

duplikat



Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

10 924

WYKŁADY KLINICZNE
CHORÓB DRÓG ODDECHOWYCH

NAPISAŁ

Dr M^{ed.} Alfred Sokołowski

ORDYNATOR SZPITALA Ś-go DUCHA W WARSZAWIE.

I

Choroby Źchawicy i Duszki

(z 3-ma rysunkami w tekście).



WARSZAWA.

DRUK TOW. AKC. S. ORGELBRANDA SYNÓW, KRAK. PRZEDM. 66

1902.



Biblioteka Główna WUM

KS.1318



210000001318

Leb. W. Lapiński

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Główny

WYKŁADY KLINICZNE

CHORÓB DRÓG ODDECHOWYCH

NAPISAŁ

Dr Med. Alfred Sokołowski

ORDYNATOR SZPITALA Ś-go DUCHA W WARSZAWIE.

1850-1924



Choroby Zchawicy i Oskrzeli

(z 3-ma rysunkami w tekście).

BIBLIOTEKA
Szpitala im. Karola i Maryi
Dla Daleci
Nr. 410



*Dr. Med.
Wacław Lapiński*

WARSZAWA.

DRUK AKC. TOW. S. ORGELBRANDA SYNÓW, KRAK. PRZEDM. 66

1902.



ДОЗВОЛЕНО ЦЕНЗУРОЮ.
Варшава, 24 Ноября 1901 года.

**Biblioteka Główna
WUM**



www.dlibra.wum.edu.pl

*Współtowarzyszą * * **

** * zajęć szpitalnych*

Ł. asystentom mojego oddziału

w Szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

(1881 — 1901)

pracę niniejszą

poświęca

autor.

PRZEDMOWA.

„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” 1895. 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, dyagnostyczne 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 pisanymi w obcych językach. Taki stan rzeczy pociąga za sobą wielokrotnie ujemne skutki. Posiłkowanie się obcym podręcznikiem wymaga, nawet przy czytaniu dzieł lekarskich, naderdokładnej znajomości języka, aby mózg 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 dla współrodaków autora zupełnie zrozumiałe, ale dla obcych wątpliwe i zagadkowe. Takiej gruntownej znajomości języków Europy zachodniej młodzież nasza fachowa zazwyczaj nie posiada; zmuszoną więc bywa najczęściej poprzestawać na tanich wprawdzie, lecz często lichych przekładach... Tłumacz, 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 gruntownej znajomości obcego języka lub odczytywaniu dzieła dokładnie i ściśle tłumaczonego, 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, dyetetycznych 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 kwestyach dotyczących etyologii, profilaktyki lub dyetetyki chorób. Dla wielu z nas momenty etyologiczne, tam w grę wchodzące, a szczególnie stosowana tam dyeta i terapia są nieraz zupełnie nie zrozumiałe. 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 dyetetyki i terapii ma to również wielkie znaczenie. Przepisy bowiem higieniczno-dyetyczne nie tylko muszą być oparte na podstawie racjonalnej, właściwej danemu cierpieniu, lecz winny w wysokim stopniu uwzględnić przyzwyczajenia, a nawet nieraz przesady ludności, w danym kierunku istniejące. Lekarz, znający podstawę i błędy, popełniane w higienie i dyecie przez naszą ludność wogóle, potrafi w podręczniku oryginalnym zwrócić uwagę współkolegów na niewłaściwości tych lub owych zwyczajów czy przesądów w higienie lub dyecie wśród naszej ludności panujących. Przy leczeniu klimatycznym, tak doniosłą rolę w sprawie dróg oddechowych, jak wiadomo, odgrywającym, podręczniki zagraniczne naturalnie nie mogą, a nawet nieraz tendecyjnie nie chcą nic uwzględnić, z wyjątkiem swoich leczniczych miejscowości. Ztąd nieraz nasz lekarz ma o tych kwestyach 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 naszym 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 higieniczno — dyetetycznymi metodami leczenia dzisiaj coraz bardziej wśród ogółu lekarzy, a nawet i publiczności zyskującymi uznanie. Nieco w mniejszym zakresie uwzględniając działy teoretyczne (etyologia, anatomia 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 uwzględnić, o ile tylko prace ich przyniosły choć jakikolwiek najmniejszy istotny przyczynek do danej kwestyi.

