawicy. Dawniej widywano takie sprawy czę-

www.dlibra.wum.edu.pl

ściej; obecnie, przy szeroko stosowanem leczeniu surowicą, powikłania dyfterytu zajęciem oskrzeli spotykamy stosunkowo rzadziej. Zapalenie to może się również przyłączać do błonicy gardła i krtani, występujących w ciężkich postaciach szkarlatyny, tyfusu i t. p.. Najczęściej jednakże, jak to wyżej wzmiankowałem, widzimy je w sprawie dyfterytycznej, przeważnie u dzieci. Objawy, charakteryzujące sprawę, polegają jedynie na wyrzucaniu przez dzieci przed dokonaną tracheotomją niewielkich odlewów włóknikowych wśród towarzyszącej duszności i mocnego kaszlu. Odlewy mają barwę biało-żółtawą, są drzewiasto rozgałęzione, miękkie, drobne i łatwo się rozrywają. Po dokonanej już tracheotomji o przejściu sprawy błoniczej na oskrzela można jedynie przypuszczać ze zjawiającej się nagle u dziecka duszności; czasami zaś udaje się wysłuchać przy badaniu chorego na pewnem ograniczonem miejscu klatki piersiowej oddech osłabiony, a nawet zniesiony.

Sprawa ta przebiega zazwyczaj ostro, stanowiąc w większości przypadków śmiertelne powikłanie cierpienia podstawowego. Wyjątkowo rzadko zapalenie ma przebieg podostrawy: dzieci w ciągu kilku tygodni wyrzucają od czasu do czasu mniej lub więcej znaczną ilość walców, duszność zmniejsza się stopniowo, choroba ustępuje powoli.

Przy badaniu pośmiertnem znajdujemy oskrzela nieraz w zupełności wypełnione błonami białemi, lub też z odcieniem różowym, różnego stopnia natężenia; błony te wyjmuje się łatwo, a badanie ich mikroskopowe wykazuje, że składają się one z koncentrycznych warstw włóknika, ułożonego w siatkę ze złuszczonych komórek nabłonkowych, ciałek krwi białych i czerwonych, oraz ze znacznej ilości swoistych laseczników loefflerowskich i różnych innych pasorzytów. Sama błona śluzowa, zależnie od natężenia sprawy podstawowej, podlega różnym zmianom, właściwym zapaleniu błoniczemu, poczynając od mocnego przekrwienia aż do zgorzeli.

W przebiegu ostrego zapalenia włóknikowego płuc w wyjątkowo rzadkich przypadkach spostrzegać można w charakterystycznej plwocinie cienkie białawe odlewy włóknikowe, dowodzące, że sprawa zapalna płuc szerzy się na drobne oskrzelka. Sprawa ta występuje głównie w postaci zapalenia płuc, opisanej przez Grancher'a jako zapalenie płuc masowe (*pneumonie massive*), charakteryzujące się, jak wiadomo, obszernem zajęciem całego nieraz płuca, i zapaleniem włóknikowem drobnych oskrzeli. Chorobie tej towarzyszy zazwyczaj znaczna duszność; wśród jej ataków w plwocinie, najczęściej krwawej, zjawiają się drobniutkie odlewy koloru zwykle żółtawego; badanie drobnowidzowe wykazuje w nich włóknik, białe ciałka krwi, oraz znaczną ilość pasożytów, właściwych ostremu zapaleniu płuc (*diplococcus pneumoniae*).

Zapalenie oskrzeli zacieśniające (*bronchrolitis obliterans*). Po raz pierwszy rzadka ta sprawa opisana została w r. 1901 przez Lan-

www.dlibra.wum.edu.pl

gego. Dalsze przypadki opisali Fraenkel, Wegelin, Müller, Edens, Vogel, Hart, Ribbert, Herbig, Aldinger, Pernice. Najlepiej jednak anatomopatologicznie opracowany jest przypadek Dunin Karwickiej (Gazeta Lekarska r. 1912).

Wszystkie przypadki rozpadają się na dwie grupy;

1) ze znaną określoną przyczyną choroby 3) z etjologją nieznaną. Rrzyczyną wywołującą może być aspiracja ciała obcego, zapalenie płuc, przewlekły nieżyt oskrzeli, gryzące gazy, kiła wreszcie i gruźlica. Zatem działać tu mogą różne podrażnienia.

Sprawa zaczyna się od wysięku włóknikowego w najdrobniejszych oskrzelkach i nacieku drobnokomórkowego z bujaniem tkanki okołooskrzelkowej.

Wysięk w oskrzelkach nie wsysa się, drażni otoczenie. Jeżeli nabłonek oskrzeli został złuszczony, a wysięk przylega bezpośrednio do ściany, tkanka łączna okołooskrzelkowa przerywa pierścień mięśniowowłóknisty i w postaci polipowatych tworów zaczyna bujać do środka oskrzelka, jednocześnie jednak buja i odśrodkowo do tkanki płucnej.

Ziarninowa ta tkanka szybko ulega bliznowaceniu, skąd powstają widoczne dla gołego oka drobne guzki i rozgałęziające się prążki, odpowiadające podłużnym przekrojom osi kanalików, na powierzchni przekroju płuca.

Na pierwszy rzut oka możemy mieć wrażenie gruźlicy prosówkowej, od której jednak sprawa ta różni się brakiem zserowaceń i ściśle łącznotkankowym charakterem guzków.

www.dlibra.wum.edu.pl

Zapalenia głębokie i swoiste (specyficzne) błony śluzowej oskrzeli.

WYKŁAD IX.

TREŚĆ. Zapalenia okołooskrzelowe ropne. Zapalenie okołcoskrzelowe natury rozrostowej. Zapalenia gruźlicze oskrzeli (nadżarcie gruźlicze, owrzodzenia, przebicie oskrzeli przez zserowaciałe gruczoły okołooskrzelowe). Serowate zapalenia oskrzeli. Szczegółowa charakterystyka kliniczna i anatomopatologiczna tych spraw.

Zapalenia okołooskrzelowe *(peribronchitis)*

Wyżej opisane zapalenia błony śluzowej oskrzeli w niektórych razach zajmują nietylko samą błonę śluzową, lecz przechodzą na głębsze warstwy ścian oskrzeli, a nawet na tkankę łączną okołooskrzelową. Zapalenia takie nazywamy zapaleniami głębokiemi lub też okołooskrzelowemi (*peribronchitis*). Właściwie mówiąc, nie stanowią one oddzielnych form klinicznych, lecz zwykle tylko dalszy łańcuch w rozwoju długotrwałych katarów przewlekłych. Zmiany, jednakże anatomopatologiczne są w tych zapaleniach bardzo ważne i należy je znać dokładnie, nawet jeżeli same przez się nie dają charakterystycznych objawów klinicznych. Zmiany anatomopatologiczne w tej kategorji zapaleń wybornie zostały opisane przez E. Przewoskiego[1]).

Rozróżniamy dwie główne kategorje zapaleń okołooskrzelowych: zapalenie ropne i zapalenie rozrostowe.

1). Zapalenie okołooskrzelowe ropne (*peribronchitis purulenta*) najczęściej występuje jako sprawa wtórna, wikłająca inne cierpienia, chociaż Buhl twierdzi, że powstawać może i samodzielnie, jako sprawa pierwotna. Wtórnie zapalenie to występuje wówczas, gdy w świetle oskrzeli albo w ich rozszerzeniach zatrzymuje się długo cuchnąca plwocina ropiasta lub gnilna; ściany oskrzeli ulegają wtedy zakażeniu

[1]) Kurs Anatomji patologicznej dróg oddechowych (po rosyjsku). Warszawa, 1896.

www.dlibra.wum.edu.pl

przez różnego rodzaju pasorzyty omówione już wyżej w opisie spraw tej kategorji. Najczęściej obok *bronchitis putrida* zapalenia okołooskrzelowe występują u suchotników jako zakażenie wtórne, mieszane (*Mischinfektion*). Cechę charakterystyczną tych zapaleń stanowi to, że w tkance okołooskrzelowej wytwarzają się małe ropnie, które mogą czasem zlewać się z sobą w większe. Podobne ropnie mogą również otwierać się do światła oskrzeli, wytwarzając tą drogą na pewnej przestrzeni zniszczenie błony śluzowej. Zapalenie ropne okołooskrzelowe najczęściej napotykamy w małych oskrzelach, może ono jednakże rozszerzać się i na oskrzela większe.

Jak już wyżej wzmiankowałem, nie posiadamy wyraźnych objawów klinicznych, któreby nam pozwalały ściśle rozpoznawać przyłączające się do sprawy podstawowej głębokie zapalenia ropne. Spostrzegamy jedynie pewne objawy, które nam pozwalają przypuszczać powstanie takiego zapalenia. Jeżeli mianowicie w przebiegu długotrwałego przewlekłego kataru oskrzeli, połączonego z bardzo obfitą wydzieliną śluzoworopną, pozwalającą podejrzewać istnienie głęboko umiejscowionych rozszerzeń oskrzeli, chory poczyna gorączkować, jeżeli gorączka ta zaczyna przyjmować charakter gorączki ropnej (dreszcze codzienne ze znacznemi nasileniami gorączki i z następczemi znacznemi jej spadkami), jeśli przy tem stan ogólny chorego szybko nader podupada, można w większości takich przypadków przypuszczać powstanie głębokiego ropnego zapalenia oskrzeli. To samo da się powiedzieć i o tak zwanem zapaleniu cuchnącem oskrzeli; objawy gorączki o typie ropniczym, zwiększenie się ilości coraz bardziej cuchnącej plwociny, szybki upadek sił chorego przemawiają za dołączeniem się zapalenia okołooskrzelowego ropnego. Badanie fizykalne klatki piersiowej w ropnem zapaleniu okołooskrzelowem nie daje żadnych typowych objawów; spostrzegane w przebiegu sprawy objawy ogniskowego, zrazikowego zapalenia płuc świadczą tylko o dalszem szerzeniu się sprawy złośliwej.

2) Zapalenie okołooskrzelowe natury rozrostowej (*peribronchitis productiva*) występuje w przewlekłych katarach oskrzeli daleko częściej aniżeli poprzedzający rodzaj zapalenia, a istota jego polega na tem, że tkanka łączna naokoło oskrzeli ulega znacznemu rozrostowi. W początkach sprawy rozrasta się tylko tkanka łączna, bezpośrednio otaczająca oskrzela, w dalszym jednak przebiegu rozrostowi ulegają i głębsze warstwy tkanki łącznej, t. j. tkanka, otaczająca miąższ płucny: do zapalenia okołooskrzelowego dołącza się zapalenie płuc śródmiąższowe (*pneumonia interstitialis fibrosa productiva*). Sprawa zaczyna się od przekrwienia i nacieczenia drobnokomórkowego z następczą proliferacją tkanki łącznej, której komórki powiększają się, rozmnażają się, wytwarzają nową tkankę łączną. Ściany oskrzeli grubieją, nowo wytworzona tkanka

www.dlibra.wum.edu.pl

łączna kurczy się, podobnie jak tkanka bliznowata, i wyniknąć ztąd może zupełne zamknięcie światła drobnego oskrzela, którego zawartość gęstnieje, wysycha, nieraz nawet ulega zwapnieniu. W tych razach całe oskrzele przedstawia się pod postacią sznurka łącznotkankowego, od którego na wszystkie strony rozchodzi się rodzaj wyrostków, złożonych z twardej masy łącznotkankowej; wewnątrz takiego sznurka znajdujemy zawartość twardą białoszarawą. W ten sposób zmienione oskrzela tworzyć mogą siatkę, w której oczkach pozostają resztki tkanki płucnej. Oskrzela, zmienione wskutek rozrostu tkanki łącznej, odróżnić można od oskrzeli, zmienionych wskutek sprawy gruźliczej, za pomocą badania histologicznego, które wykaże brak gruzełków i laseczników swoistych Kocha. Następstwa tego rodzaju zapaleń włóknistych okołooskrzelowych są dla organizmu wysoce niekorzystne: wskutek zamknięcia światła niektórych oskrzeli jednocześnie zanika pewna część miąższu płucnego, a oskrzela sąsiednie ulegają najczęściej w mniejszym lub większym stopniu rozszerzeniu (*bronchiectasis*), z różnemi właściwemi tym rozszerzeniom następstwami (o czem będzie niżej), również wielce niekorzystnemi dla organizmu; wreszcie zapalenie okołooskrzelowe włókniste usposabia tkankę płucną do świeżych zapaleń, przedewszystkiem zaś do zapalenia gruźliczego.

Etjologja rozrostowego zapalenia okołooskrzelowego jest wogóle ciemna. Zapewne istnieją pewne odrębne właściwości danych organizmów, które usposabiają do zejść spraw zapalnych przewlekłych w zwyrodnienia włókniste; spostrzegać to można w przypadkach zapaleń przewlekłych i w innych organach.

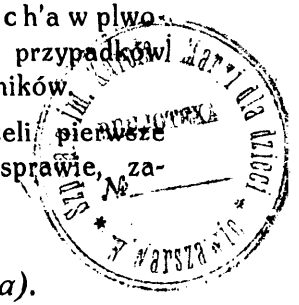
Objawów klinicznych zapalenie włókniste okołooskrzelowe w pierwszych okresach swego rozwoju nie daje żadnych. Gdy rozrost tkanki łącznej dosięgnął znaczniejszych rozmiarów i pociągnął za sobą w pierwszej linji wytworzenie się wtórne głęboko położonych rozszerzeń oskrzeli, to na podstawie cech, właściwych tym sprawom, a wyżej przy katarach przewlekłych oskrzeli szczegółowo opisanych, będziemy mogli przypuszczać, że zapalenie przewlekłe oskrzeli rozszerzyło się na tkankę okołooskrzelową, wytwarzając *peribronchitidem fibrosam*. O postępie stopniowym sprawy wnosić będziemy z objawów klinicznych zapalenia śródmiąższowego płuc (*pneumonia interstitialis chronica*). Cechy kliniczne, właściwe tej sprawie, które bliżej w odpowiednim rozdziale szczegółowo będą opisane, (stępienie odgłosu opukowego, oddech oskrzelowy i t. p.), mogą być poczytywane w tych razach za następstwo przewlekłego kataru oskrzeli jedynie wtedy, jeżeli wywiady wykluczają stanowczo wszystkie sprawy innej kategorji (zejście zapalenia płuc lub opłucnej, gruźlicę), które również doprowadzają do t. zw. włóknistego zapalenia śródmiąższowego płuc. Dotyczy to przedewszystkiem gruźlicy, która stosunkowo niezbyt znowu

www.dlibra.wum.edu.pl

rzadko doprowadza do t. zw. włóknistej postaci suchot płucnych (*phthisis fibrosa pulmonum* [1]).

Przypomnę tu tylko, że charakterystyczna anamneza, częste krwioplucia, umiejscowienie szczytowe sprawy przemawiać będzie prędzej za gruźlicą, aniżeli za następstwem przewlekłego kataru. Brak zaś jednej z najbardziej stanowczych cech gruźlicy, t. j. laseczników K o c h'a w plwocinie, nie rozstrzyga kwestji, gdyż w ogromnej większości przypadków włóknistych postaci suchot płucnych nie wykrywa się laseczników.

Z e s w o i s t y c h (s p e c y f i c z n y c h) zapaleń oskrzeli pierwsze miejsce należy się najważniejszej i najczęściej występującej sprawie, zapaleniu gruźliczemu.



Zapalenie gruźlicze oskrzeli (*bronchitis tuberculosa*).

Zapalenie gruźlicze oskrzeli pierwotne występuje rzadko i jako takie nie bywa zazwyczaj oddzielnie rozpatrywane ze strony klinicznej: jako związane ściśle z przewlekłą gruźlicą płuc i stanowiące zwykle sprawę wtórną, bywa omawiane w opisach klinicznych suchot płucnych. Nie ulega jednak wątpliwości, że sprawa gruźlicza może zaczynać się od zajęcia błony śluzowej oskrzeli i że t. zw. g r u ź l i c z e z a p a l e n i e o s k r z e l i w pewnym okresie początkowym suchot płucnych stanowi jedyny objaw patologiczny; dopiero następczo przez dalsze zakażenie sprawa rozszerza się na tkanki głębsze, a przedewszystkiem na płuca, wywołując objawy anatomiczne i kliniczne przewlekłej gruźlicy płuc. Jaką drogą następuje w człowieku zakażenie błony śluzowej oskrzeli swoistemi lasecznikami gruźliczemi, nie jest jeszcze dostatecznie i stanowczo wyjaśnione. Być może, że podobnie, jak to wykazała patologja eksperymentalna, zakażenie następuje tu przez wdychanie, i że laseczniki gruźlicze dostają się przez nabłonek oskrzelowy do głębiej położonych tkanek i tam wywołują zapalenie swoiste, lub też drogą naczyń chłonnych dostają się do gruczołów oskrzelowych, albo wreszcie, jak to w ostatnich czasach starał się dowieść A u f r e c h t, dostawszy się do naczyń krwionośnych, wywołują w nich zmiany pierwotne swoiste które dopiero wtórnie prowadzą do zmian w drobnych oskrzelkach i płucach. Sądzę, że nie będzie rzeczą zbyteczną, jeżeli dla pełności wykładu opiszemy tutaj zmiany anatomopatologiczne, które występują częściej w oskrzelach w gruźliczem ich zapaleniu.

Pierwotnego zapalenia gruźliczego większych oskrzeli nie napotyka

---

[1]) Patrz pracę moją „O włóknistej postaci suchot płucnych", „Gazeta Lekarska" 1885, oraz „Skryte postaci suchot płucnych"—Odczyt kliniczny № 13, wydanie „Gazety Lekarskiej", 1890.

www.dlibra.wum.edu.pl

się prawie wcale; wtórnie występuje ono jedynie u osobników, dotkniętych przewlekłą gruźlicą płuc. Natomiast pierwotne zapalenie gruźlicze małych oskrzelek, szczególnie najdrobniejszych, daje się spostrzegać bardzo często, nieraz jako punkt wyjścia gruźlicy płuc. Również i w istniejących już suchotach płucnych spostrzegamy bardzo często wtórne cierpienie gruźlicze drobnych oskrzeli. Cierpieniu ulegają przedewszystkiem oskrzela górnych płatów płuc. Przewoski opisuje następujące postaci gruźliczego zapalenia oskrzeli.

1). Nadżarcia gruźlicze (*erosiones tuberculosae*) przedstawiają się pod postacią owrzodzeń powierzchownych błony śluzowej oskrzeli. Sprawa ta polega na tem, że około wylotu gruczołu śluzowego, lub też wprost na powierzchownych warstwach błony śluzowej, występuje nacieczenie drobnokomórkowe, rozszerzające się na nabłonek. Nieraz w pośrodku powyższego nacieczenia zjawiają się jednocześnie i komórki olbrzymie. Nacieczenie błony śluzowej wywołuje po pewnym czasie t. zw. gruzełek, który, rozpadając się, wytwarza owrzodzenie. Tym sposobem powstają niewielkie owrzodzenia, przedstawiające się pod postacią szarawych plamek z brzegami równemi, płaskiemi, dnem nieczystem, pokrytem jakby szarawym nalotem, zależnym od rozpadu gruzełka. Błona śluzowa, otaczająca owrzodzenie, bywa zazwyczaj mocno czerwona. Sąsiednia błona śluzowa zdradza objawy zapalenia kataralnego: jest zaczerwieniona, zbrzęknięta i zgrubiała. Badanie histologiczne błony śluzowej dotkniętej owrzodzeniami, wykazuje na dnie owrzodzeń i na ich brzegach znaczne ilości laseczników Kocha.

2). Przewlekłe owrzodzenia spotykamy najczęściej w grubych oskrzelach, przeważnie na tylnej ścianie, głównie w tem miejscu, gdzie ściana tylna przechodzi w boczną. Owrzodzenia te mają różną wielkość i postać; przedstawiają się głównie jako owrzodzenia głębokie z brzegami wyniosłemi, wałowatemi; dno ich posiada powierzchnię szarawą, nierówną, ziarnistą; na dnie i na brzegach zazwyczaj dają się zauważyć biało-żółtawe gruzełki. Te ostatnie zdradzają zwykle skłonność do zserowacenia i rozmiękczenia, często rozpadają się, a owrzodzenie rozszerza się znacznie. Sprawa ma tendencję do szerzenia się w głąb, zajmuje mięśnie, niszczy je, nieraz nawet dosięga do ochrzęstnej; powstaje wtedy ropne zapalenie ochrzęstnej (*perichondritis purulenta*), chrząstki ulegają obnażeniu i następczej zgorzeli, a nieraz zostają wydalone na zewnątrz.

3). Trzecia postać zdarza się się najczęściej u dzieci i tem się charakteryzuje, że sprawa przechodzi na oskrzela zzewnątrz, a mianowicie ulegają pierwotnie gruźliczemu zapaleniu gruczoły okołooskrzelowe. Wskutek zserowacenia gruczoły te rozpadają się, wytwarzają się w nich drobne jamy; sprawa szerzy się dalej, przechodzi na ściany oskrzeli, niszczy je i przebija. Następnie wytwarza się i na samej błonie śluzowej

www.dlibra.wum.edu.pl

zapalenie gruźlicze. Przez istniejący otwór w ścianie oskrzela zawartość serowata gruczołu dostaje się do światła oskrzela, a ztąd do pęcherzyków płucnych, zakaża je i wywołuje tym sposobem podostrawą postać gruźlicy płucnej (*phthisis florida*).

4). Czwartą postać stanowi t. zw. serowate zapalenie oskrzeli (*bronchitis caseosa*), t. j. zwykłe zapalenie oskrzeli, w którem wysięk zapalny zwykły ulega szybko zserowaceniu bez wytwarzania gruzełków. Sprawa więc różni się od zapalenia kataralnego tylko tem, że wysięk zapalny ulega szybko zserowaceniu. W dalszym ciągu masy serowate ulegają rozpadowi, wytwarzając rodzaj jam, komunikujących ze światłem oskrzeli, częściowo zaś bywają wydalane na zewnątrz.

Istotną przyczynę wszystkich rodzajów zapaleń gruźliczych oskrzeli stanowią swoiste laseczniki Koch'a. W przebiegu tych spraw przyłączają się zazwyczaj zakażenia wtórne pasorzytami ropowotwórczemi (*streptococcus pyogenes, staphylococcus* i t. p.). Zejście wszystkich zapaleń gruźliczych oskrzeli zazwyczaj jest niepomyślne; stopniowy bowiem rozpad ścian oskrzeli wywołuje w sąsiedniej tkance płucnej sprawę zapalną również gruźliczego charakteru, której następstwem są różnorodne postaci przewlekłej gruźlicy płucnej. Czasami jednak, stosunkowo względnie rzadko, sprawa gruźlicza ogranicza się tylko do oskrzeli, powstaje zapalenie rozrostowe tkanki okołooskrzelowej (*peribronchitis productiva*), a w zawartości serowatej oskrzeli zaczynają się powoli odkładać sole wapienne wytwarzając t. zw. bronchiolity, które chorzy wyrzucają nieraz z plwociną na zewnątrz pod postacią drobniutkich twardych szarawych ziarenek, złożonych z soli wapiennych.

Jak już wyżej wzmiankowałem, z punktu widzenia klinicznego zapalenia gruźlicze oskrzeli są ściśle związane z gruźlicą płuc. Ztąd zazwyczaj jedynie w opisie klinicznym suchot płucnych bywa rozbierane zapalenie oskrzeli z klinicznego punktu widzenia, co stanowi rzecz zupełnie słuszną, rozpoznanie bowiem samych przez się katarów oskrzeli, towarzyszących gruźlicy, jest ściśle związane z rozpoznaniem poczynających się suchot płucnych. Odsyłając czytelnika po bliższe szczegóły do odpowiednich prac klinicznych[1]), chcę tutaj tylko zaznaczyć, że istnieją jednak przypadki, w których zapalenie oskrzeli natury gruźliczej może nie tylko, jak to wyżej było powiedziane, brać początek w oskrzelach, lecz również i ograniczyć się na nich. Znane mi są fakty, że u osobników szczególniej u dzieci, nie przedstawiających żadnych wyraźnych objawów fizykalnych zajęcia miąższu płucnego, lecz li tylko objawy rozlanego zapalenia

---

[1]) Patrz prace moje: „Skryte postacie suchot płucnych", Odczyt kliniczny, oraz: „O katarach oskrzeli, wikłających suchoty płucne", Medycyna, 1880.

www.dlibra.wum.edu.pl

oskrzeli, nie ograniczonego bynajmniej do szczytu płucnego, znajdywano w plwocinie laseczniki gruźlicze przy parokrotnie powtarzanem badaniu. Wprawdzie u większości takich chorych z biegiem czasu występowały objawy zajęcia szczytu płucnego, a następnie wyraźne objawy gruźlicy płuc, znane mi są jednakże przypadki i takie, w których sprawa wcale nie rozszerzyła się na szczyty płucne, chorzy przestali wydzielać laseczniki w plwocinie i powrócili do zupełnego zdrowia, stwierdzonego wieloletnią obserwacją. Być może, że w tych wyjątkowych razach mieliśmy właśnie do czynienia z zapaleniem gruźliczem ograniczonem tylko do oskrzeli, a zakończonem pomyślnie. Z punktu widzenia klinicznego postaci te nie przedstawiają żadnych cech charakterystycznych; jedynie wynik dodatni badania plwociny na laseczniki pozwala je odróżnić od zwykłego kataralnego zapalenia oskrzeli. Czy zaś ograniczy się ono do samych oskrzeli, o tem, jest w stanie orzec jedynie dłuższa obserwacja kliniczna. W większości przypadków katar oskrzeli natury gruźliczej, rozpoznany wcześnie na podstawie znalezionych w plwocinie laseczników, przechodzi szybko na miąższ szczytu płucnego. Opisywane zazwyczaj w podręcznikach cechy t. zw. kataru szczytowego (*Spitzenkatarrh* autorów niemieckich), a mianowicie oddech mocno wydłużony, głos wzmożony, lekkie stłumienie i t. p., są, właściwie mówiąc, cechami nie kataru, lecz nacieczenia szczytu, leżącego jeszcze dość głęboko i otoczonego zdrowym miąższem płucnym.

www.dlibra.wum.edu.pl

WYKŁAD X.

Zapalenie przymiotowe (syfilityczne) tchawicy i oskrzeli. *(Tracheobronchitis luetica).*

TREŚC. Dwie postaci zapalenia syfilitycznego tchawicy i oskrzeli: zapalenie kataralne i kilakowate *(bronchitis syphilitica gummosa)*. Charakterystyka kliniczna i anatomopatologiczna tych spraw. Przebieg i zejście. Trudności rozpoznawcze. Djagnosfyka różniczkowa, Kazuistyka.

Jak to powszechnie wiadomo, sprawa przymiotowa we wcześniejszych, jako też i późniejszych, okresach niesłychanie często umiejscawia się w górnym odcinku dróg oddechowych, t. j. w jamie nosowogardłowej i krtani; natomiast w tchawicy i oskrzelach sprawy przymiotowe są już bardzo rzadkie, i to tem rzadsze, im mniejsze jest oskrzele. Sprawa występuje pod dwiema postaciami anatomicznemi:

1) jako zapalenie kataralne, przeważnie we wczesnych okresach przymiotu i 2) jako zapalenie kilakowate *(bronchitis syphilitica gummosa)*, występujące później, t. j. w okresach powstawania gummatów syfilitycznych (t. zw. okres trzeciorzędny).

Pierwszą postać zapalenia trudno jest odróżnić wogóle anatomicznie od zwykłego kataru oskrzeli: zmiany, występujące na błonie śluzowej, są podobne do zmian, napotykanych w zwykłych zapaleniach kataralnych, a jedyną różnicę stanowi to, że nacieczenie drobnokomórkowe nie bywa tutaj tak obfite. Błona śluzowa zaczerwieniona, zgrubiała, pokryta wydzieliną śluzoworopną, a nawet i ropną. Z punktu widzenia klinicznego sprawa ta podobnie jak i z punktu widzenia anatomicznego nie daje jakichkolwiek wybitniejszych cech rozpoznawczych i charakterystycznych. Niektórzy autorowie (Schnitzler, Lanceraux) opisują mocne zaczerwienienia błony śluzowej tchawicy i oskrzeli, rozlane lub też ograniczone, pod postacią plam czerwonych, pokrytych lekkiemi nalotami; chorzy przytem, przedstawiają jednocześnie i inne objawy, właściwie wcześniejszym okre-

www.dlibra.wum.edu.pl

som przymiotu, uskarżają się na suchość i drapanie w okolicy tchawicy, oraz kaszel, mniej lub więcej uparty, w połączeniu z odpluwaniem wydzieliny śluzoworopnej. Objawy te znikają dosyć szybko po zastosowaniu leczenia przeciwprzymiotowego. Winienem tu jednakże zaraz dodać, że podobne zajęcia oskrzeli mogą być powikłaniami czysto przypadkowemi, lub też, co niezbyt rzadko się zdarza, mogą być wywołane sztucznie przez użycie jodu w dużych dawkach, zalecanych tym chorym jednocześnie z przetworami rtęciowemi. Przypadki takie widziałem niejednokrotnie, a kaszel bardzo silny w połączeniu z wydzieliną, nieraz nawet krwawą, ustępował dopiero po zaprzestaniu użycia jodu lub po znacznem zmniejszeniu jego dawki. Ztąd też przy rozpoznaziu zapalenia oskrzeli natury przymiotowej należy i tę okoliczność mieć na uwadze.

Daleko częściej występuje druga postać zapalenia przymiotowego oskrzeli — *bronchitis syphilitica gummosa*—zapalenie kilakowate. Sprawa ta charakteryzuje się tem, że na błonie śluzowej oskrzeli, tuż pod nabłonkiem wytwarzają się guziczki, wielkości ziarnka grochu lub nawet orzecha laskowego. Nabłonek, pokrywający guziki, oraz błona śluzowa właściwa są mocno nacieczone przez limpocyty i komórki plazmatyczne; błona śluzowa ma wygląd tkanki granulacyjnej, znaleźć w niej można komórki epiteljoidalne, a nawet olbrzymie komórki. Gummaty ulegają zazwyczaj szybko różnorodnym przemianom wtórnym, rozpadają się, wytwarzając różnej wielkości owrzodzenia. Jeżeli sprawa infiltracyjna była dość powierzchowna, to i owrzodzenia są powierzchowne, posiadają brzegi nierówne, twarde i dno szarożółtawe. Ponieważ prawie jednocześnie z rozpadem i wytworzeniem się owrzodzeń powstaje naokoło nich zapalenie natury produkcyjnej, wytwarza się więc blizna na miejscu istniejącego owrzodzenia. Blizny takie, powstałe po powierzchownych owrzodzeniach, mają postać okrągłą lub gwiazdowatą, nie pociągają jednak za sobą zwężenia dróg oddechowych. Natomiast jeśli sprawa specyficzna zajmuje warstwy głębokie, owrzodzenia, powstałe z rozpadu tych głęboko położonych gumatów, są głębokie, rozległe, posiadają brzegi twarde, wyniosłe; dno ich bywa pokryte szarożółtawą masą, powstałą z rozpadu. Nieraz nawet dno owrzodzenia tworzy chrząstka, ulegająca zniszczeniu. Z powstaniem sprawy bliznowatej wytwarzają się zazwyczaj bardzo głębokie blizny, powodujące mniejsze lub większe zwężenie światła tchawicy lub oskrzela. Wytwarza się nieraz rodzaj ścięgnistych nici, krzyżujących się z sobą, wśród których gromadzi się zasychająca wydzielina, co wywołuje jeszcze większe zwężenie, które doprowadzać może nieraz do zupełnego zatkania oskrzela.

Jak we wszystkich zwężeniach tchawicy i oskrzeli, tak i tutaj znajdujemy nad miejscem zwężonem miejsce nieco rozszerzone, niżej zaś jeszcze bardziej zwężone. Rozszerzenie górne zależne jest od siły wde-

www.dlibra.wum.edu.pl

chowej, zwykle mocno w tych razach działającej, zwężenie zaś dolne od słabej stosunkowo siły wydechowej. Najczęściej występuje zwężenie w grubych oskrzelach, tuż pod rozdwojeniem tchawicy; mogą być jednakże tą sprawą dotknięte i oskrzela głębiej położone, t. j. średnie lub nawet i cienkie. Jednocześnie zazwyczaj w sprawach tej kategorji spotykamy i zajęcie gruczołów oskrzelowych; są one powiększone, twarde, nieraz tak dalece zwiększone, że uciskać mogą sąsiednie organy. Objawy kliniczne, towarzyszące sprawie przymiotowej tchawicy i oskrzeli w epoce trzeciorzędnej, w przeciwstawieniu do objawów, znajdywanych w okresach wcześniejszych, przedstawiają pewne dość charakterysteczne cechy. Na objawy te po raz pierwszy zwrócił szczególną uwagę Gerhardt który w pracy swej, ogłoszonej 1877 r. w „*Deutsches Archiv für klinische Medizin*" na podstawie kilku swoich odnośnych spostrzeżeń, zestawił obraz kliniczny powyższego cierpienia; pomimo licznych następnych prac (Riegel, Vierling, Berger, Lanceraux, Mauriac, Marfant i t. p.) do dziś dnia obraz ten pozostaje klasycznym. Gerhardt z punktu widzenia klinicznego rozróżnia trzy okresy cierpienia: pierwszy—nazwany przez niego irytacyjnym, drugi—okres stałego zwężenia, i trzeci—okres duszenia się. Pierwszy okres przedstawia objawy mało wybitne, nie różniące się niczem od objawów upartego suchego kataru tchawicy i oskrzeli. Okres ten bywa zazwyczaj trudny do rozpoznania, chorzy bowiem tylko kaszlą i doświadczają lekkiej duszności, niczem nie zdradzającej głębszego cierpienia. Czasem jednakże występuje dosyć charakterystyczny ból głęboki, umiejscawiany przez chorych w okolicy górnej mostka. Dwa następne okresy, t. j. stałego zwężenia i duszenia się, są wielce charakterystyczne i zależą od stałych zmian w tchawicy i oskrzelach wskutek wytworzenia się w nich tkanki łącznej bliznowatej, zwężającej w bardzo wysokim stopniu światło tchawicy i oskrzeli. Wybitną cechą tych okresów jest stała mocna duszność, przedstawiająca głównie typ oddechu stenotycznego z przeważającą dusznością wdechową (*stenosis inspiratoria*). W okresie tym Gerhardt, jako ważny objaw, rozróżniający zwężenie tchawicy i oskrzeli od takiejże sprawy w krtani, podaje, że w zwężeniu krtani ta ostatnia wykonywa silne ruchy oddechowe, podczas gdy w zwężeniu tchawicy i oskrzeli ruchy krtani są stosunkowo bardzo ograniczone.

Objawy fizykalne są zazwyczaj o wiele mniej charakterystyczne, aniżeli funkcjonalne, zmian opukowych nie wykrywamy, przy wysłuchiwaniu zaś stwierdzamy mocny szmer świszczący, stenotyczny, przeważnie wdechowy, zależny przedewszystkiem od zwężenia tchawicy. Szmer ten jest tak głośny, że zagłusza oddech pęcherzykowy płucny. Przy zwężeniu oskrzeli, istniejącem wyjątkowo rzadko bez większego zwężenia tchawicy, wykryć można szmer zwężenia umiejscowiony w okolicy jednego z głównych oskrzeli, co najlepiej wysłuchać się daje w tylnych okolicach klatki

www.dlibra.wum.edu.pl

piersiowej; nawet w razie zatkania zupełnego oskrzela niezbyt grubego, na całej odpowiedniej stronie oddech będzie o wiele słabszy aniżeli po przeciwnej stronie. W ogromnej jednakże większości przypadków istniejące jednocześnie zwężenie tchawicy wywołuje wyżej wzmiankowany mocny szmer stenotyczny, maskujący w zupełności mniej wyraźny oskrzelowy szmer zwężenia. W początkowych okresach szmer zwężenia o nieznacznem natężeniu może nawet bardzo długo przypominać suchy katar tchawicy i oskrzeli; w okresach późniejszych, t. j. w okresie zaduszania, występują wtórne objawy, zależne od sprawy obrzękowej płuc i powoli rozwijającej się niedomogi sercowej. Obok więc duszności o typie wyżej opisanym i szmeru stenotycznego występują rzężenia drobne, wilgotne, umiejscowione przeważnie w tylnodolnych częściach płuc. Kaszel istnieje stale; z początku bywa suchy, bardzo męczący, głośny; następnie powstają silne ataki kaszlowe, trwające nieraz bardzo długo, całemi godzinami, a swojem natężeniem i charakterem przypominające nieco ataki kokluszowe. W późniejszych okresach chorzy zaczynają wyrzucać z początku niewielkie, następnie nawet dość znaczne ilości plwociny śluzoworopnej, nieraz nawet z domieszką krwi.

Plwocina ta bywa zazwyczaj wyrzucana po silnych atakach kaszlowych, a badanie drobnowidzowe wykazuje w niej tylko znaczną ilość ciałek śluzoworopnych. Głos chorych w przypadkach nie wikłanych zmianami w krtani, bywa zwykle czysty, w większości jednakże przypadków jednocześnie z zajęciem oskrzeli i tchawicy zajęta bywa i krtań, a wówczas chorzy bywają mniej lub więcej zachrypnięci. Podług zestawienia Vierling'a (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, T. 21) na 46 przypadków w 30 była jednocześnie zajęta i krtań, w 36 tchawica i oskrzela, w 5 zaś same tylko oskrzela. W przypadkach, gdzie mamy jednocześnie zajęcie krtani możemy wykryć za pomocą badania wziernikiem krtaniowym różnorodne zmiany, właściwe późnym okresom przymiotu krtani (zajęcie ochrzęstnej, zgrubienía bliznowate, zwyrodnienia strun, nawet kilaki (*gummata*)], które w wysokim stopniu mogą ułatwić rozpoznanie istoty syfilistycznej sprawy oskrzelowej. W razie zajęcia tchawicy można również w niektórych przypadkach za pomocą wziernika krtaniowego wykryć charakterystyczne zwężenie, umiejscowione w okolicy podgłośniowej i ciągnące się w głąb tchawicy, w większości jednakże przypadków znaczna duszność i ataki zaduszania uniemożliwiają badanie głębokie tchawicy.

Stan ogólny chorych z początku nie przedstawia żadnych wyraźniejszych zboczeń; przeciwnie nawet, nieraz bywa wyborny; z przebiegiem jednakże sprawy uparty i męczący kaszel, bezsenność, powtarzające się ataki zaduszania wywołują stopniowo upadek stanu ogólnego: chorzy tracą apetyt, chudną, wpadają w wielkie rozdrażnienie i niepokój warunkowane ciągłą obawą zaduszenia. Cierpienie przebiega zazwyczaj stale

www.dlibra.wum.edu.pl

bez gorączki, w niektórych jednakże przypadkach występuje pod koniec sprawy gorączka różnego typu, nieraz o znacznych nasileniach wieczornych. Gorączka ta ma swoje źródło najczęściej w powikłaniach wtórnych, rozwijających się przedewszystkiem w płucach.

Z powikłań, występujących u tej kategorji chorych, najczęściej mamy do czynienia z powikłaniami w płucach; spostrzegamy więc zastoje, obrzęki płuc, ogniska zapalenia zrazikowego natury ropnej (*bronchopneumonia acuta suppurutiva*), nieraz nawet zgorzel płuc. W niektórych przypadkach występuje, wskutek ucisku mocno zgrubiałych gruczołów okołooskrzelowych, porażenie jednego lub obu nerwów zwrotnych, co w wysokim stopniu przyczynia się jeszcze do zwiększenia istniejącej duszności. Zejście śmiertelne następuje albo powoli, wskutek powolnego duszenia przy objawach niedomogi sercowej i obrzęku płuc, lub też, co ma częściej miejsce, raptownie przez zatkanie czopkami stwardniałego śluzu zgrubiałych oskrzeli, które jak i tchawica, utraciwszy swoją prawidłową budowę, nie są w stanie posuwać w górę i wyrzucać na zewnątrz śluzu, nagromadzonego w oskrzelach i tchawicy. Czopki te, tworząc się ciągle i zatykając oskrzela, wywołują z początku silne napady zaduszania, charakterystyczne dla trzeciego okresu sprawy, a występujące głównie w nocy. Chory raptem budzi się wśród niezwykle silnej duszności, trwającej nieraz kilka godzin. Następuje prawie pasowanie się ze śmiercią wśród silnej duszności i ciągłego suchego kaszlu; wreszcie czopek zostaje wydalony i powraca znowu zwykła stała duszność. Najczęściej jednakże napady powtarzają się, i chory nagle umiera przy objawach raptownego zaduszenia się, a badanie pośmiertne, jak to miało miejsce w jednym z moich pryypadków, wykazuje zupełne zatkanie śluzem obu głównych oskrzeli. W innych przypadkach zejście śmiertelne nastąpić może wskutek zupełnego charłactwa lub też nagle, wskutek gwałtownego krwotoku płucnego, wywołanego nadżarciem jakiejś większej gałązki tętnicy nawet aorty lub tętnicy płucnej przez drążący wrzód tchawicy lub oskrzeli (przypadki Wilkiss'a i Kelly). Przebicie również może nastąpić i do śródpiersia, wywołując tam zapalenie ropne i zgorzel z zejściem śmiertelnem.

Co się tyczy etjologji to, naturalnie, syfilis nabyty jest przyczyną w mowie będącej sprawy; ztąd też cierpienie to występuje przeważnie u mężczyzn, jako jeden z objawów daleko posuniętego przymiotu. Sprawę tę jednakże spostrzegano i u dzieci (Huettenbrenner, Woronichen, moje spostrzeżenie); w tych razach cierpienie zależne bywa od sprawy przymiotowej dziedzicznej.

Czas trwania cierpienia trudno jest ściśle oznaczyć, chorzy bowiem zazwyczaj dopiero wystąpienie okresu duszności uważają za istotny początek choroby. W dwu przypadkach, przeze mnie spostrzeganych, okres

www.dlibra.wum.edu.pl

duszności trwał około 3 miesięcy, w jednym jednakże przypadku zdaje się, że początek cierpienia datował się prawie od lat trzech. W większości przypadków czas wystąpienia cierpienia, o którem mowa, od chwili pierwszych objawów przymiotowych, wynosi podług Vierlinga przeciętnie 2—3 lat; w moim drugim przypadku okres ów wynosił przeszło lat 20.

Przebieg cierpienia (a więc i rokowanie) bywa zazwyczaj niepomyślny, chorzy bowiem najczęściej szukają perady dopiero wówczas, gdy już wytworzyły się bardzo głębokie zmiany w tchawicy i oskrzelach, warunkujące mocne zwężenia wskutek ściągnięcia się tkanki bliznowatej.

Rozpoznanie. Przytoczona wyżej symptomatologja cierpienia pozwoli w niektórych przypadkach sprawę z łatwością rozpoznawać, szczególniej tam, gdzie istnieją wyraźne dane anamnestyczne co do syfilisu, zwłaszcza zaś jeżeli jednocześnie znajdujemy zmiany natury przymiotowej w innych organach, a przedewszystkiem w krtani. W innych jednak przypadkach, co się częściej zdarza, nie mamy wyraźnych danych anamnestycznych; w tych razach. jak również u dzieci, w braku wyraźniejszych zmian w innych narządach, a szczególniej w krtani, rozpoznanie, zwłaszcza w okresach początkowych przedstawiać może niezwykłe trudności. Objawy bowiem zwężenia tchawicy i oskrzeli mogą być zależne od ucisku, powstającego w niektórych innych sprawach, rozwijających się w śródpiersiu. Do cierpień takich należą: 1) tętniaki aorty, które mogą uciskać tchawicę i oskrzela, jako też nerw zwrotny lewy (w wyjątkowych przypadkach nawet i obadwa). Wielkie jednakże tętniaki aorty dają znane powszechnie objawy, charakterystyczne dla tych spraw, a które tu bliżej zbytecznem byłoby przytaczać[1]). Tętniaki mniejsze i głęboko leżące, uciskające oskrzele, w pierwszych okresach rozwoju nie dające jeszcze wyraźnych objawów, mogą być dzisiaj już bardzo ściśle rozpoznane za pomocą rentgenoskopji. 2) Nowotwory śródpiersia, a szczególniej mięsaki (*lymphosarcoma*) wywołują również objawy ucisku: zwężenie tchawicy i oskrzeli. Objawy jednakże wielce charakterystyczne dla tego rodzaju nowotworów (rozszerzenie żył na skórze klatki piersiowej, stłumienie na mostku, powiększenie gruczołów szyjnych, obrzęk twarzy i t. p.) pozwolą w większości rozpoznać ściśle tę sprawę już we wczesnych okresach jej rozwoju.[2]) 3) Rak pierwotny oskrzela, cierpienie wyjątkowo rzadkie, wywołuje również objawy zwężenia, nie przedstawiające jednakże tego charakterystycznego typu, jaki spostrzegamy w zwężeniu przymiotowem oskrzeli. Zresztą bliższe szczegóły djagnostyczne, dotyczące raka oskrzeli, podamy w następującym rozdziale. 4) Gruźlicę płuc możnaby chyba

[1]) Patrz szczegóły w pracy mojej: Przyczynek do dyagnostyki tętniaków aorty, „Gazeta Lekarska" 1883 r

[2]) Bliższe szczegóły patrz w pracy mojej: Przyczynek do djagnostyki nowotworów śródpiersiowych „Gazeta Lekarska" 1893.

www.dlibra.wum.edu.pl

przypuszczać w okresach początkowych choroby; od błędu uchroni jednakże ścisłe badanie objektywne, wykazujące brak objawów fizykalnych, właściwych gruźlicy, jakoteż ujemny wynik badania plwociny na laseczniki Kocha. 5) Porażenie mięśni nalewkowoobrączkowych tylnych, (*paralysis musculorum cricoarytaenoideorum post.*), wywołujące charakterystyczne objawy zwężenia krtani w połączeniu ze szmerem zwężenia, daje się łatwo rozeznać drogą badania wziernikiem krtaniowym. W przypadkach, gdy istnieje to powikłanie przy zwężeniu przymiotowem oskrzeli i tchawicy, rozpoznanie napotyka na rzetelne trudności, które obecnie daje się w wielu przypadkach usunąć za pomocą badania tchawicy i oskrzeli metodą tracheobronkoskopji, która pozwala dokładnie obejrzeć wnętrze tchawicy i oskrzeli i skonstatować owrzodzenia lub blizny mniej lub więcej rozległe, wywołujące zwężenie. Dane te wraz z charakterystycznemi wywiadami a często i z wynikiem próby Wassermana, pozwolą dokładnie rozpoznać syfilis tchawicy lub oskrzela. [1])

Leczenie. We wczesnych okresach przy odpowiedniem leczeniu swoistem możliwe jest zupełne usunięcie cierpienia, jak to zresztą opisują wiarogodni autorowie—Türck, Gerhardt i inni. Leczenie to wskazane również będzie przy wytworzonem już zwężeniu, gdyż często przynosi chociaż czasową ulgę choremu. W razie znacznego zwężenia w okresie duszenia się zazwyczaj wykonywane bywa, jako *indicatio vitalis*, przecięcie tchawicy; rękoczyn ten przynosi jednakże pożytek li tylko w tych przypadkach, w których zwężenie umiejscowione jest w górnym odcinku tchawicy; w tym bowiem razie zwężone miejsce łatwo można rozszerzyć za pomocą odpowiednich rozszerzadeł, bądź to przez ranę w tchawicy, bądź też metodą Schröttera—przez krtań. W większości jednak przypadków siedlisko zwężenia znajduje się w dolnej części tchawicy lub w oskrzelach, a w takich razach tracheotomja nie przynosi żadnej ulgi. Poprawa może nastąpić chyba w tych przypadkach, w których mamy jednocześnie jeszcze do czynienia z porażeniem uciskowem mięśni rozszerzaczy krtani, jak to miało miejsce u moich chorych. Tracheotomję jednak robić zawsze należy w przypadkach zwężenia syfilitycznego tchawicy i oskrzeli, gdyż nigdy stanowczo i ściśle określić nie możemy umiejscowienia zwężenia, tembardziej, że w tych okresach choroby w większości przypadków dokładne zbadanie krtani i tchawicy za pomocą wziernika jest bardzo trudne, lub nawet zupełnie niemożliwe z powodu znacznej duszności i ogólnego niepokoju chorego. W razie zwężenia w dolnym odcinku tchawicy lub w oskrzelach, po dokonanem przecięciu tchawicy stosują niektórzy autorowie, idąc śladem prof. Pieniążka, rozszerzenie za pomocą odpowiednich narzędzi. Wyniki, osiągnięte przez Pieniążka, a przedstawione na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w lipcu w 1900 r., były wielce

[1]) Bliższe szczegóły, dotyczące badania bronchoskopem i obrazów w przypadkach przymiotu tchawicy i oskrzeli patrz w monografji Erbricha p. t. Zwężenia tchawicy i oskrzeli głównych 1918.

www.dlibra.wum.edu.pl

zachęcające i dlatego też metody te stosuje się obecnie za pomocą bronchoskopu. [1])

Na zakończenie niniejszego rozdziału uważam, że nie będzie zbyteczne jeżeli przytoczę pokrótce dwa moje odnośne, wielce interesujące spostrzeżenia, tembardziej że w pierwszem z nich wykonane było bardzo szczegółowe badanie pośmiertne.

19-letni włościanin przybył na mój oddział szpitalny 15 października 1886 r. z powodu mocnej duszności. Chory opowiadał, że kaszel duszący miewał już od lat trzech; z początku duszność była nieznaczna i niewiele przeszkadzała mu w zwykłych zajęciach; od trzech miesięcy duszność zaczęła się znacznie wzmagać do tego stopnia, że najmniejszy wysiłek fizyczny stawał się niemożebnym; w ostatnich czasach zaczęły się dołączać napady zaduszania. Jedna z sióstr chorego umarła w dwunastym roku na podobne jak u niego cierpienie. Zresztą oprócz powyższej duszności chory na nic innego się nie uskarżał; żadnych chorób przedtem podobno nie przebywał. Badanie chorego wykazało: chłopiec napozór wygląda zupełnie zdrowo, jest dobrze zbudowany i odżywiany. Przy oddychaniu nawet zdaleka słychać wyraźny szmer odechowy świszczący. Głos zupełnie czysty; badanie nosa i gardła zmian widocznych nie wykazało. Przy badaniu wziernikiem krtaniowym znaleziono umiarkowane zaczerwienienie nagłośni i tylnej ściany krtani; struny głosowe prawdziwe niezmienione, przy wdechu rozchodzą się bardzo nieznacznie, tworząc niewielką szparę. (Porażenie rozszerzaczy krtani). W płucach znaleziono nieznaczne objawy kataru oskrzeli. W innych narządach zboczeń wyraźnych nie znaleziono. Ciepłota prawidłowa. Trzeciego dnia z powodu mocnej i stale wzmagającej się duszności dokonano przecięcia tchawicy, poczem duszność zmniejszyła się, lecz w zupełności nie ustą piła. W ciągu dwóch tygodni następnych oddech był o wiele swobodniejszy, a stan ogólny chorego zadawalający. Dnia 5 listopada wystąpił w nocy silny napad duszności, kilka godzin trwający; dnia 5-go rano chory oddychał nieźle. Tegoż dnia w nocy zmarł podczas ataku silnej duszności. Badanie pośmiertne (prof. P r z e w o s k i) wykazało co następuje. Błona śluzowa jamy ust, gardła i nosa zmian nie wykazuje; błona śluzowa krtani blada, pokryta niewielką ilością śluzu. Mięśnie krtani, jak również chrząstki nie przedstawiają żadnych zmian widocznych. Ściany tchawicy niepodatne, 2—3 razy grubsze od prawidłowych, na całej przestrzeni mocno zmienione: składają się z bladej, włóknistej, prawie bliznowatej tkanki łącznej. Na wewnętrznej powierzchni ściana tchawicy jest wszędzie nierówna, ziarnista, tu i owdzie na niej widać drobne, białe gwiazdowate

[1]) Bliższe szczegóły tej metody patrz: Dziennik zjazdu IX lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, 1900 r. — Opis różnorodnych rozszerzadeł znajduje się w powyżej wspomnianej monografji Erbricha.

www.dlibra.wum.edu.pl

blizny. Taki wygląd wewnętrznej powierzchni tchawicy zaczyna się od góry, od dolnej granicy krtani i ku dołowi kończy się w głównych oskrzelach, a mianowicie zajmuje górną połowę prawego głównego oskrzela i całe oskrzele główne lewe. Skutkiem zgrubienia ścian światło tchawicy jest wszędzie znacznie zwężone; wogóle jest ono węższe od prawidłowego o jedną trzecią część, a nawet więcej W oskrzelach pod owrzodzeniem na przestrzeni około 2 centymetrów masa, gęstego, po części stwardniałego i zeschłego śluzu, zatykająca prawie zupełnie światło oskrzela. W oskrzelach drugo-i trzeciorzędnych oraz mniejszych błona śluzowa jest trochę zaczerwieniona i pokryta gęstawym szklistym lub szarobiaławym śluzem. Płuca swobodne, trochę rozdęte i bez żadnych stwardnień. Gruczoły chłonne oskrzelowe mocno powiększone, twarde. Gruczoły chłonne wzdłuż obu nerwów wstecznych (*nervus recurrens*) są tak powiększone, że nerwy te leżą jakby objęte twardą powłoką gruczołową[1]).

W przypadku tym, wielce ciekawym, mieliśmy do czynienia z niewątpliwą sprawą przymiotową, powstałą na tle dziedzicznem. Zmiany ograniczały się do tchawicy i obu głównych oskrzeli, wywołując wysoki stopień ich zwężenia; powikłaniem było tu porażenie obu nerwów wstecznych, warunkowane, jak to badanie pośmiertne wykazało, tem, że oba te nerwy były uciśnięte przez powiększone gruczoły chłonne.

Przypadek 2-gi, bardzo podobny do poprzedniego, dotyczył 56-letniego mężczyzny, który przebywał syfilis przed dwudziestu kilku laty. Na 3 miesiące przed przybyciem na oddział chory zauważył liczne wrzody na nogach i tułowiu, a jednocześnie prawie dostał suchego kaszlu. Do kaszlu poczęła się wkrótce przyłączać duszność, wreszcie zaczęły występować nocą mocne napady zaduszania. Przy badaniu chorego 28-go marca 1885 r. znaleziono: chory mocno wycieńczony, oddycha z wielką trudnością, przyczem zdaleka już słychać głośny szmer zwężenia przy wdechu. Na skórze głowy, na prawej łopatce, na obu ramionach i biodrach znajdują się głębokie owrzodzenia, po części pokryte strupami. Badanie klatki piersiowej nie wykazuje żadnych wyraźnych zmian przy opukiwaniu. Przy wysłuchiwaniu szmery oddechowe pokrywa silny świszczący szmer wdechowy. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało typowe objawy porażenia rozszerzaczy głośni (*paralysis musc. crico-aryth. post.*). Przy najgłębszym wdechu struny rozchodzą się bardzo nieznacznie, nie więcej nad 1—2 mm. W innych częściach krtani zmian wyraźnych niema. Chory kaszle niewiele; w skąpej śluzoworopnej plwocinie laseczników gruźliczych

---

[1]) Inne szczegóły, dotyczące tej obserwacji jakoteż badania histologicznego tchawicy i oskrzeli, ogłoszone zostały w pracy mojej: „O zwężeniu przymiotowem (syfilitycznem) tchawicy i oskrzeli". „Gazeta Lekarska." 1887.

www.dlibra.wum.edu.pl

nie wykryto. W kilka dni po przybyciu chorego do szpitala, z powodu wzmagającej się duszności, dokonano rozcięcia tchawicy i zalecono energiczne leczenie swoiste. Chory leczenie to prowadził w ciągu 2 miesięcy, oddychał zupełnie swobodnie, owrzodzenia wszystkie zabliźniły się. Porażenie jednakże mięśni oddechowych krtani pozostawało bez zmiany, i przy każdej próbie zatkania rurki występowała silna duszność. W ciągu 3 miesięcy stan chorego nie ulegał wielkiej zmianie. W końcu września zaczęły występować w nocy silne ataki zaduszania, które zmusiły pacjenta znowu do ponownego przybycia do szpitala. Dnia 27 września przy badaniu znaleźliśmy: stan ogólny lichy, w płucach jak i poprzednio zmian wyraźnych nie wykryto; porażenie mięśni oddechowych krtani pozostało bez zmiany. Otwór po tracheotomji nie przedstawiał zmian żadnych. Nocą występowały zazwyczaj dość znaczne objawy zaduszania. Chory w kilka dni wypisał się ze szpitala i wkrótce zmarł w domu nagle, wskutek gwałtownego krwotoku płucnego.

Chociaż w danym razie, mimo usilnych starań badanie pośmiertne nie mogło być dokonane, przypadek był tak dziwnie analogiczny do poprzedniego, że, zdaniem mojem, nie ulega najmniejszej kwestji, że mieliśmy tu do czynienia z przymiotem tchawicy i oskrzeli, z powiększeniem gruczołów okołooskrzelowych, uciskiem ich na oba nerwy wsteczne, i następczem porażeniem mięśni oddechowych krtani. Za zajęciem jednoczesnem oskrzeli przemawiały 1) kaszel, pozostający stale do śmierci bez wyraźnych zmian w miąższu płucnym, 2) duszność, występująca w kilka tygodni po dokonanej tracheotomji, pod postacią napadów zaduszania, warunkowanych prawdopodobnie, jak i w pierwszym przypadku, zatkaniem głównych oskrzeli; 3) krwotok obfity, który był przyczyną śmierci chorego, według wszelkiego prawdopodobieństwa jako następstwo nadżarcia większego naczynia tchawicy lub też głównego oskrzela. wskutek wrzodziejącej sprawy w tych organach, jak to miało miejsce w przypadku Gerhardt'a i Kelly'ego.

www.dlibra.wum.edu.pl

WYKŁAD XI.

Twardziel, Promienica i Nosacizna oskrzeli.

TREŚĆ. Wyjątkowa rzadkość tych spraw. Ważność bronchoskopji w ich rozpoznawaniu. Symptomatologja, przebieg i leczenie.

I. Twardziel oskrzeli *(Scleroma bronchorum).*

Sprawa twardzielowa, przedstawiająca się, jak wiadomo, pod postacią zmian charakterystycznych w nosie (*rhinoscleroma*), powstałych pod wpływem swoistego lasecznika, wykrytego w r. 1882 przez Frischa, obok zajęcia jamy nosowogardłowej, jako najczęstszego swojego siedliska, może umiejscawiać się również i w innych organach, jako to: w jamie ustnej, w gardle, krtani i tchawicy. We wszystkich tych okolicach wywołuje ona odpowiednie zmiany anatomiczne i daje właściwe objawy kliniczne opisywane[1]) w patologji szczegółowej nosa i krtani.

Wyjątkowo rzadko zmiany twardzielowe występują w oskrzelach, i to jedynie tylko jako dalszy ciąg sprawy chorobowej błony śluzowej tchawicy. W literaturze istnieje opis niewielu zaledwie podobnych przypadków (Strogonowa, Schroettera, Pieniążka, Baurowicza, Polańskiego, Erbricha, Jurasza i Nowotnego.

Zmiany anatomopatologiczne w przypadkach twardzieli oskrzeli są następujące: błona śluzowa jest mocno zgrubiała, nabłonek ulega przemianie (nabłonek zmienia się na wielowarstwowy płaski); błona śluzowa może ulegać zwyrodnieniu bliznowatemu, ze zmianami szklistemi wśród

[1]) W naszej literaturze posiadamy doskonałą monografję tego cierpienia, napisaną przez D-ra Aleksandra Baurowicza p. t. „O twardzieli", (*scleroma*), Kraków, 1896. W odpowiednim rozdziale u Erbricha w pracy „Zwężenia tchawicy i oskrzeli" zestawiona została odnośna literatura cudzoziemska. W pracy dr. Zofji Bichniewicz „Materjały do hemoterapji twardzieli" (Medycyna 1916) omówiona jest szczegółowo sprawa swoistego leczenia.

www.dlibra.wum.edu.pl

tkanki bliznowatej widać wtedy ogniska tkanki ziarninowej, w której nieraz można wykryć swoiste laseczniki Frischa, komórki Mikulicza i t. p. Najczęściej zmiany te doprowadzają do znacznego zwężenia światła oskrzela. Klinicznie przypadki te odznaczają się objawami, właściwemi zwężeniu oskrzeli, które dołączają się powoli do istniejącej sprawy sklerotycznej krtani i tchawicy, jaka najczęściej już poprzednio wywołała konieczność dokonania tracheotomji. W bardzo ciekawym przypadku, opisanym przez Baurowicza, dotyczącym 18 letniej chorej, duszność dołączyła się dopiero w 2 lata po dokonanej tracheotomji. Przy badaniu tchawicy autor znalazł zwężenie w samym dole tchawicy. tak iż wejście do prawego oskrzela ledwo było widoczne. Klin podziałowy tchawicy był zgrubiały, wejścia do lewego oskrzela nie można było zobaczyć. Wysłuchiwanie wykazało znaczniejsze zwężenie prawego, niż lewego oskrzela. Pod kontrolą wzroku autor usunął łyżeczką naciek ze ścian bocznych tchawicy, który zakrywał wejście do oskrzeli. Następnego dnia usunięto także w części naciek, zwężający światło prawego oskrzela, poczem oddech chorej poprawił się wyraźnie, tak iż jedynie w nocy oddech się pogarszał z powodu zasychania wydzieliny. Zabieg ten chirurgiczny autor wykonywał jeszcze wielokrotnie w ciągu półrocznego leczenia. Następnie zaczęto systematyczne rozszerzanie oskrzeli za pomocą kateterów angielskich. Po jednym z dalszych zabiegów chirurgicznych chora zmarła wskutek uduszenia się przez wciąganie krwi do oskrzeli. Badanie pośmiertne wykazało obok bliznowatych zmian w błonie śluzowej tchawicy znacznie zwężone wejścia do obu oskrzeli. Błona śluzowa oskrzela prawego była zgrubiała, miejscami nierówna. Wejście do górnej gałęzi oskrzeli drugiego rzędu było tak małe, iż ledwie zgłębnik można było wprowadzić; wejście do gałęzi średniej i dolnej było nieco węższe, niż prawidłowe. W błonie śluzowej oskrzela prawego pierwszego rzędu znaleziono również zwężenie, podczas gdy w oskrzelach drugiego rzędu tej strony, podobnież w oskrzelach trzeciego rzędu po obu stronach, zmian nie było. Badanie histologiczne wykazało zgrubienie błony śluzowej z przemianą nabłonka walcowatego na wielowarstwowy płaski. Tak w błonie śluzowej, jak i w warstwie podśluzowej znaleziono nacieczenia ogniskowe, złożone z komórek małych okrągłych, znaczny rozwój tkanki łącznej, tworzący miejscami jakby guzy. Ani komórek Mikulicza, ani laseczników swoistych nie wykryto, a jedynie nieliczne komórki szkliste, wyrodniałe. Przypadek ten przytoczyłem obszerniej, gdyż wykazuje on możność rozszerzenia się sprawy twardzielowej na błonę śluzową oskrzeli, z drugiej zaś strony, wykazuje, o ile niezwykle śmiałe zabiegi chirurgiczne mogą jednakże, aczkolwiek czasowo, sprawiać ulgę w tej ciężkiej sprawie chorobowej. Co się tyczy mojego osobistego doświadczenia, to w jednym przypadku twardzieli krtani i tchawicy, zakończonym śmiertelnie, znalazłem przy badaniu pośmiertnem zgrubienie równomierne

www.dlibra.wum.edu.pl

głównych oskrzeli tuż pod skleromatycznie zwyrodniałą tchawicą z wyraźną metaplazją nabłonka. Kilku chorych, dotkniętych twardzielą krtani, których wiele lat z rzędu spostrzegam, pomimo obecności rurki tracheotomijnej doświadcza stale mniejszej lub większej duszności i kaszlu, a od czasu do czasu występują u nich objawy zaduszania. Przypuszczać więc należy, że i u nich po wielu latach (jeden od lat 8-u) sprawa sklerotyczna krtani i tchawicy powoli posuwa się i na oskrzela.