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.

Leokadia Paszczutówna
Lipiec 1901 r.

Zapalenie ostre * * * *

* * i przewlekłe oskrzeli.

(Bronchitis).

ROZDZIAŁ I.

Treść. Częstość katarów oskrzeli u nas, a ztąd ich ważne znaczenie dla lekarza praktyka. Etyologia i patogenezą. Przebieg, jego istota i wpływ na powstawanie katarów oskrzeli. Teorye zaziębienia. Choroby zakaźne ostre: odra, influenza, koklusz, błonica, zapalenie płuc, nosaczna, tyfus brzuszny, zimnica. Znaczenie infekcyi mieszanej przy powstawaniu katarów oskrzeli przy sprawach ostrych i chronicznych. Choroby ustrojowe (artrytyzm, żoły). 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 noso-gardzielowej na powstanie 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 anatomo-patologiczne.

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 Dobroczynności 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 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 lżejszymi postaciami form przewlekłych. Chorzy tej ostatniej kategorii w klasie uboższej naszego społeczeństwa albo wcale się nie leczą, albo też, w razie pogorszenia się sprawy, zasięgają dorywczo porady w ambulatoriach szpitalnych. Doświadczenie zaś poucza, że wśród chorych, szukających w ambulatoriach szpitalnych pomocy w chorobach wewnętrznych, przeważną większość, szczególnie w miesiącach zimowych, stanowią chorzy, dotknięci ostrymi lub zaostrzonymi katarami oskrzeli. Ta sama częstość nieżyków oskrzeli występuje zresztą i w klasie zamożniejszej: szczególnie w ciągu ostatnich lat dziesięciu, t. j. od czasu wielkiej epidemii 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, wśród względnie o wiele lepszych warunków higienicznych, katar dróg oddechowych w ostatnich latach występowały niezwykle często. Dodać winienem, że spostrzeżenia, poczynione w Warszawie i wogóle w kraju naszym, co do niezwyklej częstości katarów oskrzeli w ostatnich latach, zostały również stwierdzone i w innych krajach Europy Środkowej, a szczególnie w Niemczech północnych, we Francji i Anglii, jak o tem świadczą liczne odnośne publikacje ¹⁾.

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

Nie więc dziwnego, że na sprawę patologiczną tak częstą lekarze od najdawniejszych aż do ostatnich czasów bacznią 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 anatomo-patologicznego; 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, ¹⁾ WALSCHE'a, ²⁾ FOTHERGILL'a ³⁾ i innych w Anglii; LASEGUE'a, ⁴⁾ FERRAND'a, ⁵⁾ G. SÉE, ⁶⁾ MARFAN'a ⁷⁾ i innych we Francji; BIERMER'a, ⁸⁾ LEBERT'a, ⁹⁾ RIEGEL'a, ¹⁰⁾ HOFFMANN'a ¹¹⁾ i innych w Niemczech. Nasza odnośna literatura jest stosunkowo bardzo uboga, oprócz bowiem krótkiej monografii D-ra JÓZEFA KONSTANTEGO ROSÉGO ¹²⁾ wydanej przed trzydziestu paru laty, na owe czasy pięknie opracowanej pracy klinicznej, oraz równie pięknej monografii RUDNICKIEGO, ogłoszonej w r. 1870 ¹³⁾ a dotyczącej anatomii

¹⁾ W. STOKES. Die Brustkrankheiten, 1844 (tł. niemieckie).

²⁾ WALSCHE. Traité clinique des maladies de la poitrine, 1870 (tł. francuskie).

³⁾ FOTHERGILL. Chronic bronchitis, 1882.

⁴⁾ LASÉGUE. Études médicales, t. II, 1884.

⁵⁾ FERRAND. Leçons cliniques sur les formes et le traitement des bronchites, 1888.

⁶⁾ G. SÉE. Bronchites aiguës, 1885. Bronchites chroniques, 1886.