Rozpoznanie twardzieli tchawicy i oskrzeli przy stosowaniu badania tracheobronchoskopem nie przedstawia większych trudności. Rozrosty o charakterze tkanki ziarninowej, rozlane nacieczenia o nierównej powierzchni, pokrytej częściowo ziarninowatemi rozrostami, częścią płaskiemi guzikami, oraz poprzeczne przepony są, zarówno jak rozlane zgrubienia nadzwyczaj charakterystyczne dla twardzieli (Erbrich). Pewne wątpliwości rozpoznawcze mogą powstać w odróżnianiu twardzieli od przymiotu tchawicy. W przymiocie jednakże rzadko daje się spostrzegać rozlane obszerne guzowatości jakoteż przeponowe blizny. Pozatem za rozpoznaniem twardzieli przemawia obecność jednoczesna charakterystycznych zmian w krtani i jamie nosowogardłowej; stanowczo zaś rodzaj cierpienia rozstrzygnie badanie bakterjologiczne, które wykryje swoiste pasorzyty, dające się łatwo wyizolować na sztucznych podłożach.

Przebieg sprawy twardzielowej w oskrzelach bywa niezwykle przewlekły, ciągnie się całe lata, a kończy zazwyczaj niepomyślnie z powodu rozwijającego się stopniowego zwężenia. Zejście niepomyślne nastąpić może również nagle z powodu zatkania oskrzeli zaschniętym śluzem, jak to bywa przy zwężeniu przymiotowem oskrzeli. W tych czasach nawet spostrzegałem podobny przypadek u 20-letniej wiejskiej dziewczyny, dotkniętej twardzielą krtani i tchawicy, leczonej ambulatoryjnie na moim oddziale. Zwężenie podgłośniowe było dość znaczne, chora oddychała nieźle, a na dokonanie przecięcia tchawicy z następczą laryngofissurą zgodzić się nie chciała. Umarła raptem w domu. Badanie pośmiertne nie mogło być dokonane; przypuszczam, że nagła śmierć mogła być następstwem zatkania oskrzeli przez zaschnięty śluz.

Leczenie: Nie mamy środka leczniczego, któryby zdołał powstrzymać raz zozpoczętą chorobę. Stosowana na moim oddziale od kilku lat swoista wakcyna, otrzymana z hodowli twardzieli, zdaje się wpływa dodatnio na sprawę posuniętą niedaleko. W daleko posuniętych sprawach, a szczególnie przy zwężeniach, leczenie chirurgiczne, wycinanie rozrosłej tkanki przy pomocy bronchoskopu, oraz rozszerzanie metodyczne może nieraz nawet na długie lata wstrzymać rozwój sprawy twardzielowej w krtani i tchawicy, a tem samem uchronić od dalszego posuwania się sprawy ku oskrzelom.

www.dlibra.wum.edu.pl

II. Promienica oskrzeli *(actinomycosis bronchorum).*

W rzadkich bardzo wypadkach sprawa promienicowa może rozwijać się i w drogach oddechowych. W literaturze mamy opisy niewielkiej liczby przypadków, w których promienica płuc przeszła na oskrzela. Zdarzyć się jednak może, jeszcze bardziej wyjątkowo, że promienica pierwotnie rozwija się na błonie śluzowej oskrzeli, wywołując na niej t. zw. zapalenie promienicowe (*bronchitis actinomycotica*). Podobny przypadek opisał Canalli[1]) Choroba rozpoczęła się gorączką i kaszlem; po pewnym czasie gorączka spadła, pozostały zaś objawy przewlekłego nieżytu oskrzeli. Chora kaszlała i wydzielała plwocinę cuchnącą, niezbyt obfitą, która pozostawiona w spokoju, rozdzielała się na dwie warstwy: górną—płynną, śluzową, i dolną—gęstą, z osadem, składającym się z ciałek ropnych, komórek nabłonkowych i grudek grzybków promienicowych. Zmian ogniskowych w płucach autor nie wykrywał. Stan ogólny chorej przez cały czas pozostawał niezłym. Choroba trwała lat ośm.

Zwykle przy tej kategorji cierpień w zapaleniach oskrzeli, w których wykrywano grzybki promienicy, w płucach dawały się wykazywać w różnych miejscach, a nawet u szczytów, ogniska zapalenia zrazikowego.

W jednym przypadku promienicy płuc, spostrzeganym przeze mnie przed kilku laty a dotyczącym 18-letniej zupełnie zdrowej panny, chora gorączkowała długo (kilka miesięcy), kaszląc sucho i wzbudzając podejrzenie rozwoju gruźlicy. Badanie fizykalne stale i długo wyraźnych zmian w płucach nie wykrywało. Odrazu chora zaczęła odpluwać znaczną ilość śluzoworopiastej, nieco cuchnącej plwociny, w której badanie mikroskopowe wykryło liczne twory promienicowate. Sprawa następnie dała wyraźne objawy płucne pod postacią ognisk rozpadowych i zajęcia opłucnej. Zejście niepomyślne nastąpiło mniej więcej w rok od początku powstania choroby. Być może, że w tym razie sprawa rozwijała się pierwotnie głęboko w płucu, długo jednak mieliśmy tylko objawy kliniczne zajęcia oskrzeli. Badanie pośmiertne nie było dokonane. W przypadkach, gdzie je robiono, znajdowano na błonie śluzowej oskrzeli guziczki, rozwijające się w głębi błony śluzowej. Składają się one z tkanki ziarninowej, zawierającej nieraz komórki olbrzymie; a wewnątrz guziczków można wykazać grzybki promienicy. Guziczki takie następnie ulegają rozpadowi: w ich wnętrzu zjawia się ropa i ziarenka żółtawe — grzybki promienicy.

---

[1]) Canalli Rivista clinica, 1882.

www.dlibra.wum.edu.pl

III. Nosacizna oskrzeli *(malleus bronchorum).*

W przebiegu ostrej postaci nosacizny występuje często zapalenie oskrzeli, stanowiące jedno z umiejscowień ogólnego zakażenia. Sprawa ujawnia się pod postacią męczącego kaszlu, który występuje już we wczesnych okresach, najczęściej jednakże wówczas, kiedy mamy już do czynienia z typowemi objawami nosacizny a więc w okresie charakterystycznego kataru z obfitą wydzieliną nosową, cuchnącą, brunatną, przylegającą do nozdrzy i do warg i powodującą na tych miejscach nadżarcia,— w okresie obrzęku twarzy, zajęcia gardła i krtani. W tym to okresie przy ciągłej wysokiej gorączce chory zaczyna kaszlać i wypluwać masy śluzoworopne, cuchnące, podobne do wydzieliny z nosa. Na całej klatce piersiowej słyszeć się dają liczne porozrzucane rzężenia, świszczące i chrapiące; duszność wzmaga się stopniowo, a zapalenie oskrzeli szybko przechodzi w zapalenie płuc, które przyspiesza zazwyczaj fatalne zejście. Zmiany anatomopatologiczne występują na błonie śluzowej oskrzeli pod postacią porozrzucanych guziczków wielkości mniej więcej ziarnka konopi, barwy czerwonożółtej, lekko wystających nad powierzchnią. Badanie mikroskopowe tych guziczków wykazuje, że powstają one wskutek nacieczenia drobnokomórkowego tkanek; wśród komórek znajdują się swoiste laseczniki. Nabłonek w odpowiednich miejscach ulega złuszczeniu, a guziczki szybko rozpadają się, pozostawiając mniejsze lub większe owrzodzenia, które często ulegają zgorzelinie.

Zapalenie oskrzeli w przypadkach nosacizny, stanowiąc, jak wyżej powiedziano, jeden z objawów ogólnego cierpienia, jako takie, nie ma pod względem klinicznym cech charakterystycznych; rozpoznaje się je tylko na podstawie ogólnych cech właściwych tej chorobie. Badanie mikroskopowe wydzielin wykrywa swoiste pasorzyty, właściwe nosaciznie. [1])

---

[1]) Wyborny opis tej sprawy z punktu widzenia klinicznego i anatomopatologicznego znajduje się w rozdziale „Nosacizna i tylczak", skreślonym przez Rogera, a pomieszczonym w przekładzie polskim dzieła p. t. „Patalogja ogólna zakażeń". Warszawa, 1893.

www.dlibra.wum.edu.pl

CIAŁA OBCE W OSKRZELACH I TCHAWICY. PASORZYTY.

WYKŁAD XII.

TREŚĆ. Dwie odrębne grupy ciał obcych: 1) Kamica oskrzelowa (*bronchitis calculosa*); szczegółowa symptomatologja i odnośna kazuistyka. 2) Ciała obce w ścisłem tego słowa znaczeniu. Odnośna kazuistyka. Mechanizm przedostawania się ciał obcych do oskrzeli. Następstwa, wywołane przez ciała obce w oskrzelu. Szczegółowa symptomatologja. Następstwa w sąsiednich organach. Sprawy wtórne (zapalenia ropne, rozszerzenia oskrzeli i t. p.). Rozpoznanie różniczkowe. Rokowanie. Leczenie. Statystyka różnorodnych metod leczniczych. Leczenie wyczekujące za pomocą środków wewnętrznych; leczenie chirurgiczne. Wskazania do leczenia chirurgicznego; tracheotomja i jej doniosłe znaczenie. P a s o r z y t y; *mycosis* oskrzeli (aspergillus, pleśniawki i t. p.).

Ciała obce w oskrzelach dzielimy na dwie główne kategorje: 1) na ciała obce, które stanowią patologicznie zmienione części tkanek lub wydzielin ustroju i przedostają się następczo do oskrzeli jako ciała obce, ztamtąd zaś zostają wydalane nazewnątrz (b r o n c h i o l i t y), i 2) rzeczywiste ciała obce najróżnorodniejszego pochodzenia, które dostają się do oskrzeli zzewnątrz przez górny odcinek dróg oddechowych, t. j. krtań i tchawicę, a tylko w wyjątkowych razach z sąsiednich jam, np. z przełyku, przez przebitą ścianę oskrzela.

I. Kamica oskrzelowa (*Bronchitis calculosa*).

Pod tą nazwą rozumiemy złogi wapienne w oskrzelach różnej wielkości, które albo przez samą obecność swą w oskrzelach, albo też przez akt wydalania ich nazewnątrz mogą wywoływać różnorodne zaburzenia ze strony dróg oddechowych, przebiegające w postaci ostrej lub przewlekłej. Ciała te mogą długo pozostawać w oskrzelach, nie wywołując żadnych objawów, a nawet po wydaleniu nazewnątrz mogą być nieraz tylko przypadkiem zauważone; natomiast w innym szeregu przypadków obecność

www.dlibra.wum.edu.pl

ich wywołuje pewne zaburzenia subjektywne, a przy wydalaniu - nazewnątrz objawy nadzwyczaj gwałtowne, przypominające objawy kolki nerkowej lub wątrobowej. Ztąd też autorowie francuzcy określają je jako kolkę oskrzelową, a akt przejścia kamienia nazywają napadem oskrzelowym (*crises bronchiolitiques*). Co się tyczy składu tych ciał, to najczęściej są to drobne złogi wapienne, powstałe z uległych zwapnieniu gruczołów oskrzelowych, które powoli, przebijając ścianę oskrzela, przedostają się do jego światła. Złogi takie mogą również pochodzić z płuc, w których pewne ograniczone ogniska zapalne, często swoiste (najczęściej gruźlicze) uległy zwapnieniu i powoli dostały się do światła oskrzeli. Niekiedy bronchiolity powstają ze zwapniałych cząstek nowotworów lub bąblowca i t. p.. Najczęściej jednakże złogi wapienne powstają wskutek zgęszczenia i następczego zwapnienia śluzu, długo leżącego w oskrzelach, a szczególniej w jamach rozszerzonych oskrzeli lub też w starych jamach gruźliczych, otoczonych zbitą tkanką łączną w przypadkach zabliźnionych suchot płucnych. Niektórzy osobnicy, dotknięci przewlekłemi katarami oskrzeli, odznaczają się szczególnem usposobieniem do wytwarzania takich złogów wapiennych, które wydzielają nazewnątrz nieraz w ciągu całego szeregu lat.

Obok złogów wapiennych, które stanowią najczęstszą część składową kamieni oskrzelowych (składają się przeważnie z fosforanów i węglanów wapnia), wydalane nazewnątrz kamienie oskrzelowe mogą jeszcze zawierać w sobie prawdziwe chrząstki oskrzelowe, wydalone do światła oskrzeli wskutek różnorodnych spraw zgorzelinowych lub ropnych w ścianach oskrzeli (syfilis i t. p.)

Objawy kamicy oskrzelowej sprowadzają się do najcharakterystyczniejszego z nich, t. j. do wypluwania przy kaszlu różnej ilości kamyczków. Wielkość tych kamyków bywa nadzwyczaj różna: od ziarnka maku lub konopi do ziarnka grochu, fasoli i większej objętości. Liczba kamyczków bywa również wielce zmienna; nieraz chorzy wyrzucają jeden lub kilka w ciągu pewnego czasu, inni natomiast wyrzucają ogromne ilości i to nieraz całemi latami.

Dr. Poulalion, autor monografji[1]) dotyczącej tej kwestji, podaje w swej pracy bardzo obszerną i niezwykle interesującą kazuistykę, z której przytoczymy pewne ciekawe dane; i tak znany botanik Sebastjan Vaillant, jak opisuje współczesny mu słynny lekarz Boerchaave, miał wyrzucić około 400 kamyczków różnej wielkości, w których znajdowały się nawet kamyczki wielkości grochu. Inni chorzy, cytowani w kazuistyce, mieli również wydalać kamyczki całemi setkami Są to jednakże przypadki dawniejsze, przedstawiające pewne wątpliwości

[1]) „Les pierres du poumon, de la plévre et des bronches et la pseudo-phtisie pulmonaire d'origine calculeuse" par le D-r S. A. Marius Poulalion. Paris 1891.

www.dlibra.wum.edu.pl

natomiast zasługuje na uwagę spostrzeżenie świeższej daty, zrobione w r. 1883 przez znanego lekarza paryskiego F e r n e t'a w szpitalu Beaujon: spostrzeżenie to dotyczy 35-letniej kobiety o zupełnie dobrym wyglądzie, która w ciągu krótkiego czasu wypluła około 30 kamieni różnej wielkości, między innemi znajdywały się i dochodzące do wielkości małego grochu; kamyczki wyrzucane były w czasie kaszlu bez jakichkolwiek dolegliwości ze strony chorej, zasięgnęła ona porady lekarskiej jedynie z obawy; dokładne badanie jej nie wykazało zmian wyraźnych w organach. W innym podobnym przypadku, opisanym przez tegoż autora, a dotyczącym zupełnie zdrowego mężczyzny, który w ciągu dwóch lat wypluł ogromną ilość kamyczków, wypełniających całe niewielkie pudełeczko, również odejściu kamyków nie towarzyszyły żadne wyraźniejsze zaburzenia ze strony dróg odechowych. Niestety, w obu tych spostrzeniach brak dokładniejszego opisu badania chorych i dalszego przebiegu tych spraw.

Ja również przypominam sobie dokładnie chorego z prowincji, mężczyznę średnich lat, dotkniętego przewlekłym katarem oskrzeli, który zgłosił się do mnie mocno przestraszony, pokazując starannie zawinięte w pudełku kilkanaście drobnych kamyczków białawych, które wyrzucił w ciągu kilku tygodni, nie doświadczając przytem żadnych wyraźniejszych dolegliwości; pierwszy kamyczek spostrzegł przypadkiem. Badanie fizykalne zmian wyraźnych w organach klatki piersiowej nie wykazało. Dalsze losy chorego nie są mi wiadome. Kamyczki, zbadane w pracowni chemicznej szpitala, wykazały w swym składzie węglan i fosforan wapnia. Spostrzegałem również u kilku suchotników drobniutkie kamyczki, od czasu do czasu wydalane z plwociną, bez jakichkolwiek dolegliwości. Byli to chorzy, u których sprawa gruźlicza przebiegała bardzo przewlekle, jako postać włóknista suchot płucnych. w jednym przypadku, dokładnie przeze mnie obserwowanym, suchotnik, dotknięty rozpadową postacią choroby, silnie gorączkujący, wyrzucił kilkanaście kamyczków, nie doświadczając przytem również żadnych zaburzeń podmiotowych.

W niektórych przypadkach wyrzucaniu kamyczków towarzyszy mniej lub więcej obfite krwioplucie, czasami nawet bardzo obfite. U chorego, starannie spostrzeganego przez F r a e n k e l'a, krwioplucie poprzedzało na dni kilka wyrzucanie kamyczka.

Z innych objawów spostrzegano niekiedy ból w k l a t c e p i e r s i o w e j. Objaw ten, różnego natężenia, miał ustępować po odpluciu kamienia.

D u s z n o ś ć i k a s z e l s u c h y towarzyszą również niekiedy wyrzucaniu kamieni. W niektórych spostrzeżeniach, szczególniej gdzie wyrzucanie kamieni powtarzało się przez długi przeciąg czasu, mówią autorowie o duszności stałej, pogarszającej się od czasu do czasu i przyjmującej nawet charakter duszności astmatycznej. Z przytoczonej kazuistyki, niezawierającej dokładnych danych,

www.dlibra.wum.edu.pl

co do stanu narządów klatki piersiowej, trudno jednak orzec, czy duszność ta ściśle zależała od obecności kamieni, czy też od zmian w płucach.

To samo da się powiedzieć i o gorączce stałej lub czasowej, występującej w przebiegu kamicy, lub też w okresie wydalania kamienia na zewnątrz. Najprawdopodobniej opisywane w podobnych przypadkach gorączki, głównie o typie zwalniającym, z towarzyszeniem dreszczy, należy przypisać wtórnym sprawom ropnym, wywołanym w płucach przez kamień. Interesujące spostrzeżenie podaje Burdel w r. 1876: uprzednio zdrowy zupełnie mężczyzna, 57 lat mający, po 8-iu dniach gorączki o typie mocno zwalniającym wyrzucił kamień 11 mm. długi, przypominający swą formą odlew oskrzelowy. Kamień składał się z fosforanu i węglanu wapnia. Gorączka po wyrzuceniu kamienia ustąpiła zupełnie, chory wyzdrowiał, a badanie fizykalne klatki piersiowej nie wykrywało żadnych wyraźnych zmian oprócz lekkiego kataru oskrzeli. Autor przypuszcza, że to musiało być jakieś ciało organiczne (np. kostka zwierzęca), które dostało się do oskrzeli przypadkiem podczas jedzenia a następnie uległo zupełnemu zwapnieniu.

Przebieg i postaci. Kamica oskrzelowa w swoim przebiegu oprócz postaci, że tak powiedzieć można, skrytej, t. j. nie dającej żadnych objawów subjektywnych ani objektywnych do chwili wyrzucenia kamieni, może jeszcze przybierać postać i przebieg nieco odrębny. Mianowicie może przebiegać pod postacią, robiącą wrażenie poczynających się suchot płucnych: chorzy kaszlą sucho, od czasu do czasu nawet wyrzucają plwocinę, zabarwioną krwią, chudną, doświadczają od czasu do czasu bólów w klatce piersiowej i odpluwają nieraz dość obficie śluzoworopną plwocinę. Wiemy dobrze, że nawet przy dzisiejszych metodach badania suchot płucnych możemy nieraz bardzo długo nie wykrywać wyraźnych zmian fizykalnych, w plwocinie możemy nie znajdywać laseczników gruźliczych, a jednak cały zbiór objawów może rodzić słuszne podejrzenie skrycie i powoli rozwijającej się gruźlicy. Dopiero raptem wyrzucony kamień i powrót zupełny chorych do stanu normalnego pozwoli rozpoznać sprawę, jako kamicę oskrzelową. Przypadków takich zebrano w literaturze bardzo dużo; cytuje je obficie w swej pracy Poulalion. Należy jednak zaraz dodać, że większość tych przypadków kazuistycznych dotyczyła chorych nie na istotną kamicę, lecz na gruźlicę przewlekłą, która zwolna uległa zabliźnieniu. Ztąd powstał termin, używany przez dawniejszych autorów: *phthisis calculosa*. Wiadomo jednakże dzisiaj, że wydalanie kamieni nie przedstawia nic chrakterystycznego i występuje nawet stosunkowo bardzo rzadko w zabliźniających się suchotach płucnych; przeciwnie zaś, wydalanie kamieni może mieć miejsce i w suchotach płucnych, przebiegających niepomyślnie, jak to miało miejsce w moim wyżej cytowanym

www.dlibra.wum.edu.pl

przypadku. Z licznej kazuistyki, odnoszącej się do tej kategorji (istotnej kamicy oskrzelowej) przypadków, zasługuje na uwagę spostrzeżenie opisane przez A. Fraenkel'a w 1889 roku.

Kobieta 37-mioletnia, uprzednio zupełnie zdrowa, od kilku miesięcy zaczęła doświadczać suchego kaszlu i uczucia bólu w prawej połowie klatki piersiowej; wystąpiło wreszcie krwioplucie. Aczkolwiek badanie nie wykazywało zmian fizykalnych w narządach klatki piersiowej, a skąpa wydzielina laseczników gruźliczych nie zawierała, niemniej przeto obfite krwioplucie i inne objawy pozwalały rozpoznać gruźlicę. W tydzień po krwiopluciu wśród ataku mocnego kaszlu chora wyrzuciła kamyk wielkości grochu, a od tej chwili wszystkie objawy chorobowe ustąpiły w zupełności. Kamień składał się z węglanu wapnia.

Niemniej ciekawe spostrzeżenie podał Dr. Quantin, odczytane w r. 1890 na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Paryżu (*Soc. med. des hôpit.*): 38-mioletnia kobieta kaszlała od roku, chudła, od czasu do czasu miewała krwioplucia. Chorobę uważano za poczynającą się gruźlicę, aczkolwiek zmiany szczytowe były bardzo niewyraźne. Pewnego dnia, doświadczywszy silnego bólu w okolicy 3-go prawego międzyżebrza, zaczęła jednocześnie mocno kaszlać i wśród takiego ataku wyrzuciła kamyczek długości 1 ctm. a szerokości 0,5 ctm. W ciągu następnych dwóch miesięcy stan chorej nie uległ zmianie. Po 2-ch miesiącach wśród ataku kaszlu wyrzuciła znowu kamyczek, mniejszy od poprzedniego. Od tej pory stan chorej zaczął się znacznie poprawiać, kaszel ustąpił, ból jednak, choć nieznaczny, pozostał jeszcze we wzmiankowanej okolicy przez pewien czas; badanie klatki piersiowej nie przedstawiało wyraźnych zmian auskultacyjnych.

Kamica oskrzelowa może również występować klinicznie pod postacią ostrego kataru oskrzeli z towarzyszącym mu mocnym kaszlem i śluzoworopną plwociną, a nawet lekkiemi poruszeniami gorączkowemi. W przebiegu tej sprawy wśród wzmagającej się ekspektoracji i mocnego bólu w klatce wychodzi kamyczek, poczem wszystkie objawy raptownie ustępują. Interesujące przypadki tej kategorji opisał Pierreson (*Progrès Médical* 1874) i inni. Prawdopodobnie w przypadkach tych istniało, jak sądzę, zapalenie ostre oskrzeli, wywołane przez tkwiący głęboko kamień, a raczej przez wtórną sprawę pasorzytniczą, co ostatecznie przyczyniło się do wydalenia kamienia.

Zejście kamicy oskrzelowej w powyższych jej postaciach klinicznych bywa po większej części pomyślne: z wydaleniem kamienia w większości przypadków ustępowały wszystkie objawy choroby, a chorzy powracali do zdrowia. Niezawsze jednak mamy do czynienia z owem szczęśliwem zejściem. Znajdujemy w literaturze opisy przypadków, w których kamień oskrzelowy wywoływał wtórnie zapalenie ropne w płucu z wytworzeniem

www.dlibra.wum.edu.pl

ropnia, lub przebijał się do opłucnej i wywoływał odmę piersiową oraz ropne zapalenie opłucnej (*pyo-pneumo-thorax*) z zejściem niepomyślnem. W niektórych przypadch tworzyły się po wypluciu kamienia jamy w płucu, które, powoli opróżniając się ze swej ropnej zawartości, ulegały zagojeniu, chorzy wracali do zupełnego zdrowia, jak to pouczał Sander *(Deutsch. Arch. v. klin. Med. fol. XIV r. 1875)*. Wreszcie w niektórych przypadkach następowało zejście śmiertelne wskutek zupełnego zatkania oskrzela kamieniem, który z powodu nadmiernej wielkości nie mógł być wydalony na zewnątrz (spostrzeżenie Tice'a Poulalion obserw. 66).

Rozpoznanie kamicy oskrzelowej w przypadkach, przebiegających skrycie, nie może być w żaden sposób ustalone, zanim kamień nie zostanie wydalony na zewnątrz; wszystkie bowiem cechy, tak subjektywne jak i objektywne, wyżej opisane, nie przedstawiają same przez się nic charakterystycznego dla samej sprawy. Nawet przy wydalaniu kamieni, szczególniej drobnych, należy z punktu widzenia djagnostycznego dokładnie określić, czy są to rzeczywiście kamyki i czy istotnie pochodzą z oskrzeli, a nie z okolic sąsiednich; czasem bowiem wraz z plwociną chorzy wydalają mocno zeschnięte kawałki twarde, mogące do pewnego stopnia przypominać kamyczki, lecz pochodzące najczęściej z jamy nosowogardłowej w suchej postaci katarów tej jamy. Wydzielina śluzoworopna, pozostając długo, nieraz wiele dni, na stropie gardła wytwarza twarde zbite masy, które chorzy wydalają w czasie napadów mocnego suchego kaszlu. Naturalnie, kawałki te przy bliższem rozpatrzeniu po rozmiękczeniu w wodzie lub słabych rozczynach alkalicznych z łatwością dają się rozpoznać jako zbity śluz. Za kamyczki oskrzelowe można również brać drobne kawałeczki chrząstek, pochodzące z nosa (z przegrody nosowej), lub też z krtani, wydalane z plwociną w sprawach zgorzelinowych tych organów (zapalenie syfilityczne ochrzęstnej nosa i krtani, czasem gruźlica krtani). Dalej, drobne kamyczki mogą pochodzić z krypt migdałów podniebiennych, których zawartość serowata może w wyjątkowych przypadkach ulegać zwapnieniu, lub z przewodów gruczołów śluzowych; nawet cząsteczki uległych próchnieniu zębów, dostając się do plwociny, mogą być błędnie uważane za kamyczki oskrzelowe.

A więc, dopiero po wykluczeniu powyższych możliwości, a również, jeśli to możliwe, po zbadaniu chemicznem możemy rozpoznać kamyczki, jako pochodzące z dolnego odcinka dróg oddechowych. Czy zaś kamica oskrzelowa stanowi pierwotne zapalenie oskrzeli, czy też stanowi sprawę wtórną (przewlekłe cierpienia płuc lub gruczołów oskrzelowych), to dopiero szczegółowe badanie kliniczne jest w stanie określić.

Leczenie kamicy oskrzelowej może być tylko czysto objawowe i polega jedynie na łagodzeniu za pomocą środków kojących cięższych objawów subjektywnych, towarzyszących w niektórych razach wydalaniu kamyczków na zewnątrz.

www.dlibra.wum.edu.pl

II. Ciała obce w ścisłem tego słowa znaczeniu.

Ciała obce w drogach oddechowych spotykamy nadzwyczaj często, najczęściej w krtani lub tchawicy, a stosunkowo rzadko w oskrzelach. Rozdział ten w patologji dróg oddechowych cieszy się, jeśli tak wyrazić się można, niezwykłym przywilejem, autorowie bowiem od najdawniejszych czasów nadzwyczaj skrzętnie notowali przypadki chorób tej kategorji. Ztąd też w literaturze zagranicznej, szczególnie z ubiegłego wieku, posiadamy olbrzymi materjał kazuistyczny, jako też cały szereg wybornych monografji, odnoszących się do tego przedmiotu (Riegel, Poulet, Gross Preobrażeński, Kobler i wielu innych), Hoffmann w pracy swej o chorobach oskrzeli, ogłoszonej w r. 1896, zebrał dokładnie całkowitą kazuistykę ciał obcych w oskrzelach, obejmującą 160 odnośnych spostrzeżeń. Kazuistyka ta wzmogła się znakomicie w okresie wprowadzania do badania dróg oddechowych promieni Roentgena i bronchoskopu metodą Kiliana nietylko w klinikach laryngolicznych lecz i w oddziałach szpitalnych. I tak Eiken i Kilian podają że od r. 1898—1913 r. metody te stosowali ogółem w 756 przypadkach ciał obcych w tchawicy i oskrzelach. Nasza literatura jest niezwykle uboga w odpowiednie spostrzeżenia, z liczby bowiem około 20 przypadków ciał obcych w drogach oddechowych, opisanych w naszej literaturze, mniej niż połowa odnosi się do ciał obcych w oskrzelach. Przypadki te podajemy tu pokrótce, słusznie bowiem zwraca uwagę Hoffmann, że należy je szczegółowo notować, gdyż pomimo stosunkowo znacznego materjału niektóre punkty, odnoszące się do djagnostyki pozostają jeszcze do wypełnienia. Oto ważniejsze ze wspomnianych naszych spostrzeżeń. 1) Kleszczowski (Pamiętnik Tow. Lek. 1842) ogłosił przypadek, dotyczący $4^1/_2$- letniego chłopca, który w 4 dni po połknięciu grochu umarł przy objawach wzmagających się napadów zaduszania. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono ziarnko grochu w prawem oskrzelu. 2) Tenże autor (Pamiętnik Tow. Lek. r. 1847) opisuje „wpadnięcie kawałka kostki do kanału oddechowego“: 22-letni nauczyciel, jedząc bigos, zakrztusił się nagle i upadł straciwszy przytomność. Powoli przyszedł do siebie. W tydzień potem wystąpił napad duszności, a chory wyrzucił z ust kostkę gładką, długości jednego cala i prawie takiej samej szerokości 3) Sokołowski i Ołtuszewski—„Przypadek ciała obcego w oskrzelu lewem“ (Gaz. Lek. r. 1881): 37-letnia kobieta, będąc przedtem zupełnie zdrową, doznała raptem podczas jedzenia obiadu ataku silnego kaszlu i duszności. Duszność trwała do wieczora, poczem chora wypluła około łyżeczki czystej krwi. Duszność zmniejszyła się dni następnych, lecz nie ustępowała; 6-ego dnia chora przybyła do szpitala, gdzie znaleziono duszność dość znaczną (35 oddechów na minutę); w krtani zmian nie wykryto; badanie klatki piersiowej wykazało: obie

www.dlibra.wum.edu.pl

BIBLIOTEKA 169

strony klatki piersiowej unoszą się równomiernie, drżenie klatki piersiowej również z obu stron jednakowe; przy wysłuchiwaniu wykryto z tyłu oddech świszczący przy wdechu i wydechu, słyszalny głównie w obu okolicach międzyłopatkowych; kaszel był stały, męczący, suchy. Po kilku tygodniach wystąpił oddech oskrzelowy pod lewą łopatką, a oddech świszczący ustąpił powoli. W początku 7-go tygodnia zaczęła chora gorączkować, przy jednoczesnych objawach sprawy zapalnej w dolnym zrazie lewego płuca (oddech oskrzelowy, wilgotne rzężenia). Do stanu tego dołączyły się objawy zajęcia nerek, i przy stopniowym upadku sił chora umarła w końcu trzeciego miesiąca od początku choroby. Do śmierci istniała stała duszność, kaszel męczący, pod lewą łopatką oddech oskrzelowy i rzężenia dźwięczne. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono: lewe płuco przyrośnięte; w dolnej gałęzi lewego głównego oskrzela wykryto kość długości 1 ctm., szerokości 2 ctm. z ostremi brzegami; miejsce w oskrzelu, gdzie była kość, w kilku miejscach owrzodzone; błona śluzowa naokoło zgrubiała, naciekła krwią; poniżej idące oskrzela znacznie rozszerzone, błona ich śluzowa zabarwiona ciemno-czerwono; w dolnym zrazie lewego płuca objawy zapalenia płuc charłaczego; prawe płuco rozdęte, z objawami przewlekłego kataru. Dalej, znaleziono przewlekłe zapalenie nerek i stłuszczenie mięśnia sercowego. 4) Matlakowski ogłosił w „Gaz. Lek." w r. 1883 przypadek uwięzgnięcia w oskrzelu prawem szczoteczki, odłamanej podczas czyszczenia rurki tracheotomijnej. Przypadek dotyczy 65-cioletniego mężczyzny, u którego była dokonana tracheotomja z powodu zwężenia przymiotowego krtani; podczas oczyszczania rurki trzonek druciany złamał się i szczoteczka pozostała w tchawicy. Badanie wykazało brak szmeru oddechowego w dolnej połowie prawego płuca. Chory wkrótce zaczął stale i mocno gorączkować, kaszlał ciągle, dużo odpluwając, doznawał mocnej duszności. Umarł przy objawach wyniszczenia w końcu piątego tygodnia. Badanie pośmiertne wykryło, że cały zraz dolny prawego płuca usiany był małemi ropniami; w samym początku prawego oskrzela tkwiła szczoteczka w ten sposób, że większa jej część szczelnie zatykała oskrzele, mniejsza zaś i drucik znajdywały się w tchawicy; drucik ten, wskutek opierania się o przednią ścianę tchawicy, wywołał w niej głębokie owrzodzenie z obnażeniem chrząstki. Oskrzela mniejsze wypełnione były cieczą posokowatą. 5) Pieniążek ogłosił w r. 1887 w „Przeglądzie Lekarskim" przyczynek do kazuistyki ciał obcych w drogach oddechowych,—„wydobycie szpilki z oskrzela drugorzędnego prawej strony": 14-letni uczeń, bawiąc się t. zw. fistułką, t. j. rodzajem dmuchawki, służącej do wydmuchiwania strzałki do celu, połknął strzałkę, która wciągnięta została do dróg oddechowych. Strzałka urządzona była ze zwykłej szpilki 3 ctm. długości. Chory uskarżał się tylko na ból pod mostkiem z prawej strony, zwłaszcza podczas kaszlu. Badanie wewnątrzkrtaniowe nie wykazało ciała obcego w krtani ani tchawicy. Natomiast ba-

www.dlibra.wum.edu.pl

danie płuc wykazało po całejstronie prawej utrudnienie wdechu i wydechu, cechujące się szmerem świszczącym, słyszalnym najzupełniej między kręgosłupem a łopatką, głównie przy głębokim wdechu. Chory doświadczał lekkich dreszczyków; ciepłota była 37,8°. Na drugi dzień można było stwierdzić w dolno-tylnym odcinku prawego płuca lekkie stłumienie; szmer stenotyczny pozostawał bez zmiany. Tegoż dnia dokonano choremu przecięcia tchawicy, przez ranę zaś tracheotomijną wydobył autor szpilkę, poczem chłopiec bardzo szybko wyzdrowiał, a objawy zapalenia dolnego płatu płuca przeszły w zupełności w ciągu dni kilku. 6) Sędziak ogłosił w „Gaz. Lek."w r. 1889 („Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w drogach oddechowych") spostrzeżenie kazuistyczne z mojego oddziału w szpitalu Ś-go Ducha, dotyczące 39-letniego robotnika, któremu na oddziale dokonano tracheotomji z powodu znacznego zwężenia krtani pochodzenia gruźliczego. Trzeciego dnia po dokonanej operacji, podczas gdy oczyszczano wyjętą rurkę tracheotomijną wewnętrzną, chory doświadczył mocnego napadu kaszlu, w czasie którego rurka zewnętrzna, oddzieliwszy się od części swej poziomej, t. j. blaszki poprzecznej, wpadła do dróg oddechowych. Chory w pierwszej chwili zaczął się mocno dusić, wkrótce jednakże się uspokoił. Ponieważ nie udało się na razie wydobyć rurki założono choremu nową i zostawiono go w spokoju do dnia następnego. Przy badaniu tego dnia znaleziono duszność niewielką; chory uskarża się na niewielki ból w dolnej części szyi. Badanie klatki piersiowej absolutnie żadnych wyraźniejszych zmian oddechu nie wykazało. Po wyjęciu rurki chory oddychał swobodnie. Badając zgłębnikiem wyczułem wyraźnie stałą przeszkodę w prawem oskrzelu. Natomiast w tchawicy i lewem oskrzelu zgłębnik żadnej przeszkody nie napotykał. Chorego ułożyliśmy na wznak ze zwieszoną na brzeg sofy głową, przyczem wystąpił napad silnego kaszlu, po którym zarówno zgłębnikiem, jako też i palcem, wprowadzonym przez otwór tracheotomijny, można było wyczuć ciało obce w tchawicy, zkąd wydobyto je z łatwością za pomocą kleszczy polipowych. Długość rurki wynosiła 5½ a szerokość 1 ctm. 7 i 8). Prof. Pieniążek w wybornej i wielce pouczającej pracy: „O ciałach obcych w drogach oddechowych", ogłoszonej w „Przeglądzie Chirurgicznym" w r. 1895 między innemi wspomina, że widział 2 przypadki wpadnięcia rurek tracheotomijnych do oskrzeli głównych. U chorego, noszącego rurkę tracheotomijną, znalazł w dolnej części oskrzela prawego kawałek korka; u innego chorego, również po tracheotomji—szpilkę podwójną w prawem oskrzelu. Ciała te zostały usunięte przez autora na drodze operacyjnej. 9 i 10). Radziszewski ogłosił („Kronika Lek." r. 1897) dwa przypadki długotrwałego przebywania ciał obcych w narządach oddechowych. W pierwszym—dziecko 10-cioletnie połknęło kawałek zabawki; na razie silnie się zakrztusiło i dostało napadu duszności; następnie dziecko chudło, mizerniało; napady kaszlu i duszności powtarzały się zwykle raz na dzień.

www.dlibra.wum.edu.pl

Przy badaniu klatki piersiowej znaleziono od przodu na linji sutkowej prawej koło 4-go żebra wyraźny punkt bolesny; w okolicy prawej nad- i podgrzebieniowej stłumienie, oddech amforyczny, drżenie klatki piersiowej wzmożone. 35-go dnia podczas silnego napadu kaszlu ciało obce wypadło nazewnątrz; było ono długości $3^1/_2$ ctm, a grubości małego palca dorosłego człowieka. Drugi był przypadek następujący; 37-letnia kobieta ciężarna podczas jedzenia połknęła kawałek kości; przez 5 miesięcy chora doświadczała duszności, gorączkowała, pluła dużo, od czasu do czasu nawet krwią, w stanie ogólnym podupadła znacznie. Naraz podczas silnego napadu kaszlu wyrzuciła kawałek kości o postaci klinowatej (rozmiarów autor nie podaje), z ostremi brzegami. Pacjentka wyzdrowiała w zupełności 11) Przewoski opisuje. „Ciało obce w oskrzelu„. („Pamiętnik Tow. Lek. r. 1895); kobieta 68-letnia połknęła na kilka lat przed śmiercią jakieś ciało obce; od tego czasu skarżyła się na ból w piersiach, duszność i kaszel. Na sekcji znalazł P. dolny zraz prawego płuca o połowę zmniejszony; w głównem oskrzelu—ciało obce, ciemnobrunatne, w formie guzika, wielkości dużego ziarnka grochu, składające się z jakiejś masy jednolitej, jakby twardego kauczuku. Oskrzele, w miejscu gdzie było to ciało, znacznie rozszerzone; błona śluzowa zaczerwieniona, pokryta ropiastym śluzem; dokoła tego rozszerzenia tkanka płucna na znacznej przestrzeni stwardniała, zmieniona w rodzaj bliznowatej tkanki łącznej, smugi jej sięgały aż do opłucnej, 12). Rutkowski—„Wędrówka kłosa z okrzeli przez ściankę klatki piersiowej" (Czasopismo Lekarskie 1900). 14-letnie dziecko po połknięciu kłosa zboża doświadczało mocnych napadów kaszlowych, 2 tygodnie trwających. W 3-im tygodniu wytworzył się ropień ograniczony w dolnej lewej okolicy pachowej i po przecięciu ropnia R. wyjął kłos. Dziecko wyzdrowiało.

W dawniejszej literaturze znalazłem jeszcze 2 przypadki, opisane przez Milhausena (Tygodnik Lekarski r. 1849), lecz opis ten jest niezbyt ścisły. W pierwszym przypadku mężczyźnie średnich lat ziarnko grochu wpadło do dróg oddechowych, nie wywołując w pierwszych dniach żadnych objawów. Następnych dni dopiero zjawił się lekki kaszel, ból w okolicy 3-go żebra i coraz bardziej wzmagająca się duszność. Po 2-ch tygodniach, podczas ataku kaszlu, chory wypluł mało zmienione ziarnko grochu. W drugim przypadku — 65-letnia kobieta, jedząc kapustę uczuła, że jakieś twarde ciało dostało się jej głęboko do dróg oddechowych i utkwiło w okolicy serca, jak sama określała, tam bowiem stale uczuwała ból. Z przodu wysłuchiwano rzężenia; zmian w oddechu nie było. Powoli kaszel i duszność stawały się coraz bardziej dokuczliwemi. Po kilku tygodniach chora raptem wypluła kawałek kości (wielkości autor nie podaje). 13) Przypadek Tetza („Gaz. Lek." r. 1875): chory podczas jedzenia mięsa poczuł, że jakieś ciało obce wpadło mu do dróg oddechowych;

www.dlibra.wum.edu.pl

zaczął zaraz mocno kaszlać i pluć krwią. Od tego czasu pozostał stale ból ostry pod prawym obojczykiem; następnie ból ten przeszedł i pod prawą łopatkę. Przy wysłuchiwaniu oddech w tych miejscach był zmieniony. Ostatecznie podczas kaszlu chory wypluł kostkę i następnie zupełnie wyzdrowiał (nie podano jakie było ciało obce i jak długo pozostawało w oskrzelu)

I w naszem piśmiennictwie owa niezwykle rzadka kazuistyka ciał obcych w tchawicy i oskrzelach z chwilą wprowadzenia do badań bronchoskopu stała się o wiele częstszą. Erbrich w pracy swojej „O zwężeniach tchawicy i oskrzeli" wydanej w 1918 r. podaje 21 przypadków ciał obcych w tchawicy i oskrzelach, jakie sam spostrzegał (1 szpilka, 2 gwoździki, 1 spinaczka do papieru, 1 kula rewolwerowa, 1 rurka tracheotomijna 6 kostek, 1 ząb, 1 groch okrągły, 2 tamponiki z waty, 2 fasole, 1 kawałek jabłka, 2 pestki od dyni.)

Niektóre z tych przypadków, wysoce interesujące, spostrzegałem wspólnie z autorem w szpitalu Św. Ducha. Interesujących się tym przedmiotem odsyłam po bliższe szczegóły do powyższej pracy. Kazuistyczne przypadki ciał obcych ogłosił również w naszej literaturze Pomorski (1909).

Wszystkie powyższe spostrzeżenia, dotyczące ciał obcych w oskrzelach, wykazują, jak wielce różnorodne mogą być te ciała: wszystko, wprowadzane do ust z jedzeniem, lub też wszelkie przedmioty, wypadkowo trzymane w ustach, mogą się dostawać do oskrzeli. A więc: ciała metalowe, kulki, monety, igły, kawałki kości, kłosy i trawy zbożowe, różne rodzaje grochu, zabawki, rurki tracheotomijne, świstawki dziecięce, kawałki ołówków i bardzo wiele innych. Najczęściej dostają się do oskrzeli ciała małe, gładkie ziarnka zboża, grochu lub małe odłamki kostne, jednakże spostrzegano i ciała większe: istnieje np. opis przypadku, w którym cztery zęby sztuczne w oprawie wpadły do oskrzela. Pewną rolę w mechanizmie przedostawania się ciał obcych do oskrzeli odgrywa ich ciężar: ciała stosunkowo cięższe (guziki metalowe, monety, kostki) łatwiej opuszczają się do głębszych dróg oddechowych, aniżeli ciała stosunkowo lżejsze.

Co się tyczy samego mechanizmu wpadania ciał obcych do oskrzeli, to należy pamiętać, że ciało obce może się dostać do dróg oddechowych jedynie przy mocnym wdechu. Podczas więc aktu połykania może to nastąpić wtedy, jeśli ruch połykowy został przerwany, a wejście do krtani zostało jednocześnie otwarte. Tak przyjazne warunki wydarzają się rzadko i to w razie wystąpienia podczas jedzenia jakiegoś nagłego odruchu pod wpływem strachu, wybuchu śmiechu i t. p.; wówczas bowiem odruchowo powstaje akt wdechu, a wskutek tego przez niezamkniętą głośnię ciało, znajdujące się w jamie ustnej, wpaść może do dróg oddechowych.

Niepoślednią rolę przy przedostawaniu się ciał obcych do oskrzeli odgrywa usposobienie osobnika, a przedewszystkiem osłabienie czyn-

www.dlibra.wum.edu.pl

ności odruchowej. Ztąd też pod wpływem np. ostrego zatrucia alkoholem, jak kazuistyka wykazuje, dosyć często wpadają do oskrzeli nawet dość duże kęsy pokarmowe, i bywają przyczyną nagłego uduszenia się. To samo powiedzieć można o dostawaniu się ciał obcych do oskrzeli podczas chloroformowania chorych (sztuczny ząb, korek, użyty w celu otwarcia ust, kawałki nowotworów, usuwanych z jamy ustnej i nosowogardłowej i t. p.). Istnieją również osobniki z tak znacznie obniżoną wrażliwością błony śluzowej dróg oddechowych, że podlegają wielokrotnie wpadaniu ciał obcych do dróg oddechowych.

Ciało obce, dostawszy się do dróg oddechowych, wywołuje napad kaszlu odruchowego, który bardzo często może wydalić na zewnątrz ciała niewielkie i lekkie. Tą drogą mogą być zresztą wydalone i ciała cięższe, jak pestki i groch a nawet odłamki kości, jak to nieraz opisywano. Im jednak ciało obce jest cięższe i większe tem trudniej wydalić je przy kaszlu, przeciwnie, wskutek swego ciężaru opada na dół, dostając się wreszcie do oskrzela, i zazwyczaj w niem pozostaje, wklinowuje się nieraz bardzo mocno, co szczególniej zdarza się z ciałami kańciastemi ostremi. Nawet ciała ruchome wyjątkowo tylko, jak było np, w moim przypadku, wyżej opisanym, z rurką tracheotomijną, mogą z oskrzeli dostawać się do tchawicy, ponieważ ściany oskrzeli, kurcząc się odruchowo wskutek obecności ciała obcego, zamykają światło oskrzela i powodują niedodmę w odpowiedniej części płuca, a tem samem znosząc t. tw. siłę propulsyjną wydechu, ułatwiającą wydalenie ciała obcego na zewnątrz. W niektórych przypadkach widzimy z początku to dążenie ciała obcego do posuwania się w górę, ku tchawicy. Ciało to jednak, dostawszy się pod głośnię, wywołuje jej skurcz z objawami mocnego zaduszania i najczęściej spada z powrotem do oskrzela, aby się tam ostatecznie zaklinować

Co się tyczy miejsca, w którem zatrzymują się w oskrzelach ciała obce to jak kazuistyka wykazuje, jest niem przedewszystkiem oskrzele prawe. Podług zestawienia Grossa na 17 ciał obcych w drogach oddechowych, 16 znaleziono w oskrzelu prawem. W 7 przypadkach ciał obcych, również w ostatnich czasach spostrzeganych przez Koblera, w jednym tylko przypadku ciało obce znajdowało się w lewem oskrzelu. Ten sam mniej więcej stosunek jest w naszej kazuistyce, przytoczonej wyżej, w jednym bowiem tylko moim przypadku, zakończonym śmiertelnie, ciało obce utkwiło w lewem oskrzelu. W przypadkach Erbricha 14 ciał obcych było w prawem oskrzelu, 4—w lewem a 1 w tchawicy Przyczyna dostawania się ciał obcych przeważnie do prawego oskrzela, zdaje się, jest ta, że prawe oskrzele jest nietylko szersze od lewego, lecz przedewszystkiem, jak wskazał Aeby kierunek jego jest bardziej zbliżony do kierunku tchawicy.

Ciało obce, dostawszy się do oskrzela głównego, najczęściej prawego, siłą ciężkości posuwa się na dół i wchodzi zwykle do jego dolnej

www.dlibra.wum.edu.pl

gałęzi, jako stanowiącej prawie dalszy ciąg samego oskrzela. Rzadziej się zdarza, aby ciało obce utkwiło w gałęzi środkowej, większość zaś tych ciał więzgnie w dolnych gałęziach. Bardzo małe ciała mogą się przesuwać i dalej, do oskrzela trzeciorzędnego.

O b j a w y, spowodowane przez ciała obce w drogach oddechowych, są wielce rozmaite; może się zdarzyć, że chory odrazu umiera wskutek zatkania najgrubszego oskrzela, a nawet i obu razem.

W niektórych przypadkach, chory traci na razie przytomność i dopiero po pewnym czasie przychodzi do siebie. W ogromnej jednakże większości przypadków przedostaniu się ciała obcego do oskrzela towarzyszy mocny kaszel z uczuciem duszności, która się zazwyczaj zmniejsza po pewnym czasie, aby znowu wystąpić po dniach kilku z większem natężeniem. W niektórych przypadkach naturalnie tam, gdzie ciało obce było niewielkie, możemy z początku nie mieć ani kaszlu, ani duszności. Chorzy tylko zaznaczają, że poczuli raptem podczas jedzenia, iż jakieś ciało wpadło głęboko do dróg oddechowych. W ogromnej jednakże większości przypadków duszność jest objawem stałym, występuje z różnem natężeniem i w ciągu dnia jednego zmienia nieraz charakter dochodząc do ataku niemal zaduszania. Nieraz zmiana pozycji, szczególniej ułożenie chorego na boku, zwiększa tę duszność.

K a s z e l jest również niemal stałym objawem i w większości przypadków występuje od początku sprawy. Ma on przeważnie charakter suchy, duszący; w pierwszych dniach po wpadnięciu ciała obcego do oskrzeli może się przyłączać mniej lub więcej obfite, k r w i o p l u c i e, wskutek zranienia błony śluzowej oskrzeli, szczególniej ostremi kostkami. W moim przypadku pierwszego dnia wystąpiło dość obfite krwioplucie. Kaszel suchy przy dłuższem pozostawaniu ciała w oskrzelu przechodzi zazwyczaj w kaszel wilgotny t. j. chorzy zaczynają wyrzucać mniej lub więcej obfitą ilość plwociny śluzoworopnej; zależy to od rozwijających się wtórnie spraw zapalnych oskrzeli. Plwocina może następnie nabierać charakteru czystoropnego, a nawet staje się cuchnącą, ropiastą, co również jest skutkiem rozwijających się następczo w samem płucu spraw natury ropnej lub zgorzelinoworopnej.

B ó l mniejszego lub większego natężenia bywa bardzo częstym, niekiedy nawet jest on jedynym objawem. Występuje jako ból głuchy, tępy, nieraz zaś, jak to miało np. miejsce w moim przypadku, posiada charakter bólu kłującego, Co się tyczy umiejscowienia bólu, to chorzy wskazują zwykle przednie i górne części klatki piersiowej, okolicę trzeciego lub czwartego żebra, lub też częściej okolicę międzyłopatkową.

B a d a n i e f i z y k a l n e klatki piersiowej w niektórych przypadkach, szczególniej w pierwszych dniach po wpadnięciu ciała obcego do oskrzela, może nie wykrywać absolutnie żadnych objawów nienormalnych; chory

www.dlibra.wum.edu.pl

kaszle sucho, doświadcza duszności i bólu, a pomimo to żadnych zmian w oddechu nie wykrywamy nawet w tych razach, gdy ciało obce było dość duże, jak to miało miejsce w moim przypadku, zakończonym śmiertelnie. W większości jednakże przypadków wykrywano za pomocą badania fizykalnego pewne objawy dość charakterystyczne, a mianowicie:

1). Osłabienie lub nawet zupełne zniesienie oddechu z jednej strony klatki piersiowej. Zupełny brak szmeru oddechowego zależy od zatkania głównego oskrzela przez ciało obce większego kalibru i jest właśnie dla takiego wielkiego ciała objawem nadzyczaj charakterystycznym. Ciała mniejsze lub, z powodu swego kształtu, nie zatykające zupełnie światła oskrzela, przepuszczając powietrze, powodują tylko pewne osłabienie szmeru oddechowego po odpowiedniej stronie, co jednakże nie stanowi samo przez się objawu charakterystycznego. Nieraz ciała dużego kalibru, lecz rurkowate, wewnątrz puste, mogą nie dawać zupełnie objawów zatkania i różnic w oddechu obustronnym, jak to miało miejsce w moim przypadku, z rurką tracheotomijną, usadowioną w oskrzelu głównem. W pewnym przypadku, gdzie w oskrzelu utkwiła świstawka, nie tylko przedostawało się przez nią powietrze, lecz podczas wdechu można było słyszeć wydawany przez nią charakterystyczny świst.

2). Obok zniesionego lub osłabionego oddechu występuje dosyć często ograniczenie lub nawet zniesienie ruchu w odpowiedniej części klatki piersiowej, co w połączeniu z powyższym objawem może stanowić bardzo ważną cechę rozpoznawczą.

3). Wysłuchiwanie w przypadkach ciała obcego w oskrzelu wykazać może objawy zwężenia oskrzela w postaci charakterystycznego szmeru stenotycznego, silniejszego po stronie płuca, w którem znajduje się ciało obce. Szmer ten, z charakterem świszczącym, słyszeć się daje przeważnie w okolicy międzyłopatkowej; bywa on różnego natężenia, nieraz jest tak mocny, że słychać go nawet z daleka. Natomiast w innych przypadkach szmer świszczący bywa bardzo niewyraźny i daje się słyszeć tylko przy głębokim wdechu. Weil, który pierwszy zwrócił uwagę na powyższy objaw, uważa go za wielce charakterystyczny dla przypadków ciał obcych, głęboko leżących w oskrzelu; ma on według tego autora występować po stronie, odpowiadającej ciału uwięzgniętemu. W naszym przypadku, cytowanym powyżej a zakończonym śmiertelnie, mieliśmy do czynienia z objawem, opisanym przez Weila; szmer jednak, słyszalny przy głębokim wdechu, występował z obu stron kręgosłupa, w okolicy międzyłopatkowej. Zresztą objaw ów był bardzo zmienny, były bowiem dni, gdyśmy szmeru wcale nie słyszeli, innych znów dni występował on bardzo wyraźnie; z chwilą rozwoju sprawy zapalnej zniknął zupełnie.

Zmiany w odgłosie opukowym w postaci mniej lub więcej rozległego stłumienia, oddech oskrzelowy, rzężenia różnego charakteru i t. p. objawy,

www.dlibra.wum.edu.pl

występujące w dalszym przebiegu, zależą nie od samej obecności ciał obcych, lecz od spraw wtórnych w płucach, wywołanych przez te ciała.

W ogromnej większości przypadków ciała obce, pozostając w drogach oddechowych dłużej niż dni kilka, wywołują szereg mniej lub więcej ciężkich zmian nietylko w najbliższem otoczeniu; t. j. na błonie śluzowej oskrzeli, lecz także i w narządach sąsiednich, a przedewszystkiem w płucach. Rodzaj zaburzenia następczego zależy nie od wielkości lub jakości ciała obcego, lecz przedewszystkiem od tej okoliczności, czy ciało to przeniosło wraz z sobą do oskrzeli drobnoustroje chorobotwórcze. Doświadczenia bowiem na zwierzętach, poczynione w tym kierunku przez Schüllera, wykazały, że ciała obce, nie zawierające pasorzytów chorobotwórczych, wywołują w drogach oddechowych tylko zwykły odczyn zapalny z następczym rozrostem tkanki łącznej; natomiast ciała zakażone sprowadzają szybko objawy gorączki septycznej, jakoteż zmiany zapalne natury septycznej w płucach i innych narządach. Doświadczenia te wyjaśniają nam w zupełności zjawiska, spostrzegane u chorych przy przedostaniu się ciał obcych do oskrzeli. Nieraz np. spostrzegamy nawet w razie obecności dość dużego ciała, w ciągu pierwszych dni brak zupełny objawów odczynu zapalnego, dopiero w następstwie występuje on przy objawach bardzo łagodnych, a po wyrzuceniu ciała obcego sprawa w zupełności przycicha. Do tej kategorji zaliczyć należy te wszystkie przypadki, w których chorzy powracali do zupełnego zdrowia, oraz te, gdzie ciało obce wiele lat pozostawało w oskrzelach, otorbiwszy się i wywoławszy następcze śródmiąższowe zapalenie sąsiednich części płuca, jak to widzieliśmy w wyżej opisanym przypadku Przewoskiego.

W większości jednakże przypadków wskutek przyłączającego się zapalenia wtórnego lub też z powodu tego, że samo ciało obce było zakażone, występuje zapalenie ogniskowe w sąsiednich oskrzelach, a następnie w sąsiednich częściach płuc, najczęściej w dolnych, gdzie powstaje wtedy ogniskowe zapalenie płuc (*bronchopneumonia*) różnej wielkości, i z rozmaitem zejściem. A więc—następuje tu zserowacenie, zropienie z wytworzeniem ropnia w płucu, lub nawet z zejściem w sprawę zgorzelinową i następczem ogólnem zakażeniem septycznem organizmu. W jednym przypadku u dziecka kilkoletniego widziałem objawy cuchnącego kataru oskrzeli (*bronchitis putrida*), powstałego, o ile z wywiadów sądzić było można, w następstwie przedostania się do oskrzeli ciała obcego. Dziecko to z początku gorączkowało kilka miesięcy, marniejąc znacznie; powoli gorączka ustąpiła w zupełności, dziecko zaczęło się poprawiać, wypluwało jednak dość znaczne ilości ropiastej mocno cuchnącej plwociny; badanie wykazało niezbyt rozległe ognisko zapalne w dolnej części prawego płuca. Małego pacjenta. przywieziono mi znowu po kilku miesiącach; stan jego

www.dlibra.wum.edu.pl

ogólny przedstawiał się znacznie lepiej; dziecko wydawało się niemal zupełnie zdrowem, odpluwało niewiele, objawy zaś ogniskowe były bardzo niewyraźne. W tym przypadku, którego dalsze losy nie są mi bliżej wiadome, zapalenie ogniskowe ropne natury zgorzelinowej ograniczyło się powoli, przechodząc prawdopodobnie w sprawę natury łącznotkankowej.

Zapalenie zgorzelinowe może również zakończyć się pomyślnie po wyrzuceniu ciała obcego, jak to miało miejsce w wielce interesującym przypadku, opisanym przez Koblera w którym u 56-letniego mężczyzny wystąpiły nagle objawy zapalenia zgorzelinowego przedniej części prawego płuca; po kilku dniach chory wyrzucił z cuchnącą plwociną kawałek mięsa, rozpoznany histologicznie jako taki przez prof. Ebnera w Wiedniu. W przypadku tym ciało obce dostało się do płuca tak niepostrzeżenie, że chory o niem nie wiedział; nie doświadczał również żadnych objawów, właściwych tego rodzaju sprawom. Pacjent następnie szybko wyzdrowiał. Kobler przypuszcza, być może słusznie, że samodzielna zgorzel płuc, występująca u ludzi poprzednio zdrowych, może zależeć od ciał obcych, które wpadły do oskrzeli.

Ze spraw, rzadziej występujących jako następstwo ciała obcego, wspomnieć jeszcze musimy o promienicy (*actinomycosis*) oskrzeli, która może powstać, jak tego dowodzą spostrzeżenia Israela i innych, przez przedostanie się do dróg oddechowych kłosa zbożowego, zawierającego grzybki promienicowe. Słuszność tego poglądu na etjologję promienicy płuc i oskrzeli opierają autorowie na tej okoliczności, że przeważnie spostrzegano przypadki promienicy zrazów dolnych płuc.

Stosunkowo niezbyt rzadko widujemy, jako następstwo ciał obcych w oskrzelach gruźlicę, która tu występuje zazwyczaj w postaci przewlekłej, jak o tem poucza kazuistyka (Juffinger, Filatow i inni); może ona wybuchać w różnym czasie po przeniknięciu ciała obcego do płuc: nieraz już w kilka miesięcy, czasem zaś dopiero po upływie lat kilku, i nawet, pomimo wydalenia ciała obcego, niekiedy nie zatrzymuje się w swym rozwoju.

Widziałem przed wielu laty chorego, dotkniętego typową postacią gruźlicy płuc w okresie rozpadu; chory ten opowiadał mi, że początek jego choroby datuje się od połknięcia kostki w czasie jedzenia; kostka ta po kilku latach (nie przypominam sobie dokładnie ilu) została wyrzucona w czasie mocnego krwotoku płucnego; stan jednakże chorego nie uległ poprawie; przeciwnie, w lat kilka nastąpiło zejście śmiertelne. Podobny przypadek opisuje Juffinger. Co się tyczy pytania, w jaki sposób w tych razach powstaje gruźlica, to trudno w tym względzie wyrzec coś stanowczego. Być może, że gruźlica istniała już w tych przypadkach, a może też rozwinęła się wtórnie wskutek następczego zakażenia.

Rozszerzenia oskrzeli (*bronchiectasis*) mogą występować rów-

www.dlibra.wum.edu.pl

nież jako następstwo ciał obcych. Widzieliśmy je w obu przypadkach, zakończonych śmiertelnie (mój i Przewoskiego). Rozszerzenia te powstają najczęściej wskutek rozwoju następczego sprawy zapalnej w płucach z zejściem w marskość, dochodzącą nieraz do opłucnej (*pneumonia interstitialis*), albo też wskutek tego, że zatkanie oskrzela powoduje niedodmę płuc z następczemi zapaleniami, najczęściej ropnemi, wrzodziejącemi. Wskutek owrzodzenia ściany oskrzela ciało obce, dotychczas uwięzgnięte, może się uwolnić i opuszcza się wtedy niżej. Powietrze ma dostęp wolny do odcinka oskrzela, dotąd zatkanego, a ponieważ ściany tego oskrzela są wskutek zapalenia zwiotczałe, łatwo powstać może pod wpływem ciśnienia powietrza—rozszerzenie oskrzela (*bronchiectasis*), do czego się zresztą w znacznej części przyczynia kaszel. Tą drogą również szczególniej w razie obecności drobnoustrojowów chorobotwórczych, mogą powstawać nietylko rozszerzenia oskrzeli, ale i drobne jamki w płucach, wypełnione płynem ropiastym, jak to można było widzieć w moim przypadku. Tam, gdzie zatkanie oskrzelka przez ciało obce nie jest zupełne, powietrze ma utrudnione nietylko wejście do płuca, ale i wyjście z niego, co w wysokim stopniu przy istniejącym kaszlu ułatwić może wytworzenie się rozszerzenia oskrzela. Znaczniejsze rozszerzenia mogą istnieć przez dłuższy przeciąg czasu; zdarzają się przeważnie w dolnych zrazach płuc, dając klasyczne objawy, właściwe tym sprawom. Kilka przypadków tej kategorji, obserwowanych za życia, a potwierdzonych badaniem pośmiertnem, opisał Kobler i inni.

Z innych powikłań, występujących w następstwie ciał obcych, wspomnieć musimy o zapaleniu opłucnej, surowiczem lub nawet ropnem, doprowadzającem w niektórych przypadkach nawet do odmy piersiowej (*pneumothorax*), jako też o zapaleniu płuc włóknikowem (*pnemonia fibrinosa*), które w niektórych razach, jak o tem świadczy jeden z przypadków opisanych, kończy się pomyślnie.

Rozpoznanie ciała obcego, utkwionego w oskrzelu, na podstawie wywiadów i symptomatologji nie powinno w większości przypadków nastręczać jakichś poważniejszych trudności. Nagłe powstanie sprawy, szczególniej podczas jedzenia, suchy, duszący, uparty kaszel, objawy zwężenia oskrzela, pozwolą szybko zorjentować się lekarzowi, z czem ma do czynienia. Najczęściej jednakże, szczególniej u dzieci, ludzi starych, lub mocno osłabionych wywiady nie dają wyraźnych wskazówek; mamy wtedy do czynienia jedynie z objawami ze strony płuc (kaszel i duszność), z powodu których chorzy lub też ich rodzice zasięgają porady. W tych razach objawy jednostronnego zwężenia oskrzeli, ogniska zrazikowego zapalenia płuc, lub też rozszerzenia oskrzeli jednostronne i umiejscowione w dolnych zrazach winny lekarza naprowadzać na odpowiednie rozpoznanie, tem bardziej, jeżeli dowiemy się, że sprawa powstała nagle u

www.dlibra.wum.edu.pl

uprzednio zdrowych dzieci. Czasami raptownego wpadnięcia ciała obcego do oskrzela u dzieci nie można na razie odróżnić od krupu krtani, objawy bowiem początkowe obu tych spraw (kaszel i świszczący oddech) są nieco do siebie zbliżone. Brak jednakże gorączki, a przedewszystkiem badanie laryngoskopowe, które można wykonać nawet u najmłodszych dzieci, wreszcie cały przebieg choroby, uchronią od możliwego błędu.

W ostatnich latach, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, zyskaliśmy w celu rozpoznawania ciał obcych w oskrzelu znakomitą metodę w rentgenoskopji, za pomocą której wielokrotnie nadzwyczajnie ściśle możemy rozpoznać nietylko obecność, ale wielkość i umiejscowienie ciała obcego; dotyczy to jednak przedewszystkiem ciał metalowych (igły, szpilki, monety, guziki, kule, kanjule tracheotomijne); trudniej już dają się rozpoznawać w ten sposób ciała roślinne, jak groch, fasola, ziarnka dyni i t. p. które jak wiemy, często, właśnie u dzieci, dostać się mogą do dróg oddechowych. Jednakże i te ostatnie ciała, jak o tem osobiście przekonać się mogłem w naszej pracowni rentgenograficznej szpitalnej, można rozpoznać przy prześwietlaniu naturalnie o ile nie są zbyt małe. Ciała organiczne, jak kawałki mięsa i t.p., nie mogą być rozpoznane za pomocą rentgenoskopji, gdyż przepuszczają one w zupełności promienie; natomiast kostki, lecz niezbyt małe, mogą być wykryte. Ość rybia i chrząstki przepuszczają promienie dobrze, i nie można ich rozpoznać. Ztąd też lekarz winien zawsze, w razie podejrzenia ciała obcego w oskrzelu, uciec się do badania chorego za pomocą tej metody, szczególniej u dzieci, u których klatka piersiowa doskonale daje się prześwietlić. Pamiętać jednakże należy, że ujemny wynik nie wyklucza jeszcze obecności ciała obcego.

W ostatnich latach prof. Kilian z Freiburga opisał osobny przyrząd, nazwany przez niego bronchoskopem, za pomocą którego można dokładnie badać wzrokiem, przy odpowiedniem oświetleniu, grubsze, a nawet głębiej położone oskrzela. Tą metodą udało się Kilianowi w kilku przypadkach rozpoznać a następnie wyjąć ciało obce, głęboko w oskrzelach usadowione. Przyrząd ten stopniowo udoskonalony spopularyzował się szybko i dziś stanowi wielką zdobycz nauki, a przy badaniu ciał obcych w tchawicy i oskrzelach oddaje wysokie usługi. Śmiało powiedzieć można że metoda ta jest jedynie pewną metodą rozpoznawczą w razie podejrzenia obecności ciała obcego w oskrzelu. Podług bowiem statystyki Kahlera, obejmującej 291 przypadków ciał obych w tchawicy i oskrzelach tylko w 2-ch przypadkach badanie tracheobronchosko pem dało wynik ujemny[1]).

---

[1]) Opis bronchoskopu i wogóle całej techniki bronchoskopji patrz w dziale, opracowanym przez Erbricha w pracy zbiorowej p. t. Metody badania narządu oddechowego, wydanej pod redakcją Prof. A. Sokołowskiego i B. Dębińskiego Warszawa 1920.

www.dlibra.wum.edu.pl

Z punktu widzenia djagnostycznego należy jeszcze dodać, że niektórzy osobnicy, szczególniej kobiety histeryczne, mogą się uskarżać na objawy, w wysokim stopniu podobne do objawów ciała obcego w oskrzelach, którego tam w rzeczywistości niema. Ujemny wynik szczegółowego badania, obok innych objawów histerycznych, może naprowadzić na rzeczywiste rozpoznanie.

Rokowanie w przypadkach ciała obcego w oskrzelach wogóle uważać należy za bardzo poważne; wydalenie bowiem samodzielne takiego ciała na zewnątrz i powrót do zupełnego zdrowia nie często się zdarza; zresztą nieraz nawet i po tem szczczęśliwem zejściu pozostają pewne zmiany w płucach lub oskrzelach (przewlekłe katary, stwardnienie płuc (*cirrhosis*) i t. p.) W znacznym odsetku przypadków następuje zejście fatalne bardzo szybko, lub, co się najczęściej zdarza, po pewnym przeciągu czasu, wskutek spraw następczych, o których mówiliśmy wyżej. Co się tyczy cyfr statystycznych, to Behrens, na podstawie ogromnego materjału, podaje 34% zejść śmiertelnych wogóle w przypadkach ciał obcych w drogach oddechowych. Pogrebienski na podstawie całkowitego materjału, istniejącego w literaturze do r. 1895, śmiertelność tę ogranicza do 23%, wykluczając ze statystyki chorych, którzy wogóle nie byli poddani żadnemu leczeniu. Naturalnie, nasza statystyka, oparta na niewielkim, wyżej przytoczonym materjale kazuistycznym, niema pod tym względem doniosłości, widzimy w niej jednakże, że z liczby 14 przypadków tylko 3 zakończyły się śmiercią. Nowsze jednakże statystyki, ogłoszone po wprowadzeniu bronchoskopji, dają wyniki o wiele lepsze: i tak statystyka Eckena obejmująca obszerną kazuistykę, zebraną do roku 1915, podaje odsetek śmiertelności 14,84. u dzieci a 9,1% u dorosłych.

Leczenie. Wskazaniu podstawowemu przy leczeniu ciał obcych oskrzeli odpowie możliwie szybkie wydalenie tych ciał nazewnątrz; wiadomo bowiem, że pozostawanie ich dłuższe w oskrzelach w ogromnej większości przypadków pociąga za sobą mniej lub więcej groźne dla organizmu następstwa. Metoda wyczekująca, stosowana przez wielu lekarzy, a nawet zalecana w dawniejszych podręcznikach, opiera się na spostrzeżeniach, w których ciała obce bez żadnej interwencji po pewnym przeciągu czasu samodzielnie wydalały się nazewnątrz. Takie jednak zejścia, jak wykazują dane statystyczne, wyżej podane, bynajmniej nie przemawiają na korzyść tej metody, wiemy bowiem, że w ogromnej większości przypadków nietylko ciała obce nie wydalają się samodzielnie nazewnątrz, lecz przeciwnie wywołują u chorych bardzo groźne następstwa; nadto z liczby tej kategorji wyleczeń znaczny odsetek stanowią prawdopodobnie ciała obce, które jeszcze nie uwięzgły w oskrzelach, lecz tylko w krtani i tchawicy. Hoffmann, opierając się na zebranym przez siebie materjale, oraz na danych, zaczerpniętych z po-

www.dlibra.wum.edu.pl

uczającej pracy statystycznej Pogrebienskiego, zestawia w sposób następujący wyniki leczenia ciał obcych oskrzeli. Do pierwszej grupy zalicza 10 przypadków, w których ciała obce stanowiły przedmioty niewielkie gładkie, o ile *a priori* sądzić było można, łatwe do wydalenia nazewnątrz. Z tych dziesięciu chorych umarł jeden (nie leczony), dziewięciu wyzdrowiało (z tych u 6-iu była dokonana tracheotomja). Do drugiej grupy obejmującej 61 przypadków, należały ciała obce nierówne, twarde, większej objętości, o których z góry można było przypuszczać, że ulegną zaklinowaniu w oskrzelu. Z 38-u chorych z tej grupy, nie leczonych, 17 zmarło, 21 powróciło do zdrowia; z 13-u operowanych 10-u wyzdrowiało. W trzeciej grupie pomieścił autor pacjentów, którym dostały się do oskrzeli kłosy. Z tych czterech zmarło, a czterech wyrzuciło kłos po mniej lub więcej długim przeciągu czasu. W pozostałych 8-u przypadkach, zakończonych pomyślnie, wytworzyły się ropnie, które po dłuższym czasie utorowały sobie drogę nazewnątrz klatki piersiowej. Do ostatniej grupy wreszcie, obejmującej 43 przypadki, należą różne ziarnka zboża (groch, fasola, nasiona chleba świętojańskiego i t. p.). W 22 przypadkach ciała te były przyczyną śmierci; wyzdrowiało chorych 15; z wyleczonych u 7-u dokonano przecięcia tchawicy. Z liczby 22 zmarłych u 6 dokonane było przecięcie tchawicy. Zapewne powyższe dane statystyczne są wielce ciekawe, w każdym jednak razie nie dają pewnych wskazówek do postępowania leczniczego w podobnych przypadkach, tem bardziej że każdy pojedyńczy przypadek odznacza się rozmaitemi właściwościami, zależnemi nie tylko od wielkości i jakości ciała obcego, lecz także od właściwości danego osobnika. Ztąd w każdym poszczególnym przypadku należy obmyśleć odpowiedni sposób postępowania. Nic też dziwnego, że różni autorowie tak wielce różne podawali wskazania i nieraz wprost przeciwne wyprowadzali wnioski ze swych statystyk. O ile jednak nowe metody badania i leczenia zmieniły podstawowo owe fatalne wyniki, wykazały dowodnie nowsze dane statystyczne, które wyżej przytoczyłem w opisie rokowania a bardziej jeszcze przy staraniu wydobycia ciał obcych za pomocą górnej lub dolnej bronchoskopji, które wykazują że w 231 przypadkach, zestawionych przez Eikena, u 178 chorych z uwięzgniętem ciałem obcem w oskrzelu osiągnięto wynik pomyślny. Odrzuciwszy więc stanowczo z pośród sposobów leczenia metodę wyczekującą, jako nietylko nie pożyteczną, lecz nieraz szkodliwą a nawet zgubną, zastanowić się musimy pokrótce nad temi metodami, które mamy do wyboru po stanowczem rozeznaniu ciała obcego. Najpospolitszą i powszechnie wśród publiczności stosowaną metodą jest wstrząsanie mechaniczne (najczęściej mocne uderzenie w plecy) w chwili przedostania się ciała obcego do dróg oddechowych oraz jednocześnie występującego dławienia się i duszenia. Środek ten rzeczywiście w wielu przypadkach przyczynia się do wywołania mocnego kaszlu, którym ciało obce

www.dlibra.wum.edu.pl

wydala się nazewnątrz. Szczęśliwe wyniki takiego leczenia, zdaje się, przypisywać należy temu, że ciało obce nie wpadło jeszcze głębiej, lecz zatrzymało się głęboko w gardle, a co najwyżej w krtani lub jej przedsionkach. Z oskrzeli, jak łatwo wywnioskować teoretycznie, ciało obce w ten sposób trudniej usunąć; w podobnych razach odpowiedniejszą być może metoda mechanicznego wydalenia ciała za pomocą odpowiedniego ułożenia chorego na boku z opuszczoną na dół głową, a wzniesionym nieco w górę tułowiem. Zastosowaniu tego sposobu zawdzięczam wydostanie rurki tracheotomijnej z oskrzela w przypadku opisanym wyżej. Do tej samej katogorji zaliczyć należy metodę popularną t. j. wzniesienie chorego do góry za nogi, z głową na dół opuszczoną; szczególniej u dzieci opisują dobre wyniki tego sposobu. Teoretycznie da się to zupełnie dobrze wytłómaczyć, szczególniej, jeżeli metoda zastosowana była bardzo szybko po przedostaniu się ciała obcego do oskrzela i jeśli ciało to było niewielkie i gładkie. Naturalnie, metoda ta, na razie gdy niema lekarza, szczególniej u dzieci może być zastosowana, chociaż wstrząsanie chorego duszącego się, z głową opuszczoną na dół może narazić samo przez się na poważne niebezpieczeństwo.

Środki wymiotne oddawna stosowane były w celu wydalenia ciał obcych z dróg oddechowych, nieraz ze skutkiem pożądanym, zwłaszcza gdy zostały zastosowane szybko po przełknięciu ciała obcego. I tutaj, sądzę, dodatnie wyniki dotyczą raczej przypadków ciał obcych gardła, przełyku i krtani; przemawiają za tem zestawienia Grössa, który na 66 przypadków ciał obcych w oskrzelach, leczonych środkami wymiotnemi, znalazł tylko w trzech wzmiankę o wyniku dodatnim tej metody. Środków więc wymiotnych należy, zdaniem mojem, unikać, nietylko bowiem korzyści trudno się po nich spodziewać, lecz przeciwnie, przy mocnych wymiotach ciało obce, nie mogąc przedostać się przez głośnię, jeszcze bardziej zaklinować się może w oskrzelu.

Jedynie racjonalne i najbardziej bezpieczne są metody czysto chirurgiczne, a przedewszystkiem przecięcie niskie tchawicy (*tracheotomia inferior*) wskazane przedewszystkiem tam, gdzie duszność jest gwałtowna i grozi zaduszeniem, oraz w miejscowościach, gdzie niema lekarza specjalisty laryngologa, obznajmionego z techniką bronchoskopji. Opierając się na spostrzeżeniach kazuistycznych z ostatnich lat, zwłaszcza na gruntownych pracach prof. Pieniążka z Krakowa, jako też i na mojem osobistem doświadczaniu, uważam przecięcie tchawicy za jeden z najdzielniejszych zabiegów, skierowanych ku usunięciu ciała obcego. Operację tę, zdaniem mojem, należy wykonać w podobnych przypadkach zawsze a przytem jaknajwcześniej. Przez rękoczyn ten, dziś nie przedstawiający sam przez się żadnego większego niebezpieczeństwa dla chorego,

www.dlibra.wum.edu.pl

osiągamy następujące korzyści niezmiernej doniosłości. 1) Wielokrotnie się zdarza, jak to sam spostrzegałem, że po samem przecięciu tchawicy, z chwilą przedostania się do niej powietrza, i wskutek powstałego ztąd mocnego kaszlu, ciało obce odrazu wypada przez ranę tracheotomijną. Miało to miejsce w moim przypadku z małą spinką od koszuli, która 10-letniemu dziecku wpadła do oskrzela. 2). Jeżeli ciało obce w chwili przecięcia tchawicy nie zostanie wydalone na zewnątrz, to w każdym razie spodziewać się tego można po pewnym czasie. Chory przytem, oddychając swobodnie przez rurkę, nie jest narażony nazaduszenie się, które nieraz następowało z tego powodu, że ciało obce, wydostawszy się raptem z oskrzela, uwięzgło w głośni. Tracheotomja więc nietylko znacznie ułatwia wydalenie samodzielne ciała obcego, lecz jednocześnie stwarza dla organizmu możliwie najlepsze warunki, oraz ułatwia, szczególnie u dzieci wydobycie następcze ciała obcego za pomocą bronchoskopji.

Jeżeli w ciągu dni kilku do tygodnia po dokonanem przecięciu tchawicy ciało obce nie zostało wydalone, należy stanowczo przystąpić do usiłowań w celu wydobycia go z oskrzela przez ranę tracheotomijną za pomocą odpowiednich szczypczyków (konstrukcji Pieniążka, Schroetter'a Landgraffe'a i innych) przy zastosowaniu dolnej bronchoskopji. Posiadając odpowiednią wprawę można na tej drodze osiągnąć świetne wyniki.

Może się jednak zdarzyć, że i z pomocą bronchoskopji nie daje się wydobyć obcego ciała z oskrzela. W tych razach należy rozważyć, czy subjektywne skargi chorego i zmiany wtórne, pozostałe w płucach, wymagają dalszej interwencji chirurgicznej, czy też chorego można pozostawić na stałe z rurką tracheotomijną i oczekiwać jak to się niezbyt rzadko zdarzało, na samodzielne wyrzucenie ciała obcego przez otwór tracheotomijny. Wynik chirurgiczny w wysokim stopniu zależeć będzie od tego, gdzie znajduje się ciało obce: w grubszych oskrzelach, czy w miąższu płucnym. W pierwszym przypadku operacja jest ciężka i najczęściej prowadzi do zejścia śmiertelnego (*mediastinitis*), w drugim przypadku, jeśli ciało obce dostało się do oskrzelka drobnego, co się zdarza z ciałami drobnemi, albo do samej tkanki płucnej, wówczas pneumotomja, również ciężki rękoczyn, może dawać wynik względnie pomyślny (Karewski otrzymał w 14 przypadkach 2 razy wyleczenie).

Reasumując to, cośmy mówili o leczeniu w przypadkach ciała obcego w oskrzelach, dojść musimy do przekonania, że wskazane tu są li tylko metody chirurgiczne (tracheotomja z wyjęciem następczem ciała obcego), za pomocą dolnej lub górnej bronchoskopji metodą Kiliana, jako dające największą rękojmię pomyślnego zakończenia choroby. Co się tyczy przypadków, w których ciało obce nie wydaliło się samodzielnie lub też nie zostało usunięte za pomocą zabiegów chirurgicznych z powodu

www.dlibra.wum.edu.pl

zbyt głębokiego zaklinowania, to w tych razach należy również rurkę tracheotomijną zostawić jaknajdłużej, nieraz bowiem przy następczem ropieniu ciało obce uwalnia się wtedy łatwiej wydalone być może, jeżeli ma ułatwione szerokie swobodne wyjście na zewnątrz przez ranę tracheotomijną.

Leczenie następczych spraw chorobowych, powstałych wskutek ciała obcego (zapalenie ogniskowe płuc, zgorzel i t. p.) przeprowadzone być winno według ogólnych prawideł.

Pasorzyty.

Na błonie śluzowej oskrzeli, jakoteż i w jej wydzielinie, w różnorodnych sprawach chorobowych spotykamy wielce rozmaite mikroorganizmy tak niewinne saprofity, jakoteż i bakterje chorobotwórcze (*streptococcus*, *staphylococcus*, *pneumococcus*, grzybki promienicy, laseczniki gruźlicze, las. nosacizny, twardzieli i t. p.), które tam dostały się z wdechanem powietrzem z zewnątrz, lub też z wewnątrz oganizmu z jam patologicznych, kumunikujących się z oskrzelami (jamy gruźlicze, jamy bronchiektatyczne, przebity otok ropny (*empyema*), zropiały gruczoł okołooskrzelowy i t. p.

Wyżej, mówiąc o etjologji katarów przewlekłych oskrzeli, wspominaliśmy, w jakich warunkach i w jaki sposób te różne pasorzyty chorobotwórcze mogą się przyczyniać do powstawania danych spraw chorobowych; to samo mówiliśmy i w opisie procesów gnilnych w oskrzelach; zastanawialiśmy się również nad rolą laseczników gruźlicy, twardzieli, nosacizny w powstawaniu odpowiednich zapaleń swoistych w oskrzelach.

Tutaj winienem tylko dodać, że i niektóre rodzaje pleśni w pewnych przypadkach, rozwijając się pierwotnie, lub, co częściej ma miejsce, wtórnie w oskrzelach, mogą wywoływać mniej lub więcej wybitne zaburzenia w tych narządach pod postacią katarów grubych lub drobnych oskrzeli z dusznością, a nawet napadami astmatycznemi. Grzybki te, rozwijające się przeważnie w płucach, dają powód do pewnych, aczkolwiek wielce rzadkich, lecz bardzo ciekawych spraw chorobowych, zwanych cierpieniami mykotycznemi płuc, oddawna znanych, a w ostatnich czasach szczegółowo opisanych przez Stickera [1]), u nas zaś przez Ciąglińskiego [2]). Choroby te opiszemy szczegółowiej w osobnym rozdziale; tutaj tylko wspomnę, że notowane są przypadki kataru suchego drobnych oskrzeli z napadami dusznicy, zależne od rozwoju w oskrzelach pleśni (*aspergillus*, głównie *fumigatus*). W przypadkach tych o rozpoznaniu przyczyny choroby rozstrzygnęło znalezienie grzybków w skąpej plwocinie. (Przypadki Virchowa, Fübringera, Popowa i innych).

[1]) „Schimmelpilzkrankheiten der Lunge".—Dr. Georg Sticker. Wien 1900.

[2]) „O mykozach pleśniowych". Ciągliński—„Pamiętnik Tow. Lek." 1890.

www.dlibra.wum.edu.pl

Oidium albicans, rozwijające się, jak wiadomo, w jamie ustnej w różnych postaciach charłactwa, szczególniej u dzieci, rzadziej u dorosłych, może z jamy ustnej posuwać się do krtani, tchawicy, a nawet i oskrzeli, wywołując objawy utrudnionego oddychania, kaszlu i duszności. Wielce interesujący pod tym względem przypadek spostrzegałem niedawno: 60-letni mężczyzna, od lat wielu z przewlekłem cierpieniem wątroby (*cirrhosis*) począł doświadczać od kilku dni utrudnień przełykania oraz duszności, stopniowo wzmagającej się, kaszlał przytem sucho i miał niewielką chrypkę. Stan ogólny chorego był stosunkowo dość dobry. Przy badaniu znalazłem białe charakterystyczne pleśniawki na podstawie języka, nagłośni, strunach fałszywych, jakoteż w całej tchawicy, aż do oskrzeli. Chory przy badaniu przedstawiał objawy znacznej duszności z charakterem wdechowym (lekki szmer zwężenia); innych wyraźnych zmian w płucach i sercu nie wykryliśmy. Niewątpliwie objawy ze strony narządów oddechowych zależały w tym przypadku od zwężenia oskrzeli, spowodowanego przez pleśniawki. Widząc chorego po dniach kilku, w czasie których robił wziewania odkażające, pleśniawek w powyższych miejscach nie znalazłem wcale: chory przestał kaszlać i oddychał swobodnie.

Choć pokrótce chcę jeezcze wspomnieć o cierpieniu oskrzeli pasorzytniczem, zakaźnem, zwanem *Spirochetosis broncho-pulmonalis*, opisanem po raz pierwszy przez Castellanie'go (w 1904) z Ceylonu. Cierpienie polega na rozwoju ostrego kataru oskrzeli, o zwykłych objawach zapalenia tchawicy i oskrzeli z gorączką, z przebiegiem przypominającem grypę, trwającym od kilku dni do kilku tygodni, w ciągu których chorzy wyrzucają stale obficie śluzoworopną plwocinę, mniej lub więcej krwią zabarwioną, w której badanie drobnowidzowe wykazuje wielką obfitość mocno ruchliwych spirochet, z łatwością barwiących się barwnikami anilinowemi; spirochety te nikną z ukończeniem choroby. Sprawa zazwyczaj przebiega łagodnie, dając objawy subjektywne właściwe tracheobronchitom (kaszel męczący, bóle w okolicy mostka i t. p.) objektywnie najczęściej nie wykrywa się zmian wyraźnych w klatce piersiowej. W rzadkich przypadkach sprawa przechodzi w stan przewlekły, trwa całe tygodnie i miesiące, a chorzy stale wyrzucają plwocinę krwawą, chudną i marnieją i wielu z wyglądu przypomina suchotników; w plwocinie jednak nie wykrywa się laseczników gruźliczych a jedynie ciałka śluzoworopne i wyżej wzmiankowane spirochety; w szczytach płucnych zmiany niewystępują, natomiast w ciężkich przypadkach występują objawy ogniskowego zrazikowego zapalenia płuc, a nawet zgorzeli ogniskowej. Wogóle etjologja tej ciekawej choroby jest dotychczas ciemna; panuje ona epidemicznie na dalekiem południu w Indjach, na wybrzeżach Afryki, w Egipcie, na Filipinach, w miejsco-

www.dlibra.wum.edu.pl

wościach o klimacie gorącym, w ostatnich jednakże latach w czasie wojny spostrzegano ją w południowej Europie, nad Adrjatykiem, w Szwajcarji, Marsylji, i Anglji (u wojska armji kolonjalnej. Szczegółowy opis tej ciekawej choroby podał w przeglądzie krytycznym Dr. Salomon w pracy p. t. *La spirochètose broncho-pulmonaire*, ogłoszonej w tomie VII Annales di Mèdiecine 1920 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

NOWOTWORY OSKRZELI I TCHAWICY.

WYKŁAD XIII.

TREŚĆ. Nowotwory łagodne i złośliwe. Rak pierwotny oskrzela, rzadkość tego cierpienia; pouczający przypadek; przebieg kliniczny pierwotnego raka oskrzeli; trudności rozpoznawcze. Nowotwory ograniczone do samej tylko tchawicy—łagodne i złośliwe; ich symptomatologja.

Pierwotne nowotwory oskrzeli występują stosunkowo bardzo rzadko. Anatomopatologowie opisują tu gruczolaki (*adenoma*), włókniaki (*fibroma*), pod postacią tworów brodawkowych, tłuszczaki (*lipoma*), wreszcie chrzęstniaki (*chondroma*), pod postacią tworów guzowatych, dochodzących nieraz do wielkości orzecha laskowego. Nowotwory powyższe, natury łagodnej, bywają zazwyczaj dopiero na stole sekcyjnym, jako takie, rozpoznawane, klinicznego zaś znaczenia nie mają. Z guzów złośliwych, pierwotnych, również niezwykle rzadko napotykane bywają głównie dwa rodzaje: mięsaki (*sarcoma*) i raki (*carcinoma*). Mięsak występuje w oskrzelach przedewszystkiem jako (*limphosarcoma*), a za punkt wyjścia ma zwykle gruczoły okołooskrzelowe. Sprawa klinicznie przedstawia się najczęściej jako cierpienie wtórne, z typowemi objawami guza śródpiersia, które szczegółowiej opiszemy w rozdziale o chorobach śródpiersia; objawy wyraźne występują bowiem dopiero wówczas, gdy zajęte przez nowotwór gruczoły okołooskrzelowe zaczynają wywierać ucisk na większe oskrzela, powodując ich zwężenie. Czy nowotwór zaczął się pierwotnie rozwijać w oskrzelu, czy też w gruczołach okołooskrzelowych, jest to rzeczą obojętną; z punktu bowiem widzenia klinicznego w obu razach na pierwszy plan występują objawy guzów śródpiersia. Inaczej rzecz się ma z rakiem. Raki pierwotne oskrzela, o ile poucza dotychczasowa nieliczna kazuistyka, (Hoffman zestawił zaledwie kilkanaście przypadków), odznaczają się nieraz pewnemi cechami charakterystycznemi, które pozwalają nawet za życia pacjenta należycie rozpoznać chorobę (przypadek Ebsteina) Sądzę więc, że pomimo niezwykłej rzadkości tego cierpienia należy chociaż pokrótce o niem pomówić. Sam miałem możność jeden przypadek spostrzegać.

www.dlibra.wum.edu.pl

N., lekarz, 39 lat mający, zupełnie poprzednio zdrowy, zaczął doświadczać bólów dość silnych, z prawej strony klatki piersiowej; kaszlał niewiele, sucho, nieco gorączkował, czuł się ogólnie osłabionym, wyczerpanym i doznawał dość znacznej duszności. Badałem go w początkach grudnia 1898 r. wspólnie z przyjacielem jego, kolegą Sadowskim; znaleźliśmy podówczas stłumienie od przodu, na linji sutkowej prawej, w okolicy 4-go żebra, na przestrzeni wielkości rubla srebrnego. Szmer oddechowy w tem miejscu był osłabiony: u szczytu z przodu i ztyłu słyszeliśmy oddech wydłużony. Puls był przyspieszony, stan bezgorączkowy. Sprawa robiła wrażenie ograniczonego zapalenia opłucnej, a obraz cały budził podejrzenie poczynającej się gruźlicy. Zaleciliśmy choremu wyjazd na południe, zkąd wrócił w końcu marca z wyraźnemi objawami wysięku prawostronnego. Płyn aspirowany (300 cm.^{3}) był krwawy. Chory czas jakiś czuł się nieźle, nie gorączkował, duszność miał mniejszą, a nawet był w stanie zajmować się praktyką. W lecie tegoż roku przebył ciężką dyzenterję z wysoką gorączką. Z końcem roku wyjechał do Davos, gdzie początkowo czuł się znacznie lepiej, utył, (przybyło na wadze 20 funtów), ciągle jednak sucho kaszlał; wkrótce zaczął znowu gorączkować (gorączka o typie hektycznym), a po powrocie do Warszawy w końcu kwietnia wykryto znowu objawy znacznego wysięku w prawej opłucnej; przekłócie próbne wykazało ropę. W kilka dni potem wykonano torakotomję z rezekcją żebra; przekonano się przytem, że w opłucnej znajdował się nie zwykły wysięk ropny, lecz masa, powstała z rozpadu tkanki płucnej. Chory zmarł po kilku dniach. Badanie pośmiertne, dokonane przez prof. Przewoskiego, wykazało w okolicy wnęki płuca prawego jamę wielkości jaja gęsiego, z nierównemi brzegami, napełnioną szarawym, nieco cuchnącym płynem ropnym. W zrazie dolnym i górnym liczne ogniska rozpadowe w postaci jam, napełnionych płynem ropnym, nieco cuchnącym (*pneumonia lobularis*). Błona śluzowa tchawicy i oskrzeli lewego płuca blada; w prawem płucu na miejscu rozgałęzienia się głównego oskrzela znajduje się owrzodzenie z brzegiem wyniosłym, twardym; na przekroju dno wrzodu przedstawia masę białawą, twardą, ziarnistą; z dolnym brzegiem wrzodu graniczy jama rozpadowa wielkości jaja gęsiego o ścianach kłaczkowatych, nierównych. Badanie mikroskopowe wykazało. że sprawa jest natury nowotworowej,—że jest to rak (*carcinoma keratodes*)[1].

Objawy kliniczne pierwotnego raka oskrzeli słusznie podzielił Ebstein[2]) na dwie kategorje. W przypadkach, w których rak stale, lub też bardzo

---

[1]) Bliższe szczegóły, dotyczące tego wielce ciekawego spostrzeżenia ogłosił Dr. Sadowski w Nr.-rze 23 „Medycyny" z r. 1901.

[2]) Deutsche Med. Woch., 1890,

www.dlibra.wum.edu.pl

długo, ogranicza się do samych oskrzeli, objawy kliniczne bywają zupełnie ciemne: chorzy chudną, marnieją widocznie, kaszlą sucho, od czasu do czasu gorączkują; badanie fizykalne nie wykrywa żadnych wyraźniejszych zmian. Choroba wzbudza podejrzenie rozwijającej się gruźlicy. Dopiero w późniejszych okresach, i to nie zawsze, występują objawy, zależne od zmian wtórnych (zapalenie opłucnej krwawe, ropiaste, ogniskowe zapalenie płuc i t. p.)—objawy, które jeszcze bardziej sprawę zaciemniają. Podobnym przebiegiem odznaczał się nasz wyżej opisany przypadek, jakoteż przypadek Ebsteina.

W drugiej kategorji przypadków sprawa rakowata, biorąca początek w oskrzelu, rozszerza się szybko na sąsiednią tkankę płucną, a wówczas powstają pewne, nieraz dość charakterystyczne objawy, na zasadzie których cierpienie można rozpoznać nawet za życia chorego. Naturalnie w tych razach mamy klinicznie do czynienia już nie z rakiem oskrzela, lecz właściwie ze sprawą rakowatą samego płuca, a często również i z objawami ropnych lub cuchnąco ropnych zapaleń ogniskowych płuc, wysięków o płucnej i t. p. W pierwszym okresie choroby, t. j. gdy sprawa ogranicza się do samego oskrzela, objawy kliniczne bywają zupełnie niewyraźne, nie przedstawiające nic charakterystycznego (suchy kaszel, bóle głuche w klatce piersiowej, nieraz objawy zwężenia oskrzela grubszego, od czasu do czasu krwioplucie i t. p.) W drugim okresie, t. j. w okresie rozszerzenia się sprawy na płuco, występują mniej więcej następujące objawy.

1-o. Kaszel, dotychczas suchy, zmienia charakter, chory zaczyna wyrzucać plwocinę śluzoworopną, dość często krwią zabarwioną; krwawienie to bywa nieraz bardzo uparte, trwa całe tygodnie, a nawe miesiące. W niektórych przypadkach plwocina krwawa nabiera pewnego odrębnego charakteru, przypomina galaretę malinową. Plwocinę taką uważano dawniej niemal za patognomoniczną dla raka, jednak niesłusznie, gdyż spotykamy ją również w innych chorobach (gruźlica, zgorzel płuc). Badanie mikroskopowe plwociny może wykazać (aczkolwiek bardzo rzadko) pierwiastki rakowe, co stanowić będzie najkapitalniejszy i podstawowy moment rozpoznawczy. W większości jednakże przypadków badanie mikroskopowe wykazuje w plwocinie tylko ciałka śluzoworopne, czasem włókna elastyczne, a nawet drobne fragmenty tkanki płucnej, co przemawia tylko za rozpadem tkanki, lecz nie określa bliżej jego przyczyny. Hampeln stale wykrywał w plwocinie znaczną liczbę jakoby charakterystycznych komórek nabłonkowych, przypominających komórki nabłonka jamy ustnej; o ile spostrzeżenie to przyczyni się do ułatwienia rozpoznania, przyszłość dopiero okaże. Nieraz plwocina staje się cuchnącą, nabiera cech charakterystycznych, o których mówiliśmy bliżej w rozdziale: „Cuchnące katary oskrzeli (*bronchitis putrida*)"; podobne jednak własności plwociny

www.dlibra.wum.edu.pl

nie mogą same przez się przemawiać na korzyść rozpoznania raka oskrzeli. W tym samym okresie występują również objawy wyraźniejsze ze strony organów, sąsiadujących z nowotworem, a więc płuc i opłucnej, pod postacią wysięków mniej lub więcej obfitych. W większości przypadków mamy do czynienia z wysiękami surowiczokrwawemi, które nawet uważano za patognomoniczne dla sprawy rakowatej. Doświadczenie jednak wykazuje, że tak nie jest, podobny bowiem płyn spotykamy również często i w gruźlicy opłucnej. Wysięk, raz powstały, zwykle nie ulega wchłonieniu; po usunięciu sztucznem szybko zbiera się powtórnie. Czasem jednakże, jak np. w naszym przypadku, wysięk krwawy po usunięciu nie powrócił; to samo spostrzegał H a m p e l n. Wysięk może być również ropny, lub, co się najczęściej zdarza, cuchnącoropny. W naszym przypadku płyn ropny, pochodził nie z opłucnej, lecz z rozpadu tkanki płucnej, rakiem dotkniętej. W każdym razie objawy wysięku, a szczególniej krwawego, długo nieulegającego wchłonieniu, przy ogólnym upadku sił i braku danych, przemawiających za gruźlicą (laseczniki w plwocinie, zmiany szczytowe i t. p.) budzić mogą zawsze podejrzenie raka oskrzeli.

2-o. Ze strony sąsiedniej tkanki płucnej występują nieraz dość charakterystyczne objawy pod postacią stłumienia na ograniczonej przestrzeni, najczęściej w dolnej części klatki piersiowej, a nieraz i w innych miejscach (np. w naszym przypadku w okolicy sutkowej prawej). Stępieniu odgłosu opukowego towarzyszy zazwyczaj osłabienie szmeru oddechowego i głosu. Chory uskarża się niemal stale na bóle w okolicach, w których owe objawy spostrzegamy. Badanie fizykalne nasuwa zazwyczaj przypuszczenie ograniczonych zapaleń opłucnej, szczególniej jeżeli zmiany występują w dolnych płatach płuc. W tych razach należy bezwarunkowo uciekać się do przekłucia próbnego, które wykaże, że mamy do czynienia nie z wysiękiem otorbionym, lecz z masą twardą, krwawiącą przy przekłuciu, a więc najpewniej nowotworową. Nie należy jednak zapominać, że po przekłuciu próbnem możemy otrzymać płyn ropny, jak to się zdarzyło w przypadku, opisanym wyżej. Spostrzegałem kiedyś przypadek nowotworu płuca, w którym po przekłuciu otrzymałem płyn ropiasty, pochodzący, jak wykazała następnie autopsja, z oskrzela rozszerzonego, wskutek ucisku wrastającego guza. To też należy zawsze poddać szczegółowemu badaniu mikroskopowemu płyn, otrzymany po przekłuciu próbnem, możemy w nim bowiem nieraz wykryć cząsteczki nowotworu, które o rozpoznaniu stanowczo decydują.

Rozpadający się nowotwór może dawać objawy, właściwe rozpadowi tkanki płucnej, t. j. tak zwane objawy jam (kawern): będziemy więc mieli, obok stłumienia—rzężenia dźwięczne, przelewanie i t. p.. W razach podobnych mylnie rozpoznać możemy jamy gruźlicze, lub też rozszerzenie oskrzeli, tem łatwiej, jeżeli objawy występują w górnym zrazie płucnym,

www.dlibra.wum.edu.pl

jak to było w wielce interesującym przypadku, opisanym przez prof. Przewoskiego [1]), w którym rak pierwotny oskrzela wrósł na znacznej przestrzeni w górny zraz płuca i wywołał tam powstanie jamy wielkości pięści. Naturalnie, od błędu ochronić może szczegółowe badanie plwociny, ścisłe wywiady i t. p.

Obok powyższych zmian w tkance płucnej, sąsiadującej z rakiem, a często w okresie razpadu wskutek aspiracji i w drugiem płucu, w płatach dolnych występują ogniska zapalenia płuc zrazikowego (*bronchopneumonia lobularis*)ropnego lub cuchnąco-ropnego, dające objawy fizykalne, właściwe podobnym sprawom, z gorączką o typie septycznym, jak to miało miejsce i w naszym przypadku. Z innych objawów ze strony klatki piersiowej wspomnieć jeszcze należy o objawach, powstałych w skutek ucisku guza lub powiększonych wtórnie gruczołów okołooskrzelowych. Są to objawy zwężenia światła oskrzeli (*bronchostenosis*), które prowadzi nieraz do zupełnego ich zamknięcia (oddech świszczący, stenotyczny, a następnie zupełny brak oddechu w mniejszym lub większym odcinku płuca, zależnie od grubości oskrzela). Obok tego, mogą również występować objawy ucisku żył i wielkich naczyń śródpiersia, nerwów zwrotnych, przełyku, a więc sinica, rozszerzenie żył klatki piersiowej, porażenie nerwów zwrotnych i sympatycznych, utrudnione połykanie, zwężenie źrenic i t. p.; naturalnie, objawy te same przez się nie przedstawiają nic charakterystycznego dla raka oskrzeli.

Z objawów podmiotowych wymienić możemy ból głuchy, ograniczony zazwyczaj do jednej strony klatki piersiowej, a stale notowany w przypadkach raka oskrzeli. W naszym przypadku, prawie od początku stanowił on ważny przedmiot skargi chorego. To samo da się powiedzieć o duszności, która, towarzysząc chorobie niemal od początku, może dosięgać dość znacznego stopnia, dochodzić do ataków zaduszenia głównie zaś w tych przypadkach, w których występują objawy uciskowe (przypadek Langhans'a).

Z objawów ogólnych wspomnieć należy przedewszystkiem 1) o gorączce. Jak wiadomo rak rozmaitych narządów przebiega bardzo długo bez gorączki; przeciwnie, w przypadkach raka oskrzeli występuje gorączka nieraz od początku choroby, jak to miało miejsce i w naszym przypadku. W okresach późniejszych gorączka ma stale typ mocno zwalniający (*febris remittens*), a nieraz nawet przepuszczający (*intermittens*). W pierwszych okresach zależy ona od rozwijających się szybko spraw wtórnych w płucach lub opłucnej; w okresach końcowych — od tych samych powikłań, lub od wchłaniania rozpadających się mas rakowatych. W tym ostatnim razie spostrzegamy zwykle dość długo gorączkę o typie

[1]) „Pamiętnik Tow. Lek." 1897, str. 792.

www.dlibra.wum.edu.pl

przepuszczającym; zdąd Hampeln proponuje dla niej nazwę gorączki przepuszczającej rakowatej. Że podobny typ gorączki może istotnie nawet przez długi przeciąg czasu występować w raku narządów wewnętrznych, symulując typowe napady zimnicy, o tem miałem możność przekonać się niejednokrotnie w przypadku pierwotnego raka wątroby, szczegółowo przeze mnie spostrzeganym; w ciągu kilku tygodni gorączka miała charakter zimniczej typowej[1]), w wysokim stopniu maskującej istotną sprawę. 2-o) Charłactwo, właściwe i wielce charakterystyczne dla spraw rakowatych, odznaczające się przedewszystkiem stopniowym, ciągle postępującym upadkiem sił, oraz typowo zmienionym wyglądem chorych, ma według autorów występować i w raku oskrzela, a nawet stanowić dla niego cechę rozpoznawczą, która raka odróżnić nieraz pozwala od innych spraw płucnooskrzelowych pochodzenia nie rakowatego, dających analogiczne objawy ze strony klatki piersiowej (np. przewlekłe śródmiąższowe zapalenie w dolnym odcinku płuc w połączeniu z rozszerzeniem oskrzeli i t. p.). Zdanie to, poparte przez prof. Jaccoud'a, niezupełnie jest słuszne; charłactwo bowiem w raku oskrzeli, podobnie zresztą jak i w raku innych narządów, może nie występować długo: nieraz chory z niewątpliwym rakiem (krtani, sutki) może zachować wygląd zupełnie zdrowy. W przypadku raka pierwotnego oskrzeli, któryśmy przytoczyli, chory długo zachował wygląd wcale niecharłaczy, a w przebiegu choroby, przy dobrem odżywaniu, nawet dość znacznie zyskał na wadze. Charłactwo więc nie może stanowić kryteryum rozpoznawczego dla raka oskrzeli: może nie występować w raku, a występować w innych chorobach, np. w przypadkach rozszerzeń oskrzeli, gruźlicy płuc, a zwłaszcza pierwotnej gruźlicy opłucnej. Z powyższego zestawienia całokształtu symptomatologji pierwotnego raka oskrzeli dochodzimy do wniosku, że nie posiadamy (wyjąwszy te przypadki, kiedy się uda pod drobnowidzem wykryć w plwocinie pierwiastki rakowate) ani jednego objawu, na mocy którego bylibyśmy w możności stanowczo rozpoznać pierwotny rak oskrzeli; jak słusznie utrzymuje Ebstein, objawy rozpoznawcze są tutaj tak zmienne, iż gdyby się nam nawet udało w pewnym przypadku z zestawienia objawów rozpoznać trafnie rak oskrzeli, to bynajmniej nie upoważniłoby to nas do podobnego rozpoznania w innym przypadku, choćbyśmy tam spostrzegali szereg objawów zupełnie podobnych. Należy zawsze zdawać sobie sprawę z możliwych granic naszego rozpoznania lekarskiego, tą drogą bowiem i siebie i chorego uchronimy od bardzo przykrego błędu rozpoznawczego, a nieraz od jeszcze przykrzejszych jego następstw. Przypadek pierwotnego raka oskrzeli, wychodzącego z gruczołów śluzowych, przedstawił i omówił w r. 1911 Hornowski na posiedzeniu Tow. Lek. Krakowskiego. Dokładnie sprawą pierwotnych raków

---

[1]) Gazeta lekarska — 1882 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

oskrzeli zajął się Skubiszewski, który w r. 1921 opisał własny przypadek raka, wychodzącego z gruczołów oskrzelowych. Skubiszewski, omawiając wogóle raki płuc, dzieli je na takie, które wychodzą 1) z nabłonka pęcherzyków płucnych 2) z nabłonka oskrzeli i 3) z gruczołów śluzowych oskrzeli. Trudności rozpoznawczych nie usuwa bynajmniej badanie za pomocą promieni Roentgena, gdyż dopiero w okresach choroby późniejszych, po przejściu cierpienia na tkankę płucną obraz rentgenowski daje obraz wielce charakterystyczny. To samo można powiedzieć i o bronchoskopji.

Killian (*Berl. Kl. Woch.* 1900 № 20) w ostatnich czasach opisał przypadek raka płuc i oskrzeli, który rozpoznał za pomocą swego bronchoskopu. Przyszłość jednak dopiero wykaże, o ile metoda ta, o czem zresztą wyżej była mowa, będzie mogła być w praktyce lekarskiej szerzej stosowana.

Przebieg raka oskrzeli bywa zawsze fatalny, rokowanie—złe. Sprawa ciągnie się rok do dwóch, zależnie od wieku chorego, stanu sił, a zwłaszcza od powikłań. W naszym przypadku choroba trwała około $1^1/_2$ roku.

Zmiany anatomopatologiczne w tych nielicznych przypadkach pierwotnego raka oskrzeli, w których dokonane było szczegółowe badanie pośmiertne były mniej więcej analogiczne do tych, jakie znaleźliśmy w naszym przypadku. W innym przypadku, o którym również wspominałem, prof. Przewoski, demonstrując preparat, w następujący sposób zmiany te opisał: „Rak wziął początek z błony śluzowej prawego oskrzela. Punktem wyjścia był nabłonek, pokrywający błonę śluzową. Miejscowo wytworzył się wrzód rakowy, z nieregularnemi, wałowatemi brzegami. Ze ściany oskrzela rak wrósł na znacznej przestrzeni do górnego zraza prawego płuca i wywołał tam powstanie jamy wielkości pięści. Ściany tej jamy okazywały szeroką na 2—6 milim. infiltrację rakową. Rak był płaskokomórkowy, z mocnem rogowaceniem i wytworzeniem obfitych ciał perłowatych. Wtórny rak, także płasko komórkowy, był w lewej nerce. Chory umarł skutkiem przyłączenia się prawostronnego rozlanego włóknikowego zapalenia płuc."

Inni anatomopatologowie, np. Kaufmann, w swoim znanym podręczniku nie poświęca rakom oskrzela osobnego działu: opisuje je jako raki płuc i oskrzeli, utrzymując zgodnie z Langhans'em, że w ogromnej większości przypadków raki płuc biorą swój początek z gruczołów błony śluzowej oskrzela lub też z jego nabłonka. Komórki nowotworowe bywają zazwyczaj duże, często wielojądrowe, stożkowate, cylindryczne lub sześcienne. Obrazy przypominają nieraz rak gruczołowaty (*adenocarcinoma*), w innych razach rak galaretowaty lub śluzowy (*Gallertkrebs, Schleimkrebs*). Mikroskopowo rak oskrzeli przedstawia się pod dwiema postaciami: nacieczenia (*infiltratio*) i guza. Nacieczenie rakowe. ściany oskrzela

www.dlibra.wum.edu.pl

zdarza się najczęściej około wnęki i doprowadza zwykle do znacznego zwężenie oskrzela. Czasami szerzy się ono w postaci sznura wzdłuż tkanki śródmiąższowej, zajmując naczynia limfatyczne. Jako guz, lub masa rozlana, rak powstaje z nabłonka oskrzeli i szerzy się szybko, dając początek podobnym guzom lub nacieczeniu w sąsiedniej tkance płucnej. Może również występować i jako połączenie obu powyższych postaci.

O leczeniu pierwotnego raka oskrzeli, naturalnie, bardzo mało powiedzieć można: interwencja lekarska, jak i w rakach niektórych innych narządów wewnętrznych, jest tu dotychczas zupełnie bezsilna. Pozostaje jedynie stosowanie środków wzmacniających i podtrzymujących siły chorego (dobre odżywianie, przebywanie na świeżem powietrzu i t. p.). Taka terapja djetetyczna może nieraz, jak to widzieliśmy w naszym przypadku, na czas pewien poprawić stan ogólny chorego. Obok tego uciekać się musimy do leczenia objawowego, w którem środki kojące (*narcotica*) pierwszorzędną odgrywają rolę. Powikłania leczymy właściwemi środkami (wdychania antyseptyczne przy zjawieniu się cuchnącego zapalenia oskrzeli, środki ściągające przy krwiopluciu i. t. p.). Wysięk opłucnej, osobliwie w większej ilości (nawet krwawy), należy zawsze sztucznie usuwać, sprowadza to bowiem znakomitą ulgę choremu. W razie ponownego zebrania się wysięku można bez wahania powtórzyć zabieg, choćby nawet kilkakrotnie. Leczenia czysto chirugicznego (resekcja odpowiednich części) przy dzisiejszym wysokim stanie chirurgji należałoby zdaniem mojem próbować w tych wyjątkowych przypadkach, w których będziemy mogli rozpoznać siedlisko cierpienia wcześnie i ściśle.

Nowotwory, ograniczone do samej tylko tchawicy, występują również stosunkowo rzadko, jednak nieco częściej niż nowotwory oskrzeli; w pewnych przypadkach nowotwory tchawicy, szczególniej złośliwe, przechodzić zwykły następczo na oskrzela. Nowotwory tchawicy zazwyczaj szczegółowo bywają omawiane w podręcznikach laryngologji[1]) Sądzę jednakże, że nie będzie rzeczą zbyteczną, jeżeli i na tem miejscu dla całości wykładu uwzględnimy i tę kategorję spraw chorobowych, a stosunkowo bardzo rzadkich (Bruns zebrał z całkowitej literatury ubiegłego stulecia wogóle tylko 147 przypadków).

Nowotwory tchawicy, podobnie jak i oskrzeli, dzielimy na dwie kategorje: na nowotwory łagodne i złośliwe.

Do pierwszej kategorji zaliczamy. 1) Włókniaki — *fibromata* opisano 23 przypadki), które występują pod postacią guzów okrągławych, lub nawet szypułowatych, różnej wielkości, (dochodzą nieraz do wielkości

---

[1]) Wyczerpująco opracował ten dział Bruns w zbiorowej laryngologii Heymana, T. I, str. 950, jakoteż Schrötter w swoim, wyżej cytowanym, podręczniku chorób tchawicy.

www.dlibra.wum.edu.pl

orzecha laskowego) i wywołują przez swoją obecność objawy mniejszej lub większej duszności. Włókniaki szypułowate sprowadzają od czasu do czasu napady zaduszania, wskutek tego, że podczas fonacji wchodzą do głośni, jeżeli są umieszczone w górnym odcinku tchawicy; z dolnego odcinka lopuszczać się mogą do oskrzela i zamykać jego światło. Jedyny przypadek takiego nowotworu widziałem przed kilku laty u pięćdziesięciokilkoetniej kobiety. Guz czerwonawego koloru, wielkości małego laskowego orzecha, umiejscowiony w górnym odcinku tylnej ściany tchawicy, wywoływał stałą duszność, od wielu lat trwającą; głos przytem był zupełnie prawidłowy.

2) Brodawczaki (*papillomata*) występują w tchawicy stosunkowo najczęściej (33 przypadki); umiejscawiają się w górnym jej odcinku, pod postacią różnej wielkości białawych guzików; często współcześnie istnieją podobne twory i w krtani. Nowotwory te występują, podobnie jak brodawczaki krtani, najczęściej u dzieci, wywołując, zależnie od swej wielkości, objawy zwężenia tchawicy nieraz bardzo groźne. Z bardzo rzadkich nowotworów. spostrzegano tłuszczaki, kostniaki, gruczolaki (*adenomata*), chłoniaki (*limphomata*), wole wewnątrztchawiczne (*struma intratracheale*).

Do kategorji nowotworów złośliwych należą mięsaki — *sarcomata* (14 przypadków); występują one jako pierwotne, umiejscowione przeważnie na tylnej ścianie górnego odcinka tchawicy. Przedstawiają się pod postacią okrągłych, na szerokiej podstawie siedzących, nieruchomych, różnej wielkości guzów. Rosną bardzo powolnie, choć nieraz zajmowały prawie całe światło tchawicy. Wreszcie raki (*carcinomata*) występują stosunkowo najczęściej, jako pierwotne lub wtórne (przechodzące z sąsiednich organów, przeważnie z przełyku i gruczołu tarczowego.) Pierwotne raki tchawicy (31 przypadków) występują pod podstacią rozlanych nacieków, zajmujących stopniowo wszystkie warstwy tchawicy i szerzących się nieraz ku dołowi do oskrzela. Nowotwór taki zazwyczaj szybko się rozpada, wytwarzając mniej lub więcej głębokie wrzody rakowate i w następstwie ogólne charłactwo. W innych razach rak tchawicy występuje jako guz ściśle ograniczony, przeważnie na tylnej ścianie tchawicy, w górnym jej odcinku, rzadziej tuż nad rozdwojeniem. Nowotwory takie długo bardzo pozostają umiejscowione, w późniejszych jednak okresach szerzą się na sąsiednie tkanki. Histologicznie są to raki miękkie, rzadziej włókniste. Wogóle nowotwory złośliwe tchawicy przeważnie umiejscawiają się w górnym, częściej w dolnym, a najrzadziej w środkowym odcinku. Rzecz godna uwagi, że stanowią one, na co zwraca uwagę Bruns, przeszło 30% ogólnej liczby wszystkich nowotworów tchawicy; każdy więc nowotwór tchawicy zawsze powinien wzbudzać podejrzenie.

www.dlibra.wum.edu.pl

Objawy, wywołane obecnością nowotworów tchawicy, występują dopiero wówczas, gdy guzy te zaczynają powodować mniej lub więcej wyraźne zwężenie tchawicy. Głos chorych bywa zupełnie prawidłowy. Podstawowym i jedynym objawem nowotworów tchawicy jest duszność w połączeniu z objawami zwężenia; duszność bywa różnego typu, przeważnie wdechowa (*stridor*). Szmer zwężenia, o różnem natężeniu, zależy od wielkości guza. Przy wzmagającem się zwężeniu występują napady zaduszania. Z objawów wtórnych zanotować należy, podobnie jak w nowotworach oskrzeli, rozedmę płuc, sprawy atelektatyczne, zapalenia wtórne ogniskowe i t. p., zajęcie gruczołów szyjnych i ogólne objawy charłactwa, właściwe nowotworom złośliwym.

Rozpoznanie nowotworów tchawicy, szczególniej umiejscowionych w górnym jej odcinku, w wielu razach może być z wielką łatwością ustalone za pomocą wziernika krtaniowego lub tracheoskopu. Objawy bowiem zwężenia krtani winny zawsze skłaniać lekarza do badania wziernikiem tego organu. Nowotwory, umiejscowione w dolnym odcinku, a szczególniej nacieczenia, z następczemi owrzodzeniami, za pomocą badania wziernikiem krtaniowym niezawsze mogą być ściśle rozpoznane, ze względu na niewykonalność nieraz samego badania, jak również z tego powodu, że obrazy wziernikowe nowotworów złośliwych, szczególniej uległych rozpadowi, mogą być bardzo podobne do obrazów innych owrzodzeń: gruźliczych, przymiotowych i t. p. Nie sam więc tylko obraz wziernikowy, ale całość przebiegu choroby (stan ogólny, długość przebiegu, wywiady) może rozpoznanie ułatwić. W przypadkach, w których z powodu znacznego zwężenia dokonane zostało przecięcie tchawicy, rozpoznanie może być nieraz ściśle uskutecznione za pomocą tracheoskopji; rurki tchawicne prof. Pieniążka mogą tu być bardzo przydatne.

Rokowanie w przypadkach nowotworów tchawicy łagodnych jest dobre, naturalnie, jeżeli chory przy większych guzach, wywołujących zwężenie, podda się odpowiedniemu zabiegowi chirurgicznemu. Nowotwory złośliwe dają rokowanie wogóle złe.

Leczenie nowotworów tchawicy polega jedynie na rękoczynach chirurgicznych. Nowotwory łagodne, umiejscowione w górnym odcinku tchawicy, mogą być czasem pomyślnie operowane na drodze wewnątrzkrtaniowej; guzy większe, nizko w tchawicy usadowione, jakoteż nowotwory złośliwe mogą być usunięte z pomocą tracheoskopji jedynie w wyjątkowych przypadkach, najczęściej za pomocą rozszczepienia krtani i tchawicy (*laryngotracheofissura*). Szczegóły tych zabiegów wkraczają w dziedzinę laryngochirurgji i opisane są w odpowiednich podręcznikach (Bruns, Schrötter, Schüller).

www.dlibra.wum.edu.pl

ROZSZERZENIE (ROZSTRZEŃ) OSKRZELI.

(Bronchiectasis).

WYKŁAD XIV.

TREŚĆ: Szczegółowa etjologja. Patogeneza. Teorje powstawania rozszerzeń. Podział. Zmiany anatomopatologiczne. Symptomatologja. Powikłania. Rozpoznanie różniczkowe. Leczenie wewnętrzne i chirurgiczne rozszerzeń oskrzeli. Rozszerzenia atelektatyczne oskrzeli i rozszerzenia, napotykane u płodów.

Rozszerzenie oskrzeli, właściwie mówiąc, nie jest cierpieniem samodzielnem, lecz tylko następstwem różnorodnych chorób dróg oddechowych, przedewszystkiem zaś oskrzeli; ztąd też słuszne Biermer w swej klasycznej monografii „O chorobach oskrzeli“ sprawę tę opisuje w rozdziale, zatytułowanym: Zmiany następcze w świetle oskrzeli“. Chociaż ogromna większość przypadków rozszerzeń oskrzeli małego lub średniego stopnia bywa rozpoznawana dopiero na stole sekcyjnym, budząc więcej zainteresowania dla anatomopatologa, aniżeli dla klinicysty, to jednakże, aczkolwiek rzadko, spotykamy w klinice przypadki, w których rozszerzenie oskrzeli przez swą wielkość i umiejscowienie daje pewną grupę typowych objawów klinicznych, pozwalających sprawę tę określać jako odrębną postać chorobową. Dlatego też sprawie tej poświęcamy odrębny wykład.

Zaznaczyliśmy wyżej, że rozszerzenie oskrzeli jest sprawą następczą; przedewszystkiem więc rozpatrzmy te wszystkie momenty, które stanowią jego istotną przyczynę, a więc zastanówmy się nad etjologją sprawy w ścisłem słowa tego znaczeniu.

1-o). Jedną z najczęstszych i najgłówniejszych przyczyn rozszerzenia oskrzeli są zapalenia, katary ich błony śluzowej. Laennec, który pierwszy z punktu widzenia anatomo-patologicznego i klinicznego opisał, rozszerzenie oskrzeli w sposób klasyczny i do dziś dnia znakomity twierdził, że najczęstszą przyczynę rozszerzeń oskrzeli stanowi zatrzymanie się w nich wydzieliny w katarze błony śluzowej. Słusznie

www.dlibra.wum.edu.pl

jednak następni badacze (Andral i inni) zwrócili uwagę, że pogląd te jest zbyt jednostronny i że sam katar oskrzeli nie wystarcza do wyjaśnienia powstania rozszerzenia, chociażby dla tej prostej przyczyny, że mimo niesłychanej częstości katarów, rozszerzenia oskrzeli widujemy na stole sekcyjnym stosunkowo dosyć rzadko (koło 4% podług statystki Biermer'a i Willigka). Obok więc kataru należy przyjąć współrzędnie działającą inną przyczynę podstawową; tą drugą przyczyną są zmiany w samej ścianie oskrzeli, jak tego dowiodły liczne prace różnych autorów (Trojanowski, Biermer, Cornil Charcot i inni). Zapalenie oskrzeli, więc, pociągające za sobą w wyjątkowych przypadkach roszerzenie oskrzeli, musi mieć pewien swoisty charakter, jak Marfan określa, nawskroś niszczący (destrukcyjny); zmiany dotyczeć muszą wszystkich częśct składowych oskrzela, a więc nietylko błony śluzowej, ale i tkanki włóknistej, mięśniowej, oraz chrząstki. Naturalnie, zapalenia oskrzeli tego charakteru są przeważnie natury ropnej (ostre lub chroniczne); mówiliśmy o nich szczegółowo wyżej. Występują one pod wpływem pasorzytów ropotwórczych i innych przedewszystkiem w ostrych chorobach zakaźnych (odra, influenca, tyfus, koklusz,) w przebiegu katarów cuchnących, zgorzeli powierzchownej błony śluzowej oskrzeli i t. p. We wszystkich tych sprawach zazwyczaj mamy do czynienia z zajęciem najdrobniejszych oskrzeli (*bronchitis capillaris*), które w etjologji rozszerzeń oskrzeli odgrywa pewną wybitną rolę, szczególniej u dzieci. We wszystkich cytowanych cierpieniach mamy następujące momenty, sprzyjające rozwojowi rozszerzeń oskrzeli: a) Zaburzenia w odżywianiu i zmiany w konsystencji ścian oskrzelka, powstałe pod wpływem zapalenia swoistego. b) Zatkanie zupełne lub też znaczne zwężenie najdrobniejszych oskrzelek z powodu zalegania zawartości śluzowej lub śluzoworopnej. c) Zaburzenie mechanizmu oddychania i silny, męczący kaszel. Mocny i długotrwały kaszel, stanowiący jeden z najbardziej podstawowych momentów, sprzyjających powstaniu rozszerzenia oskrzeli sam przez się, bez innych przyczyn. t. j. u ludzi zdrowych, nie może wywołać rozszerzenia. Wywołuje je tylko przy zatkanych wydzieliną oskrzelach i zmniejszonej odporności ich ścian, jak to eksperymentalnie wykazał Lichtheim. Z doświadczeń tych wynika, że zatkanie oskrzela powoduje jego rozszerzenie jedynie wówczas, gdy jednocześnie istnieje zapalenie ropne.

2-o. Niemniej częstą przyczyną rozszerzeń oskrzeli bywa ostre ogniskowe zapalenie płuc, sprawa, która najczęściej jest w ścisłym związku z pierwszą kategorją przyczyn, t. j. z ostrem zapaleniem oskrzeli, stanowiąc poniekąd dalszy ciąg jego, gdyż napotykamy je najczęściej w ostrych katarach pochodzenia zakaźnego, a nawet w zwykłym katarze drobnych oskrzeli (*bronchitis capillaris*) u małych dzieci lub osobników wyniszczonych. Ostre zapalenie płuc musi również posiadać, podobnie

www.dlibra.wum.edu.pl

jak i zapalenie oskrzeli, charakter niszczący, a naruszając budowę oskrzela, jednocześnie zazwyczaj wytwarza naokoło zapalenie natury produkcyjnej z powstawaniem tkanki łącznej włóknistej (*peribronchitis fibrosa*), która, kurcząc się następnie, mechanicznie przyczynia się do wytworzenia nieraz bardzo znacznych rozszerzeń oskrzeli. Naturalnie, jak dopiero co wzmiankowałem, ta kategorja zapaleń ogniskowych płuc występuje szczególniej u osobników wyniszczonych (pijaków, ludzi starszych, z wyraźnie rozwiniętą sklerozą naczyń, u dzieci rachitycznych, skrofulicznych i t. p.)

3-o. Ciała obce, uwięzgnięte w oskrzelach, mogą również spowodować wytwarzenie się (szczególniej u dzieci) rozszerzenia oskrzeli. Zdarza się to, naturalnie, jedynie w tych przypadkach, w których ciało obce nieczyste wywołuje odrazu zapalenie oskrzela natury niszczącej, a następnie i zapalenie otaczającej tkanki, lub też jeżeli następczo wytwarza się zapalenie wtórne tego samego charakteru. Wytworzeniu w tych razach rozszerzenia oskrzeli pomagają dwa momenty, o których już wyżej wspominaliśmy, t. j. z jednej strony zwężenie oskrzela wskutek uwięzgnięcia ciała obcego, a z drugiej mocny, długotrwały kaszel, zwykle towarzyszący tym sprawom. Mechanizm powstawania rozszerzeń oskrzeli przy ciałach obcych był przedmiotem licznych doświadczeń (Cohn Kocher i inni), które jednak autorów doprowadzały do różnych, wprost sprzecznych ze sobą poglądów. Zajęłoby to zbyt wiele miejsca, gdybym chciał je tutaj przytaczać; opisał je szczegółowo i krytycznie Hoffmann.

4-o. Zwężenia oskrzeli uciskowe najróżnorodniejszego pochodzenia (patrz rozdz. następny) również przyczyniać się mogą często do powstania rozszerzeń, pod i nad miejscem uciśniętem. Typową postać rozszerzonych woreczkowatych oskrzeli widziałem w przypadku nowotworu śródpiersia (*lymphosarcoma*), w którym guz uciskał mocno górny i średni płat prawego płuca. Wśród guzów nowotworowych znaleźliśmy na przekroju płuca liczne woreczkowate rozszerzenia oskrzeli, z których jedno dochodziło do wielkości jaja gołębiego i napełnione było zawartością ropną; rozszerzenie to wytworzyło się wskutek zapalenia ropnego.