⁷⁾ MARFAN. Traité de Médecine, T. IV.

⁸⁾ BIERMER. Krankheiten der Bronchien (Handb. der Pathologie und Therapie—Virchow) 1867.

⁹⁾ LEBERT. Klinik der Brustkrankheiten, 1874.

¹⁰⁾ RIEGEL. Krankheiten der Trachea und der Bronchien. ZIEMSEN'S Handbuch, Bd. IV, 2 Hälfte.

¹¹⁾ HOFFMANN. Die Krankheiten der Bronchien, 1896.

¹²⁾ J. K. ROSÉ. Wykład patologii i terapii narzędzi oddechowych. Część I.—Choroby krtani i oskrzeli. Warszawa, 1868.

¹³⁾ RUDNICKI. Przegląd Lekarski, 1870.

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 HOFFMAN'a, a oparte na podstawie anatomo-patologicznej, wydaje mi się bardzo odpowiedniem, objaśnia bowiem dokładnie nie tylko 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 kategorii 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 fizyologicznych tych narządów: oskrzela stanowią, 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 kartań), do pęcherzyków płucnych, t. j. do miejsca właściwej hematozy. To też sprawy patologiczne oskrzeli są dosyć często sprawami zstępującymi, szerzącymi się z górnego odcinka dróg oddechowych (gardzieli 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 tchawico-oskrzelowe (*tracheo-bronchitis*); w opisie przebiegu choroby zaznaczymy specjalnie w odpowiedniem miejscu te właściwości, które

w pewnych przypadkach charakteryzują wyraźniej zaakcentowaną sprawę, umiejscowioną w tchawicy.

Etyologia i patogeneza katarów oskrzeli.

Nie dziwnego, że cierpienie tak częste i tak rozpowszechnione jak kataroskrzelki, ma bardzo liczne źródła pochodzenia, chociaż, z drugiej strony, pośród momentów etyologicznych, jakich autorowie podają całe szeregi, znajdujemy i takie, których związek z kataroskrzelką do dziś dnia jeszcze nasuwa pewne wątpliwości. Postaramy się pokrótce rozpatrzeć ważniejsze z tych przyczyn.

1). Codzienne doświadczenie życiowe poucza, że jedną z najpowszechniejszych przyczyn ostrego kataroskrzelki jest przeziębienie — ztąd też oddawna istnieje w patologii termin: „*bronchitis a frigore*”, pod który podciągano kataroskrzelki, powstające szczególnie wiosenną i zimową porą pod wpływem powietrza zimnego i wietrznego, lub też występujące po szybkim ochłodzeniu się ciała przy raptownym 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, narażanie się na przeciągi i t. p.). Za przyjęciem wpływu przyczynowego przeziębienia na powstawanie ostrego kataroskrzelki przemawiał, jak się zdawało, ów powszechnie znany fakt, że cierpienia te występują przeważnie w okolicach, posiadających klimat nie tylko zimny, lecz przeważnie zimny i wilgotny, wietrzny, z nagłymi zmianami ciepłoty i ciśnienia. HIRSCH, w swoich powszechnie znanych studyach geograficzno-lekarskich nad nieżytami oskrzeli, wykazał, że w krajach o ciepłocie przeciętnej znacznej i stałej, bez znacześniejszych wahań (Egipt, Antylle, pewne okolice Indii Zachodnich) kataroskrzelki występują stosunkowo bardzo rzadko, przeciwnie, częstość ich się zwiększa w miarę oddalania się od równika, przyczem na ową częstość ma wpływ nie tylko przeciętna ciepłota danej okolicy, lecz i stopień wilgotności powietrza, wogóle bowiem kataroskrzelki panują w tych krajach, gdzie peryodycznie 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 HIRSCH'a, niepoślednią w powstawaniu katarów oskrzeli odgrywać rolę; panują więc katary w tych miejscowościach, które, posiadając względnie wilgotną atmosferę, mało są osłonięte od wiatrów północnych i północno - wschodnich (np. wybrzeża Bałtyku, 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 niską ciepłotę, przy panujących silnych wiatrach wytwarzają się liczne opady atmosferyczne, t. zw. okres topnienia śniegu. Klimaty czysto północne, mające bardzo niskie ciepłoty, bez szybkich zmian i bez mocnych wiatrów (okolice podbiegunowe, Syberya Wschodnia), zdaje się, mniej usposabiają do katarów oskrzeli, o czym pouczają ciekawe opisy ostatnich wypraw podbiegunowych. NANSEN naprzykład podaje, że w ciągu całego prawie dwuletniego pobytu wyprawy w okolicy podbiegunowej, przy niezwykle niskich (dochodzących do — 50°) ciepłotach nikt z jego towarzyszków 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 materyale, 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 więc warunki meteorologiczne danej