5-o. Gruźlica płuc w postaci przewlekłej, zwanej włóknistą formą suchot płucnych, daje warunki odpowiednie do wytwarzania się rozszerzeń oskrzeli; w postaci tej bowiem sprawa serowata, gruźlicza, bywa od początku, że tak się wyrażę, zagłuszana przez rozwijającą się naokoło tkankę włóknistą, wytwarzają się jednocześnie i zrosty opłucnej. Otóż kurcząca się tkanka łączna, a z drugiej strony zmienione warunki odżywiania, i powstające ztąd zmiany anatomiczne oskrzela (*peribronchitis tuberculosa*) [1]) dają doskonałe warunki do powstawania rozszerzeń, które po-

[1]) Szczegóły anatomiczne opisane już były w rozdziale „Gruźlica oskrzeli".

www.dlibra.wum.edu.pl

zostają nawet wtedy, gdy sprawa gruźlicza uległa zapalnemu zabliźnieniu (tak zwane zmiany cyrotyczne szczytu płucnego—*sclerosis bronchopneumonica* autorów francuskich).

W grużlicy płuc wrzodziejącej (*phthisis pulmonum ulcerosa*) wytwarzają się również rozszerzenia oskrzeli, pod wpływem z jednej strony zapalenia swoistego oskrzelek o charakterze rozpadowym, a z drugiej stałego i męczącego kaszlu. Rozszerzenia te w większości wypadków są następstwem tak zwanych jam gruźliczych (*cavernae*). Naturalnie, że i tutaj wytwarzające się zrosty opłucnej stanowią moment sprzyjający.

6-o. W sprawach syfilitycznych płuc i oskrzeli spostrzega się również rozszerzenia oskrzeli. W przypadkach takich, jak w rozdziale o syfilisie oskrzeli mówiliśmy, rozwija się nadzwyczaj bujnie tkanka łączna okołooskrzelowa, oraz powstają zwężenia oskrzeli, t. j. zjawiają się warunki, niezbędne do wytwarzania się rozszerzeń oskrzeli.

7-o. Zapalenia zrazowe płuc, szczególniej wikłane zajęciem opłucnej (*pleuropneumonia*) w niektórych przypadkach, przebiegają nienormalnie, powoli, wytwarzając postaci, znane od czasów Stockes'a i Corrighan'a jako śródmiąższowe zapalenia płuc, doprowadzające do zmian włóknistych (sklerotycznych) stałych, szczególniej w dolnych płatach. W następstwie wytwarzają się tu nieraz najklasyczniejsze rozszerzenia oskrzeli.

8-o. W przebiegu zapaleń opłucnej wskutek ucisku przez wysięk mogą również powstawać rozszerzenia oskrzeli. Częściej jednak spotykamy je w związku ze staremi i mocnemi zrostami opłucnej. Biermer w swojej klasycznej monografji słusznie zaznaczył ten fakt, jednocześnie stawiając pytanie, czy zrosty opłucnej stanowią przyczynę, czy też są następstwem rozszerzeń oskrzeli. Pytanie to dałoby się rozstrzygnąć jedynie za pomocą obserwacji klinicznej; niestety, wiemy dobrze, że zrosty opłucnej zdarzają się u osobników, którzy nigdy nie doświadczali nigdy bólów ani też innych objawów ze strony opłucnej. Z drugiej jednak strony wiemy, że rozszerzenia oskrzeli zjawiają się po przebytych niewątpliwie zapaleniach opłucnej; ztąd słusznem jest przypuszczenie o związku przyczynowym rozszerzeń oskrzeli z zapaleniem opłucnej. Jeszcze łatwiej występują rozszerzenia oskrzeli, jeśli jednocześnie z zapaleniem opłucnej, lub też po niem, rozwinęło się zapalenie zrazikowe płuc (widywaliśmy je często w ostatnich latach podczas epidemji influency), które mocno upośledza odżywianie ścian oskrzeli. Tak więc pogląd teoretyczny Biermer'a, że zapalenia opłucnej, ograniczające równomiernie rozszerzanie się płuc, przy jednoczesnem zajęciu oskrzeli, mogą przyczyniać się do wytwarzania rozszerzeń, znajduje zupełne potwierdzenie w faktach klinicznych. Podług zestawienia D. Arlanda (cyt. u D. Powella Diseases of the lungs 1911) w 40 przypadkach bronchiektazji, spostrzeganych w Brompton Hospital, w których dokonane było badanie pośmiertne, ako przyczynę wykryto, 1) przewlekły katar oskrzeli u 18 2) takąż sprawę,

www.dlibra.wum.edu.pl

istniejącą od dzieciństwa u 6, 3) nowotwór u 3, 4) tętniak aorty u 2, 5) ciała obce u 2, 6) zapalenie płuc u 4, 7) zapalenie opłucnej u 5-ciu.

Powyższe dane etjologiczne wyjaśniają poniekąd i samą istotę choroby. Patogenezą rozszerzenia oskrzeli od czasu Laennec'a zajmował się cały szereg wybitnych klinicystów i patologów ubiegłego wieku: Andral, Cruveilhier, Williams, Trojanowski, Charcot, Cornil i Ranvier, Marfan Claisse, Rokitanksky, Virchow, Niemeyer i wielu innych. Powstało wiele teorji, wyjaśniających genezę tej sprawy; byłoby jednak zbytecznem i zbyt wiele zajęłoby miejsca szczegółowe ich przytaczanie. Zostały one w swoim czasie krytycznie rozpatrzone przez Biermera w jego wielokrotnie już przez nas wpomnianej monografji. Teorje te dadzą się zgodnie z poglądem Marfan'a sprowadzić do następujących trzech głównych poglądów: Teorja oskrzelowa, podana pierwotnie przez Laennec'a, a zmodyfikowana przez jego następców upatrywała przyczynę rozszerzenia w nagromadzeniu się nadmiernej ilości wydzieliny w oskrzelach; powietrze wdychane miało wywierać wskutek tego większe ciśnienie na ściany oskrzela i stopniowo je rozszerzać. Pogląd ów, który z łatwością może obalić chociażby ten fakt, że rozszerzenie oskrzeli jest rzadkością, a katary są rzeczą nader częstą, został zmodyfikowany w następstwie w ten sposób, że rozszerzenie miało następować głównie pod wpływem mocnego kaszlu. I to tłómaczenie nie jest również wystarczające (rzadkość rozszerzeń oskrzeli w rozedmie płuc), wprowadzono moment trzeci, zwątlenie ścian oskrzela pod wpływem szerzącej się w głąb sprawy zapalnej, wywołującej przedewszystkiem, według niektórych autorów (szczególniej Trojanowskiego) zanik błony mięśniowej ściany oskrzela w tych właśnie miejscach, w których następnie powstaje rozszerzenie. Ze względu jednak że i powyższe teorje nie tłómaczą zupełnie jasno powstawania rozszerzeń oskrzeli, niewiadomo bowiem dlaczego mają ulegać zanikowi jedynie głębsze warstwy błony śluzowej, a nie te, które idą bezpośrednio za warstwami powierzchownemi, patologowie francuscy (Cornil i Ranvier) uzupełnili je tem przypuszczeniem, że w powstawaniu rozszerzenia oskrzeli obok zapalenia drobnych oskrzelek odgrywa rolę powstające jednocześnie zapalenie zrazikowe płuc, lub też zapalenie ropne tkanki okołooskrzelowej (*peribronchitis suppurativa*), towarzyszące zazwyczaj ostrym katarom oskrzeli podczas chorób zakaźnych lub też zapalenie głębokie z zejściem w sklerozę ograniczoną (Claisse). W ten sposób zmodyfikowana teorja staje się zupełnie zrozumiałą dla ogromnej większości napotykanych w klinice przypadków rozszerzeń oskrzeli. Niektóre jednak przypadki nie dają się w zupełności wyjaśnić, mianowicie te, w których rozszerzenie oskrzeli jest następstwem nie sprawy, rozpoczynającej się od oskrzeli, lecz pochodzącej z samej tkanki płucnej; należą tu przypadki, które rozpatrzyliśmy już wyżej, mianowicie zapalenia śródmiąższowe płuc (*pneumonia interstitialis*), szczegól-

www.dlibra.wum.edu.pl

niej dolnych zrazów, bądące następstwem ostrych spraw w płucach i opłucnej, nie uległych normalnej rezorbcji, lecz przechodzących w sprawę przewlekłą włóknistą. Przypadki te wyjaśnia lepiej teorja płucna Corrighan'a poparta przez innych autorów (Niemeyer i inni), którzy wszystkie przypadki rozszerzeń oskrzeli starali się za pomocą jej wyjaśnić. Według tej teorji mają powstawać rozszerzenia w sposób mechaniczny, wskutek kurczenia się tkanki śródmiąższowej. Ważnym czynnikiem są w tych razach zmiany łącznotkankowe, t. j. zrosty opłucnej, które w większości przypadków niemal zawsze towarzyszą śródmiąższowemu zapaleniu płuc. Są one czynnikiem współrzędnym, a nie głównym, jak chcieli niektórzy autorowie (Barth i inni), którzy zapaleniu opłucnej przypisywali dominującą rolę (teorja tak zwana — opłucnowa) w rozwoju rozszerzeń oskrzeli.

Z zestawienia powyższych teorji dochodzimy do przekonania, że jedynie uwzględnienie wszystkich momentów, wpływających na rozszerzenie oskrzeli, jest w stanie w zupełności wyjaśnić mechanizm powstawania tej wielce interesującej sprawy patologicznej.

Z dzisiejszego punktu widzenia należy w rozdziale o etjologji rozszerzeń oskrzeli poruszyć w krótkości jeszcze jedną kwestję: czy i o ile pasorzyty odgrywają rolę w powstawaniu tej sprawy? Powyżej, w rozdziale o cuchnącym katarze oskrzeli (*bronchitis putrida*) już poruszaliśmy tę kwestję. Staraliśmy się tam wykazać, jaką rolę w powstawaniu tych spraw, a będących również w pewnym ścisłym związku z rozszerzeniem oskrzeli, odgrywają pasorzyty i jakie mianowicie rodzaje pasorzytów wykryte zostały w tych sprawach. W plwocinie, pochodzącej z rozszerzeń oskrzeli, wykrywamy stale bardzo liczne drobnoustroje chorobótwórcze i saprofity. Z pierwszej kategorji napotykamy zazwyczaj paciorkowce, gronkowce i pneumokoki, t. j. rodzaje spotykane zazwyczaj w zwykłych katarach oskrzeli. Pasorzytów swoistych dotychczas nie wykryto. W sprawach wtórnych t. j. zapaleniach zgorzelinowych ścian rozszerzonego oskrzela, w sprawach septycznych, powstających neraz w przebiegu przewlekłych rozszerzeń oskrzeli, niektórzy autorowie, a przedewszystkiem Babes wyhodowali szereg różnorodnych pasorzytów; pewien gatunek odrębny laseczníka, nierozpuszczającego żelatyny i wytwarzającego w niej gazy, *streptococcus septicus liquefaciens*, *bacillus foetidus* i t. p. Nie ulega wątpliwości, że sprawy te ostatnie, szczególniej sprawa zgorzelinowa, są pochodzenia pasorzytniczego.

Różni autorowie w rozmaity sposób klasyfikują rozszerzenia oskrzeli. Dzielą je przedewszystkiem, zależnie od wyglądu zewnętrznego, na cylindryczne, workowate, wrzecionowate, dalej na rozszerzenia o ścianach zgrubiałych lub uległych zanikowi (Biermer) i t. p. W ostatnich czasach Hoffmann podaje następujący podział: 1) rozszerzenie oskrzeli, zapalne

www.dlibra.wum.edu.pl

BIBLIO... 203

(*Entzündliche Bronchiectase*), pod który to dział podciąga przedewszystkiem workowate rozszerzenia, powstałe w następstwie z ostrych lub przewlekłych zapaleń oskrzeli; 2) rozszerzenia oskrzeli zastępcze (*Vicariirende Bronchiectase*), lub t. zw. cylindryczne, w których niema w płucach i oskrzelach wyraźnych zmian zapalnych; 3) wrodzone rozszerzenia oskrzeli; 4) rozszerzenia atelektatyczne. Podział Hoffmanna wydaje mi się nieco sztucznym. W każdym razie należy go zaznaczyć, jako podział, oparty na etjologji.

Co się tyczy częstości rozszerzeń oskrzeli, to już wyżej wspomniałem, że sprawa ta jest stosunkowo rzadka (4% z ogólnej liczby badań pośmiertnych), według Virchowa, Biermera i innych. W klinice, na zasadzie naszych spostrzeżeń, rozszerzenia oskrzeli, szczególniej o objawach wybitnych, spotykamy stosunkowo rzadko. Na oddziale naszym rok rocznie z liczby około 400—500 chorych widujemy je zaledwie kilka razy. Co się tyczy wieku chorych, to rozszerzenia oskrzeli spotykamy bardzo rzadko u dzieci, częściej w wieku młodzieńczym, dojrzałym, lub starczym. Pogląd niektórych autorów, że rozszerzenia oskrzeli napotyka się przeważnie w wieku podeszłym, uważam, zgodnie z Biermerem, za niesłuszne, większość bowiem spostrzeżeń spotykałem u osób młodych, lub u ludzi w średnim wieku Płeć niema wybitniejszego wpływu, aczkolwiek niektórzy autorowie (Bamberger) widywali rozszerzenia oskrzeli częściej u mężczyzn.

Zmiany anatomopatologiczne stanowiły przedmiot bardzo licznych badań, pierwszorzędnych badaczy. Poczynając od Laenneca, Curveilhiera, Rokitansky'ego, Virchow'a, Biermer'a, Charcota, Rindfleisch'a i wielu innych, stanowią one olbrzymi materjał, którego wszelkie szczegóły, tak makroskopowe, jak również mikroskopowe, zostały wyczerpująco opracowane. Ze względu na zakres pracy naszej bardziej kliniczny streszczamy tutaj główniejsze dane, trzymając się wybornego wykładu Aufrecht'a.

Z punktu widzenia anatomopatologicznego rozróżniamy przeważnie dwie postaci rozszerzeń oskrzeli: równomierne-walcowate i workowate. Przy równomiernem rozszerzeniu oskrzele nawet po rozdzieleniu zatrzymuje swoje światło, a w dalszym przebiegu światło to może być szersze aniżeli na początku. Rozszerzenie dotyczy albo całej długości oskrzela aż niemal do powierzchni płuca, gdzie kończy się ślepo, kolbiasto, albo też w swym przebiegu rozszerzone oskrzele znowu się zwęża, a jego światło staje się normalnem albo nawet zwężonem. Przejście takie bywa nieraz bardzo raptowne. Zwężeniu walcowatemu ulegać mogą wszystkie oskrzela, najczęściej jednak średnie i cienkie. Jeżeli rozszerzone zostały grubsze i średnie oskrzela jednego odcinka płuc, a drobne oskrzelka pozostały normalne, wtedy rozszerzenie posiada

www.dlibra.wum.edu.pl

wygląd kolbiasto-palczasty. Jeżeli jednakże rozszerzenie ogranicza się jedynie do końcowych gałązek, natenczas na przekroju płuco przypomina ser szwajcarski. Pewne odmiany rozszerzeń walcowatych stanowią t. zw. rozszerzenia wrzecionowate, paciorkowate; występują one na małych przestrzeniach. Oskrzele przedstawia wtedy szereg rozszerzeń, oddzielonych od siebie zwężonem albo też normalnem oskrzelem.

Rozszerzenia workowate wytwarzają się kosztem samej tkanki płucnej; posiadają one wielkość od ziarnka konopnego do jaja kurzego. Czasem oskrzele kończące się workiem, bywa zarośnięte, przez co wytwarza się rodzaj zamkniętej jamy (cysty), której zawartość ulega tym samym zmianom, jakie zwykle zachodzą w torbielach. Jamy bywają czasami znacznej wielkości; składają się z szeregu rozszerzeń workowatych, oddzielonych wzajemnie jedynie zgrubiałemi fałdami. W ten sposób powstawać mogą olbrzymie rozszerzenia, zawierające w sobie niemal wszystkie oskrzela jednego płuca. Znajdująca się pośród nich tkanka płucna jest w stanie częściowego zaniku i marskości, a całe płuco na przekroju przedstawia się jakby ciało o jamie wielokomórkowej. Workowate rozszerzenia oskrzeli występują albo na całej przestrzeni jednego z oskrzeli, albo też zajmują jego połowę, lub jeszcze mniejszą część. Podług Cruveilhiér'a mogą występować inne jeszcze odmiany rozszerzeń: cała ściana lub tylko jej błona śluzowa tworzy rodzaj przepukliny, wychodzącej przez otwór w pozostałych warstwach oskrzeli. W tym razie worek stanowi jakby dodatek oskrzela, z którym łączy się za pomocą wązkiego otworu. Workowate rozszerzenia oskrzeli zajmują również średnie i cienkie, rzadziej grubsze oskrzela. W większości przypadków istnieją one jednocześnie obok zwężeń oskrzeli, zajmując miejsca u powierzchni płuc. Podług Gairdner'a wszystkie workowate rozszerzenia oskrzeli biorą swój początek z wrzodziejących jam płucnych. Pogląd ten jest niesłuszny, chociaż rzeczywiście w niektórych przypadkach, w których istnieją wielkie rozszerzenia, trudno jest stanowczo wytłómaczyć sposób ich powstania, a wiele z nich prawdopodobnie ma swoje źródło w uprzednio powstałej wrzodziejącej sprawie płuca. Błona śluzowa rozszerzonych oskrzeli przedstawia zazwyczaj zmiany odpowiadające zmianom w katarze przewlekłym, stopniowo wskutek przewlekłego zapalenia powstaje nietylko przerost, ale i zanik błony śluzowej. Zanik jest tu zmianą główną i charakterystyczną: towarzyszy mu jednak zapalenie przewlekłe natury przerostowej. Z tego też względu Biermer rozróżniał na zasadzie właściwości ścian rozszerzonego oskrzela, 1) rozszerzenia z kataralnym obrzękiem i zwiotczeniem (relaksacją) ścian oskrzela, powstające w sposób ostry i występujące najczęściej u dzieci; po przejściu ostrego zapalenia oskrzeli może powrócić normalne napięcie oskrzela, a wtedy rozszerzenie może ustąpić w zupełności. 2) Rozszerzenia z przerostem ścian; w tej postaci

www.dlibra.wum.edu.pl

błona śluzowa i ściana oskrzela są mocno przerosłe, pierwsza bywa nader unaczyniona, ma wygląd wzgórkowaty, przypominający powierzchnię aksamitu, jest nierówna. *Virchow* znajdywał tu nieraz rozrosty brodawkowate. Gruczoły śluzowe, tkanka łączna, a nawet chrząstki podlegają rozrostowi. Sprawy zanikowe występują rzadziej. Zazwyczaj tę postać rozszerzeń spotykamy na grubszych i średnich oskrzelach, a samo rozszerzenie bywa walcowate lub wrzecionowate. 3) Rozszerzenia o ścianach cienkich, uległych zanikowi, są przeważnie workowate. Czasami zanik tkanki występuje i w rozszerzaniach walcowatych, jeżeli im ulegają oskrzela drobne. 4) Rozszerzania oskrzeli z obrazem beleczkowatym na ścianach (*trabeculäre Degeneration*). Zmiany makroskopowe i mikroskopowe podobne są do zmian w zwykłych przewlekłych zapaleniach oskrzeli: ściana oskrzeli wskutek miejscowego zaniku jest nierówna, wzniesienia zaś odpowiadają pozostałym włóknom mięsnym i sprężystym podłużnym i okrężnym, pomiędzy które wpukla się śluzówka. Cała ściana przedstawia się zgrubiałą, a zewnątrz otoczoną mocną tkanką łączną.

Przy badaniu drobnowidzowém rozszerzonych oskrzeli według Rindfleisch'a, przedewszystkiem zwraca uwagę na ich wewnętrznej powierzchni pewne wzniesienie listwowate błony śluzowej, szerokości 0,1—0,5 mm., ułożone prawidłowo wzdłuż i wpoprzek i tworzące drobną siatkę, która wyraźniej występuje na części miękkiej, nie chrząstkowej oskrzela, również pomiędzy chrząstkami. Sama błona śluzowa bywa tak mocno powierzchownie przekrwiona (równomierne jasno-czerwone zabarwienie), że może pod pewnym względem przypominać podbiegnięcie krwawe. Opisane przez Rindfleisch'a wywyższenia składają się z tkanki ziarninowej, bogatej w komórki. Normalna warstwa tkanki włóknistej zazwyczaj bywa mocno przyrośnięta, tkanka mięśniowa niezmieniona Na wewnątrz od ostatniej, znajdująca się około chrząstek warstwa włóknista również ulega zgrubieniu; przebiegają w niej liczne, szerokie naczynia, oddające również liczne i szerokie gałęzie, które przebijają tkankę mięśniową i dostają się do wewnętrzej warstwy włóknistej, gdzie na powyżej opisanych wzniesieniach listwowatych wytwarzają gęstą siatkę naczyń włosowatych. Chrząstki zanikają skutkiem mięknienia; następnie wrasta do wytwarzających się w nich jam tkanka łączna. Jednocześnie zanikają gruczoły, a na ich miejscu również wytwarza się tkanka łączna.

Na błonie śluzowej oskrzeli workowatych występują nadto owrzodzenia, jakoteż rozpad ściany. Zmiany te powstają wskutek upadku odżywiania przez kurczącą się coraz bardziej tkankę płucną przy równoczesnem działaniu uległej zatrzymaniu wydzieliny, oraz zawartych w niej pasorzytów. Zanim nastąpi rozpad ściany rozszerzonego oskrzela rozpoznanie anatomiczne pomiędzy rozszerzeniem oskrzeli, a jamą rozpadową płuca (*caverna*) polega według Virchow'a na tem, że przy rozszerzonem oskrzelu wykrywamy na całej jego przestrzeni nabłonek walcowaty, częściej

www.dlibra.wum.edu.pl

jednak kostkowy, a nieraz nawet i płaski, czasem wielkie okrągłe komórki, zawierające barwnik, nie mamy zaś tego przy zwykłych jamach płucnych (*cavernae*). Zrosty i zwapnienia napotykano również w ścianach rozszerzonych oskrzeli, czasem zaś twory sznurkowate łącznotkankowe. Oskrzela, nie uległe rozszerzeniu, przedstawiają tutaj również pewne zmiany, a mianowicie: zapalenie kataralne lub ropne, zatkanie, a nawet zarośnięcie drobnych oskrzelek, leżących poniżej workowatego rozszerzenia.

Umiejscowienie. Rozszerzenia oskrzeli, będące następstwem zapalenia płuc włóknikowego lub kataralnego, oraz spraw atelektatycznych, znajdują się przeważnie w dolnych i tylnych płatach płuc. Jako następstwo gruźlicy i innych spraw zapalnych napotykamy je przeważnie w górnych zrazach płucnych; podczas gdy rozszerzenia, stanowiące następstwo wysięków opłucnej, umiejscawiają się w uciśniętych dolnych zrazach płuca. Przy zrostach i zwyrodnieniach łącznotkankowych listka wewnętrznego opłucnej, (*pleura pulmonalis*) występują rozszerzenia w dolnych jak również i w górnych odcinkach płuc. Dane statystyczne wykazują, że rozszerzenia oskrzeli występują najczęściej w jednem tylko płucu, rzadziej w prawem, aniżeli w lewem, częściej w górnych, aniżeli w dolnych odcinkach. Obadwa zrazy górne rzadziej bywają zajęte przez rozszerzenia oskrzeli, aniżeli obadwa dolne i t. d. Zmiany, znajdujące się w tkance płucnej, otaczającej rozszerzenia oskrzeli, należy uważać, według wyżej wyłożonych danych etjologicznych, za zmiany pierwotne, które poprzedziły rozwój rozszerzeń. Jedynie owrzodzenia i zgorzel ścian należy uważać za objawy następcze. W częściach płuc, w których niema rozszerzeń oskrzeli, zazwyczaj spotykamy w mniejszym lub większym stopniu rozedmę, w późniejszych zaś okresach choroby, wskutek aspiracji, rozwijają się zapalenia płuc ogniskowe—kataralne lub ropne.

Z innych zmian znajdujemy zazwyczaj powiększone gruczoły oskrzelowe, powiększoną, prawą komorę serca, objawy zastoju w małym krwiobiegu, a jako powikłania następcze, ropnie mózgowe przerzutowe (Biermer), oraz zapalenia stawów różnych okolic ciała.

Symptomatologja. Przypadki rozszerzeń oskrzeli podzielić można na dwie kategorje. Do pierwszej grupy zaliczamy stosunkowo znacznie częstsze przypadki, w których podejrzewać jedynie możemy obecność głęboko leżących rozszerzeń oskrzeli. Nie mamy tu żadnych objektywnych ani subjektywnych objawów charakterystycznych: choroba przebiega pod postacią przewlekłego śluzoworopnego, ropnego, wreszcie cuchnącego kataru oskrzeli. W pewnej kategorji przypadków w klinice, napotykanych jednakże stosunkowo rzadko, rozszerzone oskrzela wskutek swej dość znacznej wielkości lub umiejscowienia, dają zbiór pewnych dość wybitnych objawów klinicznych, które pozwalają zmiany te za życia rozpoznać.

www.dlibra.wum.edu.pl

Do takich objawów zaliczamy przedewszystkiem plwocinę Jakościowo nie różni się ona w ogromnej większości przypadków od plwociny w śluzoworopnych katarach oskrzeli z obfitą wydzieliną, U niektórych chorych bywa ona niezwykle obfita, ilość jej bowiem wynosić może do 500—600 grm. na dobę; nawet dzieci wypluwają dużo, gdyż 50—100 grm. Obok tego na szczególną uwagę zasługuje charakterystyczny w typowych przypadkach rozszerzeń sposób wydalania plwociny. Chory wyrzuca ją nie jak w przewlekłych śluzoworopnych zapaleniach oskrzeli, od czasu do czasu, w ciągu całej doby, lecz występują napady (najczęściej 1—2 na dobę) wyrzucania odrazu ogromnej ilości plwociny; chory właściwie nie pluje, lecz plwocina leje się, nieraz wytryska niemal jak z fontanny, u dzieci zaś towarzyszą temu wymioty. Napad masowego wydalania plwociny poprzedzany bywa przez suchy, krótko trwający kaszel, więcej lub mniej męczący, zależnie od tego, czy chory ma już rozwiniętą rozedmę, czy też jej nie ma, od zapasu sił chorego i t. p. Po ukończonym napadzie plucia chory czuje się nieco zmęczonym, lecz wkrótce odzyskuje zupełną równowagę, często nawet powraca do swych zajęć, czując się względnie dobrze, i nie kaszle wcale aż do następnego napadu, przy którym powtarza się powyższa scena. Na powstawanie ataków wydzielania się plwociny wpływa nieraz pozycja chorego. Dopóki leży on na boku chorym, nie kaszle wcale, aż dopóki nie nastąpi napełnienie jamy; z chwilą zaś, gdy chory zmienia pozycję, wydzielina zaczyna się wylewać, następuje odruchowy kaszel z następczem napadowem wydalaniem plwociny. Ztąd też chorzy instynktowo starają się zazwyczaj leżeć na jednym boku, a podnoszą się dopiero wówczas, gdy powstaje suchy kaszel, zwiastujący o przepełnieniu jamy, a więc i o potrzebie wydalenia plwociny na zewnątrz. Napady wypluwania z początku wcale nie męczą chorych: mają oni wygląd dobry, dzieci nawet po przejściu napadu wracają do swych zabaw, a nawet nieraz do niedokończonego wskutek napadu posiłku. Z biegiem jednakże lat u dorosłych napady te stają się męczące, kaszel poprzedzający przybiera charakter duszący, po odpluciu następuje osłabienie i wyczerpanie, szczególniej, jeżeli napady powtarzają się kilkakrotnie w ciągu nocy. Zastanawia zaś w wielu przypadkach dziwna tolerancja, niemal brak zupełny reakcji błony śluzowej oskrzeli na obfitą, mocno nieraz cuchnącą plwocinę, zebraną w jamie, a prawdopodobnie i w sąsiedniem oskrzelu. Chorzy tacy wcale niemal nie kaszlą poza napadami, o których była mowa. Widocznie następuje z czasem przyzwyczajenie, rodzaj stępienia wrażliwości błony śluzowej.

Jak już wyżej wzmiankowaliśmy, plwocina przedstawia masę śluzoworopną, bardzo często cuchnącą. Cuchnienie to występuje zazwyczaj tylko od czasu do czasu, nieraz tylko z rana, a nieraz niknie na całe tygodnie lub miesiące, aby znów powrócić. W niektórych przypadkach cuchnienie

www.dlibra.wum.edu.pl

bywa bardzo przykre do tego stopnia, że nietylko plwocina, ale nawet oddech chorego już zdaleka staje się niemożliwym do zniesienia. Ma to najczęściej miejsce wtedy, kiedy występuje świeży rozpad zgorzelinowy ściany oskrzela. Przy ograniczeniu się tego rozpadu, co się często zdarza, cuchnienie zmniejsza się lub ustępuje zupełnie. W niektórych jednak przypadkach cuchnący charakter oddechu i plwociny utrzymuje się stale— całe miesiące, a nawet i lata, zmieniając się jedynie w ten sposób, że zazwyczaj plwocina ranna cuchnie bardziej, aniżeli wyrzucana podczas następnych napadów. Plwocina taka ma barwę szarozielonawą, jest gęsta i posiada w typowych przypadkach tę właściwość, że wlana do naczynia z wodą, dzieli się dość typowo na 4 warstwy: górna pienista, białożółtawa, zawiera dużo powietrza; w następnej widzimy kłaczki śluzowe, opuszczające się ku dołowi; w trzeciej warstwie gromadzi się mniej lub więcej zbity śluz, wreszcie warstwa dolna jest jednolita, zielonawa, ropiasta. W przypadkach mocno cuchnącej plwociny, w okresach zgorzeli ściany w warstwie dolnej napotykamy różnej wielkości czopki, t. zw. czopki Dietrich'a, których właściwości mikroskopowe i chemiczne już wyżej zostały uwzględnione w opisie cuchnącego kataru oskrzeli, a których badanie drobnowidzowe wykazuje masy rozpadowe, często kryształy kwasów tłuszczowych, oraz liczne drobnoustroje. Włókna sprężyste spotykamy stosunkowo rzadko najczęściej w okresach rozpadu ściany. W większości przypadków znajdujemy ciałka śluzoworopne, uległe różnemu stopniowi stłuszczenia i rozpadu, śluz, często czerwone ciałka krwi, a zawsze liczne drobnoustroje, przeważnie koki, pod postacią diplokoków, streptokoków i t. p. Często widywałem także liczne krótkie laseczniki, o których wyżej była mowa. W przebiegu cierpienia spotykamy również i plwocinę krwawą; nieraz nawet występują mniej lub więcej obfite krwotoki płucne, mogące, jak się nieraz zdarzało, spowodować nagłą śmierć chorego. Wyżej opisane zmiany anatomiczne ścian rozszerzonego oskrzela wyjaśniają nam owe drobne krwawienia, które łatwo występują z opisanych wyżej rozszerzonych siatek naczyniowych. Większe krwotoki pochodzą z naczyń większych, w znacznej liczbie znajdujących się w ścianie rozszerzonego oskrzela i sąsiedniej skurczonej (cyrotycznej) tkance płucnej.

Kaszel, jak to już wzmiankowaliśmy, odgrywa w pierwszych okresach sprawy rolę podrzędną i jest jedynie, że się tak wyrażę, momentem, wyzwalającym napady wydalania masowego plwociny. Bywa on zazwyczaj krótki, suchy. Z biegiem czasu, z chwilą rozwoju rozedmy, kataru przewlekłego w sąsiedniem płucu, kaszel przyjmuje inny charakter: staje się męczącym, suchym, występuje i w okresach wolnych od napadów wydalania plwociny z rozszerzonych oskrzeli; jeżeli bywa wówczas plwocina, to ochodzi ona z oskrzeli nierozszerzonych i jest produktem kataru przewlekłego ich błony śluzowej. Naturalnie, w okresach późniejszych, szczegól-

www.dlibra.wum.edu.pl

niej gdy występują objawy niedomogi serca, obraz chorobowy się zaciera, a kaszel staje się niemal ciągłym, połączonym z mniej lub więcej obfitą wydzieliną; od czasu do czasu zjawiają się napady kaszlu suchego, duszącego, napady pseudoastmatyczne, pojawiające się przeważnie w nocy.

Bóle w klatce piersiowej występują w niektórych przypadkach, a szczególniej tam, gdzie rozwój rozszerzeń oskrzeli poprzedzała sprawa opłucna. Bóle te bywają zazwyczaj jednostronne, głuche, niezbyt dolegające chorym.

To samo, co o kaszlu, da się mniej więcej powiedzieć i o duszności. W pierwszych okresach cierpienia chorzy nie doznają jej prawie wcale, z wyjątkiem chwili wydalania zawartości jamy. Z czasem jednakże, t. j. z rozwojem kataru przewlekłego i rozedmy, duszność wzmaga się powoli, wreszcie przechodzi w stałą, doprowadzając do napadów rzekomo dusznicowych, zależnych od rozwijającej się stopniowo niedomogi serca.

Objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej bywają nader rozmaite, zależnie od wielkości jamy, jej położenia w stosunku do powierzchni klatki piersiowej i od stanu otaczającego ją miąższu płucnego. Rozszerzenia oskrzeli walcowate, a nawet niewielkie workowate, położone w głębi klatki piersiowej, otoczone miąższem płucnym zdrowym, nie dają zazwyczaj absolutnie żadnych charakterystycznych objawów fizykalnych: jedynie z charakteru plwociny i sposobu jej wydalania jesteśmy w stanie je rozpoznać. Natomiast workowato rozszerzone oskrzela większego rozmiaru, leżące blizko powierzchni klatki piersiowej, szczególnie w dolno-tylnych jej odcinkach, lub też w okolicach podobojczykowych, mogą dawać pewne dość charakterystyczne objawy, sprowadzające się do znanych w djagnostyce fizykalnej objawów jam płucnych. A więc w danej okolicy otrzymujemy stłumienie odgłosu opukowego, który przechodzić może w ton bębenkowy z chwilą zmiany położenia chorego, lub też opróżnienia zawartości jamy. W okolicach podobojczkowych może występować również objaw Wintrich'a lub Gerhardt'a (zmiana wysokości tonu przy zmianie pozycji, zamkniętych lub otwartych ustach) naturalnie, o ile jamy mają odpowiednie rozmiary (nie mniejsze, niż 5—6 ctm.). Badanie wysłuchowe przy jamach tej ostatniej kategorji, daje nam również szereg objawów jamowych, a więc oddech oskrzelowy, przemienny, metaliczny, z towarzyszeniem rzężeń współdźwięcznych, metalicznych, lub t. zw. jamistych, zależnie od tego, czy jama jest wypełniona zawartością płynną, czy też powietrzem. Rozszerzone oskrzela głęboko położone, nie dające żadnych wyraźniejszych zmian opukowych, mogą przy wysłuchiwaniu w pewnem ograniczonem miejscu dawać objawy oddechu nieokreślonego, z towarzyszeniem rzężeń drobnowilgotnych, najczęściej o charakterze dźwięcznym. Oddech często nawet bywa normal-

www.dlibra.wum.edu.pl

ny, a jedynie na ściśle ograniczonem miejscu, najczęściej w dolnotylnych częściach klatki piersiowej rzężenia występują stale, szczególniej przy kaszlu. Naturalnie, jedynie na podstawie wszystkich cech rozpoznawczych można określić, czy są one związane z rozszerzeniem oskrzeli, czy też z jamą rozpadową natury gruźlicznej.

W niektórych przypadkach obszernych rozszerzeń oskrzeli mogą występować również pewne zmiany w wyglądzie klatki piersiowej, a mianowicie występuje wyraźne zapadnięcie się jednej części, t. zw. retrakcja klatki piersiowej; przedewszystkiem dotyczy to dolnotylnych jej części, wskutek czego powstaje rodzaj skrzywienia klatki. Zmiany te odpowiadają miejscu rozszerzenia oskrzela, a zależne są od kurczenia się tkanki płucnej oraz zrostów opłucnej; w klasycznej postaci występują przedewszystkiem w tych przypadkach rozszerzeń oskrzeli, które są następstwem zapalenia płuc i opłucnej, kończącego się marskością płuca. W większości jednakże klatka piersiowa, wskutek rozwoju następczej rozedmy, przedstawia znany powszechnie typ klatki beczkowatej, właściwy emfizematykom. Badanie klatki za pomocą promieni Roentgena nie daje jakichkolwiek wybitnych danych, może ono wprawdzie wykazać głęboko, tkwiące w miąższu ognisko, lecz nie określa bliżej jego natury. Badanie to może tak samo wykazać leżące głęboko rozszerzone oskrzele, lecz nie pozwala odróżnić go od jamy gruźlicznej i t. p.

Co się tyczy objawów ze strony stanu ogólnego, to, jak to wyżej wzmiankowałem, w zwykłych niewikłanych sprawach stan ogólny chorych może być nawet wyborny. Z biegiem lat chorzy zazwyczaj chudną, marnieją, szczególniej jeżeli zaczyna występować gorączka, zależna od wchłaniania plwociny, rozkładającej się w workowatych, trudno opróżniających się rozszerzeniach oskrzeli. Gorączka ta z początku pojawiająca się od czasu do czasu, staje się w niektórych przypadkach ciągłą, posiada typ mocno zwalniający; nieraz towarzyszą jej dreszcze; jednem słowem gorączka ma wyraźne cechy septycznej; w wysokim stopniu upośledza ona ogólny stan chorych. Zresztą, nawet w przypadkach, stale przebiegających bez gorączki, spostrzegamy upadek stanu ogólnego, wskutek braku apetytu, zależnego od niesmaku, który znowu jest zależny od cuchnącego oddechu. Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa do upośledzenia łaknienia przyczynia się również stała niestrawność, spowodowana połykaniem plwociny, zwykle bezwiednem, a odbywającem się szczególniej podczas napadów masowego wypluwania w porze nocnej. Bezsenność, zależna zazwyczaj od napadów nocnych, również ze swej strony podkopuje stan ogólny chorych. Jeżeli zaś do tych wszystkich przyczyn dodamy jeszcze przygnębiający nastrój psychiczny, warunkowany długą i bardzo przykrą chorobą, zrozumiemy łatwo, że wszystko to razem wzięte doprowadza chorego do charłactwa, nieraz wielce charakterystycznego. Chory bywa

www.dlibra.wum.edu.pl

wychudzony, niemal jak szkielet, ma wygląd ziemisty, twarz siną, policzki zapadłe. Nieraz w tych okresach występują nadto zmiany w drobnych stawach nóg, a przeważnie rąk, nadające wielce charakterystyczny wygląd końcom palców: palce brzękną, końce ich grubieją rażąco. Zmiany te polegają, według badań neuropatologa francuskiego Marie'go na pewnem przewlekłem przerostowem zapaleniu kości i stawów (*osteo-arthropathie hypertrophiante pneumique*), występującem przeważnie podczas przewlekłych cierpień dróg oddechowych, głównie zaś gruźlicy i rozszerzenia oskrzeli.

Przebieg i zejście. Zejście choroby zazwyczaj bywa śmiertelne po kilku, nieraz kilkunastu latach jej trwania. W normalnie przebiegających przypadkach jest ono następstwem powoli rozwijającego się stanu charłaczego, do którego w rezultacie dołączają się objawy niedomogi serca z obrzękami kończyn, i przesiękami w jamach. W wyjątkowych razach wspominają autorowie o zejściu pomyślnem, t. j. o wyleczeniu zupełnem rozszerzeń oskrzeli. Biermer utrzymuje, że zejście takie jest możliwe i zdarza się w przypadkach świeżych niewielkich rozszerzeń, występujących szczególniej po chorobach zakaźnych u dzieci (koklusz). Sądziłbym, że możliwość tę należy przypuszczać; znam bowiem przypadki, aczkolwiek nieliczne, gdzie mali pacyenci zdradzali najwyraźniejsze objawy głębokich rozszerzeń oskrzeli z charakterystycznem wyrzucaniem ogromnej ilości cuchnącej plwociny, a pomimo to stopniowo przychodzili do zdrowia. Naturalnie, że w tych razach rozszerzenie oskrzeli musiało być niewielkie, położone wśród zdrowej tkanki płucnej. W literaturze znajdujemy również opisy wyleczenia większego rozszerzenia oskrzeli przez następcze przebicie się jego ściany do opłucnej. Powstałe ztąd zapalenie opłucnej ropne zostało doszczętnie wyleczone po otworzeniu klatki piersiowej; (torakotomji), objawy zaś rozszerzenia oskrzela ustąpiły w zupełności (Bamberger). Spostrzegano również (Bamberger) zabliźnianie się jam bronchiektatycznych przez wypełnienie masami zwapniałemi, co nastąpić jedynie mogło wskutek zamknięcia ujścia jamy i stopniową przemianę jej zawartości (o podobnem zejściu wspominaliśmy już w rozdziale „O kamicy płucnej"). Naturalnie, zejścia podobne należy zaliczać wogóle do wyjątkowych.

Na krótszy lub dłuższy przebieg choroby wpływają różnorodne okoliczności, a przedewszystkiem mniejsze lub większe objawy kataru oskrzeli i rozedmy następczej w płucu, dotkniętem rozszerzeniami, jak również i w drugiem. O ile rozedma szybciej się rozwija, o tyle i charłactwo oraz upadek stanu ogólnego szybciej postępuje. Obecność kataru oskrzeli jest w sprawie przebiegu i trwania choroby rzeczą pierwszorzędnej doniosłości. Ztąd też Biermer dzieli między innemi przypadki rozszerzeń oskrzeli na przypadki o typie kataru przewlekłego i o typie rozedmy. Sądzę jednakże, że podział ów jest nieco teoretyczny; widzimy bowiem sprawy te prze-

www.dlibra.wum.edu.pl

biegające jednocześnie, a na powstanie szybsze lub późniejsze rozedmy albo kataru wpływają liczne okoliczności poboczne, jako to: zajęcie chorego, warunki jego życia, możność leczenia się, wiek i t. p., które o ile przedstawiają się bardziej dodatnio, o tyle rozedma i charłactwo występują później, a sprawa trwa dłuższy przeciąg czasu.

Na przebieg i zejście wpływają również, nawet w wysokim stopniu, różne powikłania, niezwykle często występujące w przebiegu rozszerzeń oskrzeli. Do najczęstszych, a stosunkowo zarazem najgroźniejszych powikłań zaliczyć należy wspomnianą już tylokrotnie zgorzel ściany rozszerzonego oskrzela, charakteryzującą się mocno cuchnącą wydzieliną, gorączką i upadkiem stanu ogólnego. W przypadkach lekkich sprawa ogranicza się w ciągu kilku dni lub tygodni, plwocina traci charakter cuchnący, a chory powraca do poprzedniego stanu. Objawy takie nieraz mogą występować co pewien przeciąg czasu, stale ograniczając się. Znałem dobrze i spostrzegałem w ciągu lat kilkunastu sześćdziesięciokilkoletniego mężczyznę, dotkniętego sprawą bronchiektatyczną, połączoną z wypluwaniem plwociny, jak chory opowiadał, od niepamiętnej liczby lat. W ciągu 10-ciu lat ostatnich w przypadku tym występowały 2—3 razy do roku powyższe powikłania, trwające zawsze kilka tygodni z towarzyszeniem dreszczy i gorączki, i zawsze połączone z ogromnym upadkiem stanu ogólnego. Sprawa jednakże ograniczała się, chory powracał do pierwotnego, wcale niezłego stanu, był nawet w możności prowadzić dalej swoje dość uciążliwe zajęcia. W niektórych przypadkach zgorzel nie ogranicza się, a sprawa rozszerza się szybko na sąsiednie płuco, powstają objawy rozlanej zgorzeli płuc, powodujące szybki upadek stanu ogólnego i zejście śmiertelne.

Drugie, niemniej czyste i również groźne powikłanie stanowi ropnica (*pyaemia*), występująca w przebiegu cierpienia pod różnemi postaciami, zależnemi przedewszystkiem od natężenia sprawy, t. j. działania toksycznego drobnoustrojów ropotwórczych. Źródłem ropnicy, a często i pasocznicy, są drobnoustroje, stale znajdujące się w ropnej zawartości worków bronchiektatycznych i ztąd przedostające się do krwiobiegu wskutek zatkania chwilowego ujścia worka i utrudnionego wydalania zawartości na zewnątrz. Upadek stały lub chwilowy odporności organizmu chorego sprzyjać może rozwojowi choroby. Objawy kliniczne występują w sposób rozmaity. W postaciach lekkich spostrzegamy od czasu do czasu, bez widocznej przyczyny, gorączkę w połączeniu z dreszczami, nieraz wstrząsającemi, przypominającemi nawet zimnicę, z jednoczesnym upadkiem stanu ogólnego. Często w tych razach chorzy twierdzą, że jakoś zaczęli mniej wypluwać i czują, że „flegma obficie zalega im na piersiach". Zazwyczaj po upływie kilku dni odpluwanie się wzmaga, gorączka i dreszcze ustępują, chory powraca do stanu poprzedniego. W innych razach pomimo

www.dlibra.wum.edu.pl

obfitszego odpluwania stan przewleka się, trwa nieraz tygodnie całe; gorączka, choć niewysoka występuje codziennie, w połączeniu z dreszczykami, wywołuje stopniowy upadek sił chorego. Najczęściej przyłączają się i inne powikłania, np. ogniskowe zapalenie płuc, powodujące ostatecznie fatalne zejście choroby. W pewnych razach ropnica daje obraz zapalenia stawów, zdradzającego w pierwszych okresach choroby łudzące podobieństwo do ostrego gośćca stawowego (Gerhardt). W innych wreszcie przypadkach rozwijać się może złośliwa postać zapalenia wsierdzia (*endocarditis ulcerosa*), lub też ropnie w mózgu albo rdzeniu, jak opisują niektórzy autorowie (Biermer, Gerhardt, Nothanagel).

Do częstych również powikłań zaliczyć należy zapalenie zrazikowe płuc natury ropnej (*bronhopneumonia purulenta*), które występuje najczęściej jako sprawa aspiracyjna u mocno wycieńczonych osobników, i przyczynia się również do zejścia fatalnego. Zapalenia ogniskowe natury kataralnej również zdarzają się nierzadko, a szczególniej w płucu zdrowem. Spotykamy je przeważnie u dzieci, a nieraz i u dorosłych; zejście bywa często pomyślne, lecz przebieg bardzo uparty, podobny do przebiegu włosowatego zapalenia oskrzeli.

Gruźlica płuc bywa stosunkowo częstem powikłaniem, najczęściej po długoletniem trwaniu cierpienia, przy upadku ogólnego odżywiania; przebiega zazwyczaj pod postacią podostrawą, doprowadzając w kilka tygodni do zejścia śmiertelnego. W innych razach sprawa bywa bardziej przewlekła: zmianom gruźlicznym ulegają kiszki, krtań lub otrzewna. Sprawa płucna przebiega w dalszym ciągu pod postacią rozszerzeń oskrzeli; zejście zaś niepomyślne wywołuje gruźlica wzmiankowanych narządów.

Oprócz powyżej opisanych mogą jeszcze występować różnorodne inne powikłania, jako to przewlekłe zapalenie nerek, ostre zapalenie płuc i opłucnej, odma piersiowa i t. p. Wszystkie powyższe powikłania, podkopując stan ogólny chorych, przyczyniają się do przyspieszenia zejścia niepomyślnego.

Rozpoznanie. Rozpoznanie sprawy bronchiektatycznej w przypadkach typowych nie powinno przedstawiać większych trudności. Objawy fizykalne, wyżej szczegółowo skreślone, obok charakterystycznego przebiegu pozwolą chorobę ściśle rozpoznać. W przypadkach nietypowych (rozszerzenia małe i głęboko leżące), jak wyżej wspominaliśmy, rozpoznanie nie może być pewne, a obecność rozszerzenia oskrzela jedynie podejrzewać możemy. Rozpoznanie bardziej opierać będziemy na stanie ogólnym chorego, objawach subjektywnych, właściwościach plwociny i ogólnego przebiegu choroby, aniżeli na objawach fizykalnych. Rozszerzenia większego stopnia, dające wyraźne objawy fizykalne jam, możnaby wziąść za jamy gruźlicze (kawerny). W dawnych podręcznikach, a nawet w klasycznych monografjach, poświęconych rozszerzeniom oskrzeli, znajdujemy obszer-

www.dlibra.wum.edu.pl

ne rozdziały, traktujące w sposób wyczerpujący rozpoznanie różniczkowe obu tych spraw. Od chwili wykrycia lasecznika Koch'a rozpoznanie takie stało się łatwiejszem. Dziś obecność w plwocinie laseczników gruźliczych wyjaśnia sprawę doraźnie, stanowiąc niezbity dowód, że dana jama jest jamą gruźliczą, a nie rozszerzeniem oskrzeli. Umiejscowienie jam gruźliczych w szczytach płucnych, a rozszerzeń oskrzeli w płatach dolnych uważano dawniej za charakterystyczne; dziś, jak wiemy, pozornie najtypowsze rozszerzenia oskrzeli okazują się nieraz jamami gruźliczemi. W przypadkach, w których kilkakrotne nawet badanie drobnowidzowe plwociny nie wykazuje obecności laseczników, bynajmniej jeszcze na podstawie tego faktu nie mamy prawa uważać stwierdzonej jamy za rozszerzenie oskrzela. Wiemy bowiem dobrze, że nieraz stare jamy gruźlicze podgajające się lub częściowo już zbliźnione, mogą nie zawierać stale lub czasowo laseczników gruźliczych. Rozpoznanie więc rozszerzeń oskrzeli opierać się powinno na całym przebiegu klinicznym sprawy, na objawach, właściwościach i sposobie wydalania plwociny i t. p. Pamiętać przytem należy, że jamy gruźlicze, zabliźnione lub gojące się, wydzielają wogóle stosunkowo mało plwociny w porównaniu z rozszerzeniami oskrzeli; w historji choroby suchotnika mamy nadto charakterystyczne dane, świadczące o idącej powoli ku zabliźnieniu gruźlicy przewlekłej płuc. Gruźlica, przebiegająca od początku pod postacią t. zw. suchot włóknistych może również dawać objawy, przypominające swoim przebiegiem głęboko położone rozszerzenie oskrzela: u niektórych chorych w późniejszych okresach choroby kaszel występuje jedynie rano w połączeniu z wyrzucaniem nieraz dość obfitej śluzoworopnej plwociny, nie zawierającej laseczników gruźliczych; stan ogólny bywa zazwyczaj zupełnie dobry. Objawy fizykalne wykazują nam stłumienie u jednego ze szczytów płucnych, oddech w tem miejscu nieokreślony, a nieraz i rzężenia. Nigdy jednakże nie znajdujemy wyraźnych objawów jam; odpluwanie zaś podobne do tego, jakie bywa przy rozszerzeniu oskrzeli, zależy od kurczenia się włóknisto zwyrodniałej tkanki płucnej głęboko położonej jamy, prawdopodobnie jako pozostałości po większej jamie; wskutek kurczenia się włóknistej tkanki płucnej mogło się również wytworzyć głęboko położone niewielkie rozszerzenie oskrzela. Przebieg sprawy bywa zazwyczaj względnie pomyślny, a kończy się nieraz zupełnem zabliźnieniem, różni się więc od przebiegu i zejścia rozszerzenia oskrzeli we właściwem tego słowa znaczeniu. Może się również wydarzyć, niezbyt rzadko, że do istniejącego rzeczywistego rozszerzenia oskrzeli dołącza się gruźlica. Wówczas w plwocinie, chrakterystycznej dla rozszerzeń oskrzeli, zaczynają występować laseczniki. Objawy fizykalne jamy pozostają te same, co i poprzednio, występują tylko liczniejsze rzężenia t. zw. przelewania (*gargouillement*) chory zaczyna marnieć i gorączkować o typie właściwym dla podostrawej gruźlicy.

www.dlibra.wum.edu.pl

Rozszerzone oskrzela, głęboko położone, a wydzielające w danej chwili cuchnącą plwocinę, można nieraz łatwo wziąść za cuchnący katar oskrzeli (*bronchitis putrida*), którego szczegóły przebiegu skreśliliśmy wyżej Tutaj dodamy tylko, że rozpoznanie różniczkowe w tych razach może być nieraz bardzo trudne, a nawet zupełnie niemożliwe. W rozpoznaniu różniczkowem kierować się winniśmy szczegółami przebiegu i objawami choroby, pamiętając, że za rozszerzeniem oskrzeli przemawiają charakterystyczne napady wyrzucania znacznej naraz ilości plwociny, czego najczęściej nie widujemy w cuchnących postaciach zapalenia oskrzeli, wtedy bowiem chory odpluwa niemal cały dzień równomiernie. W rozszerzeniach oskrzeli cuchnienie występuje najczęściej, jak to wyżej wzmiankowaliśmy, w pewnych tylko okresach. Wreszcie ostatecznem kryterjum będzie wykrycie lub podejrzenie istnienia w pewnem miejscu klatki piersiowej rozszerzonego oskrzela. W braku tych ostatnich danych rozpoznanie różniczkowe obu chorób będzie możliwe jedynie po dłuższej obserwacji chorego, tembardziej że obie te sprawy przebiegają nieraz równolegle, przechodząc jedna w drugą (rozszerzone oskrzele w następstwie spraw zapalnych, wywołanych przez katar cuchnący). Wyjątkowo, jak to wyżej wspominaliśmy, rozpoznanie ułatwić może badanie promieniami Roentgena.

Ropień płuca może być również wzięty za rozszerzenie oskrzeli; przebiega on jednak ostro, wśród ciągłej gorączki, a masy wyrzucanej plwociny składają się z czystej ropy, zawierają włókna sprężyste; ropień wreszcie nietylko raptownem powstaniem lecz i dalszym przebiegiem różni się znacznie od rozszerzeń oskrzeli. To samo da się powiedzieć i o samodzielnej zgorzeli płuc, która jest cierpieniem ostro powstającem, zazwyczaj szybko szerzącem się na płuca i sprowadzającem szybki upadek stanu ogólnego. W plwocinie mocno cuchnącej, masowo wśród mocnego kaszlu wydalanej, znajdujemy pod drobnowidzem cząsteczki, całe fragmenty, uległe zgorzeli tkanki płucnej.

Przebity do płuc wysięk ropny opłucnej daje w pierwszych dniach objawy, mogące pozornie dać pohop do rozpoznania rozszerzonego oskrzela (masowe wydalania plwociny ropnej, często tylko perjodycznie w ciągu dnia występujące). Wywiady jednak, objawy ze strony opłucnej (stłumienie w dolnych częściach klatki piersiowej, zmniejszone jej drżenie i t. p.) i stopniowo zazwyczaj zmniejszająca się wydzielina pozwolą tę sprawę, jako taką, ściśle rozpoznać. To samo da się powiedzieć o ograniczonej odmie piersiowej z wysiękiem ropnym opłucnej (*pyopneumothorax*) pochodzenia gruźliczego, w której obok powyższych objawów znajdujemy jeszcze cechy ograniczonej odmy powietrznej (rzężenia metaliczne, objaw Hipokrates'a i t. p.)

Rokowanie przy rozszerzonych oskrzelach bywa zazwyczaj niepomyślne. Z wyjątkiem nieznacznych rozszerzeń u dzieci lub osobników względnie zdrowych, które goić się mogą wyjątkowo, lub też nie wywo-

www.dlibra.wum.edu.pl

łują poważniejszych zaburzeń, u większości chorych sprawa, aczkolwiek powoli, postępuje stale ku gorszemu; do smutnego rokowania przyczyniają się liczne, a często występujące powikłania; naturalnie, na rokowanie wpływa wiek, odporność chorego i warunki jego bytu, możliwość leczenia się i t. p.

Leczenie. Wskazania lekarskie w przypadkach rozszerzeń oskrzeli mają na celu: 1) ułatwianie wyrzucania zgromadzonej wydzieliny na zewnątrz, a tem samem usuwanie możliwości wchłaniania produktów jej rozpadu, powodujących chwilowe lub stałe zakażenie ropnicowe; 2) odkażanie cuchnącej plwociny na miejscu jej wytwarzania się, t. j. w rozszerzonych oskrzelach; 3) wzmacnianie sił i ogólnej odporności chorego. Wskazania te są zupełnie identyczne z temi, które wyprowadziliśmy dla leczenia przewlekłych, ropnych, jakoteż cuchnących katarów oskrzeli. Cały więc aparat środków, stosowanych do wewnątrz, za pomocą wziewań, zastrzykiwań miejscowych i t. p. daje się i tutaj w zupełności zastosować, a i ocena krytyczna ich działania i skuteczności jest ta sama. Chorym zalecamy więc przedewszystkiem leczenie powietrzno-klimatyczne, wzmacniamy ich organizm, urządzając odpowiednie warunki bytu, przewietrzania mieszkania, dobrego odżywiania i t. p. Wewnętrznie zalecamy przeważnie środki balsamiczne (terpina, ol. eukaliptusowy, balsam peruwjański, unikając, o ile możności środków kojących—narkotyków. W postaci wziewań gorących, lub zimnych (pulweryzacje) stosujemy środki balsamiczne, lub odkażające (szczegóły — patrz wyżej w rozdziale o leczeniu katarów oskrzeli), W celu podniesienia ogólnego odżywiania zalecamy jeszcze wewnętrznie arszenik, żelazo, chininę i t. p. Tutaj również skutecznie stosowana być może mechaniczna metoda leczenia, polegająca na odpowiedniem ułożeniu chorego, ułatwiającem spływanie wydzieliny, a więc na odpowiednim boku z głową nizko ułożoną, a tułowiem nieco wzniesionym. Niestety jednakże wszystkie powyższe środki i metody lecznicze są w stanie sprowadzić poprawę jedynie w początkowych okresach i przy zmianach niezbyt rozległych. Jednym z najdzielniejszych środków pozostanie leczenie powietrzem w szerokiem tego słowa znaczeniu, oraz higjena domowa (przewietrzanie staranne mieszkań, odzwyczajanie od obawy świeżego powietrza i t. p.). Wszystkie jednak te metody w przypadkach zmian dalej posuniętych, przy rozszerzeniach większych rozmiarów, zawodzą stale, a choroba posuwa się powoli naprzód z nieubłaganą konsekwencją. Takie przypadki, urągające największym wysiłkom lekarza, chorego i otoczenia, rodziły oddawna w umyśle lekarzy pytanie, czy na innej drodze, np. chirurgicznej, nie dałoby się, podobnie jak w niektórych głębokich cierpieniach płuc i opłucnej (ropnie, zgorzel ograniczona, wysięki ropne i t. p.) osiągnąć wyników lepszych, aniżeli przez leczenie wewnętrzne.

Przypadki w rodzaju Bambergera, wyżej opisane, zachęcały ku temu tembardziej, że nowoczesna chirurgja i w dziedzinie chorób płuc

www.dlibra.wum.edu.pl

zaczyna osiągać powoli niezwykle świetne tryumfy. To czysto chirurgiczne leczenie chorób płucnych, polegające na otworzeniu klatki piersiowej i na doszczętnem usunięciu części zmienionych zostało również zastosowane i do rozszerzonych oskrzeli. Chirurg krakowski Trzebicky [1]) już w 1892 roku w zebranej przez siebie statystyce, dotyczącej 148 przypadków pneumotomji, podaje 45 przypadków chirurgicznego leczenia rozszerzeń oskrzeli z niezbyt świetnemi jednak wynikami. Następne statystyki Fabryka nta i przypadki pojedyńcze innych chirurgów rozebrał szczegułowo krytycznie w pięknej swej pracy Kijewski w roku 1897 [2]), podając jednocześnie opis kilku przypadków ropni płucnych, leczonych chirurgicznie na klinice prof. Kosińskiego. Jest tu i opis przypadku rozszerzenia oskrzeli, operowanego przez Bukowskiego, a zakończonego niepomyślnie. Przypadek ten jest i mnie dokładnie znany. Wreszcie Hoffmann zestawił 23 przypadki, zebrane z literatury, w których stosowano leczenie chirurgiczne: 12 chorych zmarło, a w 11 przypadkach zanotowano wyleczenie, lub znaczną poprawę [3]). Dotychczasowe zatem wyniki operacji rozszerzeń oskrzeli nie są zbyt pomyślne; słusznie też chirurgowie zaznaczają, że cierpienie to daje stosunkowo najgorsze wyniki w porównaniu z innemi sprawami ropnemi w płucach, leczonemi chirurgicznie. Kijewski, rozbierając krytycznie tę sprawę, zupełnie słusznie twierdzi, że rozszerzenia oskrzeli nawet dość wielkich rozmiarów, jeżeli nie powodują zaburzeń groźnych, nie wymagają otwierania klatki piersiowej, tembardziej, że przy jamach rozstrzeniowych, jeżeli otworzymy jedno ognisko, to ułatwiamy tylko odpływ z tego jednego, a zupełnie nie leczymy innych miejsc rozszerzonych, w których odbywa się takież zatrzymanie wydzieliny. Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa przy rozszerzonych oskrzelach, jeżeli zawartość jamy dostatecznie się nie opróżnia przez oskrzela. Jeżeli występują objawy, świadczące o rozpadzie ścian rozszerzenia, jeżeli produkty rozpadu, zatrzymując się w jamie, zatruwają ustrój, prowadzą do jego wyniszczenia, a nawet śmierci. Tutaj chirug powinien usunąć to, co grozi życiu chorego, nie bacząc, że operacja może nie doprowadzić w tym razie do zupełnego wyleczenia. Wskazanie to, sformułowane w powyższy sposób przez Kijewskiego, jest, zdaniem mojem, najzupełniej słuszne, a ograniczenie wskazań do tych tylko przypadków niewątpliwie przy dzisiejszej technice chirurgicznej da daleko lepsze wyniki, niż te, o jakich

---

[1]) „O operacyjnem leczeniu chorób płuc i opłucnej". Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej. Kraków 1892 r.

[2]) „O pneumotomiach przy ropniach płuc". „Gazeta Lekarska".

[3]) Ostatnia statystyka Garre'go podana r. b. na zjeździe Lekarzy Niemieckich w Hamburgu podaje że z liczby 57 operowanych w tej chorobie zmarło 21 w ciągu pierwszego tygodnia po dokonanej operacji, u 36 nastąpiło względne wyleczenie lub poprawa.

www.dlibra.wum.edu.pl

mówią dotychczasowe statystyki, tembardziej, jeżeli będziemy mieli stale na oku nie uleczenie zupełne chorego, lecz ratowanie zagrożonego życia, osiągnięcie poprawy. W niektórych przypadkach ściśle ograniczonych rozszerzeń otrzymać możemy i zupełne wyleczenie, jak to podają niektórzy autorowie. Techniki operacyjnej i leczenia następczego nie możemy tutaj bliżej rozpatrywać, stanowią one bowiem przedmiot odnośnych działów chirurgji operacyjnej; w naszem piśmiennictwie szczegółowo zostały uwzględnione w wyżej wzmiankowanych pracach Trzebicky'ego Kijewskiego *) i Hermana (Przegląd Lekarski 1900).

Obok rozszerzeń oskrzeli nabytych, których szczegółowy opis powyżej został podany, zdarzają się jeszcze dwa inne rodzaje rozszerzeń, mające bardziej anatomopatologiczne, aniżeli kliniczne znacznie. Uważamy jednakże za właściwe dla całości obrazu podać na tem miejscu pokrótce ich charakterystykę.

1) Rozszerzenia oskrzeli atelektatyczne (*bronchiectais atelectatica*). Zmiany w tych sprawach, opisane przez Heller'a, polegają na tem, że albo pewne części miąższu płucnego zostają wstrzymane w rozwoju (agenezja), lub też dobrze rozwinięte pęcherzyki płucne pozostają po urodzeniu bezpowietrznemi, lub ulegają zapadnięciu wkrótce po urodzeniu, po krótkotrwałej czynności. Ten rodzaj rozszerzeń może mieć postać jam wielokomorowych; są one wysłane nabłonkiem płaskim, czasem nawet walcowatym. Przegrody włókniste międzykomorowe bywają czasem delikatne, czasem grubsze, nieraz mocno unaczynione. Niekiedy zwraca szczególną uwagę znaczne nieregularne bujanie chrząstek, znajdujących się w przegrodach, często otoczonych obfitą tkanką tłuszczową. Doprowadzające oskrzela mogą być drożne, lub też całkowicie zamknięte. Samo rozszerzenie jamy następuje wskutek nagromadzenia się śluzu. Tę kategorję rozszerzeń napotyka się najczęściej w dolnych zrazach płuc, jednakże znaleźć ją można nieraz i w górnych, a odpowiednie odcinki płuc, co rzuca się w oczy, bywają pozbawione barwnika i przedstawiają białożółtawe zabarwienie. Często również miejsca, uległe rozszerzeniu, wpuklają się w sąsiednią opłucną.

2) Rozszerzenia oskrzeli płodowe (*foetale Bronchiectasie congenitale Cystenbildung der Lunge*). Sprawę tę, napotykaną u płodów opisali po raz pierwszy Meyer i Gravitz. Polega ona na tem, że płuca, a głównie jedno z nich, jest napełnione torbielami o zawartości surowiczej. W przypadku Gravitz'a dolny zraz był przemieniony w worek z licznemi przegrodami, komunikujący z oskrzelem; ściany worka pokrywał nabłonek częściowo płaski, częściowo walcowaty. Przypadek

*) Bliższe szczegóły w tej kwestji podane są w Odczycie klinicznym Nr. XIX. Sokołowski i Kijewski „O wskazówkach do zabiegów chirurgicznych w cierpieniach płucnych" 1911.

www.dlibra.wum.edu.pl

Meyer'a przedstawiał podobne zmiany u 5-miesięcznego płodu. W innym wreszcie przypadku Gravitz'a znajdowało się wiele torbieli na oskrzelach 3 i 4-to rzędnych; postać tę nazywa Gravitz teleektatyczną. W niej bowiem dotknięte są jedynie małe oskrzela; płuco zaś samo nie było wiele zmienione. Kaufmann opisał dalsze dwa przypadki. W jednym z nich całe lewe płuco było zmienione na rodzaj masy gąbczastej. W drugim przypadku jedno płuco było małe, drugie duże, zmienione na rodzaj worka, który na przecięciu składał się z jam gładkich szerokich i znacznie rozgałęzionych, zajmujących cały miąższ płucny i komunikujących się swobodnie z głównem oskrzelem. Powstawanie tych spraw wyjaśniają sobie autorowie z jednej strony niedostatecznym rozwojem płuca (agenezja), w innych razach nadmiernem rozszerzeniem obrzękowem oskrzeli kosztem samej tkanki płucnej. Inni wreszcie autorowie, jako Balçer i Grandhomme, przypuszczają, że podobne zmiany znajdują swe źródła w dziedzicznym przymiocie. Wreszcie w ostatnich czasach opisał Neisser [1]) dwa przypadki spostrzeganych przez siebie za życia wrodzonych rozszerzeń oskrzeli u dwóch osobników—43-letniego i 18-letniego, u których od urodzenia istniał brak tchu i kaszel z obfitą wydzieliną; w dolnych ustępach płuc wykryto objawy rozszerzenia, otoczonego stwardniałą tkanką płucną, przyczem jednak zapadnięcie klatki piersiowej było bardzo nieznaczne. Serce w obu przypadkach było znacznie przesunięte; istniała stale duszność i pewien stopień sinicy. Czy jednak przypadki te w myśl autora należy odnieść do spraw wrodzonych, co autor opiera głównie na anamnezie i braku odpowiedniego zapadnięcia klatki piersiowej—trudno jest orzec stanowczo. Dopiero przypadki tej kategorji, potwierdzone badaniem pośmiertnem, mogą tę sprawę wyjaśnić ostatecznie i pozwolić na rozpoznawanie za życia podobnie ciekawych wad niedorozwojowych płuc

---

[1]) Ueber einseitige Lungenatrophie und über angeborene Bronchiektasie. Zeit. f. Klin. Mediz. T 42. 1901 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

ZWĘŻENIA, RANY, PRZEDZIURAWIENIA I UCHYŁKI TCHAWICY I OSKRZELI.

WYKŁAD XV.

TREŚĆ. Etjologja sprawy. Różnorodne zaburzenia w klatce piersiowej, wywołujące zwężenia (sprawy gardłowokrtaniowe, tętniaki aorty, nowotwory śródpiersia syfilis, twardziel, nowotwory i t. p.). Objawy zwężeń tchawicznooskrzelowych. Rozpoznanie różniczkowe. Leczenie. Obrażenia, rany, pęknięcia przebicia tchawicy i oskrzeli. Symptomatologja tych spraw. Uchyłki tchawicznooskrzelowe (*diverticula*)

Zwężenia tchawicy i oskrzeli (*Tracheobronchostenosis*).

Zwężenia oskrzeli, podobnie jak i rozszerzenia, nie stanowią samodzielnego cierpienia, lecz są następstwem wielce różnorodnych spraw patologicznych, mających swoje siedlisko przeważnie w jamie klatki piersiowej. Zwężenia te w ogromnej większości przypadków nie ograniczają się do samych oskrzeli, lecz jednocześnie bierze w nich udział i tchawica. Podobnie więc jak w innych sprawach oskrzelowych, tak i tutaj, zmiany rozpatrzymy jednocześnie, wyodrębniając tylko niektóre specjalne właściwości kliniczne, dotyczące zwężeń ograniczonych samej tchawicy, lub też samych tylko oskrzeli. Aczkolwiek zwężenia tchawicznooskrzelowe, o czem dopiero co wspomniałem, stanowią cierpienia wtórne, i do tego zależne od najróżnorodniejszych spraw patologicznych, to jednak dają one pewien ściśle określony szereg objawów, których znajomość ułatwić nieraz może rozpoznanie przyczyny podstawowej cierpienia. Chociaż opis szczegółowy zwężeń tchawicznooskrzelowych należy właściwie do wykładów djagno-

www.dlibra.wum.edu.pl

tyki lekarskiej, jednak z powyższych powodów słusznie pomieszczany bywa w wykładach patologji szczegółowej[1]). Ze względu zaś, że w mowie będące cierpienie stanowi zawsze sprawę następczą, należy przedewszystkiem rozpatrzeć je z punktu widzenia etjologicznego.

Zwężenia tchawicznooskrzelowe występują w sposób ostry i przewlekły. Ostre zwężenie bywa najczęściej następstwem błonicy gardłowokrtaniowej zstępującej, dającej znane powszechnie objawy krupu dyfterytycznego tchawicy i oskrzeli, o czem wspominaliśmy szczegółowo w rozdziale „Zapalenie włóknikowe oskrzeli". Przyczyną ostrego zwężenia tchawicy i oskrzeli mogą być również ciała obce, które dostały się przez szczelinę głośniową do tchawicy anastępnie uwięzgły w oskrzelu. Sprawę tę również wyżej omówiliśmy. Z innych przyczyn wspomnieć należy o ostrym katarze tchawicznooskrzelowym, który nieraz u dzieci wywołuje, choć niezbyt wybitne, objawy zwężenia.

W ogromnej większości przypadków zwężenia tchawicznooskrzelowe występują w sposób przewlekły jako: 1) zwężenia, powstałe przez ucisk, pochodzący z zewnątrz, i 2) przez ucisk, powstały wewnątrz samej ściany tchawicy i oskrzeli.

Do pierwszej kategorji zwężeń zaliczamy przedewszystkiem zwężenia samej tchawicy, wskutek ucisku przerośniętego gruczołu tarczowego. Rozmaite rodzaje tego przerostu, zwanego pospolicie wolem, są jedną z najczęstszych przyczyn, wywołujących zwężenie tchawicy, nieraz znacznego stopnia, doprowadzające do zaniku chrząstek. Obok ucisku odgrywają tu rolę i zrosty powiększonego gruczołu z tkanką łączną okołotchawiczną (Ewald).

Tkanka zrostów, kurcząc się, wpływa bardzo wybitnie na wytworzenie się różnego stopnia i rodzaju zwężeń. Z punktu widzenia klinicznego na szczególną uwagę zasługuje również zwężenie tchawicy, wywołane przez przerost podmostkowy gruczołu tarczowego (*struma substernale*); ucisk bowiem na tchawicę i oskrzela może być bardzo znaczny, podczas gdy objawy rozrostu gruczołu na szyji są mało widoczne. Ucisk tchawicy może być również spowodowany przez sprawę nowotworową gruczołu tarczowego, przez ropnie, mające swe źródło w zapaleniu kręgów szyjnych i tkanki otaczającej; następnie przez nowotwory górnego odcinka przełyku i t. p. Wszystkie powyższe sprawy wywołują przedewszystkiem zwęże-

---

[1]) W moim wykładzie „Djagnostyki różniczkowej górnego odcinka dróg oddechowych", pomieszczonej w „Djagnostyce" Biegańskiego, poświęciłem zwężeniom tchawicy osobny rozdział (str. 106). W piśmiennictwie naszem istnieje jeszcze piękna praca prof. Pieniążka pod tytułem: „Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych". Kraków 1893; oraz wyżej już wspomniana monografja Erbricha p. t. „Zwężenia tchawicy i oskrzeli" Warszawa 1918.

www.dlibra.wum.edu.pl

nie samej tchawicy mniejszego lub większego stopnia. Sprawy patologiczne, umiejscowione w śródpiersiu przedniem i tylnem, są jedną z najczęstszych przyczyn zwężeń już nietylko tchawicy, ale jednocześnie jednego lub obu oskrzeli. Do spraw tej kategorji przedewszystkiem zaliczyć należy różne rodzaje rozszerzeń aorty, a przeważnie tylnej i dolnej części jej łuku, uciskowi ulega wtedy zazwyczaj lewa strona tchawicy i lewe główne oskrzele. Tchawicę również uciskać może ściana górna rozszerzonego łuku aorty, jako też i wtórnie tworzące się worki wielkich rozszerzeń łuku. Wielkie rozszerzenia, zajmujące aortę, jakoteż i jej część zstępującą, mogą uciskać nawet jednocześnie obadwa główne oskrzela. Tętniak, rozwijający się na tylnej ścianie łuku, uciska zazwyczaj tylko tchawicę; następnie, rozszerzając się na część wklęsłą łuku, uciska jednocześnie oskrzela i nerw krtaniowy dolny. Jeżeli zaś tenże tętniak umieszcza się jedynie na okrągłej części łuku, to uciska tylko oskrzela i nerw zwrotny. Tętniaki zaś, rozwijające się poniżej odejścia nerwu zwrotnego, mogą uciskać wyłącznie oskrzela. Nowotwory śródpiersia, a przedewszystkiem chłoniakomięsak (*lymphosarcoma*), rozrastając się, wywołują nieraz zwężenia tchawicy i jednego lub obydwóch oskrzeli głównych w wysokim stopniu[1]). To samo spowodować mogą rozrośnięte gruczoły okołooskrzelowe, dające obraz cierpienia, zwanego przez autorów francuskich *„adenopathia tracheobronchialis"*, lub gruczoły w okresie zabliźniania się z następczym rozrostem tkanki łącznej otaczającej. Zwężenie wywołać mogą ropne zapalenia śródpiersia—wtórne lub pierwotne ropnie kręgów szyjnych, nowotwory przełyku, a nawet wielkie wysięki opłucnej; wywierając ucisk na śródpiersie, dają one powód do zwężenia tchawicy przez jej zgięcie, co nieraz prowadzi do nagłego zejścia śmiertelnego (Gerchard). Do rzadkich przyczyn, powodujących zwężenie tchawicy i lewego oskrzela, zaliczyć można ucisk na ten organ nadmiernie powiększonego lewego przedsionka serca w wadach lewego otworu żylnego, oraz znacznie powiększonej komory prawej w wadach tegoż otworu (King, Friedreich i inni).

Do drugiej grupy zwężeń tchawicy i oskrzeli zaliczamy sprawy patologiczne, powstałe w samych ścianach tych narządów. W wyjątkowo rzadkich przypadkach zapalenie przewlekłe tchawicy z wytwarzaniem się strupów (*ozaena trachealis*) może wywoływać objawy zwężenia przewlekłego. Zwężenie to jednakże jest zależne nie tyle od samego kataru, ile raczej od strupów, powstających w tchawicy i oskrzelu i zwężających od czasu do czasu ich światło. Natomiast stałe zwężenie wywołują sprawy wrzodziejące i przerostowe tchawicy i oskrzeli, do których w pierwszej linji zaliczamy syfilis, a następnie twardziel. W rozdziałach o syfilisie i twardzieli

[1]) Ciekawe spostrzeżenia, odnoszące się do tej kwestji, ogłosiłem w pracy: „Przyczynek do dyagnostyki nowotworów śródpiersiowych". Gazeta Lekarska" 1893 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

oskrzeli scharakteryzowaliśmy szczegółowo te sprawy z punktu widzenia anatomopatologicznego i klinicznego, tutaj dodamy, że dwie te choroby stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zwężeń tchawicy i oskrzeli. Stosunkowo bardzo rzadko zwężenie tchawicy, i to niezbyt wysokiego stopnia, mogą wywołać duże owrzodzenia gruźlicze, umiejscowione szczególniej w dolnych częściach tchawicy, zkąd przechodzą na jedno lub na drugie z głównych oskrzeli. Również dość rzadką przyczyną zwężeń bywają nowotwory tchawicy, bądź łagodne (*fibroma*, *papilloma*), bądź złośliwe (mięsaki, raki). Nowotwory tchawicy tej ostatniej kategorji zdarzają się stosunkowo rzadko; najczęściej bywają one wtórne, przechodzące na tchawicę z sąsiednich narządów (gruczołu tarczowego, gardła i przełyku). O raku pierwotnym oskrzela, powodującym nieraz klasyczne zwężenia, mówiliśmy szczegółowo w jednym z poprzednich rozdziałów. Zwężać tchawicę mogą (nawet stosunkowo bardzo często) granulacje wrastające, w nią z rany tracheotomijnej, nieraz pierścieniowato, w takiej obfitości, że uniemożliwiają założenie rurki. Pozostawiona długo rurka tracheotomijna może wywołać zwężenie tchawicy przez wywołanie przewlekłego zapalenia jej ochrzęstnej, zaniku częściowego tkanki chrzęstnej, i ztąd stałego zapadania przedniej ściany tchawicy. Powoduje to stałe zwężenie i inne jeszcze zmiany, utrudniające wyjęcie rurki, które szczegółowo opisują w podręcznikach chirurgji operacyjnej. Wreszcie muszę tutaj wspomnieć, że znane są przypadki, (L a n d g r a f, H e y m a n n i inni), w których zwężenie tchawicy, jako objaw nerwowy, występowało u osobników histerycznych, przypominając sprawy skurczowe przełyku, porażenia chwilowe histeryczne mięśni zwężaczy krtani i. t. p.

O b j a w y. Należy odróżniać trzy kategorje przypadków: w jednych mamy do czynienia ze zwężeniami, ograniczonemi do samej tchawicy; w innych —ze zwężeniami jednego z oskrzeli; wreszcie w największej liczbie przypadków—ze zwężeniami tchawicy i oskrzeli. Naturalnie, mamy i pośrednie postaci, w których zwężenie ogranicza się do samej tylko tchawicy, a następnie przechodzi i na oskrzele (sprawy przymiotowe, twardzielowe, nowotwory złośliwe), lub też odwrotnie, z początku mamy do czynienia ze zwężeniami tylko oskrzela, a następnie i tchawicy (tętniaki zwiększające się). Wszystkie rodzaje zwężeń dają stale jeden objaw podstawowy, t. j. d u s z n o ś ć, o typie przeważnie wdechowym w różnorodnym stopniu, poczynając od uczucia nieco utrudnionego oddechu, aż do objawów zaduszania. W większości przypadków mamy do czynienia z dusznością, właściwą obu typom. Najczęściej w okresach początkowych duszność bywa o typie wdechewym, w późniejszych nieraz przeważa typ wydechowy, lub też obie fazy biorą w niej udział, tembardziej, że w tych samych okresach obok zwężenia oskrzela wywołanego podstawową sprawą uciskową, mamy jeszcze do czynienia z wtórnemi zmianami w oskrzelach

www.dlibra.wum.edu.pl

i płucach (katar oskrzeli i zatkanie). Dokładne badania stetograficzne Riegel'a i Rauchfuss'a bliżej tę kwestję wyjaśniają. W nieznacznym stopniu zwężenia tchawicznooskrzelowego występuje duszność jedynie przy nadmiernym ruchu, w większym stopniu istnieje stale duszność, wywołująca charakterystyczny szmer zwężenia, słyszalny zdaleka; wreszcie w wysokim stopniu, obok powyższego objawu, występuje zapadanie się klatki piersiowej w czasie wdechu: obustronne w zwężeniach samej tchawicy, tchawicy i oskrzeli lub obu oskrzeli naraz, a jednostronne w zwężeniach tylko jednego z oskrzeli. Szmer zwężenia (stenotyczny), stanowiący jeden z najwięcej charakterystycznych objawów, w nieznacznych stopniach, jakoteż w poczynających się okresach zwężenia, występuje tylko czasowo, głównie przy wysiłku fizycznym chorego; słyszalny bywa dopiero podczas bliższego badania (wysłuchiwania). Z postępem cierpienia, szmer ten nabiera coraz większego natężenia, staje się słyszalnym nieraz w pewnej dość znacznej odległości od chorego; ma on charakter szmeru świszczącego, o wysokim tonie, występuje głównie podczas wdechu. W przypadku bardzo znacznego zwężenia słychać go również i podczas wydechu. W zwężeniach, ograniczonych do samej tylko tchawicy, szmer bywa najwyraźniejszy w okolicy tchawicy i na mostku; w kierunku zaś od tych okolic ku obwodowi słabnie w natężeniu. Z tyłu klatki piersiowej słyszalny bywa wyraźniej w obu okolicach międzyłopatkowych, słabnie zaś lub niknie zupełnie przy wysłuchiwaniu dolnych płatów płuc. W zwężeniach, zajmujących tchawicę i jedno z oskrzeli, szmer zwężenia nabiera największego natężenia w jednej z okolic międzyłopatkowych, natomiast oddech pęcherzykowy i głos słychać słabo, szczególniej w dolnych płatach tegoż płuca. Przeciwnie, w drugiem płucu szmer zwężenia tchawicy, wyraźny na mostku, jest mniej wyraźny w okolicy międzyłopatkowej odpowiedniej strony, natomiast oddech pęcherzykowy bywa mocno zaostrzony w całej części dolnej płuca, odpowiadającego niezwężonemu oskrzelu. W zwężeniu oskrzela samego mamy mniej więcej te same objawy z tą tylko różnicą, że szmer zwężenia słychać wyraźnie jedynie w okolicy międzyłopatkowej. Co się tyczy bliższej charakterystyki stenotycznego szmeru, zależnego od zwężenia jednego z głównych oskrzeli, to jak to miałem możność często spostrzegać, przeważnie w różnych postaciach i okresach tętniaków aorty, szmer ten w okresach początkowych, przy nieznacznem zwężeniu, słyszalny w okolicy między łopatką a kręgosłupem, ma charakter chuchającego wdechu, jakby z głębi pochodzącego. Wydech bywa w tem miejscu wydłużony. Poniżej słyszymy zazwyczaj oddech pęcherzykowy normalny. Przy zwiększającym się ucisku szmer wdechowy w tem samem miejscu staje się bardziej ostrym, wyraźnie przypomina szmer stenotyczny tchawicy. Wydech staje się bardziej wzmożonym, a nawet nieraz przypomina wdech. W tym okresie daje się zauważyć w dolnych

www.dlibra.wum.edu.pl

płatach płuca, poniżej miejsca zwężonego, znaczne osłabienie głosu i drżenia klatki piersiowej, podobnie jak przy raptownem zatkaniu oskrzela ciałem obcem. Jeżeli uciskowi ulega nie główne oskrzele, lecz mniejsza jego gałązka, w większości przypadków słyszymy oddech normalny, a jedynie w wyjątkowych razach na pewnem ograniczonem miejscu z tyłu, poniżej łopatki, wysłuchiwać się daje szmer zwężenia o typie najczęściej wdechowym. W razie ucisku obu głównych oskrzeli, co bywa stosunkowo rzadko (nowotwory śródpiersia, powiększone gruczoły okołooskrzelowe), występują objawy zwężenia, przypominające ucisk na tchawicę; szmer stenotyczny, przeważnie wdechowy, bywa głośny, nieraz zdaleka słyszalny; przy wysłuchiwaniu występuje mniej wyraźnie zprzodu, czem się różni od szmeru stenotycznego, zależnego od ucisku tchawicy.

Co się tyczy wyników opukiwania, to w pierwszych okresach zwężeń tchawicznooskrzelowych nie wykrywamy żadnych wyraźnych zmian. W późniejszych okresach zwężeń, szczególniej długotrwałych, odgłos opukowy posiada pewien odcień bębenkowy poniżej zwężenia, a nieraz w tych samych miejscach i w drugiem płucu. Zmiana ta w odgłosie jest zależna od rozwijającej się wtórnie rozedmy płucnej. Mniej lub więcej rozległe stłumienia odgłosu opukowego, w dolnych odcinkach płuc szczególniej spostrzegane przy nowotworach, zależne są od spraw, rozwijających się wtórnie w sąsiednim miąższu płucnym lub opłucnej. Ze strony narządów krążenia przy dłużej trwającej sprawie występują wyraźne objawy: przedewszystkiem działalność serca bywa wielce przyspieszona, tętno staje się szybkiem, co stanowi wyraźną sprzeczność ze zwolnionym oddechem; typ bowiem oddychania przy dłużej trwających zwężeniach ulega pewnej stałej zmianie: ruchy oddechowe stają się rzadkie, głębokie, liczba ich w niektórych przypadkach znacznie się zmniejsza (6—8 podług Traube'go). Obok tętna przyspieszonego, które jest stałym objawem, pojawia się nieraz puls paradoksalny (Rauchfuss). W późniejszych okresach sprawy występują coraz wyraźniejsze objawy ze strony serca, t. j. obok stałej duszności, zjawiają się napady pseudoastmatyczne, będące tylko wyrazem stale wzmagającej się niedomogi serca, co nawet i doświadczalnie wykazał Grossmann.

Z objawów przedmiotowych, już wiele mniejszej doniosłości, wspomnieć musimy o t. zw. objawie Gerhardt'a, polegającym na tem, że przy zwężeniach, ograniczonych do samej tylko tchawicy lub oskrzeli, krtań z powodu istniejącej duszności wykonywa bardzo nieznaczne ruchy; przeciwnie, przy jednoczesnem zajęciu krtani występują mocne i wyraźne ruchy całej okolicy krtaniowej. Objaw ten jednakże nie jest zjawiskiem stałem. To samo da się powiedzieć i o pozycji chorych, która, według tego samego autora, bywa charakterystyczna i polegać ma na tem, że chory stara się głowę nachylić ku przodowi, podczas gdy przy zwężeniach krtani

www.dlibra.wum.edu.pl

stara się, przeciwnie, głowę odchylać na bok lub ku tyłowi. Co się tyczy zwężeń oskrzelowych lub tchawicznooskrzelowych, to w większości przypadków, chorzy, jak to wiem z własnego doświadczenia, najchętniej przyjmują pozycję siedzącą. W niektórych przypadkach widywałem chorych stale siedzących, z głową opuszczoną ku dołowi, w tej bowiem pozycji, jak utrzymywali, jeszcze najlepiej się czuli. Głos chorych przy zwężeniach tchawicznooskrzelowych długo nie ulega zmianom. W późniejszych okresach bywa zwykle słaby. W niektórych przypadkach od początku występuje chrypka, mianowicie u tych chorych, u których obok ucisku na oskrzela, występuje ucisk na lewy nerw zwrotny z następczem porażeniem lewej połowy mięśni krtani; stale niemal widujemy podobne porażenia przy tętniakach łuku aorty, lub powiększonych gruczołach okołooskrzelowych, uciskających ten nerw. Porażenie to oprócz chrypy wywołuje jeszcze przez zwężenie krtani wzmożenie już istniejącej duszności. Co się tyczy kaszlu, to zazwyczaj bywa on nieznaczny. W pierwszych okresach choroby bywa krótki, suchy, występuje pod postacią mocniejszych napadów kaszlowych, wielce chorego męczący. W późniejszych okresach napadom tym towarzyszy również wyrzucanie mniej lub więcej obfitej plwociny śluzoworopnej, pienistej, nieraz krwawo zabarwionej, zależnej od różnych spraw chorobowych, rozwijających się wtórnie w oskrzelach i płucach (katary zastoinowe oskrzeli, zapalenie ogniskowe, obrzęk przewlekły płuc i t. p.). Stan ogólny chorych przy stopniowo rozwijających się zwężeniach zazwyczaj ulega powolnemu upadkowi. Chorzy uskarżają się na stałe uczucie duszności, gniecenie w piersiach, nieraz bóle, a do tych objawów dołącza się uczucie stałego niepokoju i bezsenność, zależna od duszności, a również i od napadów zaduszania, występujących przeważnie w nocy, w pozycji leżącej chorego. Jednocześnie odżywianie zaczyna podupadać. Obfitsze bowiem napełnienie żołądka wzmaga duszność, ztąd też chorzy starają się jeść jak najmniej. Wreszcie występuje zazwyczaj powoli sinica, objawy niedomogi serca, obrzęki, wszystko to razem wzięte, doprowadza chorych do stanu charłaczego, co tembardziej i prędzej przychodzi jeżeli zwężenie jest pochodzenia nowotworowego.

Przebieg sprawy bywa rozmaity, zależy bowiem w pierwszej linji od sprawy podstawowej, wywołujacej zwężenie, od jej stopnia, od możliwości usunięcia zwężenia, od stanu ogólnego chorych i innych jeszcze przyczyn, różnych w każdym poszczególnym przypadku. W większości przypadków, w których mamy do czynienia ze zwężeniami tchawiczno-oskrzelowemi, stale się zwiększającemi (tętniaki, nowotwory), lub też ze stale postępującą sprawą rozrostową wewnątrz oskrzeli i tchawicy (przymiot, twardziel), przebieg sprawy przedstawia pewne dość typowe okresy, na które zwrócił uwagę po raz pierwszy Gerhardt, opisując przymiot oskrzeli. Autor ten z punktu widzenia klinicznego rozróżnia trzy okresy:

www.dlibra.wum.edu.pl

pierwszy, nazwany przezeń okresem podrażnienia, charakteryzuje się jedynie długotrwałym, suchym i męczącym kaszlem, który w początkach choroby może być wzięty za objaw zwykłego kataru suchego tchawicy i oskrzeli. Drugi okres, nazywany okresem stałego zwężenia, daje już w większości przypadków charakterystyczny szmer stenotyczny i inne objawy subjektywne i objektywne w narządach oddechowych i układzie krążenia. Wreszcie w okresie trzecim, nazwanym okresem duszenia się, obok powyższych objawów występują, szczególniej wieczorami, napady zaduszania się, pseudoastmatyczne, warunkowane niedomogą serca; charłactwo wzrasta stopniowo. Okresy te właściwe przymiotowi tchawicy i oskrzeli, dają się spostrzegać bardzo często w tym samym porządku i w zwężeniach oskrzeli innego pochodzenia; przedewszystkiem zaś w tętniakach aorty i nowotworach śródpiersia. Ztąd też przebieg, nieraz typowych zwężeń oskrzeli, zależnych od różnych przyczyn, a dających podobne obrazy kliniczne, zniewolił autorów do skreślania osobnego działu zwężeń oskrzelowych.

Zejście. Z wyjątkiem przypadków, w których przyczyna zwężenia tchawicznooskrzelowego może być usunięta chirugicznie, lub też ustępuje samodzielnie (ciało obce w oskrzelu, nowotwór tchawicy, wole), w większości przypadków po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu sprawa kończy się niepomyślnie. Niepomyślne rokowanie dotyczy, o czem już wyżej była mowa, nawet przymiotu tchawicy i oskrzeli; w większości bowiem przypadków leczenie swoiste niewielką, lub też żadnej nie przynosi korzyści. Co się tyczy samego sposobu zejścia niepomyślnego, to występuje ono przeważnie jak to wyżej powiedzieliśmy, wskutek stale wzmagającej się niedomogi serca, sprowadzającej w następstwie obrzęki, sinicę; obrzęk płuc kończy wreszcie długotrwałą, a fatalną chorobę. W innych przypadkach śmierć następuje wskutek krwotoku (przy pękających tętniakach aorty), wskutek przebicia się nowotworu do płuc i następczej zgorzeli, wreszcie wskutek jakiegokolwiek powikłania, występującego równie często przy zwężeniach, jak i przy rozszerzeniach okrzeli, a więc zapalenia płuc krupowego, zapalenia ropnego opłucnej i t. p. Do bardziej rzadkich przyczyn nagłej śmierci zaliczamy zagięcie się tchawicy przy zwężeniach, wywołanych znacznemi lewostronnemi wysiękami; złamanie się chrząstki tchawicznej, wskutek powolnego rozmiękczania, wywołanego stałym uciskiem (Rose), wreszcie raptowne zatkanie się zwężonych okrzeli przez czopy zaschniętego śluzu, co spotykałem w kilku przypadkach zwężeń przymiotowych i twardzielowych.

Rozpoznanie różniczkowe. W zwężeniach tchawicznooskrzelowych przedewszystkiem winniśmy rozstrzygnąć pytanie, czy mamy do czynienia ze zwężeniem ograniczonem jedynie do samej tchawicy, do samego oskrzela, lub też czy sprawa zajmuje obadwa powyższe narządy. Zwężenie samej tchawicy można rozpoznać nietylko na podstawie objawów, wyżej szczegółowo opisanych (szmer charakterystyczny i odpowiednio

www.dlibra.wum.edu.pl

umiejscowiony, objaw Gerhardta i t. p.): w ogromnej większości przypadków posiadamy w wzierniku krtaniowym i tracheoskopie metodę, za pomocą której nie tylko obecność zwężeń, lecz i ich rodzaj ściśle określić jesteśmy w stanie. Badanie takie pozwala nadto odróżnić zwężenie tchawicy od spraw krtaniowych, wywołujących zwężenia (np. porażenie mięśni nalewkowoobrączkowych tylnych). Za pomocą lusterka nietylko rozpoznajemy doraźnie obecność w tchawicy nowotworów, ciał obcych, spraw rozrostowych, warunkowanych przymiotem, lub twardzielą i t. p., lecz nieraz, wprawdzie stosunkowo rzadko, wykrywamy i zwężenie jednego z oskrzeli głównych. Naturalnie w wyższym jeszcze stopniu ułatwia wykrycie zwężenia oskrzeli bronchoskopja metodą Kiliana, za pomocą której możemy wykryć nawet głęboko znajdującą się w oskrzelu przyczynę zwężenia (nowotwór, ciała obce). Bezpośrednie badanie tchawicy, wykazując zwężenie, może nam nawet z postaci tego zwężenia dawać pewne wzkazówki o przyczynie ucisku tego narządu. Prof. Pieniążek, który specjalnie badaniu temu poświęcał uwagę, w wyżej cytowanej pracy opisuje niektóre typowe postaci takich zwężeń. A więc: 1) wpuklenie jednej ściany tchawicy na pewnym obszarze w stronę jej światła, w postaci guza okrągławego, napotyka się przy tworach okrągławych, ugniatających z jednej strony tchawicę, np. tętniak aorty, uchyłek gardła (*diverticulum*), rak gardła i t. p.; 2) podobne wpuklenie, lecz na znaczniejszej przestrzeni, spotyka się przy guzach wydłużonych, uciskających podatną część tchawicy (rak gardła, wole), zwłaszcza z boku i z tyłu; 3) zagięcia łukowate, lub kątowate (wole, nowotwory szyi); 4) zgniecenie tchawicy z dwóch stron przeciwnych tak, że ta przybiera postać płaskiej pochwy (sprawy, uciskające z dwóch stron tchawicę, a mianowicie wole); 5) zwężenie pierścieniowate i t. p. Postaci te również szczegółowo opisuje i odpowiedniemi rysunkami ilustruje Schrötter w swoim znanym podręczniku chorób tchawicy. Tenże autor opisuje również przypadki, w których badanie za pomocą lusterka krtaniowego wykrywało w jednem z oskrzeli pulsujący wyraźnie guz; dzięki czemu rozpoznawano tętniak aorty we wczesnym jego okresie. Po wykryciu zwężenia za pomocą wziernika krtaniowego możemy jeszcze za pomocą sondowania określić jego stopień oraz głębokość. W wyjątkowych przypadkach możemy w ten sposób określić i stopień zwężenia oskrzela głównego. Po rozpoznaniu za pomocą wziernika, lub też na podstawie ogólnych i szczegółowych objawów zwężenia tchawicy, staramy się określić bliższą jego przyczynę. W tym celu posługujemy się różnemi sposobami badania klinicznego szyi, gardła, jakoteż przełyku. Rozbiór krytyczny wyników takiego badania, jak również uwzględnienie wywiadów, z łatwością pozwolą nam wpaść na właściwą przyczynę zwężenia tchawicy.

Zwężenie oskrzela samego, lub w połączeniu ze zwężeniem tchawicy, rozpoznajemy na podstawie objawów fizykalnych ze strony klatki pier-

www.dlibra.wum.edu.pl

siowej (odpowiednio umiejscowiony szmer stenotyczny, osłabienie oddechu w odpowiedniej części, brak objawu Gerhardt'a i t. p.). Wykazanie bliższej przyczyny zwężenia oskrzela, nastręczające nieraz wielkie trudności, można osiągnąć również na podstawie bardzo szczegółowego badania klinicznego narządów klatki piersiowej, z względnieniem szczegółowem wywiadów. W rentgenoskopji zyskaliśmy w ostatnich czasach znakomity sposób badania klinicznego, pozwalający nieraz w bardzo wczesnych okresach ściśle rozpoznawać zwężenie oskrzela. Ciała obce, szczególniej metalowe, jak już w jednym z poprzednich rozdziałów wspominaliśmy, dadzą się za pomocą tej metody nietylko rozpoznać, lecz również dokładnie umiejscowić. To samo da się powiedzieć i o tętniakach aorty. Tętniaki nawet niewielkie, nie dające niemal jeszcze żadnych pewnych objawów rozpoznawczych, mogą być rozpoznawane ściśle i we wczesnych okresach choroby, jak o tem mogłem przekonać się w wielu przypadkach, zawdzięczając naszej pracowni rentgenowskiej szpitalnej. W ten również sposób możemy powiązać nieraz kliniczne dość trudne zadanie odróżnienia nowotworu śródpiersia, wywołującego zwężenia oskrzela, od tętniaka aorty. Widziałem również przy rentgenoskopji wyraźnie zarysowujący się zbiór gruczołów okołooskrzelowych, uciskających oskrzela, lub też oskrzela i nerwy zwrotne i t. p. Wogóle metoda ta nietylko że w wielu razach potwierdza nasze rozpoznanie, oparte na badaniu klinicznem, lecz nieraz wyjaśnić może w zupełności przyczynę zwężenia.

Zmiany anatomopatologiczne, napotykane przy badaniu pośmiertnem u osobników, dotkniętych zwężeniem tchawicznooskrzelowem, są zależne od przyczyny zwężenia. Ze zmian, napotykanych niezależnie od spraw podstawowych, widujemy rozszerzenia tchawicy i oskrzela powyżej i poniżej miejsc zwężonych, w płucach rozedmę, rozszerzenie mniejsze lub większe prawej komory serca, objawy zastoinowe i obrzęk w płucach i innych narządach, obok zmian wtórnych, o których wyżej wspominaliśmy.

Leczenie ogólne zwężeń tchawicznooskrzelowych, jest możliwe jedynie w tych razach, gdy podejrzewamy naturę przymiotową tej sprawy; lecz nawet i wtedy, jak to już wyżej wzmiankowaliśmy, rzadko bywa uwieńczone pomyślnym skutkiem; zwężenie bowiem bywa najczęściej następstwem blizn i rozrostu tkanki łącznej. Leczenie ogólne zwężeń, powstałych wskutek nowotworów lub tętniaków aorty, również nie daje dobrych wyników, jedynie stosowanie środków wzmacniających i leczenia objawowego ma rację bytu. Natomiast, zwężenia samej tchawicy, zależne od nowotworów, przymiotu lub twardzieli, można usuwać doszczętnie, lub osiągać dużą poprawę pod wpływem leczenia czysto chirurgicznego i mechanicznego. Leczenie chirurgiczne polega na rozszczepieniu krtani (*laryngofissura*) z następczem zupełnem usunięciem nowotworu lub przerostów.

www.dlibra.wum.edu.pl

Do drugiej kategorji metod zaliczamy metodyczne rozszerzanie tchawicy za pomocą odpowiednich rozszerzadeł, z pośród których największem uznaniem cieszą się rozszerzadła Schrötter'a, Pieniążka, Mikulicza i innych. Metodyczne rozszerzania tchawicy bywają stosowane najczęściej po uprzednio wykonanem przecięciu tchawicy, przez otwór tracheotomijny. Nie opisujemy tu szczegółowo sposobów rozszerzania, gdyż należą one do chirurgji krtani; opis ich znajdzie czytelnik w wybornych pracach Schrötter'a, Pieniążka, a wreszcie w podręcznikach chirurgji szczegółowej. W zwężeniach oskrzela prof. Pieniążek stosuje również rozszerzanie za pomocą odpowiednich narzędzi, po uprzedniej tracheotomji, i otrzymuje nieraz wyniki dodatnie. Baurowicz w przypadku zwężenia pochodzenia twardzielowego stosował również rozszerzanie chirurgiczne. Usiłowano nawet bez uprzedniej tracheotomji rozszerzać zwężone oskrzela pod kierunkiem lustra krtaniowego, za pomocą odpowiednich rozszerzadeł kauczukowych lub kateterów. Landgraf w jednym przypadku zwężenia lewego oskrzela, wywołanego tętniakiem aorty, znacznie choremu ułatwił oddech za pomocą wprowadzania w przeciągu wielu miesięcy kateterów. Tenże autor, a następnie Seifert opisali odpowiednie rozszerzadła. Wyniki jednakże podobnych zabiegów mogą tylko przynieść chwilową ulgę chorym, sam zaś zabieg przedstawia wiele trudności i może być stosowany w wyjątkowych tylko razach, przez bardzo wprawnych lekarzy. Leczenie drogą rozszerzania metodycznego również ułatwione zostało przez zastosowanie bronchoskopji (patrz szczegóły u Erbricha. (l. c.)

Obrażenia, rany, pęknięcie i przebicie tchawicy i oskrzeli.

Głębokie położenie tchawicy, a zwłaszcza oskrzeli, chroni te narządy od obrażeń zewnętrznych. Pomimo to jednakże, aczkolwiek rzadko, zdarzają się przypadki podobnych obrażeń; w piśmiennictwie zanotowano ich kilkadziesiąt, jak to widać z zestawienia Hopmann'a w zbiorowym podręczniku laryngologji, wydanym przez Heymanna. Rany cięte, kłute i postrzałowe zdarzają się w przypadkach samobójstw lub zabójstw; najczęściej ulega im tchawica, a wraz z nią zwykle wielkie naczynia, a nawet sąsiednie narządy (gruczoł tarczowy). Rany miażdżone tchawicy bywają następstwem gwałtownych uderzeń szyi o ciała twarde, np. przy upadku z wysokości. W tych razach tchawica, a nawet i krtań ulega rozerwaniu, zmiażdżeniu. Opisano również przypadki pęknięcia samodzielnego tchawicy lub oskrzeli wskutek mocnego napadu kaszlu, przy trudnym porodzie (Mackenzie) i t. p. W niektórych z opisanych przypadków uległo naderwaniu, lub rozerwaniu jedno z głównych oskrzeli. Znane są nawet przypadki zupełnego oderwania oskrzela od tchawicy. Rozer-

www.dlibra.wum.edu.pl

wanie tchawicy, a zwłaszcza oskrzela, nastąpić może również, bez uszkodzeń zewnętrznych, przy gwałtownem uderzeniu klatki piersiowej, podczas jednoczesnego zamknięcia głośni. W tych razach gwałtowny ucisk na klatkę piersiową (uderzenie, upadek i t. p.) wywołuje znaczne ściśnienie zawartego w drogach oddechowych powietrza, które, nie mogąc się wydostać na zewnątrz, może powodować pęknięcie drobnych oskrzeli, lub samego płuca. Aczkolwiek możliwość podobnych pęknięć została doświadczalnie wykazana (Courtois), to jednakże należy mieć na widoku, że przy gwałtownem działaniu siły na klatkę piersiową występuje zazwyczaj również złamanie żeber, jest więc możliwem, że w danym razie uszkodzenie oskrzela następuje wskutek zranienia odłamkiem żebra. Przypadków pęknięcia samego tylko oskrzela zanotowano w literaturze zaledwie kilka; zdarzały się one najczęściej wskutek przejechania (głównie u dzieci). Jeden z autorów angielskich (Illot) opisuje przypadek śmierci 6-letniego chłopca po przejechaniu, wskutek rozerwania płuc; lewe oskrzele zostało przytem zupełnie oderwane, natomiast na klatce piersiowej nie było żadnych obrażeń zewnętrznych.

Objawy, właściwe pęknięciu tchawicy i oskrzela, o ile nie nastąpiła śmierć natychmiastowa wskutek krwotoku wewnętrznego, charakteryzują się wystąpieniem duszności i szybko wzmagającej się odmy skórnej (*emphysema subcutaneum*), umiejscowionej przeważnie przy pęknięciach tchawicy z początku na szyi; następnie przechodzących na klatkę piersiową, głowę i na śródpiersie. Obok duszności występuje jednocześnie mniej lub więcej obfite krwioplucie. W razie pęknięcia oskrzela zazwyczaj powstaje jednocześnie odma piersiowa (*pneumothorax*), którą spostrzegamy i przy pęknięciu tchawicy, jeżeli nastąpiło złamanie żeber i przedziurawienie opłucnej.

Jednocześnie z powyższemi objawami następuje upadek stanu ogólnego, wyraźna zapaść, tętno staje się drobnem, zjawiają się objawy wstrząsu (*shock*).

Pęknięcia oskrzeli doprowadzają szybko do zejścia śmiertelnego; rany zaś i pęknięcia tchawicy dają rokowanie stosunkowo lepsze: na 31 przypadków, zestawionych przez Hopmann'a, 11-tu chorych wyzdrowiało (2-ch po uprzednio dokonanej tracheotomji). Naturalnie, i w tych szczęśliwych przypadkach spotykamy różne ciężkie następstwa, głównie zwężenia. Zwężenie występuje nadto jako następstwo pewnej odrębnej kategorji obrażeń tchawicy i oskrzeli głównych, mianowicie oparzeń wskutek wdychania zbyt gorącej pary, lub gazów żrących (amonjak, brom i t. p.), albo wskutek aspiracji żrących płynów (rozczyn ługu, kwas karbolowy i t. p.). Wprawdzie przy obrażeniach, o których mowa, przeważają objawy ze strony krtani, jednakże w niektórych razach dotknięta bywa i tchawica, a nawet oskrzela główne. Sam spostrzegałem przypadek, w którym wskutek otrucia przypadkowego mocnym rozczynem chlorku cynku wystąpiło przepalenie

www.dlibra.wum.edu.pl

strun głosowych i tchawicy, co doskonale można było stwierdzić za pomocą wziernika krtaniowego; mocne zaś napady kaszlu pozwalały wnioskować, że część płynu dostała się i do oskrzeli. Przypadek skończył się śmiertelnie. Badanie jednakże pośmiertne nie mogło być dokonane.

Leczenie ran i pęknięć tchawicy wkracza w dziedzinę chirurgji (podwiązanie naczyń, zeszycie rany tchawicy, możebna tracheotomja). Wewnętrznie stosujemy środki pobudzające i wzmacniające.

Przedziurawienie oskrzela.

Oprócz przyczyn urazowych, wyżej opisanych, do których dołączyć również należy i ciała obce, szczególniej ostre, przedziurawienie oskrzeli występuje jako zejście różnorodnych spraw patologicznych śródpiersia lub opłucnej. Zejścia podobne widywano w klinice dawniej o wiele częściej, aniżeli dzisiaj; ulepszone bowiem metody badania klinicznego, a szczególniej wprowadzone powszechnie próbne nakłucia klatki piersiowej pozwalają na wczesne rozpoznanie i wczesne operowanie w przypadkach otoku ropnego opłucnej. Jednakże i dziś jeszcze spotykamy przedziurawienia oskrzeli z zejściem nieraz szczęśliwem, szczególniej u ludzi z klasy biedniejszej. Corocznie widuję takie przypadki w szpitalu. Przedziurawienie zazwyczaj następuje nagle; wśród mocnej duszności i kaszlu, chory wyrzuca ogromne ilości ropnego, często cuchnącego płynu. W niektórych razach masowe wydzielanie odbywa się w ciągu kilku godzin lub doby, poczem chory doświadcza znakomitej ulgi w oddychaniu i poprawy w całym stanie ogólnym. W większości jednakże przypadków wyrzucanie ropy trwa długo, lecz już w mniejszej ilości; chory nieco gorączkuje, a stan ogólny poprawia się powoli. Wreszcie w innej kategorji przypadków, płyn zbiera się ponownie, co zależy od zasklepienia się zbyt małego otworu w oskrzelu.

Rozpoznanie tej kategorji przebić oskrzela, o ile jest łatwe i proste w przypadkach, w których uprzednio badaliśmy chorego, o tyle bywa trudne, a nieraz nawet niemożliwe na razie, jeżeli widzimy chorego już po przedziurawieniu, a jak to w praktyce szpitalnej bywa najczęściej, wywiady nic nam nie dają. Klinicznie mamy w tych razach objawy kataru oskrzeli ropnocuchnącego, nieraz odmy piersiowej ograniczonej (*pneumothorax*, lub *pyopneumothorax*). Na rozpoznanie należyte naprowadza dopiero bardziej szczegółowa, kilkodniowa obserwacja chorego, plwociny i całego przebiegu choroby; dopiero wtedy możemy ściśle określić chorobę i wyłączyć rozszerzenie oskrzela, ograniczoną zgorzel płuc, ropień płuc, ograniczoną odmę piersiową pochodzenia gruźliczego (*pyopneumothorax*) i t. p. W końcu winienem dodać, że w ogromnej większości przypadków, jak wyżej zaznaczyłem, przebicie oskrzela występuje nagle, a chory przedtem

www.dlibra.wum.edu.pl

nie doświadcza żadnych wyraźniejszych zmian w stanie ogólnym. W niektórych jednak przypadkach, mianowicie przy wysiękach cuchnących opłucnej, chorzy uskarżają się na pewien rodzaj bardzo przykrego zaduchu, który odczuwają, a który również i otoczenie może zauważyć. Zjawisko to, na które w swoim czasie zwrócił uwagę Trauber, zależy prawdopodobnie od dyfuzji do płuc cuchnących produktów ropy przy powolnem przebijaniu się płynu do oskrzeli.

Raki przełyku, zwolna rozpadające się, mogą również czasem przebijać tchawicę, jako też i oskrzela. Przebicie to następuje samodzielnie, nieraz zaś wywołać je można w okresie poczynającego się rozpadu przez nieostrożne sondowanie przełyku za pomocą twardych zgłębników. Przebicie pociąga za sobą przedostanie się do oskrzela, a następnie do płuca cząstek pokarmowych i następczą ograniczoną, a szerzącą się stopniowo zgorzel płuc, z charakterystyczną dla tej sprawy mocno cuchnącą plwociną, objawami fizykalnemi (rzężenia metaliczne, stłumienie i t. p.), oraz znacznym upadkiem stanu ogólnego. Większość przypadków zgorzeli płuc ograniczonej, którą widywałem niezbyt rzadko w szpitalu, taki właśnie miała początek. Zejście bywa zazwyczaj fatalne: chorzy wśród upadku stanu ogólnego umierają po kilku dniach. Spostrzegałem chorych tej kategorji, którzy żyli kilka tygodni; bywały nawet chwile, w których zdawało się, że sprawa ulega ograniczeniu.

Rozpoznanie przedziurawień, spowodowanych przez nowotwory, bywa również nieraz bardzo trudne, szczególniej wobec niedokładnych w tym okresie choroby danych anamnestycznych. Obok uwzględnienia wszystkich danych klinicznych i wywiadów rozpoznanie ułatwić może jeszcze ostrożne sondowanie przełyku. W niektórych wyjątkowych przypadkach może być stosowana metoda Gerhardta, polegająca na tem, że przez wprowadzony zgłębnik przełykowy wyciągamy powietrze i określamy jego ilość; duża ilość powietrza ma przemawiać za obecnością przebicia przełyku do oskrzela. Metoda ta jednakże jest zbyt skomplikowana i trudna do stosowania, a tembardziej zbyteczna, że ścisłe badanie kliniczne w większości przypadków jest w stanie doprowadzić do dokładnego rozpoznania, a nawet i miejsce przebicia bliżej określić (sondowanie).

Tętniaki aorty stanowią również jedną z przyczyn przedziurawień oskrzela. Wielkie krwotoki, kończące się fatalnie, powstają najczęściej skutkiem takiego właśnie pęknięcia worka aneuryzmatycznego do oskrzela, przyczem śmierć następuje niemal natychmiastowo. W wyjątkowych przypadkach pękanie worka może odbywać się powoli: w przeciągu kilku dni i dłużej występować może mniej lub więcej obfite krwioplucie, zanim nastąpi śmiertelny krwotok. Spostrzegałem i opisałem dwa podobne przypadki („Medycyna" 1877 r.), w których krwioplucie nasuwało podejrzenie gruźlicy. Ana-

www.dlibra.wum.edu.pl

logiczny przypadek w literaturze naszej ogłosił Męczkowski[1]). Naturalnie, przedziurawienie oskrzela w tych przypadkach rozpoznać można na podstawie objawów klinicznych tętniaka aorty.

Z innych przyczyn stosunkowo rzadkich, mogących wywołać przebicie oskrzeli lub tchawicy, wymienić należy: 1) gruczoły oskrzelowe, uległe zserowaceniu i rozmiękczeniu 2) ropnie śródpiersia, 3) zapalenia ropne kręgów szyjnych i piersiowych, uchyłki przełyku i t d. Co się tyczy tych ostatnich, to podług Ziemssena ich zawartość ropiasta ma się przebijać naprzód do śródpiersia, a następnie ogniska posokowate, leżące blizko rozdwojenia tchawicy, przebijają się do oskrzeli, wytwarzając w ten sposób rodzaj zatoki oskrzelowoprzełykowej. Rozwija się następnie zapalenie ropne oskrzeli z obfitem wyrzucaniem cuchnącej ropnej plwociny; ognisko pierwotne może nawet uledz w ten sposób zabliźnieniu. Częściej jednakże wchłaniana do płuc zawartość wywołuje wtórne zgorzelinowe zapalenie płuc z zejściem niepomyślnem. Ziemssen również opisuje przypadek, w którym uchyłek, przebity do oskrzela płuca gruźliczego, wytworzył rodzaj kanału, komunikującego się z jamą gruźliczą. Rozpoznanie tych rodzajów przebić oskrzela (gruczoły, ropnie śródpiersia, uchyłki) przedstawia z punktu klinicznego wielkie trudności; sprawę jedynie podejrzewać, lecz rzadko napewno rozpoznawać możemy.

Uchyłki tchawicznooskrzelowe *(Diverticula).*

O uchyłkach tchawicy więcej powiedzieć może anatomopatolog, niż klinicysta, gdyż, jako takie, jedynie na stole sekcyjnym bywają rozpoznawane; uważam jednakże za właściwe pokrótce o nich wspomnieć, tembardziej, że literatura nasza posiada bardzo cenną pracę prof. Przewoskiego[2]), w której szczegółowo sprawy te na podstawie własnych badań autora zostały opracowane.

Przeworski rozróżnia dwa typy rozszerzeń tchawicy. Pierwszy typ stanowią uchyłki o szerokim otworze wejściowym, przedstawiające się w postaci poprzecznych, rynienkowatych, żłobkowatych zagłębień, które przeważnie zajmują znaczną część szerokości tylnej ściany tchawicy. Typ drugi (uchyłki kolbowate), o wązkim otworze wejściowym, nazywa autor—wązkoszyjnemi. Zajmują one głównie środkową część tchawicy, a wychodzą zwykle z prawej strony, na granicy ściany błoniastej i chrzęstnej. Badając uchyłki żłobkowate, o szerokim otworze wejściowym Przewoski doszedł do wniosku, że ściana ich składa się ze wszystkich warstw prawidłowej tchawicy i że niektóre z tych warstw ulegają mniejszemu lub większemu zanikowi. Ponieważ przed wytworzeniem się uchyłka zanikają pęczki podłużnych włókien sprężystych i gładkie włókna

[1]) „Przyczynek do rozpoznania tętniaków aorty". „Gazeta Lekarska 1897 r.

[2]) „O miejscowych rozszerzeniach (uchyłkach) tchawicy" „Pam. Tow. Lek." 1897 r. Zesz. III.

www.dlibra.wum.edu.pl

mięsne, od których w wysokim stopniu zależy wytrzymałość ścian tchawicy, temu zanikowi więc należy przypisać wypuklenie się ścian. Zanik zależy jeszcze po części od przewlekłej sprawy zapalnej i od nadmiernego podnoszenia się ciśnienia powietrza w tchawicy podczas ciągłego kaszlu. Uchyłki woreczkowate, o wązkiej szyjce, uważane są dotychczas za zmienione i rozciągnięte gruczoły śluzowe tchawicy. Zapalenie przewlekłe błony śluzowej dróg oddechowych wraz z towarzyszącym kaszlem, prowadząc do rozlanego rozszerzenia tchawicy, stanowi również, przyczynę wązkoszyjnego wypuklania się błony śluzowej. Stosunkowo znaczne rozciągnięcie się tylnej ściany błoniastej tchawicy sprawia, że niektóre składowe elementy anatomiczne ulegają bądź rozciągnięciu, bądź rozsuwaniu się (najwyraźniej to widać na podłużnych włóknach sprężystych, między któremi tworzą się przerwy, a powierzchnia błony śluzowej odpowiednio się zapada). Pod wpływem wzmożonego ciśnienia przy kaszlu sprawa może iść dalej, a mianowicie zapadnięta błona śluzowa wypukla się coraz bardziej ku zewnątrz i powstaje uchyłek, z początku mały, a następnie coraz większy. Uchyłków nie napotykał autor u dzieci, zkąd wnosi, że nie są one wrodzone, lecz nabyte. Jako zejście uchyłka spostrzegać nieraz można zupełne zarośnięcie jego światła, niekiedy znów nadmierne powiększenie, np. do wielkości jaja kurzego; wyjątkowo rzadko występuje przedziurawienie dna skutkiem ropienia, które wtedy rozszerza się na otaczającą luźną tkankę łączną. W bardziej ostrej formie suchot płucnych stosunek uchyłków do wrzodów gruźliczych może być dwojaki. Raz mianowicie na ścianach uchyłka powstają wrzody gruźlicze, które, powodując szybki rozpad tkanki, w końcu zmieniają uchyłek w głęboki wrzód gruźliczy, otwierający się do tchawicy. W innych przypadkach wrzody gruźlicze, rozwijając się na tylnej ścianie tchawicy, osłabiają ją do tego stopnia, że dno wrzodów zostaje przy kaszlu wypchnięte na zewnątrz i daje początek uchyłkowi.

Nierównie rzadziej, i to wyjątkowo tylko, występują uchyłki w samych oskrzelach, jak to opisali Immermann i Tiedemann. Ten ostatni w bardzo ciekawej pracy [1]) opisuje kilka podobnych przypadków. Uchyłki te, zazwyczaj bardzo małe (około 3 mm. średnicy) napotykane były jako następstwa różnych spraw zapalnych śródpiersia; w jednym przypadku, przyczyną uchyłka było zwapnienie i następcze skurczenie się gruczołów okołooskrzelowych. W przypadku Immernna uchyłek głównego prawego oskrzala głębokości 1 cm. tworzył rodzaj kieszeni, a wystąpił wskutek bliznowatego ściągnięcia się wnęki płucnej, przy jednocześnie istniejącem znacznem zwężeniu tętnicy płucnej. W płucach znaleziono znacznie posunięte zmiany śródmiąższowe.

[1]) Ueber die Ursache und Wirkungen chronischer entzündlicher Processe in Mediastinum. Deut Archiv f. kl. Med. B. XVI 1875 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

DYCHAWICA OSKRZELOWA.

(Asthma bronchiale).

WYKŁAD XVI.

TREŚĆ. Rys historyczny nauki o patogenezie astmy. Różne jej teorje. Etjologja. Objawy szczegółowe. Opis napadu astmatycznego. Przebieg i odmiany napadu. Katar oskrzelowy i własności plwociny astmatycznej. Odmiany kliniczne astmy. Przebieg. Rozpoznanie różniczkowe. Rokowanie. Leczenie. Zapobieganie. Leczenie napadu. Ogólne metody, stosowane w leczeniu astmy. Astma letnia (Heufieber), jej patogeneza, objawy, przebieg i leczenie.

Astma oskrzelowa stanowi typową nerwicę dróg oddechowych, charakteryzującą się występującemi od czasu do czasu, w odstępach nieregularnych, napadami mocnej duszności z towarzyszeniem mniej lub więcej obfitej wydzieliny z oskrzeli. W odstępach wolnych od napadów chory czuje się zazwyczaj dobrze. Astma oskrzelowa, stanowiąc zatem, jak było powiedziane, typową nerwicę, właściwie zaliczona być winna do cierpień nerwowych, a nie do chorób dróg oddechowych. Ze względu jednakże na stale towarzyszące cierpieniu charakterystyczne zaburzenia w wydzielinie oskrzeli, astma oskrzelowa zazwyczaj opisywana bywa przy cierpieniach dróg oddechowych. Tak i my uczynimy, tembardziej, że cierpienie to od najdawniejszych czasów, z jednej strony ze względu na ciężkość samych napadów, a z drugiej na ciemną i dotychczas niezupełnie jeszcze wyjaśnioną etjologję, stanowiło przedmiot niezwykle zajmujący umysły wszystkich niemal pierwszorzędnych lekarzy ubiegłego wieku; śmiało rzec można, że rzadko któremu cierpieniu dróg oddechowych poświęcono tak wielką liczbę prac, nietylko z dziedziny kliniki lecz i w ostatnich kilku dziesiątkach lat z patologji doświadczalnej. Nic dziwnego, że praca pierwszorzędnych umysłów nie była bezowocna. Dziś śmiało powiedzieć możemy, że nie

www.dlibra.wum.edu.pl

tylko klinika, lecz i etjologja astmy oskrzelowej została niezwykle ściśle i dokładnie poznana, a chaos, panujący niemal do ostatnich czasów w poglądach na to cierpienie, ustąpił miejsca jasno sformułowanemu o niem pojęciu. Astma oskrzelowa uważana jest dzisiaj za cierpienie czysto nerwowe.

W historji rozwoju pojęć o astmie oskrzelowej znajdujemy interesujący fakt, że pierwszy z autorów, który ją szczegółowo opisał w połowie XVII wieku, słynny lekarz i anatom angielski Willis, uważał ją za cierpienie pochodzenia nerwowego, a nawet określał bliżej, jako kurcz oskrzelowy (*dispnoë convulsiva*). Na poparcie swoich poglądów przytacza również wynik badania pośmiertnego, przy którem żadnych zmian w narządach, a szczególniej w płucach nie znalazł: „*Cadaver apertum exhibuit, viscera omnia sana, praesertim pulmones.*“ Znakomity również klinicysta francuski Laennec, opisując astmę, z niezwykłą a właściwą mu bystrością zaznacza wyraźnie, że astma oskrzelowa polega na skurczu drobnych gałązek oskrzelowych i że katar oskrzeli, towarzyszący tej chorobie, jest w ścisłym związku z cierpieniem nerwowem (*une altèration primitive et spontanée de l'nfluence nerveuse*). Widzimy, że określenie to Laennec'a w zupełności odpowiada dzisiejszemu poglądowi na astmę. Jednakże potrzeba było wielu dziesiątków lat, całych setek prac, najróżnorodniejszych teorji i poglądów, aby pojęcie to ogólnie ustalić. Szczupłość miejsca nie pozwala na rozpatrywanie tutaj tych teorji; zostały one szczegółowo opisane w bardzo licznych pracach, a bardzo krytycznie i umiejętnie zestawione przez Sée'go[1]), A. Fraenkel'a[2]), Gołubow'a), Brügelmann'a[4]) i wielu innych. Tutaj wspomnimy tylko o najważniejszych teorjach.

Po wykazaniu przez Longet'a i Volkmann'a zależności unerwienia mięśni oskrzelowych (wykrytych w r. 1828 przez Reisseisen'a) od nerwu błędnego, Romberg, na podstawie powyższego faktu, uważał astmę oskrzelową za skurcz mięśni oskrzelowych, a pojęcie to, zawdzięczając różnorodnym pracom klinicznym, szczególniej zaś pracy Bergson'a w Niemczech i słynnego klinicysty francuskiego Trousseau, zostało szybko rozpowszechnione wśród ogółu lekarskiego. Dopiero w r. 1854 wystąpił Wintrich z zupełnie nową teorją; powtarzając doświadczenia Longet'a i Wolkmann'a starał się dowieść, że pojęcie o skurczu mięśni oskrzelowych jest nieuzasadnione, że skurcz ten nie może trwać zbyt długo i nie objaśnia w zupełności wszystkich objawów, a szczególniej obniżenia przepony, stale spotykanego w napadzie astmy oskrzelowej. Według Wintrych'a istota astmy polega nie na skurczu oskrzelek, lecz

[1]) Medicine Clinique, 1886 r.
[2]) Asthma. Real—Encyklopaedie, Eulenburg, t. II, wyd. 3
[3]) Samml. klin. Vortr. Volkmanns № 266,267 1899 r.
[4]) Das Asthma, sein Wesen und seine Behandlung 1901 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

na tonicznym skurczu całej przepony, wywołującym jej znaczne obniżenie, a wskutek tego czasowe rozdęcie i obniżenie płuc. Teorja ta, broniona przez utalentowanego autora, aczkolwiek nie wyjaśniała bynajmniej wszystkich objawów astmy (np. kataru towarzyszącego), znalazła wielu zwolenników (Bamberger, Lehmann, i inni) i dosyć długo, bo aż do czasu podstawowej pracy Biermer'a (1870 r.) utrzymywała się w nauce. Biermer, na podstawie spostrzeżeń klinicznych i doświadczeń, znowu powrócił do poglądu, że istotę astmy stanowi skurcz mięśni oskrzelowych. Starał się przytem wyjaśnić przyczynę chwilowego rozdęcia pęcherzyków płucnych, utrzymując, że następuje ono wskutek utrudnionego wydechu, warunkowanego skurczem oskrzelek. Powietrze w pęcherzykach zostaje jakby uwięzione; pęcherzyki rozszerzają się coraz bardziej, gdyż stale przy wdechu pewna część powietrza może przedostać się do nich; przy wydechu zaś powietrze nie wychodzi zupełnie. Teorja ta przyjmowała naturalnie, jako fakt, możliwość skurczu oskrzelek pod wpływem podrażnienia nerwu błędnego, a jakkolwiek niektórzy następni autorowie, szczególniej zaś Riegel, starali się znowu obalić teorję skurczu, to jednakże prace doświadczalne ostatnich lat (Einhoven, Beer, Francois-Frank) dowiodły z wszelką stanowczością możliwości skurczu oskrzeli Tem samem teorja Biermer'a, a właściwie mówiąc Willis'a i Laennec'a w zupełności została potwierdzona. Fr. Frank wykazał nawet, że nietylko podrażnienie nerwu błędnego, ale i trójdzielnego (błona śluzowa nosa) wywołuje skurcz oskrzeli. Teorja skurczu oskrzelowego nie wyjaśniała nam jednak faktu, stale napotykanego w napadach astmy oskrzelowej, t. j. kataru w połączeniu z wydzieliną; aczkolwiek już Laennec zwrócił nań uwagę i czynił go zależnym od układu nerwowego. Bliższe badania tej kwestji przez niektórych autorów, a szczególniej przez Webera, Störcka i innych doprowadziły do wytworzenia nowej teorji astmy, według której istota cierpienia polega na ostrem podrażnieniu nerwów naczynioruchowych oskrzeli z następczem mocnem przekrwieniem i wydzieliną, zatykającą oskrzelka i wywołującą wtórnie skurcz oskrzelowy. Teorja ta zdawała się zyskiwać jeszcze większe uznanie z chwilą wykrycia przez Leydena w wydzielinie oskrzelowej kryształów (poprzednio już opisywanych przez Charcot'a). Kryształy te miały, podług Leydena, drażnić mechanicznie rozgałęzienia nerwowe i wywoływać w ten sposób skurcz oskrzeli, a tem samem objawy astmy. Wykrycie jednak wkrótce tych samych kryształów i w innych sprawach, jak np. w przewlekłych katarach oskrzeli, z drugiej zaś strony brak ich w przypadkach rzeczywistej astmy, nie potwierdziły poglądów Leydena. Niedługo potem Curschmann wykrywa w plwocinie astmatyków włókna spiralne i przypisuje im związek z astmą: według niego istota astmy polega na niezwykle ostrym katarze najdrobniejszych oskrzelek (*bronchiolitis exsudativa acutissima*), w któ-

www.dlibra.wum.edu.pl

rym występuje w nich wypocina niemal specyficzna, zawierająca stale włókna spiralne, powodująca zatkanie oskrzeli z wszystkiemi objawami właściwemi astmie. Naturalnie, i ta teorja jest zbyt jednostronna, gdyż podobnie jak kryształy, tak i włókna Curschmann'a napotyka się w sprawach, nie mających nic wspólnego z astmą; wreszcie nie da się ona w zupełności zastosować do tych przypadków, aczkolwiek rzadkich, w których w przebiegu napadu astmy oskrzelowej albo wcale niema wydzieliny oskrzelowej albo też jest w nieznacznej ilości. U nas Chełmoński[1]) (na podstawie 13 przypadków astmy oskrzelowej, badanej za pomocą promieni Roentgena), przypuszcza że cierpienie to należy uważać za cierpienie zależne od zaburzeń wydzielania wewnętrznego gruczołów, gdyż we wszystkich 13 przypadkach istniało powiększenie gruczołów okołooskrzelowych (w okresach wolnych od napadów) w różnym stopniu. Teorja ta wielce ponętna grzeszy jednakże jednostronnością, chociażby z tego względu, że astma u dzieci np. jest stosunkowo chorobą rzadką, tymczasem prześwietlanie wykazuje powiększone w różnym stopniu gruczoły okołooskrzelowe w ogromnym odsetku przypadków.