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

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

Znany higienista FLÜGGE określa w następujący sposób zaziębienie: „z dzisiejszego naukowego punktu widzenia musimy przyjąć, że zaziębienie przychodzi do skutku z powodu zbyt natężonego i długotrwałego odciążenia ciepłoty od skóry“. Takiej utracie ciepłoty przez skórę sprzyjają: „1) mocne i zimne wiatry, które nie tylko 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 teorie zaziębienia, dotychczas podawane, nie wyświetla jednak sprawy w zupełności. Znane powszechnie prace ROSENTHAL'a i ROSSBACH'a (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. Teorie, 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 nie tylko przez pośrednictwo skóry, lecz i bezpośrednio (zimne powietrze), przyczem szybko ma przychodzić do zmian angio-paralitycznych, wywołujących w następstwie mocne przekrwienie i obrzęk błony śluzowej. Teorie neuropatologiczne, aczkolwiek pojęte, bo na doświadczeniach oparte, bynajmniej 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 pasożytach (bakteryologii), różni badacze zaczęli rozpatrywać kwestyę przeziębienia

z punktu widzenia bakteryologicznego, starając się wykazać, o ile ta nowa teoria będzie w stanie bliżej wyjaśnić sprawy patologiczne, z przeziębienia powstałe. I rzeczywiście badania różnych autorów ¹⁾ wykazały, że w drogach oddechowych znajduje się normalnie znaczna ilość rozmaitych pasożytów, nie tylko saprofitów, lecz nawet i bakterii chorobotwórczych, jako to: *staphylococcus pyogenes*, *streptococcus pyogenes*, *pneumococcus* i t. p.. PANSIERI, który badaniom tym poświęcił szczegółowe studium, wynalazł w zdrowych oskrzelach 8 różnych gatunków paciorkowca (*streptococcus*), kilka gatunków sarcyny, 21 gatunków laseczników i 10 gatunków mikrokoków. Obecność pasożytów chorobotwórczych w zdrowych oskrzelach (*pneumococcus*, *streptococcus*) wykazali później: DÜRCHS, BARTHEL i inni (Centralblatt f. Bacteriol. 1898). Starano się następnie rozstrzygnąć pytanie, o ile i jakie formy pasożytów spotykać można w różnorodnych ostrych i chronicznych 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 pasożytów, co w oskrzelach zdrowych; stale tylko napotkać się daje *pneumococcus* i *streptococcus* ²⁾. Oprócz tego znajdowano całe szeregi różnych drobnoustrojów, między innymi bakterii barwnych (*bacillus pyocyaneus*, *b. fluorescens*, *b. aureus*, *b. squamosus*, *sarcina variegata*, *sarcina flava* i t. p.). I moje liczne badania bakteryologiczne różnych postaci zapaleń oskrzeli w przypadkach, z praktyki szpitalnej oraz prywatnej pochodzących, dokonane w mojej pracowni szpitalnej, wykazały wielką różnorodność form pasożytów; przeważnie jednak napotykałem pneumokoki, paciorkowce i gronkowce. Po ustaleniu faktu obecności drobnoustrojów chorobotwórczych w błonie śluzowej oskrzeli

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

²⁾ RITCHIE (Journal of Pathol. and Bact., Dec. 1900), badał w ostatnich czasach w pracowni WECHSELBAUM'a preparaty, pochodzące od 49 osobników, dotkniętych katarą oskrzeli, i doszedł do wniosku, że ostry katar oskrzeli jest cierpieniem zakaźnym, wywołanym przez *diplococcus pneumoniae* i *streptococcus*; jednocześnie biorą w tej sprawie udział różnorodne pasożyty, a między innymi i lasecznik influenzy, znajduwany nawet wtedy gdy nie panowała influenza.



podczas zapalenia, którego powstawanie przypisywano przezię-
bieniu, starano się w dalszym ciągu zbadać doświadczalnie, o ile
zimno, oraz raptowne ochłodzenie powierzchni skóry, wymagać może
złośliwość pasożytów, normalnie w oskrzelach przebywających,
a tem samem przyczyniać się do powstania spraw zapalnych
na błonach śluzowych. Nie mogę tutaj szczegółowo przytaczać
tych wiele interesujących prac, przez wielu autorów w ostatnich
czasach dokonanych. Wspomnę tylko o pracach LODÉ'go, które
wykazały, iż przy wprowadzaniu zwierzętom do oskrzeli za po-
mocą inhalacji hodowli różnorodnych pasożytów chorobotwórczych,
(*pneumococcus*, *streptococcus* i t. d.) zwierzęta ginęły tem prędzej,
im więcej były przedtem ochładzane (śmiertelność zwierząt ochła-
dzanych wynosiła 85%, a użytych do sprawdzania 12%). Auto-
rowie sprawę zaziębnienia, względnie działanie zimna na organizm,
starają się w ten sposób tłumaczyć, że przez raptowne ochłodze-
nie powierzchni ciała lub przez działanie zimna na błony śluzowe
występuje pewne zaburzenie w odżywianiu błony śluzowej, pęcz-
nienie 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 francuzcy,
ustrój broni się przeciw temu masowemu wtargnięciu pasożytoz
do czego mu dopomaga własność bakteryobójcza osocza krwi ora
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 naczy-
nio-ruchowym i, zmniejszając przez to odporność ustroju, umożliwiają
tym sposobem pasożytom ich specyficzne działanie.

Teorya ta, aczkolwiek oparta na doświadczeniach, nie jest
wolną od licznych zarzutów, których z powodu braku miejsca bli-
żej rozbiierać nie będziemy. W dzisiejszym stanie nauki jest to
jednak teorya wiele ponętna i prawdopodobna, daje bowiem na
podstawie ściśle spostrzeganych faktów chociaż częściowe nauko-
we wyjaśnienie zupełnie dotychczas ciemnego, a tak ważnego mo-
mentu etyologicznego, za jaki uważano zaziębnienie. Teorya ta
również poczęści stara się wyjaśnić ten banalny fakt empiryczny,
że tylko pewne jednostki słabsze „usposobione” podlegają zazię-

bieniu. Organizmy mocne, zahartowane na zimno, posiadają dobrze, że tak rzec można, wyćwiczony układ naczynio-ruchowy; ztąd też łatwo przeciwdziałają mocnym przekrwieniom, powstającym pod wpływem zimna, i tem samym zapobiegają przenikaniu pasożytów do tkanek, a więc i szkodliwym dla ustroju następstwem tego przenikania, t. j. zapaleniom swoistym. Tłómaczy się tem ten fakt powszechnie spostrzegany, że na ostre katarы 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 ustrojowymi, a więc skrofuliczni, rachityczni, chorzy na gruźlicę, pijacy, rekonwalescenci po przebytych ciężkich chorobach zakaźnych i t. d.. U wszystkich osobników tych licznych kategorii 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 tłómaczy tem, że system naczynio-ruchowy nabiera stopniowo sprawności; odwrotnie, w starości wraz z upadkiem w ogóle sprawności organizmu zwiększa się skłonność do 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, influenza, koklusz 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 wedle wszelkiego prawdopodobieństwa mamy do czynienia z zakażeniem mieszanem. W przebiegu róży, szczególnie w umiejscowionej na błonie śluzowej nosa, gardzieli lub krtani, występuje czasem, aczkolwiek rzadko, ostre zapalenie zstępujące tchawicy i oskrzeli. I w tych razach, jak to się zdarzyło w jednym przezemnie spostrzeganym przypadku, objawy ze strony tchawicy i oskrzeli (suchy męczący kaszel) zniknęły w zupełności wraz z ustąpieniem gorączki.