Tak się przedstawiają w krótkości główne teorje, dotyczące patogenezy astmy. Która s tych teorji jest najbliższa prawdy, na to, zdaje się, najsłuszniej odpowiada Brisseaud[2]), twierdząc, że wedle wszelkiego prawdopodobieństwa obie teorje, t. j. teorja skurczu oskrzelek (Biermer'a), jako też teorja skurczu mięśni wdechowych (Wintrich i Bamberger) w odpowiednich przypadkach dają dostateczne wyjaśnienie patogenezy choroby.

W klinice bowiem widzimy przypadki, w których mamy do czynienia li tylko ze skurczem oskrzeli bez udziału kataru; w innych przypadkach przeważa skurcz mięśni wydechowych bez udziału kataru i skurczu oskrzelowego, wreszcie w pewnych postaciach astmy stwierdzamy oba te czynniki. Brisseaud określa astmę, jako nerwicę o napadach duszności skurczowej z często jej towarzyszącemi zaburzeniami naczynio wydzielniczemi (*vaso-secretaires*) błony śluzowej dróg oddechowych. Pogląd ten Brissaud'a odpowiada w zupełności teorjom autorów niemieckich, uważających astmę za nerwicę nerwu błędnego (Vagusnecrose) z towarzyszącą wzmożoną sekrecją błony śluzowej oskrzeli. Podciągają oni to pod formę zaburzenia, zwaną w ostatnich czasach „Vagotonia" i opartą na patologji doświadczalnej (Weber). O ile jednakże owe doświadczenia na zwierzętach dadzą się zastosować do patogenezy astmy u człowieka, pozostaje jeszcze nie rozstrzygnięte.

---

[1]) Przczynek do patogenezy astmy oskrzelowej (Gazeta Lek. 1911 r.).

[2]) Asthme Charcot-Bouchard. Traité de Médecine, I IV.

www.dlibra.wum.edu.pl

Toteż istotna przyczyna cierpienia pozostaje dotychczas ciemną; pomimo że w ostatnich zupełnie czasach liczni autorowie amerykańscy (Walcker i inni) a z naszych Danysz i Klein uważają, że problemat etjologji astmy da się w zupełności rozwiązać, przyjmując napad astmy za objaw anafilaktyczny u osobnika uprzednio uczulonego na różnorodne czynniki, wywołujące napady astmy (pył mączny, ryba, pewne gatunki mięsa, pył roślinny, włosy zwierzęce i t. p.) Teorja ta parazytarna wielce skomplikowana wymaga dalszych prac w tym kierunku.

Objawy bowiem skurczu, powstałe na drodze zwrotnej, objaśnić można tylko stanem nadmiernego pobudzenia ośrodków oddechowych, położonych, jak wiadomo, w rdzeniu przedłużonym, (*asthme pneumo-bulbaire,* autorów francuskich) (Sée). Co stanowi istotną przyczynę tego nadmiernego pobudzenia ośrodka, pozostaje dla nas, podobnie jak w innych nerwicach ogólnych (pląsawica, epilepsja, migrena i t. p.), z któremi astma oskrzelowa ma pewne powinowactwo kliniczne, dotychczas niewyjaśnione. Ograniczyć się musimy do przyjęcia tak zwanego usposobienia nerwowego, przy którem podrażnienie, wychodzące z obwodowych gałązek nerwu błędnego, a nawet trójdzielnego, wywołuje na drodze zwrotnej, przy istniejącej owej nadmiernej pobudliwości ośrodka, napady skurczu oskrzeli, lub mięśni wydechowych, dając mniej lub więcej typowe objawy astmy oskrzelowej. Takie pojęcie patogenezy astmy oparte jest li tylko na faktach, zaczerpniętych z kliniki i z fizjologji doświadczalnej. Anatomja bowiem patologiczna dotychczas nie wykryła nam przy nielicznych badaniach pośmiertnych, dotyczących astmy oskrzelowej, jakichkolwiek zmian, które możnaby uważać za bardziej charakterystyczne dla powyższej sprawy. Jak dopiero co wspomniałem, posiadamy zaledwie kilka dokładniejszych badań pośmiertnych astmatyków (A. Fraenkel, Schmidt, Bercardt). A. Fraenkel dokonał w ostatnich czasach na dwóch osobnikach, zmarłych podczas napadu astmy oskrzelowej, bardzo dokładnych histologicznych badań płuc[1]) i wykrył w drobnych oskrzelkach wielką ilość włókien spiralnych, a nadto ogromną ilość złuszczonego nabłonka słupkowego. Komórki nabłonkowe były duże, z dobrze zachowanemi jądrami, najdrobniejsze naczynia oskrzelowe i płucne były mocno przekrwione; w niektórych miejscach znajdowały się wyraźne wynaczynienia; w ścianach oskrzelek stwierdzono bardzo znaczne nagromadzenie ciałek białych, które znajdowały się nie tylko między błoną śluzową i mięśniową, ale również i w błonie podstawowej. Większość tych ciałek białych stanowiły ciała eozynofilowe. Pęcherzyki płucne były mocno rozdęte, a nietylko drobne, lecz i grubsze oskrzela napełnione gęstym śluzem. Powyższe zmiany Fraenkel określa jako katar złuszczający

[1]) Zur Pathologie des Bronchialasthma, 1900 r., Deut. M. Woch. № 17.

www.dlibra.wum.edu.pl

3241

znacznego natężenia; aczkolwiek sprawy tej kategorji występują i w innych cierpieniach oskrzeli, to jednakże Fr. zaznacza, że tak obfite łuszczenie się nabłonka spotkał jedynie w astmie oskrzelowej. Inne zmiany, wykryte przy badaniach pośmiertnych, nie przedstawiały dla powyższej sprawy nic charakterystycznego.

Jeżeli z punktu widzenia etjologicznego przyjąć musimy dotychczas jako najważniejszą przyczynę usposobienie nerwowe osobnika, to obok tego musimy się jeszcze zastanowić, czy nie ma innych czynników, warunkujących powstawanie astmy oskrzelowej. Z momentów tych na pierwszym planie należy postawić dziedziczność. Doświadczenie kliniczne poucza, że astmę oskrzelową podobnie jak i inne nerwice, mogą pewni osobnicy dziedziczyć. Wszyscy autorowie są pod tym względem zgodni. Niektórzy nawet starali się podać odnośne dane statystyczne. Salter znalazł dziedziczność niemal w połowie przypadków, Brecardt u 16%. Dane statystyczne, przy rzadkości choroby, nie mogą być ścisłe. Znam chorych, którzy wyraźnie zaznaczali mi, że jedno z rodziców doświadczało napadów astmatycznych, niektórzy nawet podawali, że napadów astmy zaczęli doświadczać w tym samym wieku, co i rodzice; inni chorzy wspominali, że dziad ich cierpiał na astmę. W pewnej kategorji przypadków, co jednozgodnie zaznaczają wszyscy autorowie u osobników, dotkniętych astmą, istniało w rodzinie bliższej lub dalszej usposobienie nie tylko do astmy, lecz do różnorodnych nerwic, jak migreny, neurastenji, histerji, nawet epilepsji. Spostrzegałem również u niektórych astmatyków współcześnie istniejące powyższe cierpienia szczególniej neurastenję u mężczyzn, a histerję u kobiet. To samo mogę powiedzieć o krzywicy i skrofułach, które różni autorowie uważają za moment, uspasabiający do astmy. Znane również są fakty, że osobniki, dotknięte w młodości jedną z nerwic (np. histerją), w późniejszych latach zapadały na astmę, lub odwrotnie. Powyższe fakty kliniczne przemawiają również w wysokim stopniu za istotą nerwową sprawy, o której mowa. Autorowie francuscy uważają, że usposobienie artrytyczne, które według nich ma odgrywać ważną rolę w migrenie (Bouchard), w wysokim stopniu wpływa na rozwój astmy oskrzelowej. Inni autorowie współistnienie usposobienia artrytycznego i astmy uważają za niezbyt częste. Ja u swoich astmatyków spotykałem usposobienie artrytyczne stosunkowo rzadko[1]).

Co się tyczy wieku i płci, to astma występuje według autorów we wszystkich porach życia, nawet u dzieci w pierwszym roku życia. Najczęściej jednak widujemy ją u dzici do lat 10-ciu i w wieku średnim. U osobników starszych ma ona występować stosunkowo rzadziej. Moje dane pod tym względem, zebrane w ciągu lat piętnastu w praktyce prywatnej, a dotyczące 105 przypadków czystej astmy nerwowej, są nastę-

[1]) Patrz pracę moją „O stosunku spraw artrytycznych do chorób piersiowych" Gaz. Lek., 1900 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

pujące: do lat 10—8 osób: od 11—20 r.—22 os; od 21—30 r.—36; od 31—40 r. —19; od 41—50 r. —14; od 51—60 r.—6. Dane te są zatem zgodne z liczbami innych autorów; z pośród bowiem 105 przypadków w 85 mieliśmy do czynienia z ludźmi do 40 roku życia. Płeć męska usposabia bardziej do astmy (jest ona 3 razy częstsza u mężczyzn podług G. Sée): z moich 105 przypadków 67 dotyczyło mężczyzn, kobiet zaś 38.

Co się tyczy zajęcia, to autorowie podają, że wogóle astma występuje stosunkowo rzadko u ludzi biednych, a natomiast często w sferze inteligentnej, a przedewszystkiem u ludzi, oddanych pracy umysłowej. Zdanie to jest w zupełności słuszne; wyjątkowo bowiem zdarzyło mi się widzieć astmatyków w praktyce szpitalnej, wśród ludzi biednych; ogromna większośc spostrzeganych chorych byli to ludzie średnio zamożni. Między innemi astmę spostrzegałem w 13 przypadkach u kupców; w 6-u u obywateli wiejskich, w 6-u u oficerów, 7-u u uczniów gimnazjum; 3-ch u subjektów handlowych, w 3-ch u lekarzy, w 1-m u nauczyciela, w 2-ch u urzędników, w 1-m u gorzelanego, w 1-m u elektrotechnika i t. p.

Obok tych ogólnych danych etjologicznych, dotyczących astmy, należy rozpatrzeć jeszcze pewne momenty przyczynowe, mogące, jak doświadczenie wykazuje, wywoływać u usposobionych ku temu osobników, napady astmatyczne. Różne te szkodliwości sprowadzić można do pobudzenia obwodowych zakończeń nerwów błędnych, lub trójdzielnych. Z pośród znacznej liczby takich momentów przyczynowych zaznaczymy następujące.

Wpływy teluryczne. Podobnie, jak w etjologji zapaleń oskrzeli, powietrze zimne i wilgotne, oraz t. zw. przeziębienie uważano powszechnie za moment przyczynowy astmy. Napady astmy, według niektórych autorów, widuje się częściej zimą, niż latem, w klimatach wilgotnych i zimnych częściej niż w ciepłych; w miastach częściej niż na wsi i t. p. Zdania te jednakże szczególniej dawniejszych autorów, którzy zaliczali do astmy najrozmaitrze cierpienia, nie mogą być brane w rachubę. Cierpienie to bowiem, jak słusznie zaznaczył Sée, ma swoje odrębne środowisko atmosferyczne dla każdego osobnika. Niektórzy astmatycy czują sie dobrze w wielkich i dusznych miastach, przeciwnie zaś dostają napadów astmy z chwilą wyjazdu na wieś, na świeże powietrze. Jedni czują się dobrze nad morzem, inni w górach. Znałem pewnego 20-kilkoletniego astmatyka, który był wolny od napadów jedynie w najwyższych górskich stacjach klimatycznych Szwajcarji; mógł tam odbywać bezkarnie najbardziej męczące i dalekie wycieczki w góry. Z chwilą zaś powrotu na równinę, do miasta, znowu miewał częste napady astmy. Przeciwnie wielu astmatyków nie znosi klimatu górskiego, doznając napadów astmy w najlepiej położonych stacjach klimatycznych górskich. Niektórzy chorzy miewają napady stale w pewnych miejscowościach, np. znany lekarz Van'

www.dlibra.wum.edu.pl

Helmont doznawał napadów astmy ilekroć razy przyjechał do Brukseli. Obserwowałem 20-kilkoletnią pannę, mieszkającą w Warszawie, która doznawała napadu po wyjeździe na wieś w okolicę Wilanowa; wystarczał powrót do Warszawy, żeby napad astmatyczny ustąpił. Fakty powyższe przemawiają stanowczo za pewnym wpływem autosuggestji na powstawanie napadów. Dany osobnik tak jest mocno przekonany, że pobyt w danej miejscowości musi wywołać napad astmy, że pomimo całego wysiłku woli zapobiedz temu napadowi nie jest w stanie: psychicznie pobudzona wyobraźnia i obawa napadu są momentem odruchowym, wywołującym napad. Podobnie powstają napady astmy wskutek mocnego przestrachu, ciężkiego zmartwienia i inych wpływów psychicznych.

Co się tyczy wpływu pór roku na astmatyków, to pod tym względem nie spostrzegamy również żadnego stałego prawidła. Moje spostrzeżenia, zdaje się, przemawiają za tem, (podobne przypuszczenia wypowiadają również niektórzy inni autorowie), że napady astmatyczne częściej występują w lecie. Znałem pewną astmatyczkę, która miewała napady jedynie w lecie, natomiast inni chorzy miewają je głównie zimą.

Szerokość geograficzna miejscowości, klimat północny, czy południowy, nie odgrywają również roli w powstawaniu dusznicy: astma występuje w każdym klimacie. Znałem chorego, który miewał częste napady astmy w Warszawie, natomiast czuł się doskonale podczas zimy surowej w Petersburgu. Znałem jednakże fakty odwrotne: 18-letni uczeń gimnazjum doznawał napadów astmy w Warszawie w stosunkowo dość długich odstępach czasu; z chwilą wyjazdu do Petersburga zaczął doświadczać napadów do tego stopnia częstych, że musiał opuścić gimnazjum i wracać do Warszawy, gdzie napady zaczęły znowu występować rzadziej. Dieulafoy opisuje asmatyka. któremu zalecono wyjazd do Egiptu, tymczasem chory zaczął doświadczać tam najgwałtowniejszych napadów astmatycznych. Coś podobnego widziałem u niektórych chorych, którzy się udawali na zimę na Rivierę: jedna z pacjentek wkrótce musiała powrócić ztamtąd do Warszawy wskutek napadów, występujących coraz gwałtowniej.

Co się tyczy, t. zw. przeziębienia i jego wpływu na powstawanie napadów astmy, to podobnie jak w etjologji zapaleń oskrzeli wpływu tego bynajmniej zauważyć nie mogłem. Zaziębienie bowiem, w sensie przeze mnie wyłożonym, może przyczynić się do powstawania zwykłego ostrego kataru oskrzeli, napadu jednak astmy nie jest w stanie wywołać. Znam astmatyczkę, która przechodziła mocny ostry katar oskrzeli, przebiegał on jednak normalnie i nie pociągał za sobą, co z góry przypuszczałem, napadu astmatycznego.

Pewne zajęcia, związane z przebywaniem w kurzu, mają, według niektórych autorów, usposabiać do powstawania astmy. Zajęcia te jednakże

www.dlibra.wum.edu.pl

wiecej, o ile sądzę, usposabiają do powstania suchych katarów oskrzeli, aniżeli do prawdziwej astmy. Niektóre jednakże rodzaje subtelnych kurzów, np. pył, ulatniający się przy rozcieraniu ipekakuany, może wywoływać u aptekarzy, naturalnie nerwowo usposobionych, napady prawdziwej astmy oskrzelowej. Znane są nawet przypadki, w których podobni osobnicy z chwilą wejścia do miejsca, gdzie była rozcierana, nieraz przed kilkoma nawet dniami, ipekakuana, doświadczali mocnego napadu astmatycznego. Niektórzy doznają napadów astmy od innych podobnych substancji wonnych: olejku rezedowego, różanego, kawy palonej i t. d. Jeden z moich pacjentów, 23-letni chemik, doświadczył silnego napadu astmy podczas spalania siarki; odtąd stale może doświadczalnie nawet wywołać u siebie napad asmatyczny, występujący po upływie 2—3 minut od chwili wdychania produktów spalonej w nawet niewielkiej ilości siarki.

Astma powstawać może w czasie przebywania na łąkach lub w ich okolicach podczas koszenia i suszenia siana: subtelny pyłek kwiatowy, zawarty podówczas w atmosferze, a pochodzący od różnych rodzajów roślin trawiastych (*gramineae*), drażniąc błonę śluzową dróg oddechowych, może wywoływać u niektórych usposobionych do tego osobników napady astmy. Znana jest nawet oddawna odrębna postać chorobowa, napotykana głównie w Ameryce Północnej, Anglji i Niemczech, a zwana przez niemców *Heuasthma* (*catarrhus aestivus*, lub choroba Bostock'a;) występuje ona epidemicznie przeważnie latem lub wczesną jesienią, odznacza się zaś szeregiem objawów odruchowych ze strony dróg oddechowych; jednym z wybitniejszych jest duszność, zależna od wdychania pyłków roślin trawiastych (*autoxanthum*, *lolium*, *cholcus*, *alopecurus* i t. p.). Choroba ma tylko pewne podobieństwo do astmy; o czem niżej pomówimy. Nietylko świeże, ale nawet suche rośliny trawiaste i zbożowe mogą u niektórych osób przy młynkowaniu lub przesypywaniu wywoływać napady astmy. Znałem pacjenta, gospodarza rolnego, który dostawał astmy, wchodząc do stodoły, gdzie młynkowano zboże. Znany klinicysta francuski Trousseau, autor niezwykle cennej pracy o astmie, dostał pierwszego mocnego napadu dusznicy, mierząc owies w stajni.

Z innych momentów, usposabiających do astmy, wspomnieć winniśmy ciążę, podczas której, jak to sam w jednym przypadku spostrzegałem, mogą wystąpić napady typowej astmy, ustępujące zupełnie po rozwiązaniu. Przypadki te jednakże są stosunkowo rzadkie. Astmy, opisywane u ciężarnych, są w większości przypadków dusznością, zależną od suchego kataru oskrzeli, który dość często występuje w ostatnich miesiącach ciąży, na tle zaburzeń krążenia w małym krwiobiegu, a znika po porodzie.

Astma oskrzelowa może również występować w okresie klimakterycznym; przeważnie jednak, jak i astma, zależna od cierpień macicy (*asthma uterinum*), zdarza się według moich spostrzeżeń, przeważnie u kobiet histerycznych. Napady przy bliższem rozpatrzeniu mają raczej

www.dlibra.wum.edu.pl

charakter ataków duszności histerycznej aniżeli istotnej astmy oskrzelowej. Astmę wiązano również z różnemi cierpieniami narządów płciowych kobiecych i opisywano przypadki, w których leczenie miejscowe ginekologiczne miało wpływać jakoby skutecznie na usunięcie astmy.

Astmę oskrzelową uważali niektórzy autorowie za cierpienie, usposabiające do gruźlicy płuc, na którą większość astmatyków miała w rezultacie zapadać. Inni autorowie twierdzili przeciwnie, że astma, podobnie jak i rozedma płuc, wyklucza rozwój gruźlicy. Co się tyczy własnych moich spostrzeżeń, to świadczą one, że gruźlica może się przyłączać do astmy oskrzelowej; zdarza się to jednak rzadko. Spostrzegałem 40-kilkoletnią kobietę, dotkniętą od bardzo wielu lat powtarzającemi się od czasu do czasu napadami prawdziwej astmy oskrzelowej; chora zapadła wreszcie na gruźlicę o bardzo przewlekłym przebiegu, która wystąpiła powoli, niemal skrycie, mimo to jednak napady astmy nie przerwały się. Zdanie co do częstości gruźlicy u astmatyków opiera się prawdopodobnie na mylnem przyjmowaniu napadów duszności, towarzyszących rozedmowej postaci suchot płucnych, za napady rzeczywistej astmy[1])

Wreszcie z punktu widzenia etjologicznego należy rozpatrzeć nieco obszerniej kwestję bardzo ważną, a w ostatnich latach 20-tu niezwykle szeroko omawianą, mianowicie stosunek astmy do różnych cierpień jamy nosowej. Pierwszy Voltolini, w pracy ogłoszonej jeszcze w roku 1872, zwrócił uwagę świata lekarskiego na wielce interesujący fakt, przez siebie spostrzegany: u chorej, dotkniętej od wielu lat częstemi napadami astmy oskrzelowej, stopniowo wzmagającemi się w natężeniu i częstości, po usunięciu polipów nosa napady w zupełności ustały. Znałem ową historyczną pacjentkę, żonę jednego z lekarzy w Gryfji; w r. 1875 przebywała ona na kuracji w Görbersdorfie, gdzie, podówczas byłem lekarzem zakładu Brehmer'a, i sama najwyraźniej zaznaczała mi ten wielce interesujący fakt. Wślad za Voltolini'm bardzo wielu laryngologów i chirurgów (Schäffer, Fraenkel, Bresgen, Dahly i wielu innych) zaczęło ogłaszać odpowiednie spostrzeżenia, to potwierdzające, to obalające zdanie co do związku astmy z chorobami nosa. Sprawę posunął znacznie naprzód Hack w roku 1884, ogłosiwszy szereg spostrzeżeń astmy, migreny i t. p. cierpień, wyleczonych przez usunięcie już nietylko polipów nosowych, lecz przerośniętych muszli, wyrostów kostnych przegrody nosowej i t. p.. Praca Hack'a, napisana z talentem i wielką dozą entuzjazmu, aczkolwiek przesadzonego, wzbudziła niezwykłe zainteresowanie w świecie lekarskim, i odtąd zaczęto bardzo szczegółowo badać i leczyć rynologicznie każdego astmatyka. Ogłoszono wiele prac, które zdawały się ustalać pogląd o zależności astmy od cierpień nosa i skuteczności le-

[1]) Patrz pracę moją „Skryte postaci suchot plucnych". Odczyty kliniczne 1898 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

czenia ryno-chirurgicznego tej sprawy. Trzeźwa jednakże obserwacja doprowadziła wkrótce do rozczarowania; przekonano się bowiem na stosunkowo bardzo ogromnym materjale, dostarczonym przez lekarzy europejskich i amerykańskich, że: 1) przypadki astmy oskrzelowej niezawsze mają swe źródło w cierpieniu jamy nosowej u wielu bowiem astmatyków absolutnie żadnych zmian w jamie nosowej; wykryć się nie dało; 2) u wielu osobników, dotkniętych polipami, rozrostami muszli i innemi cierpieniami górnego odcinka dróg oddechowych, mogą nie występować wcale napady astmy; napady zaś duszności, zależne od zatkania nosa, posiadają zupełnie inny charakter, aniżeli napady prawdziwej astmy; 3) napady astmy prawdziwej mogą istotnie występować u osobników, dotkniętych cierpieniami nosa, lecz tylko u tych, u których istnieje usposobienie neuropatyczne. Napad więc astmy jest objawem odruchowym, zależnym od podrażnienia gałązek nerwu trójdzielnego. Napady mogą być nieraz usunięte przez wyjęcie polipów i przerośniętych muszel, jednakże w większości przypadków, po pewnym czasie, znowu powracają. Wnioski powyższe, stanowiące wynik doświadczenia lekarzy bezstronnych i krytycznie rozpatrujących sprawę, coraz bardziej zyskują ogólne uznanie. I u nas sprawę tę poruszył w odczycie, wypowiedzianym w Tow. Lekarskiem w 1894 r. Arnstein[1]), który na podstawie dziesięciu przypadków astmy oskrzelowej, bezkutecznie ryno-chirurgicznie leczonej, wypowiedział słuszne uwagi krytyczne co do tej metody leczniczej. W dyskusji, która się wówczas wywiązała, ostrzegałem przed zbytecznym entuzjazmem do ryno-chirurgicznego leczenia astmy, podając w wątpliwość wielki odsetek wyleczonych astmatyków. Specjalista po usunięciu przerostów, lub polipów i sprawieniu ulgi choremu zazwyczaj więcej go nie widzi; przy wystąpieniu nawrotu chory udaje się do innych lekarzy, a tembardziej wtedy, jeżeli zabiegi chirurgiczne nie przyniosły mu nawet doraźnej ulgi. Dalsze moje spostrzeżenia doprowadziły mnie do potwierdzenia podówczas wypowiedzianych poglądów. Z liczby 105-iu wyżej cytowanych astmatyków u większości wynajdywałem różne zmiany w jamie nosowej: polipy, przeważnie zaś przerosty muszli. Dwudziestu kilku moich pacjentów przechodziło różnorodne operacje, lecz zaledwie u jednego wynik był dodatni i trwały; w innym przypadku poprawa trwała 2 miesiące; u reszty wynik był zupełnie ujemny. Sprawa stosunku cierpień jamy nosowej do astmy oskrzelowej, jakoteż wyniki i wskazania do ryno-chirurgicznego leczenia były przedmiotem, szczególnie w Anglji, bardzo licznych publikacji i rozpraw w towarzystwach lekarskich. Sądzę, że nie będzie

---

[1]) Arnstein. Przyczynek do sprawy leczenia dychawicy oskrzelowej za pomocą zabiegów rynologicznych na podstawie 10 przypadków, dłuższy czas przez siebie spostrzeganych. „Pam. Tow. Lek." 1894 str. 483.

www.dlibra.wum.edu.pl

zbytecznem, jeżeli na zakończenie niniejszego, może nieco przydługiego wykładu podam wyniki dyskusji nad tą kwestją, odbytej w roku 1899, w Towarzystwie Laryngologicznem Londyńskiem[1]). Wnioski, do jakich w przemówieniach swych doszli tacy specjaliści, jak Mc. Bride, Waggets, Dundas Grant i inni, Felix Semon, prezes towarzystwa, streszcza w sposób następujący: nie ulega najmniejszej wątpliwości, że cierpienia nosa mogą wywoływać napady astmy. Liczba jednak przypadków wyleczeń astmy po usunięciu zmian w nosie jest niesłychanie mała w stosunku do olbrzymiej liczby dokonanych rękoczynów. Wszystkie przypadki astmy, leczone chirurgicznie S. dzieli na 3 kategorje: 1) przypadki, w których wynik dodatni był trwały; liczba tych przypadków jest niezwykle mała; 2) dość liczne przypadki, w których nastąpiła czasowa poprawa; 3) przypadki, w których rezultatu nie osiągnięto; procent tej kategorji przypadków jest bardzo duży. Z wnioskami tak doświadczonego autora, jakim jest Semon, sądzę, że każdy bezstronny lekarz zgodzić się może. Pouczają one, że za pomocą operacji w niektórych przypadkach jesteśmy w stanie przynieść astmatykom ulgę, lecz zarazem ostrzegają, że poprawy zazwyczaj bywają tylko czasowe.

Objawy. Z punktu widzenia symptomatologicznego podstawowym objawem astmy oskrzelowej jest napad astmatyczny, który tu przedewszystkiem wypada szczegółowiej opisać. Napad ten, jak już sama nazwa określa, występuje nagle, niespodzianie, nieraz wśród zupełnego zdrowia danego osobnika. Chory czując się w ciągu całego dnia zupełnie dobrze, budzi się w nocy po kilkugodzinnym już śnie z pewnem uczuciem nieokreślonego niepokoju, nie może już zasnąć, przewraca się z boku na bok, poczem wkrótce występuje uczucie gwałtowne braku powietrza. Chory ma wrażenie, jakby go coś formalnie dusiło, doznaje szybko wzmagającego się niepokoju, zrywa się z łóżka, biegnie do okna, otwiera je instynktownie coraz bardziej łaknąc powietrza. Pomimo to jednakże uczucie duszenia i rozpierania w piersiach trwa dalej, chory wraca więc do łóżka, sądząc, że pozycja leżąca sprawi mu ulgę; po chwili zrywa się znowu, biegnie niespokojny znowu do okna, a wreszcie wyczerpany i przestraszony, z obfitym potem na czole, rzuca się bezwiednie w zupełnym negliżu na krzesło lub sofę, przyjmując pozycję siedzącą, w której względnie jeszcze najlepiej może oddychać. Do uczucia braku tchu i ogólnego niepokoju dołącza się wkrótce uczucie ciężaru w przedniej części klatki piersiowej i rzężenie, umiejscowione w okolicy mostka. Obok duszności, stale trwającej, dominującym objawem jest wielki przestrach chorego, który nie jest w stanie zdać sobie sprawy z tego, co się z nim stało. Uczucie

[1]) Internationales Centralblatt f. Laryngologie und Rhinologie T. XVI, 1900 str. 361.

www.dlibra.wum.edu.pl

strachu potęguje jeszcze ogólny niepokój i przerażenie otaczających, którzy zazwyczaj bezwiednie biegają, powiększając tem przygnębienie chorego, który stale ma to uczucie, że lada chwila życie zakończy. Uczucie duszenia w ciągu mniej więcej godziny zaczyna się zmniejszać. Przychodzą chwile, że chory nieco swobodniej oddycha, a nawet jest w stanie znacznie osłabionym głosem kilka słów wypowiedzieć, co w początkach napadu było prawie niemożliwe. To poczucie poprawy i uspokojenia występuje najczęściej pod wpływem uspakajającego leczenia, zastosowanego odrazu, lub też pod wpływem samej obecności lekarza. Nieraz uspokojeniu się duszności sprzyja pewne przyzwyczajenie się chorego do ciężkiego napadu, przekonanie, nabyte na mocy doświadczenia z poprzednich ataków, że napad astmy nie zabija, i że po jakiejś godzinie ustępuje. Rzeczywiście, po upływie godziny lub nieco więcej nawet najcięższe napady słabną w natężeniu. Duszność zwalnia od czasu do czasu, chory czuje wyraźnie, że może nieco głębiej westchnąć. Zjawia się krótki, suchy kaszel; rzężenia świszczące, słyszalne dobrze przez samego chorego, stają się bardziej wyraźne i mogą być słyszalne przez innych zdaleka. Kaszel, z początku suchy, krótki, wzmaga się; wreszcie wśród wielkiego wysiłku chory zaczyna wyrzucać nieco przezroczystej, szklistej plwociny i odrazu czuje, że mu się robi lepiej. Jeszcze po upływie pewnego czasu, jednej lub dwóch godzin, daje się zauważyć wyraźne zwolnienie duszności. Chory zaczyna głębiej oddychać, czuje, jak to pacjenci opisują obrazowo, że obręcz, uciskająca płuca, zaczyna się rozluźniać. Wreszcie napad ustępuje powoli, chory czuje się niezwykle osłabiony, a wśród wzmagającego się kaszlu i coraz częstrzego i łatwiejszego odpluwania uczuwa potrzebę położenia się. Zasypia też na kilka godzin, a budzi się wolny od napadu, jednakże zazwyczaj mocno wyczerpany i osłabiony. Może zupełnie swobodnie oddychać, lecz czuje jeszcze świszczący oddech w piersiach.

Jeżeli w okresie napadu wyżej opisanego badamy chorego, to oprócz ogólnego niepokoju uderza nas jego b l a d o ś ć, która przy dłuższem trwaniu napadu przechodzi w lekką sinicę. Twarz bywa pokryta potem, kończyny zimne, mowa przerywana, lub ledwo dosłyszalna. Chorzy pozostają nieruchomo, obawiając się każdej zmiany pozycji. Najczęściej siedzą przykurczeni, z łokciami opartemi na udach, lub na stoliku; ramiona mocno odchylone od tułowia, głowa nachylona ku przodowi, lub nieraz ku dołowi podana. Mięśnie szyjne są zazwyczaj mocno naprężone. Klatka piersiowa rozszerzona, przyjmuje wyraźny typ klatki wydechowej; przepona bywa skurczona, stoi nizko, typ oddychania piersiowy, okolica podbrzuszna zapadnięta. Liczba oddechów jednakże najczęściej nie jest zwiększona; są one głębokie i niezbyt częste; chyba w początkach napadu, przy uczuciu strachu chory przyspiesza oddech, sądząc, że w ten

www.dlibra.wum.edu.pl

sposób sprawi sobie ulgę. Puls bywa drobny, miękki, nierówny. Przy obserwacji typu oddychania uderza nas, że powietrze, właściwie mówiąc, wchodzi do płuc swobodnie; duszność polega na utrudnieniu aktu wydechu, a wszelkie wysiłki chorego są skierowane do pobudzenia mięśni wydechowych. Nieraz, szczególniej u chudych osobników, dają się wyraźnie namacać skurczone mięśnie dodatkowe wdechowe (*mm. scaleni, sterno-clei do-mastoid.* i t. p.). Badanie fizykalne klatki piersiowej, w tym okresie dokonane, wykazuje zazwyczaj znaczne obniżenie granic płuc, warunkowane wyżej wspomnianem opuszczeniem się przepony. Ton opukowy na całej przestrzeni klatki z przodu i z tyłu posiada odgłos nieco bębnisty, przypominający dane wypukowe, otrzymywane u chorych. dotkniętych wysokim stopniem rozedmy. Przy wysłuchiwaniu klatki piersiowej słychać z przodu i z tyłu oddech, pokryty świszczącemi rzężeniami, słyszalnemi nawet zdaleka. Wsłuchując się jednak bliżej, można z łatwością zauważyć, że świszczenie cienkie, przeciągłe dotyczy aktu wydechowego, co odpowiada temu faktowi, iż duszność ma charakter czysto wydechowy. Oddech świszczący różni się jednak od tych świstów, jakie słyszymy w suchych katarach cienkich oskrzeli. Jest on przeciągły i długi, przypomina swym charakterem wyraźnie zjawisko zwężenia oskrzela. Zazwyczaj autorowie opisują, że w chwili wdechu świstu nie słychać wcale, a szmer wdechowy pozostaje normalnym. Tak bywa często, lecz niezawsze. Przekonałem się w kilku przypadkach typowego napadu astmy, że i w momencie wdechu, choć w mniejszym stopniu, słychać szmer świszczący. Z ustępowaniem napadu oddech ten stenotyczny staje się coraz mniej wyraźnym, nieraz daje się wyraźnie wybadać, jak skurcz ustępuje częściowo. Wreszcie po ustąpieniu właściwego skurczu i odzyskaniu przez przeponę normalnego położenia, przy oddechu już niemal swobodnym, daje się przy wysłuchiwaniu stwierdzić obecność rzężeń świszczących w dolnych częściach klatki piersiowej, które już nie mają charakteru skurczowego, lecz jednakowo są wyraźnie przy wdechu, jak i wydechu, przypominając zjawiska, słyszalne w ostrym katarze grubych i cienkich oskrzeli.

P r z e b i e g i o d m i a n y n a p a d u. Nawet ciężkie napady zazwyczaj nie trwają dłużej nad godzin kilka; poczem, jak wyżej opisałem, po przespaniu się, chory czuje się nieźle. W ogromnej jednakże większości przypadków, najczęściej następnej nocy, napad z tym samym charakterem powtarza się znowu. Sam chory i jego otoczenie zaznacza, że napad jest lżejszy, objektywny jednak spostrzegacz, jak to sam wielokrotnie zauważyłem, łatwo stwierdzić może, że napad posiada literalnie ten sam charakter, lecz jedynie psychiczne usposobienie chorego i otrzaskanie się z napadem, warunkuje mniejszy przestrach, a ztąd pozornie mniejsze natężenie napadu. W niektórych przypadkach sprawa ogranicza się do dwóch lub trzech napadów, co noc się powtarzających, poczem chory powraca,

www.dlibra.wum.edu.pl

i to nawet dość szybko, do normalnego stanu. U niektórych jednakże chorych napady powtarzają sie długo—tydzień, a nieraz i dłużej. Sam spostrzegałem bardzo dokładnie jednego młodego i tęgiego osobnika, u którego pierwszy szereg napadów trwał prawie dwa tygodnie; napady tego samego typu powtarzały się co noc, doprowadzając pod koniec drugiego tygodnia do wyraźnych objawów niedomogi serca, warunkowanej bezsennością i wyczerpaniem chorego. Zdarzały się nawet chwile, gdy sądziliśmy, że chory ulegnie porażeniu serca; puls bowiem był niknący, a siły chorego były niemal ostatecznie wyczerpane. Jednakże po ustąpieniu ostatecznego napadu chory powrócił bardzo szybko do stanu normalnego.

Jedną z typowych cech napadu astmatycznego jest jego perjodyczność. W danej serji napadów zwykł on występować nieraz niemal ściśle o tej samej porze, najczęściej w nocy, a nieraz i za dnia (np. u wspomnianego już prof. Trousseau pewien szereg napadów, jak sam opisuje, występował o godzinie 3-ej rano). Ja sam spostrzegałem pewną astmatyczkę, u której napady, i to dość gwałtowne, występowały o godzinie 9-ej wieczorem w ciągu całego szeregu dni. Przypuszczając, że z chwilą zbliżania się tej godziny, napad występuje wskutek autosuggestji, pewnego dnia wieczorem umyślnie cofnęliśmy duży bijący zegar w sypialni chorej o pół godziny, pomimo to jednakże napad przyszedł o właściwej porze, a o pół godziny wcześniej podług wskazówek zegarowych. Rzadziej napady mają typ nieregularny, występują na przemian dniem lub nocą trwają dłużej lub krócej.

Napady astmatyczne, jak wyżej zaznaczyłem, w większości przypadków występują nagle bez jakichkolwiek zwiastunów. Niektórzy jednak chorzy, a szczególniej doświadczający od dłuższego czasu napadów, opowiadają że mogą na pewien czas przedtem przewidzieć zbliżający się atak. Niektórzy podają, że napad poprzedza dławienie w gardle, inni mówią o ślinotoku, lub ciśnieniu w dołku, w okolicy żołądka. Większość wspomina, że napad poprzedza mocny katar lub uczucie przepełnienia, zatkanie w nosie. Ci sami chorzy zapadają na zwykłe ostre katary nosa, które jednakże napadów astmy za sobą nie pociągają. Zdarzyło mi się spostrzegać przypadek dość ciężkiej astmy u młodej panny, która, czując duszność noc całą, o 8-ej rano zgłosiła się do mnie już z rozwiniętym napadem astmy. Obok duszności skarżyła się również na zatkanie nosa. Byłem w możności dokładnie zbadać jamę nosową i ku mojemu wielkiemu zdziwieniu znalazłem błonę śluzową tejże jamy bardzo umiarkowaníe przekrwioną, muszle wcale nie zbrzęknięte, a drożność nosa zachowaną. Uczucie więc zatkania nosa nie mogło polegać na zbrzęknięciu błony śluzowej muszli jak *to a priori* można było przypuszczać, lecz o ile sądzę, prawdopodobnie było zależne od podrażnienia nerwu trójdzielnego, rozgałęziającego się w błonie śluzowej nosa.

www.dlibra.wum.edu.pl

W ogromnej większości przypadków w przebiegu typowego napadu astmy występują objawy kataru oskrzeli pochodzenia naczynio-wydzielniczego z wydalaniem wielce charakterystycznej plwociny. Tylko wyjątkowo rzadko istnieją napady bez jej wydalania. Są to przypadki, znane oddawna pod nazwą astmy suchej; chociaż i zjawia się w tych razach skąpa plwocina, zwykle pod koniec napadu, sprowadzając choremu pewną ulgę, to jednak chorzy, czując ciągle rzężenia suche w piersiach, domagają się stale od lekarza czegoś, co ułatwiłoby im odpluwanie. Wydalanie plwociny z początku bywa bardzo skąpe i w niektórych przypadkach stale na tym stopniu pozostaje; u większości jednak chorych wzmaga się nieco na drugi dzień po napadzie, nieraz nawet staje się dość obfitem, zmiejszając się, a nawet wstrzymując znowu raptownie z nastąpieniem drugiego napadu. Zazwyczaj po ukończeniu serji napadów, plwocina, a z nią i kaszel, ustępuje szybko, chorzy zaś, jak poprzednio, nie czują żadnych zaburzeń ze strony dróg oddechowych. W przypadkach astmy, od wielu lat trwającej z często powtarzającemi się napadami, kiedy mamy do czynienia z wtórną rozedmą płuc, kaszel z wyrzucaniem plwociny trwa nieraz całe tygodnie, nie różniąc się niczem od kaszlu i plwociny w katarze oskrzelowym, wikłającym rozedmę.

Plwocina, wyrzucana bezpośrednio po napadzie astmatycznym, posiada pewne wielce charakterystyczne właściwości. Przedewszystkiem odznacza się niezwykłą lepkością, przylega ściśle do naczynia, z którego z trudnością może być wydalona: barwą i konsystencją przypomina białko kurze. Przy bliższem rozpatrywaniu, szczególniej po wylaniu na ciemną podstawę, spostrzegać się dają wśród owej lepkiej masy białawe, lepkie, pływające kłaczki. Już przy badaniu za pomocą lupy widzieć można, że kłaczki te składają się z drobniutkich, spiralnych, poskręcanych niteczek; przy większem powiększeniu znajdujemy w nich przedewszystkiem w ogromnej ilości drobniutkie kryształki, wykryte po raz pierwszy przez Leydena a znane już przedtem Charcot'owi i opisywane powszechnie pod nazwą kryształów Charcot-Leyden'a. Kryształy te, przedstawiają się jako niewielkie igiełkowate, ostro zakończone ośmiościany (oktaedry), a są właściwie podwójnemi heksagonalnemi piramidami. Badanie chemiczne wykazało, że rozpuszczają się one łatwo w wodzie gorącej, kwasach mineralnych i płynach zasadowych, z trudnością zaś w wodzie zimnej, eterze i alkoholu. Barwią się łatwo eozyną i innemi barwnikami. Wielkość ich bywa bardzo rozmaita: nieraz są one nie większe od średnicy ciałka krwi, inne zaś dochodzą do znacznie większych rozmiarów.

Leyden przypuszczał, że owe kryształy mogą być istotną przyczyną napadu astmatycznego, sądził bowiem, że ostre ich końce drażnią błonę śluzową oskrzeli, wywołując odruch w postaci napadu. Jak to jednakże

www.dlibra.wum.edu.pl

już wyżej zaznaczyliśmy, wykryto wkrótce, że nie zawsze w plwocinie astmatycznej kryształy te znaleźć można. Nieraz znowu znajdywano je w plwocinach lub wydzielinach w takich cierpieniach, które ze sprawą astmatyczną nic wspólnego nie mają (gruźlica, polipy nosowe). Co do sposobu powstawaniu kryształów nie mamy jeszcze dostatecznego wyjaśnienia. W ostatnich czasach Lewy przypuszcza, że powstają one wskutek przemiany białych ciałek krwi, lub ich jąder. Obok kryształów powyższych zazwyczaj spotykamy w plwocinie wielką ilość złuszczonego nabłonka migawkowego, oraz niemal stale w mniejszej lub większej ilości ciałka eozynofilowe, których pochodzenie dotychczas również nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione. Niektórzy autorowie przypuszczają, że pochodzą one ze krwi, w której je wykrywano u astmatyków (Gabryszewski). Fraenkel[1]) w ostatniej swojej pracy utrzymuje, że mógł na preparatach płuca astmatyka dokładnie widzieć przejście ciałek eozynofilowych z tkanki otaczającej do ściany oskrzelek. Widział je także w świetle drobnych naczyń i żył, jakoteż w tkance mięśniowej i otoczce naczyń. Noorden[2]) jak również Fraenkel opisują jeszcze w plwocinie astmatyków komórki hemosyderynowe („Haemosiderinzellen"). Są to komórki nabłonkowe lub białe ciałka krwi, zawierające w protoplazmie barwnik krwi. Mają one podług Noorden'a pochodzić z drobnych wylewów krwi, które następują nieraz podczas napadów astmy, nadając plwocinie zabarwienie różowawe. Wreszcie w plwocinie astmatycznej wykrywamy, już również wspominane, włókna spiralne Curschmann'a. Są to drobniutkie niteczki śluzu, zwinięte spiralnie, różnej wielkości, wewnątrz nieraz puste. Napotykane bywają nieraz w bardzo znacznej ilości Curschmann, jak wyżej wspominaliśmy, uważał je za podstawową przyczynę astmy, co, naturalnie, okazało się niesłusznem. Włókna te bywają różnej wielkości, a układ spirali bywa wielce różnorodny. Badania mikrochemiczne tych tworów wykazały, że składają się one wyłącznie ze śluzu. Mają one powstawać, podług Fraenkl'a i Schmidta, w sposób mechaniczny, wskutek skurczu oskrzelek i ztąd powstałego zwężenia światła oskrzeli; śluz, zawarty w przepełnionych i skurczonych oskrzelkach, wskutek tego skurczu i ruchu powietrza ma przyjmować owe charakterystyczne postaci. Fraenkel miał możność stwierdzić podobne tworzenie się spirali na wyżej wspomnianych preparatach. Obok powyższych tworów, w plwocinie astmatyków wykrywane były również drobne odlewy, włóknikowe, przypominające podobne odlewy, napotykane w zapaleniu oskrzeli włóknikowem— *bronchitis fibrinosa* (patrz wyżej wykład VIII). Fraenkel, zaznaczając to

[1]) Deutsche Klinik—4 Liefer. 1901.
[2]) Klinisze Mediz. t. 20. 1892.

www.dlibra.wum.edu.pl

zjawisko, twierdzi, że przemawiałoby to za pewnem powinowactwem obu tych spraw. Przypuszczenie to robiłem również w roku 1895 w pracy mojej „O samoistnem zapaleniu włóknikowem oskrzeli", gdzie opisałem przypadek lekkiego włóknikowego zapalenia oskrzeli. Przy badaniu plwociny wykryłem tu nie tylko odlewy włóknikowe, lecz i włókna Curschmann'a i kryształy Charcot-Leyden'a, co zaznaczyłem wówczas w następujący sposób: „Tym sposobem obecność w naszym przypadku w plwocinie kryształów Charcot-Leyden'a i włókien Curschmann'a przypomina w pewnym stopniu plwocinę w przebiegu astmy oskrzelowej[1]), a sam przypadek z punktu widzenia klinicznego przedstawia również pewną analogję do astmy. Sądzę więc, że nie ulega kwestji, iż obie te sprawy z punktu widzenia ogólno patologicznego mają pewe pokrewieństwo."

Tak się przedstawia w większości przypadków plwocina astmatyczna. Naturalnie, w zależności od pojedynczego przypadku, znajdujemy mniej lub więcej wyraźny zbiór owych typowych jej części składowych. Żadna z tych części składowych, t. j. kryształy, włókna spiralne, lub ciałka eozynofilowe, nie może stanowić sama przez się dla plwociny astmatycznej nic patognomonicznego, występować bowiem mogą i w innych sprawach. Razem jednakże wzięte są wielce charakterystyczne dla plwociny astmatycznej. Czy jednakże li tylko z obecności takiej plwociny można rozpoznawać astmę oskrzelową, a przedewszystkiem jej skryte postaci, jak to chcą niektórzy autorowie, nie śmiałbym twierdzić. Astma bowiem oskrzelowa nie tylko w typowych, lecz i mniej wyraźnych postaciach, posiada zbiór nader charakterystycznych objawów klinicznych, a badanie plwociny z jej wyżej skreślonemi cechami, da nam jeszcze jeden więcej objaw, pozwalający sprawę dokładnie rozpoznać.

Odmiany kliniczne astmy. Wielu autorów, za przykładem Trousseau, starało się rozróżnić rozmaite postaci astmy: nerwowe, idjopatyczne, kataralne, odruchowe esencjalne i t. p.; poddziały te jednak przy krytycznem rozpatrzeniu i zestawieniu z temi formami, które widujemy w praktyce, wydają mi się zbyt schematycznemi i sztucznemi. Astma bowiem, jak każda nerwica ogólna, ma przebieg niesłychanie różnorodny, a nawet u tego samego osobnika napady zmieniają się w natężeniu i formie, trwają krócej, lub dłużej. To samo da się powiedzieć i o innych elementach, składających zbiór objawów astmy, t. j. o katarze i plwocinie, jak to zresztą wyżej wzmiankowaliśmy. Nieraz objawy kataralne bywają bardzo wybitne, trwają dosyć długo, a innym razem kaszel bywa nieznaczny, krótkotrwały, plwocina skąpa. Niekiedy mamy do czynienia z wyraźnemi i to stale powtarzającemi się zwiastunami napadu; u innych oso-

[1]) Patrz bliższe szczegóły w tejże pracy, pomieszczonej w Gaz. Lekar., 1895 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

bników pojawiają się napady bez zwiastunów. Swobodne przerwy między napadami również ulegają zmianom. Nieraz miesiące i lata przebiegają bez napadów, poczem ataki znowu zaczynają się powtarzać w dość małych odstępach czasu. Z punktu widzenia praktycznego najlepszym wydaje mi się podział astmy na trzy kategorje. Do pierwszej należą przypadki, w których mniej lub więcej silne napady nie pozostawiają po sobie żadnych wyraźniejszych zaburzeń w organiźmie, a chorzy po ustąpieniu napadu czują się zupełnie dobrze i są w stanie oddawać się swoim zwykłym zajęciom. Przypadki te dotyczą przeważnie ludzi młodych i dzieci. Do drugiej kategorji zaliczamy przypadki, w których i po ustąpieniu napadu chorzy nie czują się zupełnie zdrowymi: kaszlą, doświadczają od czasu do czasu duszności niewielkiej, żyją w ciągłej obawie następnego napadu, są osłabieni. Stwierdzamy tu złe odżywianie i wysoki stopień przygnębienia nerwowego, graniczącego nieraz ze stanem niemal psychopatycznym. Do tej kategorji zaliczyć należy astmatyków starszych, kobiety w okresach klimakterycznych i osobniki wysoko, szczególnie dziedzicznie, neuropatycznie usposobione. Trzecią kategorję stanowią astmy przewlekłe. Są to przypadki stałej duszności, napady astmy mają mniejsze natężenie. Przypadki tej kategorji, właściwie mówiąc, nie stanowią o formie samoistnej astmy; są to astmy, wikłane następczą rozedmą płuc, która zazwyczaj powstaje u osobników starszych, po wieloletniem częstem powtarzaniu się mniej lub więcej silnych napadów astmy; u tej kategorji chorych w pewnym okresie kaszel, połączony z mniejszem lub większem odpluwaniem, staje się stałym. Duszność, właściwa rozedmie, występuje przy wysiłkach fizycznych, lub nieraz nawet i w nocy. Od czasu do czasu jednakże występują prawdziwe napady astmy ze zwykłemi, klasycznemi jej objawami. Do tej kategorji zaliczyć by można również przypadki astmy, spostrzegane u osób, dotkniętych zmianami wielkich naczyń lub mięśnia sercowego. U niektórych z nich przy stałej duszności, obok napadów pseudoastmatycznych, zależnych od niedomogi mięśnia sercowego, mogą występować i prawdziwe napady z typową dusznością wydechową i charakterystyczną plwociną. Napady te widujemy w tej kategorji chorych u osobników neuropatycznie usposobionych, a powstanie prawdziwych napadów astmy oskrzelowej, jako aktu odruchowego, możemy wytłomaczyć sobie na podstawie wyżej wspomnianych doświadczeń Francois-Frank'a, które wykazały, że nietylko podrażnienie gałązek nerwu błędnego i trójdzielnego, lecz nawet podrażnienie wsierdzia i aorty może wywołać skurcz oskrzeli.

Odrębny nieco przebieg miewa astma oskrzelowa u dzieci, u których, jak już wyżej wzmiankowałem, astma istotna nie należy do rzadkości. Widziano bowiem to cierpienie w typowej postaci u dzieci nawet kilkomiesięcznych, a z 47 przypadków astmy u dzieci, zestawionych przez

www.dlibra.wum.edu.pl

255
BIBLIOTEKA

Salter'a, 19 dotyczyło dzieci do lat 10. Comby [1]) widział nawet klasyczny napad u 6-ciotygodniowego dziecka. Odrębność przebiegu astmy u dzieci polega na tem, że napady występują pod maską ostrego kataru oskrzeli z towarzyszeniem nawet nieznacznej gorączki (38°—38,5°). Stan taki, t. j. duszność ze świszczącym oddechem, trwa dni kilka, potem mamy gwałtowne zwolnienie objawów, duszność ustępuje, dziecko staje się zupełnie wesołem, a jednakże oddech świszczący przez wiele dni jeszcze pozostaje, robiąc wrażenie kataru cienkich oskrzeli. U dziecka napady nie są tak częste, a przytem nie posiadają tej typowej perjodyczności, jak u dorosłych. Z początku są częstsze, powoli jednakże stają się coraz rzadszemi, ustępując nieraz w zupełności (Comby). W nielicznych przypadkach astmy u dzieci, które sam spostrzegałem, mogłem się przekonać o słuszności tego poglądu. Widywałem przez wiele lat z rzędu chłopczyka wątłego, u którego w 5-tym czy też w 6-tym roku życia, co kilka miesięcy, występowała wśród mocnej gorączki wielka duszność z towarzyszeniem bardzo nieznacznego kaszlu; w klatce piersiowej wykrywałem rzężenia, świszczący oddech, puls był słaby, a obraz cały robił typowe wrażenie poczynającego się kataru oskrzeli włosowatych (*bronchitis capillaris*). Ciężki ten stan na drugi lub trzeci dzień zmieniał się w zupełności: gorączka ustępowała, dziecko nie chciało pozostać w łóżku i w ciągu tygodnia przychodziło do zupełnego zdrowia. Napady z początku powtarzały się co kilka miesięcy, trwając całe lata z rzędu. Chłopca pomimo to oddano do szkół; w pierwszych latach nauki co kilka miesięcy napady się powtarzały. Chłopiec jednak rwał się do nauki i zazwyczaj w dni kilka po napadzie, jeszcze z oddechem świszczącym, wracał do szkoły. Od 16-go roku napady stawały się coraz rzadsze, a wreszcie zniknęły zupełnie; chłopiec rozwinął się normalnie.

Z odmian zanotować jeszcze należy postać astmy oskrzelowej, którą autorowie francuscy nazywają astmą bolesną (*asthme douloureux*). Odznacza się ona tem, że napadowi towarzyszą nieraz bardzo mocne bóle w klatce piersiowej. Postaci te widywałem od czasu do czasu; ból występuje nietylko w czasie napadu astmy, lecz trwa jeszcze i w dniu następnym, jak to niedawno spostrzegałem u jednej z moich chorych. Chora umiejscowiała ból przeważnie w przedniej części klatki piersiowej; przy dotykaniu klatki piersiowej bolesności nie było. Sądzę jednakże, że w większości przypadków tej astmy bolesnej mamy do czynienia raczej z napadami stenokardji a nie astmy. Bardzo być może, że sprawy te u ludzi starszych mogą istnieć współcześnie t. j. do napadu stenokardji może się dołączać astma, lub też odwrotnie.

---

[1]) Traité des maladies de lenfance. T. 2 1897 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

Autorowie francuscy opisują również postaci poronne i skryte astmy oskrzelowej, polegające na tem, że napady są słabe, ograniczają się do chwilowego uczucia obawy i niepokoju. Zdarzają się szczególniej u tych chorych, którzy oczekują napadu; zaznaczają oni, że w danej chwili mieli mały napad pod różnemi postaciami, a więc uczucia utrudnionego oddechu, uczucia zaduszania i t. p. sensacji, które nazwałbym raczej sensacjami neurastenicznemi, aniżeli napadami astmy.

Przebieg. Już wyżej kilkakrotnie wspomnieliśmy, że przebieg astmy bywa dwojaki: u jednej kategorji chorych astma po kilku napadach, a nieraz jednym gwałtownym, nie zjawia się już więcej. Niekiedy szczególniej u dzieci, lub osobników młodszych, ustępuje ona po kilku latach. W drugiej kategorji przypadków pozostaje niemal do końca życia, tylko zmienia się od czasu do czasu jej natężenie i długość przerw pomiędzy napadami. Taką astmę, jak dopiero co wzmiankowałem, wikła często rozedma, a wtedy mamy t. zw. astmę przewlekłą. Przebieg takiej astmy bywa zazwyczaj b. długi: choroba trwa całe lata, a nawet dziesiątki lat (twierdzą nawet, że astmatycy dosięgają zazwyczaj bardzo późnego wieku). Naturalnie, są to przypadki wyjątkowe. Większość chorych ginie najczęściej po latach kilku lub kilkunastu wskutek następstw rozedmy, a więc niedomogi serca, lub innych powikłań (ostre zapalenie płuc i t. p.). Widziałem kilku astmatyków, którzy umarli podczas wielkiej epidemji influency, przy objawach ostrej niedomogi serca. Autorowie francuscy, a szczególnie ci, którzy uważają astmę za przejaw diatezy artrytycznej, twierdzą, że astma może zmieniać swą postać, że ustępuje z chwilą zjawienia się u danego osobnika napadu podagry, lub wysypki artrytycznej, pokrzywki, w późniejszych zaś latach napadu kolki wątrobowej, stenokardji i t. p. Poglądy te są oparte na spostrzeżeniach klinicznych, które rzeczywiście wykazują, że u danych osobników mogą w ciągu ich życia występować różnorodne zaburzenia natury artrytycznej. Zjawiska te jednakże spostrzegamy w wyjątkowych przypadkach; u większości astmatyków nie daje się wykryć usposobienia artrytycznego. Wogóle o astmie można powiedzieć to, co i o innych nerwicach ogólnych, że u pewnej kategorji osobników, szczególniej młodych, napady zmieniają charakter i natężenie; cierpienie, jak to już wyżej zaznaczyłem, miewa przebieg nader różnorodny, fantazyjny, jak go nazwał Lassegue, nie dający się podciągnąć pod pewne ścisłe typy szablonowe.

Stan ogólny chorych w przebiegu astmy oskrzelowej przedstawia się rozmaicie. Niektórzy czują się doskonale w okresach wolnych od napadów, niczem nie zdradzając przebytej ciężkiej chwili. W ogromnej jednak większości przypadków, szczególniej przy często powtarzających się napadach, chorzy marnieją, wyglądają nietylko anemicznie, ale i charłaczo, na co składają się bezsenne noce, brak apetytu, i ciągły stan przy-

www.dlibra.wum.edu.pl

gnębienia psychicznego. Niektórzy z nich wpadają nawet powoli w ciężką neurastenję; inni stają się prawdziwymi hipochondrykami i manjakami, ustawicznie zmieniają miejsce pobytu, wędrują z jednego uzdrowiska do drugiego, szukają ciągle nowych metod leczniczych. a wreszcie wpadają najczęściej w ręce szarlantów, którzy, wyzyskawszy ich materjalnie, doprowadzają stan psychiczny do ostatecznej ruiny. Niektórzy astmatycy dostają nawet prawdziwej psychozy.

Rozpoznanie pierwszego napadu astmatycznego przedstawia nieraz pewne trudności, szczególniej jeżeli chorego widzimy pod koniec napadu, lub nazajutrz po nim. Typowy napad astmy na wysokości rozwoju posiada tak charakterystyczne cechy, wyżej szczegółowo omówione, że jako taki z łatwością może być rozpoznany. Naturalnie, rozpoznanie następnych napadów ułatwia lekarzowi chory i jego otoczenie, nieraz wskazuje nawet środki, które mu ulgę w napadzie sprowadzają. W rozpoznawaniu wątpliwego napadu astmy, lub też przy orzeczeniu o istocie już ukończonego napadu kierować się lekarz winien dokładnem zbadaniem całego organizmu, a dopiero po ujemnym wyniku badania co do zmian w płucach, sercu i nerkach, przy wywiadach, wykazujących, że uprzednio dany osobnik był zupełnie zdrów, lecz miał usposobienie nerwowe, można przypuszczać, że przebyty napad był astmą oskrzelową. Pamiętać również należy, że dusznica jest wogóle cierpieniem rzadkiem i że rzadziej występuje jako choroba samodzielna u ludzi starszych po nad lat 40, a stosunkowo częściej u dzieci i osób młodych. U ludzi więc starszych z rozpoznaniem astmy oskrzelowej lekarz powinien być bardzo ostrożnym, jeżeli sam nie był świadkiem typowego napadu.

Nietypowe lub wikłane i w nieczystej postaci występujące napady astmy oskrzelowej mogą być nieraz z trudnością rozpoznane. Sądzę jednakże, że rozbiór objawów, towarzyszących napadom, również szczegółowe badanie chorego i wywiadów, pozwolą rozpoznać nawet podobne nietypowe postaci. Kierować się zawsze należy charakterem duszności i uprzednim stanem zdrowia pacjenta; w wielu wątpliwych przypadkach przy rozpoznaniu może być pomocne badanie plwociny, jeżeli w niej znajdziemy charakterystyczne wyżej opisane składniki. Nie sądziłbym jednak, aby jak twierdzą w ostatnich czasach niektórzy autorowie, badanie w takich razach plwociny było stanowczem kryterjum rozpoznawczem w wątpliwych przypadkach astmy oskrzelowej. Będzie ono, zdaniem mojem, zawsze pożytecznym czynnikiem dla rozpoznania wątpliwych przypadków, lecz rozpoznanie astmy, tylko na niem oparte, może doprowadzić do błędnych wyników. W niektórych przypadkach rozpoznanie ułatwić może badanie tracheoskopijne, jak to bowiem wykazali Pieniążek, Stoerk, Nowotny i inni, błona śluzowa tchawicy przedstawia się mocno zaczerwienioną.

www.dlibra.wum.edu.pl

Przy rozpoznaniu różniczkowem astmy należy jeszcze pamiętać, że bywają stany patologiczne, wielce podobne do dusznicy oskrzelowej, sprawy, które od dawien dawna bywają określane ogólnie pod nazwą astmy nietylko przez publiczność, ale i przez lekarzy. Te formy t. zw. wrzekomej astmy należy nam obecnie pokrótce rozpatrzeć i wskazać cechy rozpoznawcze, które umożliwiają odróżnienie ich od napadów astmy istotnej oskrzelowej.

1. Tak zwana astma sercowa daje pozorne objawy, przypominające dusznicę oskrzelową. Duszność jednak posiada tutaj cechy duszności zarówno wdechowej, jak wydechowej. Ten sam charakter posiadają dające się nieraz wysłuchać suche rzężenia, które najczęściej występują w częściach dolnotylnych klatki piersiowej i mają w większości przypadków charakter rzężeń obrzękowych. Liczba oddechów w przeciwstawieniu do astmy oskrzelowej bywa znacznie zwiększona. Tętno bywa miękie, nieregularne, nieraz znów twarde. Badanie serca wykazuje charakterystyczne zmiany, właściwe cierpieniom zastawek mięśnia sercowego, lub naczyń większych, a jednocześnie wywiady wykazują dawno istniejące różnorodne zaburzenia w narządzie krwionośnym (bicia serca, duszność przy chodzeniu, przemijające obrzęki stóp i t. p.). W przypadkach wikłanych, o których wyżej wspominałem, astmę oskrzelową u osobnika, dotkniętego cierpieniem serca, rozpoznajemy na zasadzie braku powyższych cech, charakterystycznych dla astmy sercowej, a natomiast obecności objawów, właściwych astmie oskrzelowej.

2. Astma nerkowa (*asthma uraemicum*) charakteryzuje się również dusznością, lecz ciągłą, nie napadową, zwiększającą się tylko w czasie napadu mocznicy. Występujące jednocześnie wymioty, ból głowy, tętno twarde, serce duże, a co najważniejsza, białkomocz, jakoteż wywiady, mówiące o stopniowem chudnieniu i stałym oddawna braku tchu, pozwolą ten rodzaj pseudoastmy z łatwością rozpoznać. Niektóre postaci zapalenia śródmiąższowego nerek mogą nieraz ujawnić się u ludzi, względnie poprzednio zdrowych, napadem mocnej duszności. I w tych jednakże wyjątkowych przypadkach, tętno twarde, serce duże i brak duszności o typie wydechowym, winny skierować uwagę lekarza w stronę nerek, a badanie moczu wyjaśni odrazu istotę sprawy. O dusznościach pseudoastmatycznych, występujących w przebiegu już rozwiniętych cierpień nerkowych z towarzyszeniem zastoinowych katarów oskrzeli, mówiliśmy wyżej.

3. Duszność, pochodząca z niestrawności, (*asthma dyspepticum*) może również dawać nieraz powód do błędnego rozpoznania dusznicy oskrzelowej. Astma dyspeptyczna występuje przeważnie u osobników starszych, otyłych, z rozszerzonym znacznie żołądkiem. Niestrawność, a przedewszystkiem przepełnienie żołądka na noc może u takich ludzi wywoływać wśród nocy napad mocnej duszności, podczas której

www.dlibra.wum.edu.pl

jednak oddech bywa bardzo przyspieszony, tętno bardzo szybkie i miękie nieraz ledwie wyczuwalne; występuje skłonność do nudności, lub nawet omdlenia chwilowe; jednem słowem, mamy wszystkie cechy ostrej niedomogi serca, najczęściej już uległego stłuszczeniu. Badanie chorych wykazuje zazwyczaj rozszerzenie serca, tony słabe, brzuch wzdęty, rozszerzenie żołądka, ból w okolicy dołka i inne objawy ostrej niestrawności.

4. Astma letnia, sienna (*Heuasthma*), o której mówiliśmy już wyżej, w rozdziale o etjologji astmy oskrzelowej, bywa nieraz podobna do astmy nerwowej. Występuje ona u nas wyjątkowo rzadko, (natomiast często w Anglji i Ameryce Północnej), w porze sianożęcia lub dojrzewania roślin trawiastych. Objawy jej dotyczą przeważnie górnego odcinka dróg oddechowych, a mianowicie występuje podrażnienie błony śluzowej nosa, gardła i krtani z napadami mocnego kichania, chrypki i kaszlu gardlanego; jednocześnie przyłącza się ostre zapalenie łącznic, z mocnem łzawieniem i światłowstrętem. Sprawie towarzyszy nieraz gorączka. Choroba ciągnie się długo, często całe tygodnie, wywołując ogólne rozbicie i osłabienie; nieraz bywa ciężka, obłożna. Zmiany często zstępują na tchawicę i oskrzela, wywołując tu ostry katar z mocną dusznością, a nieraz napady istotnej astmy z typową dusznością wydechową. Choroba przeciąga się długo, trwa przecięciowo nie mniej niż 6 tygodni, pozostawiając po sobie wielką wrażliwość i usposobienie do corocznych nawrotów w odpowiedniej porze roku. U niektórych chorych najczęściej u dzieci sprawa stale ogranicza się do nosa i łącznic.

5. Duszność pochodzenia nosowogardłowego (*asthma pharyngo-nasale*). Jak to już wyżej szczegółowo opisałem, niektóre sprawy patologiczne jamy nosowogardłowej (polipy, przerosty muszli, wyrośla adenoidalne) mogą wywoływać odruchowo napad istotnej astmy oskrzelowej. W większości jednak przypadków duszność u takich chorych, a szczególniej u dzieci, dotkniętych wyroślami adenoidalnemi, ma zupełnie inny charakter, aniżeli prawdziwa astma. Występuje ona prawie zawsze w nocy: dziecko zrywa się ze snu z uczuciem niepokoju, duszności, mającej charakter duszności przeważnie wdechowej; jednocześnie występuje suchy męczący kaszel, jeszcze bardziej ową duszność wzmagający. Po pewnym czasie dziecko najczęściej wyrzuca nieco zaschniętej plwociny, a kaszel i duszność ustępują powoli. Przyczyna tych duszności najczęściej leży w zaschniętej plwocinie, przylegającej ściśle do ścian gardła, lub do stropu. Podobną duszność, zależną od zasychania wydzieliny, widujemy i w suchych postaciach kataru tchawicy i oskrzeli. Przy znacznie rozwiniętych wyroślach u dzieci nocne napady duszności możnaby sobie tłómaczyć zatruciem kwasem węglanym, przy bardzo niedostatecznem oddychaniu ustami, a jednocześnie zupełnie zniesionem oddychaniu nosem. Szczególniej, jeśli dziecko śpi w ciasnej, gorącej, źle przewietrzanej sypialni, na-

www.dlibra.wum.edu.pl

gromadzenie się w organiźmie kwasu węglanego i innych produktów niedostatecznego utlenienia może wywołać, podobnie jak w mocznicy, napady duszności odruchowe, które powoli ustępują z chwilą przebudzenia się dziecka po paru oddechach głębokich.

6. Niektóre cierpienia krtani, a przedewszystkiem samodzielne porażenie mięśni nalewkowoobrączkowych tylnych (*paralysis musculorum cricoarytaenoideorum post.*), wystąpujące perjodycznie pod postacią mocnych napadów duszności, mogą dać również powód do błędnego rozpoznania napadu astmy oskrzelowej. W cierpieniu tem, stosunkowo bardzo rzadkiem, a występującem samodzielnie pod postacią napadów przeważnie u kobiet histeryczek, mamy do czynienia z mocną dusznością o typie wdechowym z wyraźnym zdaleka słyszalnym szmerem zwężenia krtaniowego (*stridor*) ze wzmożonemi ruchami okolicy krtani; same już te objawy pozwolą uważać *a priori* krtań za siedlisko duszności, co ostatecznie potwierdza badanie za pomocą wziernika krtaniowego, dające charakterystyczny obraz krtani; a wywiady i szczegółowe badanie chorej wykrywa tu zwykle histerję. W przebiegu tego ostatniego cierpienia mogą występować i inne jeszcze rodzaje duszności, pozornie przypominające astmę oskrzelową: np. kloniczne skurcze przepony, charakteryzujące się głębokim wydechem z chwilowem zatrzymaniem oddechu i z następczym szeregiem krótkich i szybko następujących po sobie wydechów, którym towarzyszy rodzaj krótkiego łkania. Stany te, zwane astmą histeryczną przy bliższem badaniu dadzą się z łatwością odróżnić od astmy oskrzelowej.

7. Duszność, towarzysząca niektórym cierpieniom ośrodków nerwowych, a przeważnie opuszki, nieraz występuje pod postacią napadów, mogących robić wrażenie astmy. Duszność ta jednakże nie ma charakteru wyraźnego napadu, trwa długo i odznacza się utrudnieniem zarówno wdechu jak i wydechu. Jednocześnie mamy inne objawy patologiczne ze strony ośrodków nerwowych.

8. Za napady astmatyczne u dzieci mogą być poczytywane napady duszności, zależnej od cierpienia gruczołów oskrzelowych i okołotchawicznych (*adenopathia tracheobronchialis*). Cierpienie to wywołuje u dzieci stałą duszność, od czasu do czasu wzmagającą się do stopnia ataków również o typie przeważnie wdechowym. Jednoczesne powiększenie innych gruczołów chłonnych przeważnie szyjnych, oraz inne objawy zołzów, rachityczna budowa klatki, nieraz gorączka naprowadzić mogą na właściwe rozpoznanie.

Rokowanie w astmie oskrzelowej bywa wielce różnorodne. Wogóle powiedzieć można, że napad astmy, pomimo całej swej grozy, sam przez się nie zagraża zazwyczaj życiu chorego. Notowane w literaturze przypadki śmierci podczas napadu dotyczyły osobników starszych i wyniszczonych, ze zmianami w sercu i naczyniach wielkich, lub też z rozedmą

www.dlibra.wum.edu.pl

płuc. Czy napad astmy nie powtórzy się więcej, czy następne napady staną się coraz rzadsze i wreszcie ustąpią, trudno, a nawet niepodobna określić w każdym oddzielnym przypadku. Wogóle nadzieja pomyślnego zakończenia sprawy jest tem lepsza im osobnik jest młodszy, a napady rzadsze. U ludzi starszych, lub w tych wypadkach, gdy napady trwają długo i powtarzają się często, wyleczenie zupełne mało jest prawdopodobne: u starszych osobników rozwija się zazwyczaj rozedma, z następczym katarem oskrzeli; u młodych zaś powtarzające się i uparte napady wzmagają powoli już istniejący nastrój neuropatyczny chorego, stopniowo pozbawiając go sił i woli i wprowadzają wreszcie w fatalne błędne koło, w którem napady astmy zmieniają się stopniowo w inne, również ciężkie przejawy neurastenji, o których wyżej szczegółowo mówiliśmy (hypochondria, obawa miejsca i t. d.)

L e c z e n i e. Przeglądając w monografjach rozdziały, poświęcone leczeniu astmy oskrzelowej, uderza nas niesłychana liczba zalecanych przeciw temu cierpieniu środków, należących do najróżnorodniejszych a nieraz zupełnie sprzecznych grup farmakologicznych. Zwraca uwagę również i ta okoliczność, że każdy z autorów zaleca inny, w swojem mniemaniu skuteczny środek przeciw astmie. Obok tej terapji, że się tak wyrazimy, legalnej, istnieje wielka liczba „specyfików", o niewiadomym bliżej składzie chemicznym, nietylko reklamowanych przez sprzedających, ale nawet zalecanych i przez lekarzy. Fakty powyższe dają się tłómaczyć jedynie tą okolicznością, że wyleczenie astmy jest zjawiskiem stosunkowo rzadkiem, i że powrót do zdrowia, lub, co się częściej zdarza, poprawa osiągana bywa po stosowaniu najrozmaitszych środków: jednym pomaga stale pewien tylko środek, inni od tego samego leku ulgi nie doznają. Jednem słowem, leczenie astmy, podobnie jak i przebieg, jest bardzo niepewne i często tam, gdzie najracjonalniejsze leczenie zawodzi, pomaga najdziwaczniejszy i najmniej racjonalny specyfik. Nie będziemy się tu, oczywiście, kusili o wyliczenie wszystkich środków i metod leczniczych, zalecanych od wieków przez licznych autorów.

Najnowsze zdobycze nauki, o ile posunęły i wyjaśniły naukowo patogenezę astmy, o tyle w sprawie leczenia nie wpłynęły bynajmniej na dawniejszą empirję, wypróbowane bowiem metody najracjonalniejsze w większości przypadków albo zupełnie zawodziły, albo sprowadzały zaledwie czasową, przemijającą poprawę. Mnogość metod i leków przeciwko astmie od tego również zależy, że ustąpienie napadu, który sam przez się przechodzi, jak to zdarza się i w innych nerwicach, bywa mylnie przypisywane zastosowanemu lekowi lub metodzie leczniczej.

Wskazania lecznicze w przypadkach astmy mają przedewszystkiem na celu usunięcie n a p a d u a s t m a t y c z n e g o. Napad taki jest sprawą czysto nerwową, pochodzenia kurczowego, ztąd też wskazane są przy nim

www.dlibra.wum.edu.pl

środki, należące do grupy przeciwkurczowych i kojących (*antispasmodica et narcotica*). Rzeczywiście, ilekroć mamy do czynienia z prawdziwą astmą oskrzelową, środki tej grupy nie zawodzą nigdy, przerywają często, a prawie zawsze łagodzą i skracają napad. Z licznej grupy tych środków na pierwszem miejscu wymienimy morfinę, którą należy zawsze stosowac w mocnym napadzie, najlepiej podskórnie, w śmiałej dawce 0,006—0,015, zależnie od wieku i konstytucji chorego. Małe dawki nie pomagają, większych obawiać się nie należy, gdyż astmatycy, nawet starsi, znoszą je zazwyczaj dobrze. Dalej adrenalina podskórne 1‰ rostworu 0,2—0,3 lub też najlepiej wewnętrznie. Zwykle zalecam powyższy lek w formule: Rp. Solut. 1% adrenalini 2,0. Aq. destib 200,0—2—3 łyżki dziennie w razie poczynającej się duszności. Adrenelina głównie wchodzi w skład różnych specyfików np. astmolizyny i t. p. Gdzie jest przeciwwskazanie (stosunkowo bardzo rzadko) do użycia morfiny, tam skutecznie działa chloral, podany do wewnątrz, lub w postaci lewatyw, w dawce 1,0—2,0, również zależnie od wieku i konstytucji chorego. Z innych środków tej grupy wspomnieć należy o chloroformie, który, jak się sam przekonać mogłem, przerwać może nieraz bardzo ciężki napad. Stosujemy go w zwykły sposób do stanu półnarkotycznego. Zalecane bywają również wdychania amylnitritu (5—10 kropel), piridyny (kilkanaście kropel wylać na spodek i wdychać, środek niepewny), wstrzykiwania podskórne atropiny samej, lub z dodatkiem morfiny. Z liczby wzmiankowanych oraz wielu innych środków z własnego doświadczenia polecićbym mógł morfinę, która znoszona bywa bardzo dobrze i wywołuje zazwyczaj pożądany skutek. Stosowanie jednakże tego środka, przy powtarzających się napadach, może być szkodliwe, ze względu na możność przyzwyczajenia się chorych do tego leku. Ztąd też przy napadach częstych uciekamy się do środków, łagodniej działających.

Tutaj właśnie trafiamy na ów niezliczony szereg leków i specyfików, stosowanych przedewszystkiem pod postacią wziewań, okadzań (*fumigatio*), które rzeczywiście bardzo często, nieraz nawet odrazu przerywają słabe napady astmatyczne. Mają one przytem tę wartość, że chory może je mieć pod ręką i że stosowanie ich przez czas długi, całe lata nawet, nie wywołuje żadnych szkodliwych ubocznych skutków. Środki do kadzenia składają się z mieszaniny, w której skład wchodzą przeważnie liście *stramonii, belladonnae, lobeliae*, nieraz z domieszką opium, jodu, *kalii jodati, hyoscyami* i t. p.. Środki te używane bywają również w postaci, t. zw. papierosów antyastmatycznych, w których składzie nadto spotykamy najczęściej konopie indyjskie. Istnieje, jak wspominałem, cały szereg różnych proszków przeciwko astmie; niektóre z nich cieszą się wielkiem uznaniem wśród chorych, a sprzedawane bywają w aptekach naszych i zagranicznych po bardzo wysokich cenach. Należą do nich: *„poudre d'Abyssinie"*, *„poudre Cléry"*,

www.dlibra.wum.edu.pl

amerykański środek „*Himrod's pulver*“ Lek używany w inhalatorach Ten-Tucera, składający, się z atropiny i kokainy. i t. p. U nas cieszy się od wielu lat popularnością drogi specyfik francuski, zwany „*poudre Cléry*“; rzeczywiście niektórym sprawia on wielką ulgę. Skład jego jest następujący:

Opii pulver. 3,0
Fol. Bellad. pulver. 45,0
„ *Stramonii 45,0*
Nasycone roztworem
Kalii nitrici 7,0
Ap. destil.. 20,0

M D S posypać szczyptę na gorącą blachę, do wdychania.

Inny proszek, popularny w Niemczech, t. zw. *pulvis antiasthmaticus Fischeri*, ma skład:

Rp. Fol. Stramonii 250,0
Flor. Meliloti 25,0
Kalii nitrici 50,0
Ap. destil.. 250,0

Skład zaś *Pulveris Schiffmani* jest następujący:

Kalii nitrici 25,0
Fol. Stramonii 70,0
„ *Belladonae 3,0*

lub też:

Kalii nitrici 34,0
Fol. Daturae 50,0
Symplocarpi foetidi 14,0

Skutecznie nieraz działa dym t. zw. papierków saletrzanych, które znane są, jako preparat oficjalny, pod nazwą *charta nitrata Hageri;* obok saletry zawierają one *stramonium*. Z papierosów, o których mówiliśmy nieco wyżej, bardzo używane są we Francji t. zw. „*Cigarettes pectorales d'Espic*“; mają one skład następujący:

Rp Folior. Belladonae 60,0
„ *Hyoscyami*
„ *Stramonii* $\overline{aa}$ *30,0*
Seminis Phelandri 10,0 Extr. Opii 3,0
Ap Laurocerasi q. s. (około 2 objętości)

Macera folia et semina per horas 12 et exprime, solve tum Extract. opii, deinde chartam bibulam liduore imbuc ac probe sicca, ut exinde conficiantur cigaretae.

Jednym z powyższych środków lub podobnemi innemi zazwyczaj chorzy usuwają napady lekkiej duszności. Działanie tych środków często bywa oparte na suggestji. Chory bowiem jest tak przekonany, że *poudre Clêry* lub inny podobny środek napad mu usunie, iż nieraz pierwsze wdechnięcie dymu powraca mu oddech swobodny.

www.dlibra.wum.edu.pl

Po usunięciu napadu należy pomyśleć o zadośćuczynieniu drugiemu wskazaniu lekarskiemu, szczególniej w ciężkich postaciach astmy, mianowicie o usunięciu nagromadzonej lepkiej wydzieliny z oskrzeli, czyli o leczeniu następczego katarru astmatycznego. U niektórych chorych, jak mówiliśmy, okres poastmatyczny ustępuje szybko; u innych, a szczególniej starszych, dotkniętych wtórną rozedmą katar i duszność trwają dłużej. W celu ułatwiania wydalania plwociny zalecane tu bywają różne środki wykrztuśne. Z grupy tych leków zasługuje na szczególniejszą uwagą jedynie jodek potasu. Zalecam go zwykle nazajutrz po ustąpieniu napadu w dawkach stosunkowo niewielkich. Przekonałem się bowiem, że zalecanie w tych okresach, zwyczajem szczególniej francuskich autorów, dużych dawek, wywołuje wprost przeciwny efekt: wzmaga duszność i utrudnia wydalanie plwociny. Podaję więc 0,1—0,2 kilka razy dziennie bez żadnego dodatku, lub w połączeniu *z T-ra Lobeliae*:

Rp. Kalii jodati 1,0—2,0
T-rae Lobeliae 20,0
M. D. S. Po 20 kropel co 2—3 godzin.

Przy osłabionej działalności serca łączę jodek potasu z kofeiną według wzoru:

Rp. Coffeini natro-benzoici 2,0
Aq destillat. 200,0
Kalii jodati 2,0—4,0
M. D. *S. 2—3* razy dziennie po łyżce stołowej.

Skuteczne działanie jodku potasu w tym okresie astmy oskrzelowej polega nie tylko na własnościach jego, pobudzających wydzielinę, lecz jednocześnie jest on środkiem naczyniowowydzielniczym i ma również nawet zmniejszać wrażliwość nadmierną ośrodka oddechowego, przyczyniając się tem samem do szybszego usuwania napadu astmy. Naturalnie te, jak i inne właściwości jodu (bezpośredni wpływ na komórki nerwowe, resorbcja wtórna produktów zapalnych i t. p.) nie są dotychczas należycie jasno wyjaśnione z punktu widzenia farmakologicznego. W każdym razie doświadczenie kliniczne poucza, że u wielu astmatyków środek ten w wysokim stopniu wpływa łagodząco na wtórny katar oskrzeli. Skłoniło to niektórych autorów, szczególniej francuskich (Sée) do uważania jodu za środek niemal specyficzny w astmie, a użycie jego metodyczne całemi miesiącami, a nawet latami w dawkach 2,0—4,0 i więcej dziennie, miało ochraniać astmatyków od nowych napadów, a nawet doszczętnie leczyć astmę. O leczeniu takiem, które szczególniej w ostatnich dwóch dziesiątkach lat cieszyło się ogromnem powodzeniem w całym niemal świecie, można powiedzieć to, cośmy mówili na wstępie niniejszego rozdziału, mianowicie o środkach przeciw astmie, że o ile u niektórych osobników wywiera ono dobry skutek, o tyle u innych nie działa wcale, a nawet nieraz

www.dlibra.wum.edu.pl

powoduje pogorszenie, sprowadzając objawy przewlekłego otrucia jodem. W przypadkach, w których jod dobrze bywa znoszony i gdzie można przypuszczać (co zresztą bardzo trudno *a priori* osądzić), że działa uspokajająco, a nawet zmniejsza częstość napadów, tam zalecam go systematycznie, lecz również w niewielkich dawkach (1,0—2,0 dziennie), stosując co kilka tygodni mniej lub więcej długą przerwę.

Obok leczenia jodem, które, jak dopiero co powiedziałem, zawodzi dość często, istnieje inny szereg metod leczniczych, dążących do tegoż celu, t. j. do zapobiegania powrotowi napadów. We Francji długo cieszyło się uznaniem, a nawet obecnie jeszcze bywa stosowane leczenie arszenikiem, lub jego przetworami (woda *Bourboule*, *Eaux do Mont*-Dore) w ciągu miesięcy, a nawe lat całych. I o tem leczeniu da się powiedzieć to samo, co o jodzie: bywa ono skuteczne w niektórych przypadkach, w innych zawodzi. Zalecam arszenik przeważnie osobnikom źle odżywianym, wątłym, bezkrwistym, neurastenikom z upośledzonem łaknieniem. Przepisuję arszenik w postaci znanych rozczynów: Fowler'a lub Pearson'a wód żelazisto-arszenikowych (Levico, Roncegno), lub w następującej postaci:

Rp. Acidi arsenicosi 0,03
Extr. Belladonae 0,15
„ et pulv. Liquiritiae q. s.
ut. f. pillulae Nr. 30
M. D. S. 2—3 pigułek dziennie w czasie wolnym od napadów.

W ostatnich latach bywa znowu zalecana przeciw astmie dawniej używana atropina (Noorden, Fraenkel) w dawkach 0,0005—0,001 (pół do jednego miligrama) w pigułkach co wieczór po jednej pigułce przez dłuższy przeciąg czasu. Leczenie to jednakże, jak się przekonać mogłem, nie daje osobliwych wyników przeciwnie działanie leku jest niepewne, a przytem występują przy jego stosowaniu objawy poboczne, właściwe atropinie (suchość w gardle). Z innych leków wspomnę tylko mimochodem o systematycznej kuracji terpentyną, żelazem, chininą, azotanem srebra, bromem, strychniną i t. p.

Z ogólno-leczniczych metod zalecane bywa leczenie hydropatyczne. Cieszy się ono pewnem uznaniem i może być skuteczne u osobników odpornych, o wybitnych objawach neurastenji. Stosowane być winno tylko w odpowiednio urządzonym zakładzie hydropatycznym. Leczenie to jednakże nie musi dawać zbyt dodatnich wyników, gdyż zakłady wodolecznicze bardzo niechętnie przyjmują astmatyków na kurację.

Natomiast o wiele korzystniejsze i często skuteczne szczególniej w astmach przewlekłych, wikłanych rozedmą i katarem wtórnym, okazuje się leczenie klimatyczne. Pobyt nad morzem, lub też w niewysoko położonych miejscowościach górskich, z łagodnym klimatem (Gleichen-

www.dlibra.wum.edu.pl

berg, Ems, Reichenhall, Szczawnica, zimą Mentona i t. p.), sprowadza znaczną poprawę i nieraz na długo zabezpiecza chorych od nowych napadów. O wyborze miejscowości klimatycznych na lato i na zimę mówiliśmy w rozdziale o leczeniu przewlekłych katarów oskrzeli. W niektórych z tych miejscowości leczenie klimatyczne wspomagać będą wody alkaliczno-żelaziste, leczenie zgęszczonem powietrzem, lekka hydropatja i t. p. W przypadkach astmy czysto nerwowej u wybitnych neurasteników, jak to już wyżej wspominałem, podobnie jak wiele innych środków, leczenie klimatyczne często zawodzi, a nawet nieraz wywołuje mocniejsze napady astmy. Widywałem chorych, czujących się wybornie w bardzo wysoko położonych stacjach klimatycznych (np. St. Moritz w Szwajcarji), inni zaś skierowani tamże przeze mnie, dostawali gwałtownych napadów i szybko w doliny wracać musieli. Niektórzy wybornie czują się nad morzem, inni nie znoszą go wcale. U tej kategorji chorych (astmatyków-neurasteników) zasługuje na uwagę stosowanie metody leczenia psychicznego. Powstały też nawet w ostatnich czasach w Niemczech oddzielne zakłady leczenia astmatyków. Jestem najmocniej przekonany, że w dobrze urządzonym zakładzie dla chorób nerwowych dałoby się najprędzej wyleczyć tę kategorję nieszczęśliwych astmatyków. Leczenie psychiczne, polegające na pobudzaniu i wzmacnianiu słabej woli chorego, uspokajanie, zaradzanie poczynającym się napadom, obok stosowania różnych, zależnie od danego osobnika, dodatkowych metod leczniczych (hydroterapja, elektroterapja, gimnastyka oddechowa, wdrożenie chorych do lekkiej pracy i zajęcia), a wreszcie od czasu suggestji, a nawet hypnotyzmu, może o wiele korzystniej wpłynąć w leczeniu takich chorych, aniżeli dotychczas szablonowo stosowane metody i powtarzanie zdania, że leczenie zapobiegawcze astmy polega na wzmacnianiu i uodpornianiu ustroju nerwowego.

Zbytecznem byłoby rozwodzić się szerzej na tem, że w leczeniu zapobiegawczem astmatyków usuwanie momentów, mogących usposabiać do powstania napadów astmy, jako to: usuwanie polipów nosowych lub wyrośli adenoidalnych, leczenie zaburzeń macicy, przewlekłych niestrawności, katarów oskrzeli, artrytyzmu i t. p., za pomocą odpowiednich metod leczniczych i higjenicznych, stanowi podstawowe wskazanie zapobiegawcze.

Wreszcie na zakończenie wspomnieć muszę, że w ostatnich latach niektórzy autorowie (Pieniążek, Nowotny, Erbrich) stosowali skutecznie w przypadkach astmy przewlekłej metodyczne rozszerzanie za pomocą bronchoskopu po uprzedniem znieczuleniu przekrwionej i zgrubiałej błony śluzowej rostworem adrenaliny i kokainy, Ma to ułatwiać wydzielanie plwociny i stopniowo zmniejszać duszność. O metodzie tej dopiero dalsze doświadczenie będzie w stanie wypowiedzieć coś bardziej pozytywnego, zdaniem bowiem mojem w przypadkach dodatnich działają

www.dlibra.wum.edu.pl

skombinowane czynniki, a więc obok rozszerzania wpływ adrenaliny, a być może i suggestji przy stosowaniu u nerwowców nowej i to skombinowanej metody leczniczej. A dalej leczenie astmy, w myśl ostatnich teorji amerykańskich za pomocą odpowiednich wakcyn i surowic, przygotowanych ad hoc zależnie od momentu etjologicznego, wywołującego astmę. Teorja ta mozolna i długotrwała jest jeszcze pod względem skuteczności bardzo wątpliwa.

Astma letnia (sienna) (*Catarrhus aestivus—Heufieber, Heuasthma, choroba Bostock'a, Astme de foin, Rhinobronchite spasmodique, Hay-fever etc.).*

Lekarz angielski Bostok opisał w 1819 roku spostrzegane na sobie i niektórych pacjentach swoich zagadkowe pod wielu względami cierpienie, polegające na perjodycznem, corocznie u tych samych osobników występującem w miesiącach letnich niezwykle mocnem podrażnieniu błony śluzowej łącznicy, nosa, gardła i dróg oddechowych, trwające nieraz kilka tygodni i kończące się zupełnie pomyślnie. W następnym roku cierpienie to zjawiało się znowu u tych samych osobników w tych samych miesiącach z towarzyszeniem tych samych objawów. Choroba ta, jak bliżej wykazały dalsze szczegółowe spostrzeżenia, występuje często w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, w Anglji, o wiele rzadziej we Francji, Niemczech i inych krajach. Aczkolwiek u nas cierpienie to spotykamy stosunkowo bardzo rzadko i do tego głównie sporadycznie w nietypowej postaci, sądzę jednak, że należy nam choć w krótkości, podać jego charakterystykę.

Etjologja i patogeneza. Pomimo bardzo licznych badań, podjętych od czasów Bostock'a przez wielu, szczególniej amerykańskich i angielskich autorów, patogeneza sprawy tej nie została jeszcze należycie wyświetlona i do dziś dnia stale zajmuje w patologji dość nieokreślone stanowisko. Jedni bowiem autorowie opisują ją w rozdziale chorób nosa, inni w rozdziałach astmy oskrzelowej, lub nerwic odruchowych; inni wreszcie uważają sprawę tę za cierpienie natury czysto zakaźnej.

Co się tyczy etjologji, to i pod tym względem autorowie trzymają się różnych poglądów; prawie każdy z nich uważa inny moment etjologiczny za podstawowy dla danej sprawy. Wymienimy tutaj główne tylko dane etjologiczne. 1) Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że istnieje pewne w wysokim stopniu indywidualne, a nawet rasowe usposobienie do tej choroby. Anglicy, a szczególniej mieszkańcy Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, najczęściej zapadają na nią. Następnie cierpienie to występuje przeważnie w miastach wielkich, dotykając głównie inteligentną i zamożną klasę ludności (duchowni, lekarze, oficerowie, bankierzy i t. p.) częściej mężczyzn, rzadziej kobiety i dzieci. 2) Pewne usposobienie ner-

www.dlibra.wum.edu.pl

wowe dziedziczne, podług jednych autorów, lub też artretyczne podług innych, szczególniej francuskich, ma odgrywać niepoślednią rolę w etjologji tego cierpienia. 3) W ostatnich dwudziestu latach, podobnie jak i w etjologji astmy oskrzelowej, zwrócono szczególniejszą uwagę na cierpienie jam nosowych. Niektórzy autorowie, szczególniej angielscy (Daly, I. Mackensie, Rouault i inni), znajdując u znacznej liczby chorych, dotkniętych tą chorobą, różnorodne zmiany w nosie, zaczęli stawiać astmę letnią w ścisłej zależności od cierpień nosowych, uważając ją za nerwicę odruchową pochodzenia nosowego. Inni jednak autorowie nie mogli się dopatrzeć tego związku, nie wynajdując u pewnej grupy chorych żadnych wyraźniejszych zmian w nosie, lub też nie mogąc osiągnąć żadnej poprawy po leczeniu miejscowem choroby. 4) Ze względu na to, że cierpienie występuje stale w miesiącach letnich (od końca maja do końca sierpnia) w porze kwitnienia różnorodnych roślin, zwrócono uwagę niemal od pierwszych lat poznania choroby na tę okoliczność i zaczęto badać, czy też powstający podczas kwitnienia pyłek nie drażni organów oddechowych i nie stanowi istotnej przyczyny choroby. Niezmiernie liczne i niesłychanie ciekawe i pracowite badania, podejmowane w tym kierunku w Anglji i Ameryce przez wielu autorów (szczególniej Blakley'a) zdawały się z początku doprowadzać do wniosku, że istotnie pyłek roślin, szczególniej należących do rodziny trawiastych (*gramineae*), powoduje chorobę. Blakley poddał szczegółowemu badaniu aż 35 rodzajów roślin trawiastych, które miały być przyczyną choroby, i przekonał się, że w Stanach Zjednoczonych głównie pyłek roślin, należących do grupy *ambrosia artemisiaefolia*, wywołuje tę chorobę. Oprócz pyłku roślinnego miał sprowadzać to cierpienie również i zapach mocny kwiatów i niektórych roślin, np. róż, następnie mocne natężenie światła słonecznego, ozon i t. p. czynniki. Jednakże badania krytyczne z ostatnich lat zaczęły powoli podawać w wątpliwość rolę etjologiczną pyłku kwiatowego, choćby dla tej prostej przyczyny, że cierpienie to występuje przeważnie w miastach, a nie na wsi, gdzie właśnie gromadzi się latem, jak to wyżej było powiedziane, większa ilość tego pyłku; następnie, że tylko pewne jednostki zapadają na tę chorobę. Słusznie też dziś panuje przekonanie, że pyłek kwiatowy może istotnie być czynnikiem, wywołującym powstanie choroby tylko u osobników do tego usposobionych; u osób zaś, u których cierpienie to już istnieje, może powodować nasilenie sprawy. Oprócz pyłku kwiatowego wywiera również wpływ pył uliczny, nadmierne natężenie światła słonecznego i wiele innych, dokładnie jeszcze dotychczas nie zbadanych czynników. 5) Wreszcie wielu autorów, poczynając od słynnego fizjologa Helmholtz'a, który, będąc dotknięty tem cierpieniem, szczegółowo je badał, przypuszcza, że astma letnia jest chorobą zakaźną, wywoływaną przez swoiste pasorzyty, które za pomocą pyłku kwiatowego dostają się do organizmu.

www.dlibra.wum.edu.pl

Za pojęciem choroby zakaźnej ma przemawiać również i ta okoliczność, że sprawa występuje w początkach jako cierpienie ogólne (gorączka, ogólne objawy rozbicia), do którego dołączają się następnie, podobnie jak w kokluszu, objawy podrażnienia dróg oddechowych z wybitnemi objawami nerwowemi, dowodzącemi podrażnienia gałązek czuciowych nerwu błędnego i trójdzielnego, a nawet z objawami podrażnienia ośrodków nerwowych. Sprawa przytem przebiega stale typowo i występuje tylko w takich porach roku, w których muszą istnieć warunki odpowiedne, podobnie jak w zimnicy, do powstawania i szerzenia się właściwego czynnika, t. j. pasorzyta. Wszystkie zaś inne czynniki (pyłek kwiatowy i t. p.) mogą stanowić tylko dodatkowe, pośrednie momenty etjologiczne.

Z zestawienia powyższych poglądów widzimy że nie jesteśmy w stanie obecnie dać należytego wyjaśnienia, dotyczącego etjologji danej sprawy, która przedstawia jednak dla nas pewne dość znaczne powinowactwo etjologlczne, a nawet kliniczne z astmą oskrzelową. W obu bowiem chorobach podstawą bezsporną cierpienia jest usposobienie neuropatyczne danych osobników, następnie jednakowe rownież czynniki mogą wywołać obiedwie te sprawy (pył, mocno drażniące błonę śluzową nosa zapachy, lub też pewne zmiany chorobowe nosa, nieraz wpływy psychiczne i t. p.). Różnica jedynie zachodzi co do typowego powtarzania się napadów astmy letniej, ograniczających się li tylko do pewnych pór roku, podczas gdy powtarzające się napady astmy oskrzelowej nie przedstawiają nigdy pewnego do pór roku ograniczonego typu.

Pod względem klinicznym astma letnia występuje pod dwiema głównemi dostaciami: kataralnej i astmatycznej. Bardzo często jednak pierwsza postać może przechodzić w drugą. W postaci pierwszej występują objawy podrażnienia błony śluzowej łącznicy i nosa. Sprawa rozpoczyna się nagle od uczucia mocnego podrażnienia i swędzenia w kątach ócz i w nosie; do tych objawów przyłącza się szybko obfite łzawienie, światłowstręt, kichanie niezwykle silne i częste z uczuciem bólu w okolicach zatok czołowych, a nieraz i tyłogłowia. Po kilku godzinach lub nieco później, wśród ciągle powtarzających się ataków mocnego kichania występuje z początku obfita śluzowa wydzielina z nosa. Jednocześnie zjawia się stan gorączkowy, nie dochodzący zazwyczaj do wysokich stopni (wieczorne nasilenia nie przekraczają 38,5—39,0°), uczucie ogólnego rozbicia, brak apetytu, bóle w krzyżu i t. p. objawy ogólnego podrażnienia nerwowego. W dalszym ciągu sprawa przechodzi na błonę śluzową gardła, tchawicy i oskrzeli; występują objawy, właściwe ostrym katarom tych okolic, a więc uczucie zasychania i drapania w gardle, chrypka i ból w okolicy krtani, ciągłe odchrząkiwanie kaszel suchy, męczący, a wreszcie uczucie duszności, które niekiedy dochodzi do powstawania, szczególniej w nocy, napadów prawdziwej astmy oskrzelowej. W ciągu dni kilku lub kilkunastu wszystkie powyższe objawy słabną w natężeniu: uczucie podrażnienia zmniejsza

www.dlibra.wum.edu.pl

się, kichanie staje się rzadsze; natomiast zjawia się z nosa obfita śluzoworopna wydzielina, kaszel zaś, zmniejszając się w natężeniu, zaczyna stopniowo przybierać charakter kaszlu miękkiego, właściwego katarowi grubych i średnich oskrzeli z obfitą wydzieliną śluzoworopną. To samo da się powiedzieć o przebiegu gorączki, która powoli się zmniejsza, ustępując wreszcie w zupełności.

W postaci drugiej, t. j. astmatycznej, występują na pierwszy plan objawy ze strony oskrzeli, pod postacią męczącego, suchego kaszlu, do którego dołączają sią napady duszności, zjawiające się nietylko w nocy lecz i w ciągu dnia. Natualnie i tej postaci z początku występują objawy ze strony łącznicy i nosa, również objawy ogólne: gorączka, uczucie ogólnego rozbicia, obok nadmiernego podrażnienia całego ustroju nerwowego.

W lekkiej postaci choroba trwa zazwyczaj nie mniej niż 2—3 tygodni, w większości jednak przypadków 6—8 tygodni, a nawet i wiele dłużej, często aż do nastąpienia pory chłodniejszej. W przebiegu swoim sprawa może przedstawiać liczne okresy uspokajania lub też wzmagania się objawów, które nieraz słabną w swem natężeniu pod wieczór z ochłodzeniem się powietrza. Niekiedy nawet po zupełnem ustąpieniu choroby po niejakim czasie mogą znowu występować typowe nawroty z gorączką i objawami świeżego podrażnienia dróg oddechowych.

P o w i k ł a n i a, a szczególniej powikłania pod postacią głębszego zajęcia dróg oddechowych, występować mają w astmie letniej bardzo rzadko; z nastaniem chłodniejszej pory roku chorzy powracają zazwyczaj do poprzedniego normalnego stanu. Raz jednakże przebyte cierpienie niemal stale pozostawia usposobienie do ponowienia się sprawy pod tą samą postacią w porze letniej następnego roku, a nieraz całego szeregu następujących po sobie lat. Opisywano przypadki, że niektórzy ludzie aż do późnej starości, t. j. w ciągu kilkudziesięciu lat, co rok, stale w lecie zapadali na tę chorobę, która przebiegała u nich z jednakowemi, podobnemi do poprzednich objawami.

Co się tyczy przypadków, u nas spostrzeganych, to jak to już wyżej zaznaczyłem, astma letnia występuje w naszym klimacie dość rzadko, sporadycznie, pod postacią stosunkowo lżejszą. Znam jednak osoby, które, czując się zupełnie zdrowo podczas zimy i wiosny, z nastaniem upałów letnich a szczególniej w czerwcu i lipcu, doświadczają niezwykle mocnego kataru nosa z uczuciem ogólnego rozbicia i zmuszone bywają przez kilka dni pozostawać w domu, a nawet w łóżku. Katarowi nosa towarzyszy mocne podrażnienie łącznicy; w ciągu następnych dni dołączają się objawy kataru oskrzelowego w połączeniu z dusznością. Sprawa cała mniej więcej po dwutygodniowym przebiegu kończy się pomyślnie, lecz znowu występuje podczas lata roku następnego. Osoby te wyraźnie zaznaczały

www.dlibra.wum.edu.pl

mi i wypowiadały swoje zdziwienie, że właśnie upał letni stale im szkodzi, doświadczały bowiem owych napadów nietylko w mieście, ale nawet podczas pobytu na swieżem powietrzu. W każdym razie cierpienie to należy u nas do zjawisk, o ile sądzę, rzadkich. Wartoby jednak zwrócić w odpowiednich przypadkach baczniejszą na nie uwagę, mając szczególniej na względzie momenty etjologiczne tej sprawy.

Rozpoznanie choroby, bardzo typowej z powodu nagłego powstawania, objawów i przebiegu, nie powinno w większości przypadków przedstawiać poważniejszych trudności. W początkach, zwłaszcza podczas lata, możnaby ją zmieszać z odrą; pojawienie się jednak w ciącu następnych dni typowej wysypki rozpoznanie wyjaśni na korzyść tej ostatniej. Przewlekłe postaci mogą przedstawiać pewne podobieństwo do przypadków przewlekłych zatrucia arszenikiem, zawartym w obiciach zielonych.

Leczenie. Zmiana miejscowości, a szczególniej pobyt nad morzem, lub też dłuższa podróż morska, mają w niektórych przypadkach, choć jednak nie zawsze, zapobiegać powtarzaniu się napadów. Również w przypadkach już rozwiniętej choroby te same środki mają, podług autorów amerykańskich, w wysokim stopniu wpływać łagodząco na przebieg i na okres trwania choroby. Z wielu różnorodnych metod leczniczych, stosowanych w Anglji i Ameryce, nie osiągnięto dotychczas jakichkolwiek dodatnich wyników; najkorzystniej jeszcze działać mają chinina i antypiryna, obok stosowania odpowiedniego leczenia higjeniczno - djetetycznego.

Miejscowe leczenie nosa za pomocą różnorodnych środków (galwanokaustyczne przypalania muszel, wdmuchiwanie środków odkażających i znieczulających, pulweryzacja i t. p.), na które w początkach pokładano wielkie nadzieje, zawiodło i w większości przypadków nie chroniło od nawrotów choroby. Środki te jednak przy leczeniu objawowem, podczas przebiegu choroby, mogą być bardzo pożyteczne. Należy jednak stosować je oględnie i przedewszystkiem zalecać środki, działające łagodnie i uspokajająco na błonę śluzową nosa: np: maść boromentolową, pulweryzacje alkaliczne z domieszką kakainy, wdmuchiwania bismutu z kokainą lub mentolem i t. p. Podstawę jednak leczenia stanowić będą stanowczo ogólne środki higjeniczno-djetetyczne: zmiana miejscowości, stosowanie metod, wzmacniających odporność i ustrój nerwowy chorych (pobyt w górach, hydroterapja, wewnątrz przetwory arszenikowe i t. p.).

---

www.dlibra.wum.edu.pl

KOKLUSZ, KRZTUSIEC.

Tussis convulsiva. Pertussis.

WYKŁAD XVII.

TREŚĆ. Koklusz jako choroba natury zakaźnej; powody, dla których pomieszczana bywa w rozdziale chorób dróg oddechowych. Określenie choroby. Rys historyczny jej rozwoju. Etjologja i patogeneza kokluszu. Objawy kokluszu. Opis napadu i jego odmiany. Zmiany anatomopatologiczne. Rozpoznanie. Powikłania, zejście i rokowanie. Leczenie ogólne i miejscowe.

Jakkolwiek nie ulega dziś najmniejszej wątpliwości, że koklusz jest chorobą zakaźną, epidemiczną, wywołaną przez swoisty, dotychczas jeszcze niezupełnie ściśle określony pasorzyt, to jednak cierpienie to bywa opisywane nietylko w podręcznikach chorób zakaźnych (ostatnio w podręczniku Biegańskiego), lecz również w podręcznikach chorób dróg oddechowych, jak to powszechnie miało miejsce dawniej, a nawet i w ostatniej dobie (Bouchard-Charcot). Przyczyny tego należy szukać w tej okoliczności, że koklusz w całym swoim przebiegu od początku aż do końca przejawia się głównie pod postacią zaburzeń ze strony dróg oddechowych: kaszlu, plwociny, duszności i t. p. objawów, stanowiących wybitną i do tego stopnia nieodłączną cechę cierpienia, że nie może być mowy o kokluszu bez kaszlu, duszności i tak zwanych ataków kokluszowych. Inne choroby zakaźne (np. tyfus i grypa), choć nieraz przebiegają z jasno wyrażonemi i przeważającemi objawami ze strony dróg oddechowych, to jednak w poszczególnych nieraz przypadkach, a nawet i w całych epidemjach tych chorób zaburzenia ze strony dróg oddechowych bywają bardzo nieznaczne, lub też niema ich zupełnie.

www.dlibra.wum.edu.pl

Z powyższego względu w niniejszej pracy pomieszczam rozdział o kokluszu, podobnie jak uczyniłem z astmą, która, choć przedstawia czystą nerwicę, jednak, z powodu stale towarzyszących jej objawów ze strony dróg odechowych, powszechnie opisywana bywa w podręcznikach chorób tej kategorji.

Określenie. Pod nazwą kokluszu rozumiemy chorobę zakaźną, swoistą, bardzo zaraźliwą, przebiegającą pod postacią ostrego kataru dróg oddechowych z objawami wielce charakterystycznych t. zw. napadów kokluszowych.

Patogeza i etjologja sprawy.

Pojęcie kokluszu, jako choroby zaraźliwej jasno przedstawiali sobie już najdawniejsi autorowie, jako to: Baillon, lekarz francuski z XVI stulecia, Willis i Sydenham z XVIII. Znakomity zaś lekarz angielski Cullen z XVIII wieku stanowczo uważa koklusz za chorobę zaraźliwą, określając ją następującemi wielce charakterystycznemi słowami: „*Morbus contagiosus; tussis convulsiwa strangulans cum inspiratione sonora iterata, saepe vomitus*". Koklusz więc musiał panować w Europie od niepamiętnych czasów; zdaje się, że choroba znana już była Gallenowi, a niektórzy pisarze średniowieczni, aczkolwiek niejasną, podają jednak o niej wzmiankę. Dopiero poczynając od XVI wieku, mamy dokładne dane i opisy różnych wielkich epidemji kokluszu, panujących w Europie w XVI, XVII, XVIII wieku. Niektóre z nich, a szczególniej epidemja, panująca we Francyi w 1557 roku, odznaczały się niezwykłą gwałtownością i przebiegały w ciągu kilku lat całą niemal Europę, powodując znaczną śmiertelność wśród dzieci. Również szerokie rozmiary przybrała epidemja kokluszu w połowie XVIII wieku w Europie, szczególniej złośliwie w Anglji i Szwecji. Podczas tej epidemji, trwającej od 1749—1764, podług Rosen'a, który szczegółowo ją opisał, miało umrzeć w tych krajach 40000 dzieci. W ubiegłem stuleciu koklusz rozszerzył się na całą Europę, powodując niemal co kilka lat, szczególniej w wielkich miastach Zachodu, znaczną śmiertelność, przeważnie wśród małych dzieci. Wreszcie w ostatnich dziesiątkach lat koklusz stale istnieje w wielkich miastach Europy, od czasu do czasu objawiając się pod postacią znaczniejszych nasileń. W wykazach statystycznych spotykamy we wszystkich wielkich miastach stale dość znaczny stosunkowo odsetek śmiertelności w rubrykach kokluszu. W Paryżu od 1880—1893 roku zmarło na koklusz 6079 dzieci; roczna zaś śmiertelność w ciągu tego okresu lat wahała się pomiędzy 334 a 663. W Londynie w roku 1893 zmarło na koklusz 2300 osób, w całej zaś W. Brytanji w 1876 roku zmarło przeszło 10000 osób. Liczba ta odpowiada mniej więcej przeciętnie stałej rocznej liczbie zmarłych na koklusz, podanych przez tamtejsze

www.dlibra.wum.edu.pl

ścisłe statystyki. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej liczba zmarłych na koklusz jest również znaczna, wynosi bowiem w ciągu 20-tu lat, t. j. od 1880—1900 r. przeciętnie około 10 tysięcy rocznie. Co się tyczy Warszawy, to zdołaliśmy zebrać następujące dane:

Statystyka śmiertelności kokluszu w Warszawie:

Rok	Il. śmierci	Odsetek	Rok	Il. śmierci	Odsetek
1877	82	0,98	1889	96	0,74
1878	119	1,15	1890	102	0,90
1879	121	1,50	1891	34	0,32
1880	93	0,94	1892	122	0,87
1881	81	0,68	1893	169	1,41
1882	146	1,08	1894	102	0,81
1883	79	0,64	1895	77	0,63
1885	134	1,06	1896	147	1,13
1886	78	0,65	1897	84	0,68
1887	42	0,36	1898	101	0,71
1888	59	0,53	1899	140	1,01

Wogóle przeciętnie od roku 1877 do roku 1912 śmiertelność dzieci na koklusz w Warszawie waha się między 80 a 200 przypadkami rocznie które to liczby wydają mi się o wiele niższemi od rzeczywistych, gdyż zejście śmiertelne niezawsze bywa rejestrowane jako zależne od kokluszu, lecz od choroby wikłającej go (zapalenie płuc, gruźlica i t. p.). To samo w wyższym jeszcze stopniu da się powiedzieć o śmiertelności w całym kraju u dzieci z kokluszu. I tak, Grabski w swojej Statystyce Królestwa Polskiego podaje, że w roku 1910 zmarło na koklusz 1745 dzieci, a chorowało 17,364, w roku zaś 1911 zapadło 13454 a zmarło 1516 dzieci.

Statystyka kokluszu w szpitalu dla dzieci przy ul. Aleksandrja.

Rok.	Chorzy na kokl.	Ogólna liczba chorych szpital.	Rok.	Chorzy na kokl.	Ogólna liczba chorych szpital.
1893	71	1325	1897	38	1403
1894	51	1351	1898	67	1746
1895	52	1385	1899	49	1471
1896	40	1424	1900	53	1404

www.dlibra.wum.edu.pl

Statystyka kokluszu w Żydowskim szpitalu dla dzieci:

Rok.	Liczba ch. na kokl.	Liczba og. ch. wew.	Rok.	Liczba ch. na kokl.	Licz. og. ch. wew. ambul.
1890	325	10183	1896	594	11689
1891	283	11693	1897	446	12637
1892	726	11366	1898	613	14193
1893	528	12427	1899	566	12403
1894	363	11531	1900	576	10678
1895	390	11825			

Statystyka kokluszu w zakładzie dla dzieci Dr. Bączkiewicza.

Rok.	wyp. pewne.	w. niepewne	MIESIĄCE												Liczba ogólna chorych wewn. ambul.
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
1898	42	16	4	4	5	1	5	9	11	5	4	5	5	—	2604
1899	109	15	5	2	3	7	12	17	20	23	9	11	8	7	2570
1900	92	28	5	4	4	7	14	6	16	18	18	5	15	8	2671
1901	123	21	8	6	3	10	19	33	65						1756

Naturalnie liczby te nie pozwalają nam jeszcze wyprowadzić danych o liczbie dzieci, zapadających na koklusz; śmiertelne bowiem zejście w kokluszu występuje wskutek ciężkich powikłań, które podczas jednej epidemji zdarzają się częściej, a w innej rzadziej. Doświadczenie poucza nas, że nawet w stosunkowo lekkich epidemjach kokluszu zapada nań wiele dzieci, i że liczby zapadających w wielkich miastach nie da się dokładnie określić. Podczas epidemji, panującej w małych miasteczkach, lub wsiach spostrzega się nieraz, że przeważna większość dzieci, szczególniej do 5 roku życia, zapada na koklusz; zaraźliwość bowiem kokluszu jest ogromna, a zarażają się nim wyłącznie dzieci; ztąd też koklusz słusznie jest uważany za chorobę *par excellence* wieku dziecięcego, w okresie pierwszych pięciu lat życia. Podług West'a z liczby 1367 dzieci, dotkniętych kokluszem, jedenaście miało więcej niż 10 lat wieku; podług Relliet'a i Bartez'a na 601 dzieci, chorych na koklusz tylko 14 przekroczyło rok dziesiąty. Z ogólnej liczby 557 dzieci, chorych na koklusz, spostrzeganych przez Comby'ego 118 dzieci nie miało jeszcze 2-ch lat, (45 mniej niż rok a 7 mniej niż 7 miesięcy), 302 od 2—5 lat, 96 od 5—7, 36 więcej niż 7 lat. Niektórzy autorowie spostrzegali również koklusz u nowonarodzonych dzieci, lub też u dzieci w kilka lub kilkanaście dni po urodzeniu. Po dziesiątym roku życia występuje u dzieci koklusz stosunkowo rzadko,

www.dlibra.wum.edu.pl

a zupełnie wyjątkowo tylko u ludzi dorosłych. Fakt ten starano się wytłómaczyć w ten sposób, że wielu ludzi w dzieciństwie swojem przebywało koklusz, a ponieważ jednorazowe przebycie kokluszu ma zabezpieczać organizm od powtórnego zarażenia się, ztąd dorośli są do pewnego stopnia niewrażliwi, uodpornieni przeciwko tej chorobie. Doświadczenie jednak wykazuje, że pogląd ten nie jest zupełnie słuszny, gdyż wiele dzieci w najmłodszych latach, wychowanych w wielkich miastach, podczas epidemji nie zapada na koklusz, a nawet przebywszy wiek krytyczny dla tej choroby, t. j. dziesiąty rok życia, wyjątkowo tylko podczas wybuchu epidemji domowej zaraża się od młodszego rodzeństwa. Widocznie więc jedynie małe dzieci są wyjątkowo usposobione do zarażania się kokluszem; dorośli zaś, jak już wyżej powiedziałem, rzadko zapadają na tę chorobę. Najczęściej stosunkowo spostrzegano koklusz u matek, nianiek, mamek wskutek blizkiego ich obcowania z dziećmi kokluszowemi, u osób zaś dorosłych, szczególniej u mężczyzn, mających jedynie pośrednią styczność z choremi dziećmi, koklusz występuje bardzo rzadko. Sam spostrzegałem kilka przypadków kokluszu u osób dorosłych, zawsze jest jednak wątpliwe czy w tych razach istotnie mamy do czynienia z kokluszem; koklusz bowiem u dorosłych nie przedstawia tych wielce typowych objawów, jakie spostrzegamy u dzieci. Rozpoznanie nasze opieramy na podstawie długotrwałego suchego kaszlu, braku odpowiednich wyraźnych objawów przedmiotowych ze strony klatki piersiowej i sąsiednich organów, upartego przebiegu sprawy, oraz wywiadów, stwierdzających obecność kokluszu w domu lub w danej miejscowości.

Co się tyczy p ł c i, to powszechnie panuje przekonanie, że na koklusz zapada więcej dziewczynek niż chłopców. Również spostrzeżono, co zresztą dotyczy i innych chorób zakaźnych, że podczas panującej epidemji kokluszu przedewszystkiem zapadają dzieci wątłe, źle odżywiane, krzywiczne zołzowate, lub też dzieci z innemi chorobami ustrojowemi.

O s p o s o b i e p r z e n o s z e n i a się zarazka, a tem samem szerzenia się choroby, nie mamy dotychczas żadnych ścisłych danych. Doświadczenie wykazuje, że prawdopodobnie, do szerzenia choroby przyczynia się zawierające zarazek powietrze, że choroba może udzielać się również przez osobę, która czasowo znajdowała się w tem miejscu, gdzie przebywały kokluszem dotknięte dzieci, a także przez pośrednictwo przedmiotów (ubranie, zabawki, listy), które służyły do użytku chorego dziecka. Istnieją nawet opisy wiarogodnych autorów, jakoby pośrednikami w przenoszeniu zarazy bywały zwierzęta domowe szczególniej psy, które zapadają na koklusz typowy. Zarazek kokluszowy jest bardzo odporny na wpływy zewnętrzne. Znajdujemy opisy przypadków epidemji, powstałej po przybyciu do pewnych miejscowości po długotrwałej żegludze morskiej załogi okrętowej, wśród której znajdowała się osoba, dotknięta kokluszem (epidemje,

www.dlibra.wum.edu.pl

spostrzegane w Irlandji, na wyspie św. Heleny i t. p.). Co się tyczy wpływu klimatu i warunków telurycznych na rozwój i szerzenie się kokluszu, to pod tym względem nie mamy pewnych danych; koklusz bowiem powstaje epidemicznie i szerzyć się może zarówno w północnych jak i południowych krajach. Zdaje się jednak, że klimat surowej północy, pora zimowa i wiosenna bardziej sprzyjają szerzeniu się sprawy, aniżeli klimat łagodny, pora letnia lub wczesna jesienna. Fakty powyższe, zdaje się, tłómaczą się tą okolicznością, że w zimie i na wiosnę dzieci, szczególniej biedniejszej ludności, przebywają w mieszkaniach dusznych, źle lub wcale nieprzewietrzanych, więc w atmosferze wogóle usposabiającej do katarów dróg oddechowych, ztąd też epidemja kokluszu znajduje w tych warunkach łatwy i podatny grunt do szybkiego szerzenia się. Przeciwnie latem nawet i w wielkich miastach dzieci więcej przebywają na powietrzu, zazwyczaj przestają kaszlać i wskutek tego mniej są narażone na zarażenie się kokluszem, gdyż wedle wszelkiego prawdopodobieństwa zakażenie mieszane w kokluszu, podobnie jak i w innych chorobach zakaźnych, odgrywa niepoślednią rolę.

Nieco wyżej wzmiankowałem, że raz przebyty koklusz zabezpiecza organizm dziecka od powtórnego zarażenia się; powtórne zarażenie występuje wyjątkowo rzadko, nawet w takich razach zawsze nasuwa się wątpliwość, czy uprzednio przebyta choroba była rzeczywiście kokluszem. W samym przebiegu jeszcze istniejącego kokluszu zdarza się nieraz ponowne wystąpienie choroby, czyli t. zw. nawrót. Właściwie mówiąc, podobne nawroty stanowią w większości przypadków tylko dalszy ciąg choroby, która na pewien czas przyjęła nieco łagodniejszy przebieg, aby po niejakim czasie znowu wystąpić w typowej postaci. W innych znowu przypadkach recydywy stanowią tylko następne powikłania choroby najczęściej nieżytem drobnych oskrzeli, lub zapaleniem zrazikowem płuc. Należy jeszcze wspomnieć o tem, że koklusz jest zaraźliwy podczas całego przebiegu choroby. Zdaje się jednak, że okres napadów przedstawia najwyższy stopień zaraźliwości, gdyż wtedy chory najwięcej kaszle i odpluwa, przez co do otaczającego powietrza dostaje się najwięcej zarazka kokluszowego, który, padając na odpowiedni grunt, może wywołać chorobę u innych dzieci. Niektórzy autorowie (E. Weill i M. Péhu) [1]) twierdzą, iż jedynie wstępny okres kokluszu jest najbardziej zaraźliwy.

Aczkolwiek już autorowie ubiegłych wieków uważali koklusz za chorobę, wywołaną przez swoisty zarazek, to jednak dopiero w ostatnich trzydziestu latach, w okresie rozwoju bakterjologji, zajęto się gorliwie sprawą wynalezienia właściwego tej chorobie pasorzyta. W tym celu pod-

---

[1]) La Semaine Médicale № 49. 1901.

www.dlibra.wum.edu.pl

dawano szczegółowemu bakterjologicznemu badaniu wydzieliny nosa, gardła, krtani i oskrzeli dotkniętych kokluszem osobników. Badania te jednak dotychczas nie doprowadziły do zadawalających stałych wyników, wyniki bowiem jednych autorów nie zgadzały się z wynikami innych. Z ogromnej liczby prac tej kategorji wspomnimy tylko niektóre. Poulet pierwszy opisał jokoby swoisty dla kokluszu pasorzyt, który nazwał *bacterium termo*. Następnie Letzerich i Tcharmer wykryli w plwocinie grzybek, składający się z długich nici, wśród których znajdywały się liczne okrągłe zarodniki. Grzybek ten, określając go jako *ustilago maidis*, mieli stale znajdywać w plwocinie kokluszowej; hodowle, szczepione zwierzętom, miały wywoływać napady kaszlu, podobne do kokluszu. Badania jednak innych autorów poglądów tych nie potwierdziły. To samo da się również powiedzieć o opisanym przez Afanasiewa laseczniku, nazwanym przez niego *baccillus tussis convulsivae*. Lasecznik ten przedstawia się pod postacią bardzo krótkich laseczek (0,6—2 mikromil.); wyhodowany na żelatynie, a następnie zaszczepiony zwierzętom miał wywołać napady kaszlu podobne do kokluszowych, jakoteż zapalenie oskrzeli i zapalenie płuc zrazikowe. Badania jednak Afanasiewa nie zostały potwierdzone przez innych autorów. Ritter w całym szeregu prac starał się dowieść, że właściwą przyczynę kokluszu stanowi *diplococcus*, podczas gdy Cohn i Neumann znajdywali w wydzielinie kokluszowej przeważnie rozmaite rodzaje paciorkowców. Deichler na zasadzie swoich badań starał się obalić poglądy poprzednich autorów, utrzymując, że istotną przyczynę kokluszu stanowi pewien rodzaj pierwotniaków (*brotozoa*). Wreszcie wspomnieć jeszcze należy o całym szeregu badań, dokonanych w tym kierunku przez Czaplewskiego, dyrektora instytutu bakterjologicznego w Kolonji. Czaplewski znajdywał stale w plwocinie kokluszowej krótki barwiący się za pomocą metody Gram'a lasecznik, który pod względem morfologicznym i pod względem hodowania niewiele różni się od właściwego pneumokoka. Dalsze jednakże badania nie potwierdziły wyników badań Czaplewskiego i innych, wyżej wzmiankowanych autorów, co do swoistości opisanych przez nich pasorzytów. Natomiast zdaje się, że po mozolnej pracy udało się francuskim badaczom (Bordetowi i Gangou) wykryć w 1906 r. swoisty pasorzyt kokluszu, który ma się przedstawiać pod postacią drobnych pałeczek, barwiących się, podobnie jak pałeczki dżumy, najlepiej na swych końcach biegunowych barwnikami zasadowemi. Ciż badacze zdołali otrzymać czyste hodowle, które agglutynują krew, otrzymaną od rekonwalescentów po przebytym kokluszu. Autorowie ci i niektórzy inni szczepiąc te swoiste pasorzyty psom i królikom mieli jakoby wywołać u tych zwierząt napady kaszlu, przypominające koklusz.*) Barde i inni

*) Patrz bliższe szczegóły w sprawie bakterjologji kokluszu w pracy zbiorowej p. t. Bacteriologie de la coqueluche (Revue Critique) Annales de médecine A. 3. 1920.

www.dlibra.wum.edu.pl

otrzymali również swoiste surowice i szczepionki, które u dzieci koklu-szowych miały dodatnio wpływać na przebieg kokluszu. W każdym razie już dzisiaj nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przyczyną kokluszu jest jakiś, dotychczas stanowczo jeszcze nieokreślony, pasorzyt. Powstaje te-raz pytanie, w jaki sposób działa ten pasorzyt na organizm dziecka, wy-wołując niemal stale i zawsze typowe objawy, umiejscowione podczas całego przebiegu spraw w narządach oddechowych, z początku w górnym ich odcinku, w nosie, gardle i krtani, a następnie w tchawicy i oskrzelach. Zgodnie z pojęciem o chorobie zakaźnej należałoby przyjąć działanie pa-sorzyta na ogólny ustrój, za czem również przemawiałyby dane kliniczne jako to: zabezpieczenie organizmu od powtórnego zarażenia się po prze-bytej chorobie, jak to ma miejsce w większości chorób zakaźnych. Z dru-giej jednak strony obecność objawów, odnoszących się li tylko do dróg oddechowych, zdawałaby się przemawiać za umiejscowieniem zarazka jedynie na błonie śluzowej dróg oddechowych. Za ostatnim poglądem przemawiają badania laryngoskopowe dzieci, dotkniętych kokluszem, do-konane przez licznych autorów (Herf, Meyer-Hüni, Störk, Ros-bach i inni), które miały wykazywać pewne zmiany w niektórych miej-scach krtani, przeważnie na tylnej jej ścianie, w okolicy międzynalewkowej.