Błonica, zapalenie płuc włóknikowe (*pneumonia*), ospa i nosacizna nie wywołują właściwie ostrych katarów

oskrzeli, jak to niektórzy z autorów podają; wytwarzające się bowiem błony rzekome w tchawicy i oskrzelach, skrzepy włóknikowe przy ciężkich zapaleniach płuc, wysypka z następczymi ospowatymi 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 zakażenia mieszanego. Zimnica, (*malaria*) w postaci ostrej w wyjątkowo rzadkich przypadkach daje objawy ostrego zajęcia oskrzeli, odznaczającego się przeważnie znacznym natężeniem w okresach napadów zimniczych, a ustępującego w zupełności z chwilą ustąpienia zakażenia pod wpływem swoistego leczenia chininą.

W przebiegu tyfusu, szczególnie brzuszego, 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 zapalenie miąższu płucnego, są rezultatem nie działania zarazka tyfusowego, lecz infekcyi wtórnej mieszanej, wyczerpanie bowiem organizmu (*adynamia*) działa na ustrój podobnie jak zimno: osłabia działalność naczynio-ruchową, zmniejszając znacznie odporność organizmu i umożliwiając tym sposobem działalność chorobotwórczą drobnoustrojów, stale gnieźdzących się w oskrzelach. Tą drogą powstają i w ten sposób dają się objaśnić zapalenia oskrzeli, występujące i przy innych chorobach zakaźnych, jako też przy cierpieniach przewlekłych, połączonych z wielkim wyczerpaniem i osłabieniem ustroju, (złośliwe zapalenia wsierdzia, gorączka pługowa, charłactwo zimnicze, nerkowe, cukromocz i t. p.).

3). Niektórym chorobom ustrojowym również czasami towarzyszą katary oskrzeli. Jak doświadczenie kliniczne poucza, osobniki, dotknięte usposobieniem dziedzicznym do t. zw. dyatezy 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, o ile 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 obu tych spraw. Podrażnienie mechaniczne z jednej strony, częste przekrwienia, a dalej zastoje w narządach we-

wewnętrznych z drugiej, mogą z łatwością osłabiać odporność błony śluzowej i warunkować przez to powstawanie katarów oskrzeli w ten sam sposób, w jaki te cierpienia powstają pod wpływem innych wyżej wymienionych momentów etyologicznych. To samo mniej więcej da się powiedzieć i o zołzach (*scrophulosis*), cierpieniu, przy którym, 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 zaziębnienia, działającą na błonę śluzową oskrzeli i usposabiającą do powstania różnorodnych postaci katarów oskrzeli (szczególniej chronicznych), jest w dychanie 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 przede wszystkim delikatny jej nabłonek i tem samem umożliwiając, podobnie jak przy działaniu zimna, przenikanie wgląd znajdujących się na powierzchni nabłonka pasożytów, co w następstwie powoduje z łatwością rozwój ostrego lub chronicznego zapalenia tej błony.

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, szczególnie u osobników wątłych i mało odpornych. Kurz uliczny tłómaczy 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 szczególnie ostre katary oskrzeli powietrze, przepelnione 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, szczególnie na oskrzela. Wpływ jednak czynników, związanych z zajęciami zawodowymi, 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 (źle warunki higieniczne mieszkań, odżywiania, ubierania się, nadużywanie 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 wpływ swój szkodliwy wywierają przedewszystkiem na górny odcinek dróg oddechowych (nos, krtań i gardziel), a później dopiero pozwoli 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, przy których szkodliwy wpływ odbija się na błonie śluzowej oskrzeli, przedewszystkiem zaliczyć należy te, gdzie jednocześnie powstaje kurz i pył. Do stosunkowo najmniej szkodliwych ma należeć, według autorów, którzy specjalnie tę sprawę badali, pył, powstający przy fabrykacji grafitu,