Mocne przekrwienie i obrzmienie tej okolicy, a nawet możliwość wy wołania napadu kokluszu przez dotykanie zgłębnikiem obrzmiałego miej-sca, zdawało się przemawiać za tą teorją i pozwoliło niektórym autorom uważać koklusz za cierpienie swoiste, umiejscowione w pewnych okoli-cach górnego odcinka dróg oddechowych (Herf). Dalsze jednak badania nie potwierdziły tych poglądów, w wielu bowiem przypadkach kokluszu nie wykrywano za pomocą wziernika zmian wyraźnych (oprócz przekrwie-nia) w wyżej wzmiankowanych okolicach krtani; również wykazano zupełną bezskuteczność miejscowego leczenia krtani, co przemawia przeciw przyję-ciu podobnego wyjaśnienia patogenezy sprawy. W ostatnich czasach nie-którzy autorowie starali się wyjaśnić patogenezę kokluszu za pomocą teorji pośredniej między dwoma poprzedniemi poglądami. Podług tych autorów zarazek kokluszu rzeczywiście działa początkowo li tylko miej-scowo na błonę śluzową dróg oddechowych, podobnie do miejscowego działania zarazka trypra na błonę śluzową cewki moczowej. Zarazek ten sam przez się, lub prawdopodobnie przez wytworzenie toksyny wywołuje podrażnienie błony śluzowej z następnem mocnem przekrwieniem, jakoteż stan nadmiernej pobudliwości gałązek nerwu błędnego, która następnie sprowadza mocne podrażnienie ośrodków kaszlowego i wydechowego, umiejscowionych w mózgu lub rdzeniu przedłużonym (*ala cinerea* podług Koths'a, a przednia część wzgórków czworaczych podług Semon-Horsley'a). Z jednej strony nadmierna wrażliwość ośrodka kaszlowego, z drugiej strony nadmierna pobudliwość gałązek nerwu błędnego na całej

www.dlibra.wum.edu.pl

jego przestrzeni wyjaśniłyby nam, dlaczego w niektórych razach odruch pod postacią napadu kokluszowego powstać może wskutek podrażnienia, wywołanego przez śluz, nagromadzony w jamie nosowej lub w okolicy tylnej ściany krtani. Innym razem ten sam odruch może powstać z tchawicy lub oskrzeli; wreszcie powstawanie napadów może być pochodzenia ośrodkowego, np. napad kokluszu, wywołany u dziecka przestrachem, albo powstanie napadu u dziecka z chwilą rozpoczynającego się napadu u innego dziecka i t. p. Przypuszczenie to, t. j. podrażnienie ośrodka za pomocą toksyn, wyjaśniłoby nam również pochodzenie innych objawów, występujących nieraz w przebiegu kokluszu, jako to: drgawek ogólnych, obrzmienia gruczołów okołooskrzelowych, stanu gorączkowego i t. p. Objawy te bowiem są zupełnie analogiczne z objawami, występującemi nieraz w przebiegu trypra, który, chociaż długo pozostaje chorobą miejscową, może wywołać swoiste zapalenie wsierdzia, stawów i t. p.

Powyżej wygłoszona teorja, podana w ostatnich czasach przez Sticker'a[1]), Monti'ego[2]), i innych, najlepiej wyjaśnia patogenezę sprawy i wszystkie objawy, spostrzegane podczas przebiegu kokluszu. O innych zaś bardzo licznych i różnorodnych teorjach, odnoszących się do patogenezy kokluszu, możemy wspomnieć jedynie bardzo pobieżnie, gdyż mają one dzisiaj przeważnie znaczenie tylko historyczne. Do nich zaliczamy poglądy, uważające koklusz li tylko za bardziej spotęgowany katar dróg oddechowych, za pewną odmianę odry, lub zimnicy, za podrażnienie nerwów błędnych, wywołane powiększeniem i obrzękiem gruczołów okołotchawicznych i okołooskrzelowych (Gueneau de Mussy), za nerwicę odruchową pochodzenia nosowego (Michel), za nerwicę ogólną i t. p.

Objawy kokluszu. *(Symptomatologja).*

Przebieg kliniczny kokluszu przedstawia nadzwyczaj typowe objawy i zależnie od nich może być podzielony na cztery odrębne okresy: 1. okres utajenia czyli wylęgania (*stadium incubationis*), 2. okres nieżytowy (*stadium catarrhale*), 3. okres napadowy (*st. convulsivum*), 4. okres rozejścia się (*st. decrementi*). W większości przypadków w przebiegu kokluszu jesteśmy w stanie odróżnić poszczególne okresy, choć nieraz okres nieżytowy bardzo szybko przechodzi w okres napadowy, a ten ostatni często zupełnie niespostrzeżenie przechodzi w okres końcowy.

Okres utajenia zazwyczaj albo nie przedstawia żadnych objawów i trwa dni kilka; albo też odrazu występuje kaszel suchy, katar nosa, uczucie nieznacznego rozbicia, nawet lekka gorączka. Objawy te nie sta-

---

[1]) D-r G. Sticker. Der Keuchusten (Nothnagel, Specielle Pathologie und Therapie —IV Bd. 1896).

[2]) Monti. Keuchusten—Votrăge v. Kinderheilkunde, Wien 1900.

www.dlibra.wum.edu.pl

nowią jednak nic charakterystycznego dla poczynającego się kokluszu, spostrzegamy je bowiem również w początkowych okresach zwykłego nieżytu oskrzelowego, jakoteż i innej zakaźnej choroby (odry, influency i t. p.). W okresie nieżytowym natomiast jako stały objaw występuje kaszel z początku suchy, odrazu jednak posiadający charakter kaszlu głośnego, napadowego, przeważnie w nocy. Oprócz kaszlu spostrzegamy również dość często objawy podrażnienia górnego odcinka dróg oddechowych: katar nosa, gardła, lekką chrypkę, a nawet nieraz nieznaczne nasilenia gorączkowe, dochodzące wieczorem do 38,5°. Okres ten trwa dni kilka, może jednak przeciągnąć się do dwóch tygodni. Powoli objawy gardłowonosowe słabną, natomiast napady suchego kaszlu stopniowo wzmagają się, występują już nietylko w nocy, ale również i wśród dnia, stają się bardziej upartemi, połączonemi z wymiotami, a wreszcie przyjmują charakter t. zw. zaciągania się, które stanowi przejście do właściwego okresu kokluszu, t. j. okresu napadowego. Za objaw właściwy okresowi nieżytowemu uważają, szczególniej autorowie francuscy, ból w okolicy mostka. Objaw ten jednak nie jest stały i można go wykryć jedynie u starszych dzieci; oprócz tego spostrzegać się daje również i w zwykłem zapaleniu nieżytowem oskrzeli, o czem wzmiankowaliśmy w odpowiednim wykładzie.

Okres trzeci, t. j. napadowy (*st. convulsivum*) jest najbardziej typowym okresem, a istotny i podstawowy objaw jego stanowi t. zw. napad kokluszowy. Napad polega, jak wiadomo, na pewnym szeregu szybko po sobie następujących głośnych, krótkich, połączonych z kaszlem wydechów, po których następuje dłuższy, świszczący wdech, nadzwyczaj typowy, z charakterem t. zw. zaciągania się, warunkowanego odruchowem zwężeniem głośni. Świszczący wdech przypomina nieraz pianie koguta. Po zaciąganiu się mamy 20—30 sekundową lub też dłuższą przerwę, po której znowu występuje szereg wydechów kaszlowych z następczym wdechem świszczącym, następczą przerwą i t. d. Powtarza się to kilka, a nawet kilkanaście razy; aż nareszcie po ostatnim głębokim wdechu świszczącym chory wyrzuca niewielką ilość lepkiej plwociny lub wymiotuje i napad kokluszowy kończy się, oddech prawidłowy powraca aż do ponownego wystąpienia napadu.

Okoliczności, poprzedzające napad, po mistrzowsku skreślił Trousseau w następujący sposób: „Dziecko, bawiąc się wesoło, raptownie na kilka minut przed wybuchem napadu zatrzymuje się, wesołość ustępuje miejsca smutkowi, oddala się od swych towarzyszy zabawy, przeczuwa bowiem nadejście napadu, doświadczając uczucia drapania i łechtania w gardle i krtani. Dziecko używa z początku wszelkich wysiłków, aby powstrzymać zbliżający się napad: stara się nie oddychać głęboko, a nawet wstrzymuje zupełnie oddech, obawiając się, żeby raptowne przedostanie

www.dlibra.wum.edu.pl

się znacznej ilości powietrza do krtani nie wywołało owego przykrego napadu, który już zna ze smutnego doświadczenia. Wszystkie te jednak wysiłki woli dziecka nic nie pomagają, mogą one zaledwie nieco opóźnić napad. Jeżeli dziecko zakrzyczy lub zapłacze w tej chwili, lub też jeżeli znajdzie się pod wpływem jakiegokolwiek wrażenia, np. strachu, napad wyzwala się prędzej. Jeżeli przed nadejściem napadu dziecko leży w łóżku, zrywa się wtedy raptownie, stara się schwycić za poręcz łóżka, aby mieć punkt oparcia. Wreszcie następuje skreślony już wyżej napad, trwający ½—1 minuty i dłużej, podczas którego twarz dziecka staje się mocno zaczerwienioną, często nawet sinawą tak, że nieraz zdaje się, że dziecko nie przeżyje napadu i bezwarunkowo udusić się musi. Dziecko zazwyczaj zdaje sobie dokładnie sprawę z tego, że napad się skończył, czuje się mocno wyczerpane i zmęczone. Najczęściej, jak to już wyżej wspominałem, po napadzie występują wymioty w połączeniu z wyrzucaniem niewielkiej ilości śluzowej lepkiej plwociny, zawierającej śluz i komórki nabłonkowe górnego odcinka dróg oddechowych, oraz różnorodne wyżej opisane pasorzyty. Co się tyczy samych napadów, to i pod tym względem spostrzegamy rozmaite odmiany: z początku i pod koniec tego okresu napady bywają krótkie, wdech świszczący mniej wyraźny, przerwy między napadami stosunkowo długie; na wysokości zaś choroby trwają dłużej, nieraz nawet kilka minut, występują równie często w ciągu dnia i nocy. Liczba napadów bywa wielce rozmaita: przeciętnie 20—30 napadów w ciągu doby; nieraz jednak bywa znacznie większa, dochodzi do stu, a nawet i więcej. U dzieci bardzo małych, mniej niż rok życia mających, napady zazwyczaj bywają mniej typowe, a wdech świszczący mniej, wyraźny. Nieraz towarzyszy napadowi lub go poprzedza mocne kichanie, które u innych znowu chorych zjawia się pod koniec napadu; czasem napady kichania mogą występować w ciągu dnia, zastępując niejako napady kaszlu (R o g e r).

Różnorodne czynniki są w stanie wywołać napad: zakrztuszenie się, szybsze połknięcie kęsa pokarmowego lub płynu, przestrach, zapach przykry, swąd, podniesienie się raptowne, bieg szybszy i t. p. Często nawet dotknięcie okolicy krtani również może sprowadzić napad. Nieraz, jak to już wyżej zaznaczyłem, do wywołania napadu może pobudzić napad u innego dziecka; spostrzegać się to daje w szpitalach lub pensjonatach, gdzie bywa zgromadzona większa liczba dzieci, dotkniętych kokluszem; z chwilą kiedy jedno z dzieci dostanie napadu, pozostałe również niemal bezpośrednio podlegają atakowi kokluszu. Po ustąpieniu napadu dziecko czuje się wyczerpanem, zmęczonem, najczęściej układa się do spoczynku; zdarza się jednak, że niektóre dzieci czują mało zmęczenia, nawet po napadzie znowu wracają do przerwanej z towarzyszami zabawy. Takie przejście raptowne od duszenia się do zupełnej ulgi stanowi również jedną z wielce charakterystycznych cech napadu kokluszowego.

www.dlibra.wum.edu.pl

Badanie objektywne dziecka w chwili napadu, o ile to jest możliwe, nie wykazuje nic charakterystycznego: tętno zazwyczaj bywa drobne i przyspieszone, w chwili mocnego wydechu osłuchiwanie klatki piersiowej stwierdza brak zupełny szmerów oddechowych, w chwili zaś wdechu świszczącego na całej przestrzeni klatki piersiowej wysłuchuje się świsty i oddech o typie niemal stenotycznym. Badanie zaś po napadzie wykazuje oddech prawidłowy, lub gdzieniegdzie porozrzucane rzężenia suche i świsty. W początkach okresu napadowego odgłos płucny bywa prawidłowy, granice płuc również normalne, w późniejszych jednak okresach choroby można nieraz wykryć obniżenie nieznaczne granic płuc wskutek powstałej rozedmy ostrej. O badaniu krtani wspominaliśmy już wyżej. Najczęściej po napadzie znajdujemy mocne przekrwienie okolicy podgłośniowej lub tylnej ściany krtani; objaw, który jednak nie przestawia nic dla kokluszu właściwego. W pierwszych tygodniach tego okresu same napady w przebiegu swoim nie różnią się niczem od siebie, stopniowo jednak liczba ich zmniejsza się, stają się łagodniejszemi, wreszcie choroba przechodzi w okres ostatni, t. j. okres końcowy. Czas trwania okresu napadowego bywa rozmaity, zazwyczaj od 4—6 tygodni, przeciętnie 40 dni podług Rilliet'a, nieraz jednak przeciąga się do 2-ch i 3-ch miesięcy, a nawet i dłużej. W tym jednak ostatnim razie najczęściej występują jakieś poboczne powikłania.

Okres czwarty, t. j. okres powolnego ustępowania choroby, trwa zazwyczaj 2—3 tygodni. W tym okresie napady stają się mniej częste i mniej gwałtowne, stan ogólny chorych poprawia się—dzieci śpią i odżywiają się lepiej. Często jednak po kilku dniach poprawy występują znowu okresy pogorszenia z napadami gwałtownemi, właściwemi okresowi poprzedniemu. Pogorszenia takie dały możność niektórym autorom do wypowiedzenia poglądu o nawrotach kokluszu. Okres więc powyższy stanowi właściwie mówiąc, tylko ciąg dalszy okresu napadów, które stopniowo słabną w swem natężeniu. Pod koniec okresu czwartego występuje rzeczywisty nieżyt oskrzeli z dość obfitą, łatwo wyrzucaną plwociną. W tym okresie, również jak i w poprzednim zdarzają się różnorodne powikłania, szczególniej ze strony dróg oddechowych.

Czas trwania całej choroby przeciąga się zazwyczaj od 6—12 tygodni, zależnie od charakteru panującej epidemji, od uprzedniego stanu zdrowia dziecka, od następnych powikłań i t. p. okoliczności. Dodać jednak należy, że koklusz w lecie, kiedy dzieci mogą dłuższy czas przebywać na świeżem powietrzu, przebiega zazwyczaj krócej i łagodniej, aniżeli podczas zimy i na wiosnę. Wogóle co się tyczy całego okresu trwania choroby, to koklusz przedstawia pod tym względem znaczne wahania. Odnośnie do tego Comby rozróżnia trzy postaci kokluszu: 1. łagodną, nie dłużej nad miesiąc trwającą, 2. o średniem natężeniu od 1—6 miesięcy

www.dlibra.wum.edu.pl

trwającą, 3. o ciężkiem natężeniu, przeciągającą się od 3-ch miesięcy do roku i dłużej.

Zmiany anatomopatologiczne, znajdywane w narządach u dzieci zmarłych na koklusz, dotychczas jeszcze nie są ściśle określone, gdyż badania pośmiertne dotyczą przeważnie tych przypadków, w których przyczyną śmierci były różnorodne powikłania, powstałe w późniejszych okresach choroby. Zmiany anatomopatologiczne, opisywane przez różnych autorów, a szczególniej przez Biermer'a, dotyczą przeważnie błony śluzowej całego przewodu dróg oddechowych, więc stan zapalny ostry lub przewlekły błony śluzowej nosa, gardła, krtani, tchawicy i oskrzeli; zmiany te najwyraźniej występują w jamie nosowo-gardłowej, przy przejściu z gardła do krtani i w tchawicy. W przypadkach długotrwałych i powikłanych podobne zmiany znajdują się również w oskrzelach grubych i cienkich. Oprócz tego spostrzegamy nieraz różnego stopnia rozszerzenia oskrzelek, stany nierodne w płucach, oraz ogniska zapalenia zrazikowego. Jednocześnie istnieje rozedma płuc rozmaitego stopnia, ograniczona bądź do oddzielnych tylko zrazów, bądź też do całych płuc; zdarza się nieraz i rozedma śródmiąższowa. Zmiany te jednak nie są charakterystyczne dla kokluszu, napotyka się je bowiem i w innych różnorodnych sprawach. Słusznie więc już przed laty trzydziestu zauważył Biermer, że zmiany anatomopatologiczne pierwotne, spostrzegane w drogach oddechowych w kokluszu, niczem nie różnią się od podobnych zmian w odrze. Również to samo da się powiedzieć o zmianach napotykanych w innych narządach (kanał pokarmowy, ośrodki nerwowe), nie są one zależne od kokluszu, lecz od występujących podczas tej choroby wtórnych powikłań. O udziale pasorzytów mówiliśmy wyżej. Nie ulega wątpliwości, że wynajdywane w plwocinie liczne pasorzyty chorobotwórcze przeważnie *diplococci pneumoniae*, streptokoki i inne, stanowią przyczynę zakażeń mieszanych, wywołujących wtórne stany zapalne dróg oddechowych.

Stan ogólny dzieci w przypadkach lekkich i średnich zazwyczaj ulega małej zmianie. Nieraz zwraca nawet uwagę to, że pomimo mocnych i wyczerpujących napadów kokluszu dziecko zachowuje właściwą mu swobodę i wesołość. W przypadkach ciężkich i długotrwałych, szczególniej połączonych z wymiotami, stan ogólny szybko podupada, cera przyjmuje odcień żółtawy, twarz obrzmiewa, dzieci bledną, chudną, przypominając z wyglądu dzieci, dotknięte przewlekłą chorobą nerek. W przypadkach bardzo ciężkich, wikłanych sprawami wtórnemi, stan ogólny dzieci coraz bardziej upada; nawet dzieci starsze nie chcą wstawać z łóżka, następuje stopniowe wycieńczenie, doprowadzające do ostatecznego charłactwa i wyglądu niemal szkieletów. W razie pomyślnego zakończenia choroby stan ogólny zazwyczaj zaczyna się bardzo szybko poprawiać i w ciągu kilku tygodni dzieci odzyskują znowu swój dawny zdrowy wygląd.

www.dlibra.wum.edu.pl

Rozpoznanie, powikłania, rokowanie i leczenie.

Rozpoznanie kokluszu o ile bywa łatwe w okresie napadowym, o tyle przedstawia wiele rzetelnych trudności w poczynającym się t. j. w okresie nieżytowym. W pierwszych dniach tego okresu rozpoznanie poczynającego się kokluszu jest niemożliwe nieraz jednak staje się przypuszczalnem na zasadzie istniejącej w danej miejscowości lub domu epidemji kokluszu na podstawie kaszlu napadowego, występującego przeważnie w nocy, braku wyraźnych fizykalnych objawów ostrego nieżytu oskrzeli i t. p. W każdym razie o wiele słuszniej będzie odłożyć rozpoznanie ostateczne na dni kilka, dziecko na pewien przeciąg czasu odłączyć dopóki nie wystąpią charakterystyczne napady, które wszelkie wątpliwości usuną i rozpoznanie utrwalą. Nieraz nawet, jeśli w czasie badania dziecka, podejrzanego o koklusz, nie wystąpi charakterystyczny napad, możemy przez wywołanie sztucznego napadu upewnić się, czy napady, o których dowiadujemy się z opowiadania otaczających, są istotnie napadami kokluszu. Najłatwiej powstaje napad przy badaniu gardła wskutek ucisku nasady języka łyżeczką, albo wskutek ucisku okolicy krtani lub tchawicy. W przypadkach nietypowych napadów kokluszu mogą powstawać, aczkolwiek rzadko, pewne wątpliwości rozpoznawcze, które dadzą się sprowadzić głównie do następujących danych. Nieraz u małych dzieci występują mocne napady suchego kaszlu, kończące się nawet wymiotami i powtarzające się prawidłowo codziennie w nocy. Napady te, o których już wyżej przy rozpoznawaniu nieżytów oskrzeli wspomniałem, zależne bywają często od różnorodnych zmian w jamie nosowogardłowej (rozrosty muszli, wyrośle i t. p.), występują przeważnie w nocy, rzadko podczas dnia, trwają przez dłuższy przeciąg czasu. Badanie zaś w tych razach jamy nosowogardłowej ułatwi ostateczne rozpoznanie. U dzieci starszych (5—10 letnich i więcej) mogą występować w ciągu dnia w nieprawidłowych odstępach napady kaszlu suchego, zwanego pospolicie kaszlem nerwowym, które również możnaby przyjmować za napady kokluszu tembardziej, że nieraz nawet kończą się wymiotami. Napady te występują u dzieci nerwowych; również mają często swe źródło w różnorodnych zaburzeniach jamy nosowogardłowej (przerosty fałd bocznych, granulacje, wyrośle i t. p.); trwają od dłuższego czasu, stale mają ten sam charakter, występują bardzo rzadko w nocy, można je wywołać przez dotknięcie zgłębnikiem odpowiednich części gardła i przedstawiają się zupełnie odmiennie od napadów kokluszowych. Kurcz głośni, również i ostry obrzękowy nieżyt krtani (*pseudocroup*) mogą, lecz tylko pozornie, dawać powód do mylnego rozpoznania kokluszu. Przy kurczu głośni występuje raptowny brak tchu, sztywność całego ciała, czasami w następstwie kaszel krótki, suchy. Krup fałszywy przejawia się wielce charakterystycz-

www.dlibra.wum.edu.pl

nym kaszlem głośnym, podobnym do szczekania, szmerem wdechowym stenotycznym, nie przypominającym jednak napadów kokluszowych. Raptowne zatrzymanie się ciała obcego w krtani lub tchawicy dziecka może wywoływać, o czem już wyżej w odpowiednim wykładzie wspominałem, napady długotrwałego suchego kaszlu męczącego, trwającego nieraz całemi godzinami bez przestanków, właściwych napadom kokluszowym. Cierpienie gruczołów okołotchawicznych i okołooskrzelowych u dzieci (*adenopathia tracheobronchialis*) dawać może objawy, zbliżone nieco do objawów kokluszu, mianowicie: napady kaszlu duszącego z wymiotami, szmerem świszczącym, słyszanym w obu fazach oddechowych. W sprawie tej jednak występuje również powiększenie i innych gruczołów chłonnych, szczególnie szyjnych, znaczne wycieńczenie dziecka, wieczorne nasilenia gorączki. Badanie zaś fizykalne klatki piersiowej oraz badanie promieniami Roentgena pozwoli często wykryć zwężenie tchawicy lub jednego z oskrzeli i t. p. objawy, właściwe tej chorobie, na zasadzie których będziemy w stanie sprawę dokładnie rozpoznać i odróżnić od kokluszu.

Koklusz u dorosłych, jak to już wyżej zaznaczyłem, zdarza się bardzo rzadko i daje bardzo niewyraźne objawy. Napady nie są podobne do typowych napadów kokluszu u dzieci, lecz występują pod postacią perjodycznych napadów suchego mocnego kaszlu. U dorosłych jako koklusz mylnie rozpoznać można następujące sprawy. 1) kaszel nerwowy u histeryczek; trwa on jednak przez czas dłuższy, występuje przeważnie w ciągu dnia, badanie zaś chorej, wykazujące właściwe cechy histerji, ułatwi rozpoznanie. 2) Kaszel napadowy suchy występujący u dorosłych w różnorodnych cierpieniach gardła szczególniej w t. zw. przeze mnie złuszczającem zapaleniu migdałów (*tonsillitis desquamativa chronica*), w sprawach granulacyjnych i przerostowych u osobników neurastenicznych i t. p. Dokładne jednak badanie odpowiednich narządów pozwoli sprawy te z łatwością rozpoznać. Zwracam uwagę na ten rodzaj cierpień, gdyż niejednokrotnie zdarzało mi się spostrzegać, że osobnicy dorośli, szczególniej kobiety, w których domu dzieci chorowały na koklusz, zasięgali mojej porady z powodu kokluszu, trwającego już od kilku tygodni. Tymczasem badanie wykrywało li tylko cierpienie gardła ze znaczną nadczułością błony śluzowej, powstałe wskutek nadmiernie wyczerpanego ustroju nerwowego bezsennemi nocami, spędzanemi nad łóżkiem chorego na koklusz dziecka, a również i pewnym stopniem samopoddania (autosuggiestji), dzięki któremu suchy kaszel pochodzenia gardlanego uważano za sprawę kokluszową, nabytą od chorych dzieci. W tych razach uspokojenie chorych, zalecenie odpowiedniego leczenia gardła zazwyczaj szybko usuwało napady rzekomo kokluszowe.

www.dlibra.wum.edu.pl

3) Gruźlica podostrawa (*tuberculosis pulmonum subacuta*) u dorosłych, szczególniej zaś u młodych kilkunastoletnich osobników, w pierwszych tygodniach rozwoju powoduje napady mocnego suchego kaszlu, występujące w początkach przeważnie w nocy, a mające pewne podobieństwo do kokluszu, tembardziej, jeżeli w tym samym domu lub miejscowości znajdowały się dzieci chore na koklusz. Rozpoznanie różniczkowe w tych razach opierać się powinno na bardzo dokładnem badaniu chorego i szczegółowem zebraniu wywiadów, przyczem pamiętać należy, że do gruźlicy może być rodzinne usposobienie dziedziczne i że koklusz u starszych ludzi bywa chorobą wyjątkowo rzadką. W ten sposób przeprowadzone badanie wykaże stale istniejące przyśpieszenie tętna wyraźne zazwyczaj nasilenia gorączki wieczorne, a nawet i dzienne, poty nocne, istniejące od pewnego czasu, chudnienie i upadek stanu ogólnego; badanie zaś fizykalne wykryje najczęściej już w tym nawet okresie charakterystyczne zmiany w jednym ze szczytów płucnych. Wszystkie te razem wzięte objawy pozwolą z łatwością rozpoznać gruźlicę. Dla wątpliwych przypadków podano w ostatnich czasach jako kryterjum rozpoznawcze uchylenie komplementu przy pomocy wywoływacza Bordet Gengou.

Powikłania kokluszu występują niezwykle często przeważnie u małych i źle odżywianych dzieci; należy również zaznaczyć, że w niektórych epidemjach powikłania wogóle, a nieraz nawet tego samego charakteru, zdarzają się częściej, aniżeli w innych, lub też w pojedyńczych przypadkach kokluszu.

Powikłania mogą przedewszystkiem zależeć od mechanicznego wpływu mocnych napadów kaszlu na oddzielne narządy, lub na całe układy, np. krwionośny i t. d. Do tego rodzaju powikłań zaliczamy: 1) Owrzodzenia w okolicy wędzidełka językowego, które powstają w następstwie urazu tej części języka o zęby wskutek mimowolnego wysuwania języka podczas napadów kokluszu; owrzodzenia te zazwyczaj goją się szybko, choć nieraz dojść mogą do znaczniejszych rozmiarów, szczególnie u dzieci źle odżywianych. Niektórzy autorowie uważali te owrzodzenia za objaw niemal swoisty dla kokluszu, spostrzegali je bowiem nawet u dzieci, nie posiadających jeszcze zębów; przypuszczali więc, że są one następstwem właściwego wyprysku. Inni zaś autorowie, szczególnie francuscy, może nawet słusznie twierdzą, że owrzodzenia wędzidełka, przeważnie zaś u bardzo małych dzieci, tworzą się wskutek zbyt mocnego wycierania okolicy podjęzykowej w celu usunięcia lepkiego śluzu, nagromadzonego w ustach dzieci po napadzie. Zdaniem mojem powstaje jednak pytanie, czy naderwanie delikatnego wędzidełka u ssawców i tworzenie się w następstwie owrzodzeń nie jest zależne także od gwałtownych ruchów języka, wykonywanych podczas napadu kokluszu.

www.dlibra.wum.edu.pl

2) Wymioty, występujące dość często pod koniec napadu. W niektórych cięższych przypadkach kokluszu prawie każdy napad kończy się wymiotami; nieraz nawet samo już spożycie pokarmu wywołuje wymioty, które w wysokim stopniu podkopują stan ogólny znacznie osłabionych dzieci. Wymioty te mają prawdopodobnie swe źródło, jak i napady kaszlu, w nadmiernem pobudzeniu gałązek żołądkowch nerwu błędnego. Sądzę, że wymioty również mogą powstawać drogą zwrotną wskutek obrzęku tylnej ściany krtani, który, o czem już wyżej wzmiankowaliśmy, występuje często w przebiegu kokluszu. W tym przypadku kęs pokarmowy, uciskając zbrzękniętą i mocno podrażnioną błonę śluzową tylnej ściany krtani, wywołuje kaszel, jednocześnie i wymioty, jak to daje się spostrzegać w niektórych patologicznych sprawach krtani, umiejscowionych na tylnej ścianie (obrzęki gruźlicze i t. p.).

3) Wskutek wzmożonego ciśnienia wewnątrznaczyniowego, warunkowanego mocnemi napadami kaszlu, zjawiają się bardzo często u dzieci krwawienia, a nawet krwotoki z rozmaitych narządów wewnętrznych. Najczęściej spotykamy krwotoki nosowe, podłącznicowe, z dziąseł, rzadziej występują nieznacznie krwioplucia, nawet dość obfite krwotoki oskrzelowe; jeden taki ciekawy przypadek opisuje Cadet de Gassicourt[1]); o wiele rzadziej zdarzają się wylewy krwawe w opony mózgowe lub nawet w samą substancję mózgową, powodujące różnorodne porażenia.

4) Wprost mechanicznie powstają u dzieci rozmaite przepukliny, wypadnięcie odbytnicy, naderwanie włókien mięsnych w rozmaitych okolicach, a szczególniej w okolicy brzucha; pęknięcie błony bębenkowej ucha, a nawet rozerwanie pęcherzyków płucnych z wytworzeniem się w następstwie odmy piersiowej (*pneumothorax*)[2]) W ten sposób również powstają, o czem już wyżej wzmiankowaliśmy, rozmaite stopnie rozedmy płucnej, a nieraz i t. zw. rozedma śródmiąższowa, która może doprowadzić do wytworzenia się rozległej rozedmy podskórnej. Również może występować obrzęk twarzy, warunkowy zastojem, nadający dziecku charakterystyczny wygląd. Wskutek bowiem wzmożonego podczas napadu ciśnienia krwi wewnątrz klatki piersiowej, odpływ krwi żylnej z prawego przedsionka bywa znacznie utrudniony, występują więc zastoje żylne, zwłaszcza w układzie żyły głównej górnej. Wpływ zastoju żylnego może z czasem odbić się i na prawej komorze serca, do czego również w znacznym stopniu przyczynią się rozwijająca się rozedma płuc. Rozszerzenie serca może nawet wywołać chwilową niedomogę serca, a przeto i powstawanie stanów

---

[1]) Traité clinique de maladies de l'enfance T. II. str. 223. Paris 1887.

[2]) Malinowski. „Odma piersiowa w przebiegu kokluszu u dzieci" „Gazeta Lekarska" 1887 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

zapaści *(collapsus)*, spostrzeganych nieraz u dzieci przy kokluszu, o czem wspomina Malinowski[1]) i inni. W podobnych przypadkach po napadzie kaszlu dziecko, szczególnie źle odżywiane i osłabione, staje się sennem, nie oddziaływa na bodźce zewnętrzne, skóra sinieje i pokrywa się zimnym potem. W takim stanie zapaści dziecko może pozostawać nieraz przez kilka godzin i dopiero stopniowo wraca do przytomności. Biegański[2]) jednak przypuszcza, że powyższy stan zapaści zależny bywa raczej od biernego przekrwienia mózgu, przemawia bowiem za tem zachowanie się tętna, które w tych razach przeważnie bywa zwolnione, czasem nawet przestankowe, jak również bywa i oddech typu Cheyne-Stockes'a.

Do powikłań drugiego rodzaju zaliczamy powikłania z e s t r o n y d r ó g o d d e c h o w y c h. Występują one w przebiegu kokluszu najczęściej i stanowią zarazem najgłówniejszą, szczególnie u małych dzieci, przyczynę zejść niepomyślnych kokluszu. Do kategorji tych spraw należy przedewszystkiem rozmaitego stopnia i natężenia zapalenie drobnych oskrzelek, które w następstwie przechodzi w zapalenie ogniskowe płuc (*bronchopneumonia lobularis acuta*). Powikłania te podług Relliet'a i Bartez'a występują w $^1/_7$ wszystkich przypadków kokluszu, z których, szczególnie u bardzo małych dzieci, połowa kończy się śmiertelnie. Szczegółowy opis klinicznego przebiegu tych spraw podałem powyżej w rozdziale nieżytu włosowatych oskrzeli u dzieci; na tem miejscu dodam, że powikłania te rozwijają się w drugim i trzecim okresie kukluszu, powstają skrycie, a jedyną i istotną oznakę rozpoznawczą stanowi zjawienie się gorączki; ztąd wynika konieczna potrzeba sprawdzania od czasu do czasu ciepłoty chorych na koklusz dzieci, jak również i dokładnego badania stanu płuc. Jeżeli powikłania, w mowie będące, występują w okresie napadowym, wtedy nieraz zmienia się charakter napadów, które stają się mniej częstemi i gwałtownemi, natomiast kaszel staje się znacznie częstszym i więcej upartym. Oprócz powyższysh najczęstszych powikłań występuje również, aczkolwiek rzadko, z a p a l e n i e o s t r e z r a z o w e p ł u c, o s t r e z a p a l e n i e o p ł u c n e j s u r o w i c z e, a n a w e t i r o p n e, z a p a l e n i e z r a z i k o w a t e n a t u r y r o p n e j, r o p i e ń p ł u c a [3]) i z g o r z e l.

T r z e c i r o d z a j p o w i k ł a ń stanowią z a b u r z e n i a w u k ł a d z i e n e r w o w y m: skurcze, drgawki miejscowe i ogólne. Skurcz głośni, jak wiadomo, zawsze występuje podczas napadu kokluszu, nieraz jednak może dojść do zupełnego zwężenia głośni, a ztąd bądź do pozornego napadu zaduszenia, bądź też nieraz nawet do zejścia raptownego śmiertelnego.

---

[1]) Malinowski. „Kilka uwag o krztuścu i jego powikłaniach". „Gazeta Lekarska" 1898 r.

[2]) Biegański. „Wykład chorób zakaźnych". P. I. str. 500. Warszawa 1900 r.

[3]) Arnstein. „Przypadek krztuśca, wikłanego ropniem płuca". „Gazeta Lekarska" 1892 r.

www.dlibra.wum.edu.pl

Przypadki nagłej śmierci podczas napadu kokluszowego mogą również być następstwem raptownego wstrzymania działalności serca, które ulega nieraz ostremu rozszerzeniu.

Drgawki ogólne występują u bardzo małych dzieci przeważnie pod koniec napadu, a nieraz w przerwach między napadami; powstają one bądź wskutek nadmiernego podrażnienia ośrodków nerwowych prawdopodobnie toksynami, wytwarzanemi przez pasorzyty swoiste, bądź też wskutek mocnego przekrwienia tychże ośrodków, wywołanego wzmożonem ciśnieniem krwi podczas napadu kokluszu. Nieraz drgawki występują wskutek rozwijającej się sprawy gruźliczej opon mózgowych i t. p. Autorowie opisują również i inne zaburzenia w układzie nerwowym: chwilową utratę mowy, wzroku, słuchu, chwilowe porażenia kończyn, gałązek nerwu okoruchowego i t. p. Do rzadszych powikłań należą: ropne zapalenie ucha środkowego, ropienie gruczołów chłonnych szyi, śródpiersia i innych okolic, zapalenie wsierdzia, ostre zapalenie nerek, ostra gruźlica ogólna płuc, ropne zapalenie stawów, przewlekła ropnica i t. p. Naturalnie wszystkie te powikłania powstają w następstwie zakażenia mieszanego, wywołanego przez wspólne działanie pneumokoków, łańcuszkowców i gronkowców. Na zakończenie wspomnę jeszcze o tem, że odra przejawia pewne wyjątkowe powinowactwo z kokluszem, mianowicie podług Relliet'a i Barthez'a ze 104 przypadków w 58-iu odra zjawiła się bezpośrednio po kokluszu, w 46-iu zaś poprzedzała go. Koklusz przyłącza się w przebiegu odry w okresie łuszczenia i zdradza wtedy niezwykłą skłonność do wyżej wzmiankowanych powikłań ze strony dróg oddechowych. Odra, przyłączając się do kokluszu, wpływa zazwyczaj na zmniejszenie się natężenia napadów kokluszowych. To samo da się powiedzieć i o innych ostrych chorobach zakaźnych (szkarlatyna, tyfus, ospa i t. p.). jako wypadkowych powikłaniach kokluszu. Malinowski uważa, że również i influenca podczas epidemji może przyłączyć się do kokluszu.

Zejście i następstwa kokluszu i jego powikłań. W większośc przypadków koklusz kończy się pomyślnie. Zejście śmiertelne wskutek natężenia samej sprawy kokluszu zdarza się bardzo rzadko. Znaczna śmiertelność wśród dzieci chorych na koklusz warunkowana bywa różnorodnemi powikłaniami. Wyżej przez nas opisane powikłania mogą również pozostawić po sobie stałe lub długotrwałe następstwa, które nieraz nawet po wielu latach mogą powodować niepomyślne zejście. Do tej kategorji następstw przedewszystkiem zaliczyć należy przewlekłą gruźlicę płuc, która rozwija się stosunkowo dość często w przypadkach długotrwałego kokluszu, powikłanego zapaleniem płuc u dzieci wątłych, zołzowatych, dziedzicznie usposobionych do gruźlicy. Nieraz zaś, lecz stosunkowo o wiele rzadziej gruźlica występuje w postaci podostrawej, lub nawet ostrej gruźlicy opon mózgowych. Również często w następstwie kokluszu spotykamy rozedmę

www.dlibra.wum.edu.pl

płuc. Istotnie w bardzo wielu razach od młodych osobników, dotkniętych rozedmą płuc, dowiadujemy się, że w dzieciństwie przebywali koklusz. O wiele rzadziej następstwem kokluszu bywają różnego stopnia rozszerzenia oskrzeli, które nawet po dłuższym czasie mogą zakończyć się pomyślnie. U bardzo wielu dzieci po kokluszu pozostaje skłonność do nieżytów dróg oddechowych, szczególnie nieżytu oskrzeli, oraz długotrwałe powiększenie gruczołów chłonnych i t. p. Z następstw, dotyczących układu nerwowego, niektórzy autorowie opisują rozsiane zapalenie nerwów (*polyneuritis*), ogniskowe stwardnienie mózgu i rdzenia (*sclerose en plaque*) i t. p. U niektórych dzieci po kokluszu przez kilka miesięcy, nawet przez rok nieraz cały, zjawia się od czasu do czasu kaszel gardłowego czy też tchawicznooskrzelowego pochodzenia, przypominający napady kokluszowe, sprawiające poniekąd wrażenie nawrotów kokluszu. Wreszcie u niektórych dzieci wątłych i wychowanych w złych warunkach higjeniczno-djetetycznych rozwija się pewien rodzaj charłactwa kokluszowego, które doprowadza stopniowo do upadku sił, a po kilku tygodniach lub miesiącach nawet do zejścia śmiertelnego.

Rokowanie. Z wyżej szczegółowo opisanego klinicznego przebiegu kokluszu i jego powikłań wynika, że o ile u dzieci starszych i uprzednio zdrowych rokowanie bywa pomyślne, o tyle mniej pomyślnie i nader wątpliwie przedstawia się u dzieci bardzo małych, nędznie odżywianych i w złych wychowanych warunkach higjenicznych. Na rokowanie mogą mniej lub więcej niekorzystnie wpływać również następujące okoliczności: 1) Natężenie epidemji w danej miejscowości; z doświadczenia bowiem wiadomo, że jedne epidemje mają przebieg bardziej, inne zaś mniej złośliwy; w jednych stale występują różnorodne ciężkie powikłania, w innych przeciwnie powikłania występują rzadziej lub mają łagodniejszy przebieg. 2) Pora roku—w późnej jesieni lub w zimie koklusz przebiega złośliwiej, aniżeli na wiosnę lub w lecie. 3) Rodzaj i jakość powikłań, występujących w przebiegu lub w następstwie kokluszu. 4) Niezastosowanie odpowiednich środków higjeniczno-djetetycznych, o których poniżej będzie mowa. Wogóle rokowanie w kokluszu stanowi bardzo trudne zadanie dla lekarza, gdyż podług statystyki Hagenbach'a śmiertelność w tej chorobie wynosi u dzieci przed pierwszym rokiem życia aż 25% między 1 a 5 rokiem—4,8% a u starszych 1%

Leczenie kokluszu. Przedewszystkiem, jak w każdej chorobie zakaźnej, należy zapoznać się ze środkami, zapobiegającemi rozwojowi kokluszu, t. zw. środkami profilaktycznemi. Nie znając jednak dotychczas ściśle istoty zarazka kokluszu, ani biologicznych jego właściwości, musimy w stosowaniu pewnych środków profilaktycznych kierować się jedynie wskazówkami, otrzymanemi z doświadczenia życiowego. Wiemy, że na szybkie szerzenie się kokluszu w znacznej mierze wpływa wspólne gromadzenie się dzieci zdrowych z choremi, a więc pobyt w szkole, ochro-

www.dlibra.wum.edu.pl

nach, domach wychowawczych i t. p. Zarażenie się prawdopodobnie następuje przez powietrze, w którem rozpyla się wyschnięta plwocina, wyrzucana przez dzieci, dotknięte kokluszem. Za podstawowy więc i konieczny środek, zapobiegający dalszemu szerzeniu się kokluszu, należy uważać usunięcie zdrowego dziecka ze środowiska, w którem panuje koklusz i umieszczenie w miejscowości, posiadającej dobre warunki higjeniczne. Takie postępowanie stanowi dotychczas niemal jedyny i prawie niezawodny środek ochrony dziecka od kokluszu. Należy również starannie przestrzegać, aby w szkołach, ochronach i t. p. miejscach nie znajdowało się choćby najkrócej dziecko, chore na koklusz. Również należy w takich razach każde, nawet mało kaszlące, dziecko poddać badaniu lekarskiemu, i jeżeli okaże się tego potrzeba, zawczasu usunąć z zakładu; w ogrodach zaś i w miejscach ogólnych zabaw odpowiednie dozorczynie winny uważać, aby chore na koklusz dzieci nie przebywały ze zdrowemi. Ze względu jednak na dodatni wpływ świeżego powietrza na przebieg kokluszu należałoby dla dzieci, dotkniętych kokluszem, wyznaczyć w ogrodach publicznych odpowiednie, ogrodzone przestrzenie, aby w ten sposób dać możność przebywania chorym dzieciom na otwartem powietrzu i jednocześnie zdrowych nie narażać na zarażenie się tą chorobą. Mieszkanie, w którem przebywało nawet przez czas krótki dziecko, dotknięte kokluszem, również odzież i przedmioty, z któremi znajdowało się w styczności, powinny być poddane dokładnej dezynfekcji.

Zalecanie różnorodnych swoistych leków, jak również i stosowanie surowicy przeciwkokluszowej, mającej niby to posiadać własności zapobiegania rozwojowi kokluszu, nie dało dotychczas żadnych dodatnich wyników. Doświadczenia robione w ostatnich czasach we Francji i Ameryce z surowicą Bordet Gangou również dotychczas nie dały wyników zupełnie zadawalających. To samo powiedzieć można i o wakcynach. Jednym z najlepszych środków zapobiegawczych jest usunięcie zdrowego dziecka ze środowiska zarazy. Jeżeli zaś wskutek rozmaitych okoliczności zmiana miejscowości, a nieraz nawet i mieszkania, okaże się niemożliwą, wtedy należy bezwarunkowo starać się o dokładne przewietrzanie mieszkania, o wyprowadzenie chorego dziecka na świeże powietrze, wogóle o zachowanie jaknajlepszych warunków higjenicznych, o których wspominaliśmy już poprzednio, mówiąc o stosowaniu środków profilaktycznych w nieżytach oskrzeli. Doświadczenie bowiem poucza nas, że w przeważnej większości podlegają kokluszowi, jak i wogóle innym chorobom zakaźnym, dzieci mniej odporne, przedewszystkiem zaś te, względem których bądź z niewiadomości, bądź też wskutek jakichkolwiek przesądów, zaniedbywane bywały podstawowe warunki higjeniczne szczególnie zasady, dytyczące używania świeżego powietrza.

Przystępując do wyjaśnienia sprawy właściwego leczenia kokluszu,

www.dlibra.wum.edu.pl

zaznaczyć przedewszystkiem winienem, że dotychczas, pomimo ogromnej ilości środków, zalecanych w tej chorobie, nie posiadamy żadnego pewnego, przez zastosowanie którego dałoby się chorobę kokluszu bądź przerwać bądź też skrócić. Wyliczanie nawet wszystkich tych środków uważam za zbyteczne. Krytyczną ich ocenę podał Monti w wyżej wzmiankowanej przez nas pracy. To samo da się powiedzieć o surowicy przeciwkokluszowej, stosowanej przez włoskich lekarzy; wyniki ztąd otrzymywane nie są zbyt zachęcające, a zresztą, nie mając pewnych wiadomości o samym pasorzycie kokluszu, nie jesteśmy w stanie naukowo wyjaśnić sobie pochodzenia surowicy przeciwkokluszowej, co stanowi niezbędny warunek dla otrzymywania odpowiednich surowic. W braku więc swoistych środków leczenie kokluszu polegać powinno na stosowaniu: 1) ogólnych środków higjenicznodjetetycznych, 2) łagodzących niektóre objawy, 3) środków, usuwających powikłania i ich następstwa.

Co się tyczy zabiegów higjenicznodjetetycznych, musimy zaznaczyć, że stanowią one główną podstawę leczenia kokluszu i sprowadzają się przedewszystkiem do umiejętnego korzystania ze świeżego powietrza. Ponieważ, wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, w powietrzu otaczającem chore na koklusz dziecko stale znajduje się zarazek, przebywanie więc w zarażonem powietrzu bywa niebezpieczne nie tylko dla zdrowego dziecka, lecz również i u dotkniętego kokluszem może wywołać wtórne groźne powikłania. Należy więc dbać o staranne przewietrzanie mieszkania, a jeżeli to jest możliwe, przeznaczyć dwa pokoje obszerne słoneczne, aby dziecko naprzemian mogło przebywać to w jednym to w drugim, uprzednio przewietrzonym pokoju. Przewietrzanie pokoju najlepiej i najszybciej daje się uskutecznić za pomocą otwierania okien, a w zimie oprócz tego za pomocą jednoczesnego napalenia w piecu. Ten sposób zasługuje na szczególną uwagę w tych razach, kiedy z powodu zbyt chłodnego dnia, lub też z powodu zbyt młodego wieku niemowlęcia, przebywanie przez czas dłuższy na otwartem powietrzu w porze chłodniejszej staje się niemożliwem. Naturalnie w lecie, podczas ciepłych dni, chore na koklusz dziecko powinno, choćby nawet w łóżeczku, pozostawać jak najdłużej na otwartem powietrzu, lub też w ostateczności (w wielkich miastach) w pokoju przy stale otwartych, nawet w nocy, oknach.

Nie zważając na mocno zakorzenione wśród publiczności przesądy i nieuzasadnione obawy zaziębienia chorego na kolusz dziecka, każdy lekarz, posiadający zaufanie rodziny, powinien stanowczo skłonić ją do korzystania z wielce doniosłego i dodatniego wpływu świeżego powietrza na przebieg choroby. Nie ulega żadnej wątpliwości, że, zalecając podobne postępowanie, będziemy w stanie nie tylko złagodzić przebieg kokluszu, lecz również, co jest nadzwyczaj ważnem, zabezpieczymy dziecko od gro-

www.dlibra.wum.edu.pl

źnych powikłań ze strony dróg oddechowych. Bardzo pożyteczną bywa, o czem już wyżej wspominaliśmy, zmiana miejscowości, szczególnie zaś przewiezienie dziecka z miasta na świeże powietrze. Pod tym względem nie wszyscy autorowie zgadzają się w swoich poglądach, niektórzy uważają, że zmiana miejscowości nie wywiera korzystnego wpływu na przebieg kokluszu, natomiast daje możność zawleczenia epidemji w inne okolice. Zdanie to ma za sobą pozorną tylko słuszność.

Zapewne, jeżeli pomimo zmiany miejsca pobytu, warunki higjeniczne będą niedogodne, t. j. dziecko zostanie pomieszczone w nizkim, dusznym, źle przewietrzańym pokoju, co się często zdarza w wielu miejscowościach, przeznaczonych na letnie mieszkania, to wtedy bezwarunkowo nie można się spodziewać jakiegokolwiek polepszenia w stanie zdrowia dziecka; natomiast jeżeli w wybranej miejscowości okażą się dobre warunki higjeniczne, jeżeli mieszkanie będzie obszerne, wysokie, dobrze przewietrzane, wtedy przebieg kokluszu powoli staje się łagodniejszym, napady mniej złośliwe, a co najważniejsze, chore dziecko uniknie groźnych powikłań. Co się tyczy drugiego zarzutu, jakoby przez zmianę miejscowości rozszerzamy zarazę, to rzecz prosta, że dotknięte kokluszem dzieci należy w tych razach pomieszczać w domach odosobnionych, usuwać od obcowania z innemi dziećmi, a również należy przestrzegać, aby po skończonej chorobie mieszkanie i rzeczy były poddane dokładnej dezynfekcji. Oprócz leczenia powietrzem należy również zwracać baczną uwagę na odżywianie, które powinno odbywać się dość często, a w niewielkiej ilości. Pokarmy należy wybierać pożywne, przeważnie płynne, lub półpłynne, aby mogły być łatwo wchłaniane przez kiszki (mleko, kefir, jajka na miękko, rosół z somatozą, kaszka z mlekiem i t. p.). Szczególniej dotyczy to przypadków kokluszu, połączonego z częstemi wymiotami, podczas których pokarmy stałe wyrzucane bywają nieraz wcale nietrawione. Następnie należy objaśnić matkę lub opiekunkę, aby podczas napadu nadawały dziecku odpowiednią pozycję, sprawiającą mu pewną ulgę, a więc pozycję siedzącą z jednoczesnem podtrzymywaniem główki, aby w ten sposób uchronić dziecko od gwałtownych wstrząśnień, powodowanych mocnemi napadami kaszlu. Po ukończonym napadzie należy, szczególniej u małych dzieci, starannie oczyścić jamę ustną z nagromadzonej wydzieliny śluzowej, a starsze zmusić do przepłukania ust płynem lekko odkażającym (np, kwasem bornym, lub mentolem). Następnie, w celu doprowadzenia do równowagi naruszonego podczas napadu krwiobiegu, nadajemy dziecku przez pewien czas pozycję leżącą.

Przechodząc do sprawy leczenia za pomocą srodków farmaceutycznych, powtórzę to, co już raz zaznaczyłem, że dotychczas nie posiadamy żadnego swoistego środka przeciw kokluszowi. Z ogromnej liczby zalecanych leków przedewszystkiem wspomnę o chininie, wprowadzonej w użycie przez Binza. Chinina przez długi przeciąg czasu uchodziła niemal

www.dlibra.wum.edu.pl

za specyficzny środek przeciwkokluszowy; do dziś dnia jeszcze niektórzy autorowie (Monti, Biegański) przypisują jej w wielu przypadkach działanie wielce skuteczne, inni jednak, szczególniej autorowie francuscy, nie uznają tej właściwości chininy, która oprócz tego ze względu na nadzwyczajną gorycz nie daje się stosować u małych dzieci, a podawana przez dłuższy czas i w znaczniejszych dawkach sprowadza nadto utratę apetytu i popudza do wymiotów. Chinina bywa zalecana w dawkach 0,1 do 1,0 grm. na dobę, zależnie od wieku dziecka. Dla dzieci małych, do dwóch lat życia, Monti podaje następujący przepis:

Rp Chinini tannici
Natrii bicarbonici
Saccbari albi aa 1.0
M. f. pulvis
Div. in part. aequal. Nr. X
M. D. S. Co 2—3 godziny jeden proszek.

Środek ten należy podawać przez dłuższy przeciąg czasu, naturalnie o ile dziecko go znosi i o ile wywiera on wpływ dodatni na przebieg kokluszu. W ostatnich czasach chininę starano się zastąpić euchininą, również bez widocznego skutku. Leczenie za pomocą antypiryny, wprowadzonej w użycie pierwszy raz przez Demuth'a, następnie przez Sonnenberga, w dawkach po tyle decygramów, ile dziecko ma lat, w ciągu całych tygodni, o ile z początku znajdowało wielu zwolenników, o tyle obecnie stopniowo bywa zaniechane, gdyż nie ma tego korzystnego działania, które mu przypisywali pierwsi autorowie. W każdym razie antypirynę, jako środek, nie wywierający na ustrój dziecka żadnych pobocznych szkodliwych wpływów, można zalecać o tyle, o ile przez stosowanie jej jesteśmy w stanie osięgnąć jakąkolwiek poprawę. Ze znacznego szeregu innych leków, zalecanych w ostatnich czasach fanacetyna, rezorcyna, tussol, kwas karbolowy ,jodofenol, pilokarpina, preparaty kwasu pikrynowego, ichtyol, fenokol, pertuszyna (preparat tymianu) i t. p. również okazały się po dłuższej obserwacji bezskutecznemi.

Drugą grupę środków, zalecanych w kokluszu, stanowią te, które są w stanie wpłynąć na zmniejszenie się gwałtownych napadów, a więc środki kojące (*nervina et narcotica*): przetwory makowca (morfina, kodeina, heroina i t. p.). Stosujemy je w rozmaity sposób: wewnętrznie, pod skórę, lub też pod postacią wziewań, wdychań, pędzlowania, wdmuchiwania i t. p.. Środki te jednakże w małych dawkach nie zmniejszają napadów kokluszowych, w większych zaś nietylko stanowczo wywierają wpływ szkodliwy na stan ogólny, lecz również wywołują zatrzymywanie się wydzieliny w kanale oddechowym, która następnie, będąc wdychana do głębszych części

www.dlibra.wum.edu.pl

płuc, może się przyczynić do poważnych powikłań ze strony dróg oddechowych. Ztąd też środki kojące, szczególnie u małych dzieci, należy stosować bardzo oględnie. Najchętniej jeszcze zalecam w ilości od 10—20 kropel, stosownie do wieku dziecka, t. zw. syrup Forget'a (*lactuarium* z kodeiną), który często wpływa łagodząco na przebieg mocnych napadów kaszlu.

Preparaty belladony lub atropiny, niegdyś gorąco zalecane przez Trousseau, również zawiodły oczekiwanie; po dłuższem użyciu wywołują te same ujemne skutki, co i wyżej wzmiankowane preparaty makowca. Trousseau stosował belladonę w dawce 0,005 ($^1/_{10}$ grana) pod postacią pigułek; jedną pigułkę dziennie u dzieci do 4-ch lat, a dwie pigułki u starszych. Również można podawać belladonę pod postacią nalewki (5—10 kropel, stosownie do wieku dziecka) proszku lub wyciągu. *Rp. Extr. Belladonae 0,5 Aq. destillat. 10.0 M. D. S.* 3 razy dziennie po tyle kropel, ile lat ma dziecko.

Wodan chloralu, zalecany wewnętrznie lub pod postacią lawatyw, również, podług niektórych autorów, nieraz ma dodatnio wpływać na przebieg kokluszu. Przepisywać go możemy w następującej formule: *Rp. Chloral. hydrat. 0,20—1,00 Aq. destillat. 100.0 M. D. S.* 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy.

Stosownie w kokluszu preparatów bromu w ilości 0,1—0,6 na dawkę przez wielu autorów zagranicznych, a u nas przez Dytla, uważane było za bardzo skuteczne. Środki te jednak często zawodzą. Niektórzy lekarze dodają jeszcze do nich nalewkę z belladony. Należy nam wspomnieć jeszcze nieco szczegółowiej o t. zw. bromoformie, (94,86 bromu, 4,0 tlenu, 0,04 wodoru). Bromoform poraz pierwszy zastosowany w kokluszu przez Stepp'a bardzo szybko zyskał wielkie uznanie. Rzeczywiście, nieraz za pomocą tego środka możemy złagodzić przebieg gwałtownego napadu kokluszu. Podajemy go w ilości 2—6, a nawet dziesięciu kropel, stosownie do wieku dziecka (ile lat, tyle kropel) trzy razy dziennie, w łyżce wody ocukrzonej. Ze względu na możliwe przeliczenie się w liczbie podawanych kropel, o wiele wygodniej przepisywać broform w następujący sposób: *Rp. Bromoformii gtt. 5—20* (stosownie do wieku dziecka) *Spirit. vini 3,00—5,00 Aq. destillat. 90,0 Syrupi simplic. 10,0 M. D. S.* Co 2—3 godziny łyżeczkę od kawy

Co się tyczy skuteczności broformu, zdania są bardzo podzielone. Niektórzy autorowie np. Feer, Marfan, po długotrwałem systematycznem stosowaniu tego środka spostrzegali u chorych dzieci znaczną poprawę, natomiast inni nie przypisują bromoformowi żadnych leczniczych własności, a nawet, ze względu na niejednokrotne przypadki zatrucia tym środkiem, radzą zupełnie go zaniechać.

U dzieci nieco starszych w celu złagodzenia mocnych napadów ko-

www.dlibra.wum.edu.pl

kluszu skuteczne nieraz bywa wdychanie chloroformu, nie doprowadzające jednak do stanu zupełnego uśpienia. W tym celu kilkanaście kropel chloroformu wylewamy na chustkę i przytykamy ją podczas napadu do nosa dziecka. W większości przypadków sposób ten wywiera dodatni wpływ na przebieg samego napadu. Bezwarunkowo lek ten może być zalecany wyjątkowo tylko podczas mocnych napadów. Również należy zwracać uwagę, aby chloroformu nie pozostawić w ręku samego dziecka.

Niektórzy autorowie, o czem już wspominaliśmy, za przyczynę kokluszu uważali zmiany, występujące w górnym odcinku dróg oddechowych dzieci, chorych na koklusz. Sądzili więc, że za pomocą miejscowego leczenia będą w stanie usunąć samą chorobę. W tym celu stosowali środki odkażające lub kojące pod postacią wziewań, rozpylań, wdmuchiwań do krtani lub nosa, pędzlowań i t. p..

Z początku metoda ta, podobnie do innych nowych metod leczniczych, opartych na pozornie tylko racjonalnych zasadach, miała dawać świetne wyniki, do tego stopnia, że zdawało się, jakoby sprawa leczenia kokluszu nareszcie została rozwiązana. Dalsze jednak badania i spostrzeżenia w znacznej mierze osłabiły zapał zwolenników miejscowego sposobu leczenia; powoli więc zaczęto go zarzucać, tembardziej, że w samem założeniu swojem, o czem już wspominałem, okazał się on nieuzasadnionym, a w zastosowaniu u małych dzieci (wziewania, pędzlowania i t. p.) nawet niewykonalnym. Pomimo to powyższa metoda lecznicza do dziś dnia jeszcze znajduje chętnych wśród lekarzy zwolenników, którzy ciągle podają do stosowania miejscowego coraz to nowe, jakoby skuteczne, środki. Zdaniem mojem, leczenie miejscowe może wywierać swój wpływ dodatni, lecz jedynie u starszych dzieci. w tych przypadkach kokluszu, w których przeważający objaw stanowi mocne podrażnienie błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych, a szczególnie nosa i gardła. Za pomocą więc tej metody łagodzimy jeden z objawów, lecz nie leczymy samego kokluszu. Stosownie do wyżej powiedzianego zalecamy: 1) Częste płukanie gardła odkażającemi roztworami kwasu bornego, mentolu, tymolu i t. p..

np. Rp. Thymol. 0,03—0,006
Spirit. vini 15,0
T-rae Menthae 5,0
M. D. S. 15—20 kropel na $^1/_2$ szklanki letniej wody do płukania gardła.

2) Ciepłe wziewania, które również mogą wpływać łagodząco na przebieg napadów i ułatwiać wydzielanie śluzu, nagromadzonego w górnym odcinku dróg oddechowych. W tym celu stosujemy 1%—2% roztwór będźwianu sodu, 2%—3% roztwór bromku sodu, 1% roztwór karbolu, kokainy (Weil) i t. p. Najchętniej przepisuję w takich razach tymol i mentol z dodatkiem kokainy, lub bez niej.

www.dlibra.wum.edu.pl

Rp. Thymol. 0,05
Spirit. vini 20,0
Menthol. 1,0
(Cocaini muriatici 0,5)

M. D. S. 15—20 kropel w kieliszku ciepłej wody do wziewania, 3—4 razy dziennie w ciągu 3—4 minut.

Zalecano również wziewania z ozonu, tlenu, oraz przebywanie w fabrykach gazu oświetlającego, lub wdychanie powietrza zgęszczonego i t. p. Wszystkie te środki jednak okazały się zupełnie bezskutecznemi.

3) Pędzlowanie gardła i krtani środkami antyseptycznemi i znieczulającemi. U małych dzieci nieraz pędzlowanie kilka razy dziennie gardła 4%—5% roztworem kokainy może złagodzić mocny napad kokluszu. Należy jednak pamiętać, że przy użyciu kokainy może nieraz nastąpić zatrucie.

4) Również zalecano wdmuchiwanie do krtani lub nosa różnorodnych leków: *resinae benz.* kwasu bornego z dodatkiem kokainy, salicylanu sodu, bismutu, ortoformu, a nawet chininy. Leczenie to jednak zazwyczaj przynosi małą korzyść, a bywa wskazane jedynie wtedy, jeżeli w przebiegu kokluszu stale przeważają objawy mocnego podrażnienia błony śluzowej nosa (kichanie częste, zatkanie nosa i t. p.). W tych razach zalecam wdmuchiwania bismutu lub dermatolu z dodatkiem mentolu lub kokainy. *Rp. Bismuthi salicylici Dermatholi* aa *7,50 Cocaini muriatici* lub *Menthol. pulveris. 0.5 M. D. S.* Do wdmuchiwania do nosa 2—3 razy dziennie.

Na zakończenie wspomnieć jeszcze muszę o sposobie Naegeiiego —mechanicznem leczeniu napadów kokluszu, które polega na tem, że z chwilą rozpoczynającego się napadu odciągamy żuchwę dziecka na dół i ku tyłowi i staramy się utrzymać ją w tej pozycji przez cały ciąg napadu. Takie postępowanie ma nieraz napad powstrzymać, lub też znacznie go skrócić. Sposób ten należy wykonywać uważnie i umiejętnie, w przeciwnym bowiem razie możemy dziecku więcej szkody aniżeli pożytku wyrządzić.

Wreszcie co się tyczy różnorodnych powikłań kokluszu, które, szczegółowo wyżej zostały opisane, to trzeba je leczyć podług ogólnych zasad, właściwych każdemu z tych powikłań. W najgłówniejszych z nich, t. j. następczych cierpieniach dróg oddechowych, przedewszystkiem stosować należy konsekwentnie metodę leczenia klimatycznego. W ciężkich i długotrwałych drgawkach widziano wynik dodatni po zastosowaniu przekłucia lędźwiowego.

www.dlibra.wum.edu.pl

Biblioteka Główna WUM
KS.1297
210000001297

www.dlibra.wum.edu.pl

SZP

361
II oz.

www.dlibra.wum.edu.pl