cykoryi, nici; bardziej szkodliwym jest pył w fabrykach wełny, bawelny, jedwabiu, juty, wyrobów lnianych i konopnych; również szkodliwym 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, szczególnie przy dłuższym pobycie w takiej atmosferze. Do bardzo szkodliwych również pyłów zalicza się kurz, powstający przy fabrykacji dywanów, materacy 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 i 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 papieru, 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 amoniaku. W fabrykach melinitu we Francyi spostrzegano u robotników ataki suchego kaszlu z silną dusznością, zależne od kwasu pikrynowego, wywiązującego się przy tejże fabrykacji. Arsenik, używany w różnorodnych fabrykach, działa szkodliwie nie tylko 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.

5). Niektóre związki trujące, wprowadzone do ustroju w większej ilości, lub używane w mniejszych dawkach przez czas zbyt długi w celach leczniczych, wywołują wielce charaktery-

styczne katarы ostre tchawicy i oskrzeli. Do środków tej kategorii zaliczamy, przedewszystkiem preparaty jodu i bromu. Do znanych powszechnie objawów, t. zw. jodyzmu i bromizmu należy przedewszystkiem mocne podrażnienie, a następnie silny katar hypersekrecyjny oskrzeli, który zazwyczaj szybko ustępuje po zaprzestaniu używania jodu lub bromu. Przy zatruciu amoniakiem, jako też kwasem karbolowym również występują nieraz objawy mniej lub więcej wyrażonego ostrego kataru oskrzeli, a chociaż przy 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 chroniczny 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 polykaniu z błoną śluzową gardzieli, 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 gardzieli i krtani uparty katar oskrzeli, występujący przeważnie pod postacią, t. zw. kataru suchego, doprowadzającego zazwyczaj z biegiem czasu do rozedmy płuc i zmian w mięśniu sercowym. Upośledzona działalność serca jest ze swej strony przyczyną zastoju, które jeszcze bardziej wpływają na rozwój i uporczywość katarów oskrzeli ¹⁾.

6). Najrozmaitsze ciała obce, przedostawszy się wypadkiem, szczególnie 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,

¹⁾ Patrz moją pracę: „Alkohol w etyologii i terapii chorób dróg oddechowych”. Odczyty kliniczne, zeszyt 8 z r. 1899.

styczne katarы ostre tchawicy i oskrzeli. Do środków tej kategorii zaliczamy, przedewszystkiem preparaty jodu i bromu. Do znanych powszechnie objawów, t. zw. jodyzmu i bromizmu należy przedewszystkiem mocne podrażnienie, a następnie silny katar hypersekrecyjny oskrzeli, który zazwyczaj szybko ustępuje po zaprzestaniu używania jodu lub bromu. Przy zatruciu amoniakiem, jako też kwasem karbolowym również występują nieraz objawy mniej lub więcej wyrażonego ostrego kataru oskrzeli, a chociaż przy 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 chroniczny 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 polykaniu z błoną śluzową gardzieli, powoduje jej zapalenie, nader uparte, zwykle zstępujące stopniowo na krtani i tchawicę, zkąd przejść może i na oskrzela. Ztąd u każdego niemal pijaka nałogowego po pewnym przeciągu czasu spostrzegamy, obok bardzo typowych zmian w gardzieli i krtani uparty katar oskrzeli, występujący przeważnie pod postacią, t. zw. kataru suchego, doprowadzającego zazwyczaj z biegiem czasu do rozedmy płuc i zmian w mięśniu sercowym. Upośledzona działalność serca jest ze swej strony przyczyną zastojów, które jeszcze bardziej wpływają na rozwój i uporczywość katarów oskrzeli ¹⁾.

6). Najrozmaitsze ciała obce, przedostawszy się wypadkiem, szczególnie u dzieci, do tchawicy albo oskrzeli, powodują ich ostre zapalenia, przechodzące w stan przewlekły przy dłuższem pozostawianiu tych ciał w drogach oddechowych. Są to zapalenia przeważnie charakteru ropnego. Zmiany następcze w oskrzelach,

¹⁾ Patrz moją pracę: „Alkohol w etyologii i terapii chorób dróg oddechowych”. Odczyty kliniczne, zeszyt 8 z r. 1899.

a dalej i w tkance płucnej, nieraz bardzo ciężkie, szczegółowo będą opisane w odpowiednim rozdziale.

7). Katary oskrzeli widzujemy dość często u osobników, dotkniętych cierpieniami jamy noso-gardzielowej (katary suche, wyrosła adenoidalne, katary z mniej lub więcej obfitą wydzieliną śluzo-ropną, przerosty muszli). W sprawach noso-gardzielowych, powodujących zatkanie nosa i zmuszających chorego do stałego oddychania ustami, etiologię 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, szczególnie przy obfitszej wydzielinie, stale spływającej z jamy noso-gardzielowej do gardzieli, być może, że część tej wydzieliny, przylegająca do tylnej części krtani, bywa aspirowaną do tchawicy i oskrzeli, wywołując przez to ich stałe podrażnienie zapalne. Na podstawie bowiem osobistego doświadczenia potwierdzić mogę w zupełności pogląd tych autorów (MARFAN i inni), którzy utrzymują, że przy odpowiednim leczeniu miejscowem cierpień jamy noso-gardzielowej, katary oskrzeli występują rzadziej i odznaczają się mniejszem napięciem, a nieraz nawet w zupełności ustępują. Uparte zapalenie tchawicy (*ozoena tracheae*), towarzyszące niekiedy katarowi złowonnemu nosa (*ozoena*), i będące według wszelkiego prawdopodobieństwa sprawą pochodzenia pasożytniczego, zawdzięcza swoje pochodzenie tej samej przyczynie specyficznej, co i cierpienie pierwotne nosa.

8). Katary oskrzeli niezwykle często napotykamy w przebiegu ostrych, przedewszystkiem zaś chronicznych cierpień płuc, opłucnej, serca i śródpiersia (zapalenia opłucnej, rozedma, różne postaci gruźlicy płuc, nowotwory śródpiersia, tętniaki aorty, cierpienia zastawek i mięśnia sercowego i t. p.). Częstość ta da się bez trudu wyjaśnić zaburzeniami cyrkulacyjnymi (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 tętnicznych, 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 stąd wprost do serca lewego. Wskutek tego, zmiany chorobowe w płucach odbijają się łatwo na cyrkulacji w oskrzelach i łatwo wywołać tu mogą przekrwienie z następczą wypociną i rozwojem sprawy zapalnej (najczęściej pochodzenia pasożytniczego).

Tym sposobem wyjaśnić można częstość występowania katarów oskrzeli przy cierpieniach chronicznych płuc, a przede wszystkim przy rozedmie, jako sprawie patologicznej, przy której system naczyniowy ulega stopniowemu zwężeniu. Tak samo w gruźlicy płucnej, a szczególnie w postaciach jej przewlekłych, przebiegających ze znacznym wzrostem tkanki łącznej płucnej, który, podobnie, jak się to dzieje przy rozedmie, znacznie ogranicza krwiobieg płucny, kataroskrzeli natury niespecyficznego występują bardzo często. Mamy tu zazwyczaj do czynienia z pospolitymi objawami kataru oskrzeli (zwykle suchego) tego płuca, w którym istnieją objawy szczytowe natury gruźliczej. Właściwości układu żylnego płuc wyjaśniają nam również częstość występowania katarów oskrzeli przy cierpieniach serca, przeważnie przy wadach zastawek. Tak np. przy cierpieniach zastawki dwudzielnej, kiedy bywa utrudniony odpływ krwi z lewego przedsionka i żył płucnych, a co za tem idzie, i z drobnych żył oskrzelowych, widzujemy często następcze kataroskrzeli. To samo powiedzieć można o przypadkach tętniaków aorty, guzach śródpiersia i wszystkich innych zmianach, które na żyły płucne ucisk wywierają w mniejszym lub większym stopniu.

Kataroskrzeli chroniczne, jako niemal stałe zjawisko, obserwujemy 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). Przy cierpieniach nerek również często widzujemy ostre i chroniczne kataroskrzeli. Formy ostre, o charakterze więcej obrzękowym, towarzyszą zazwyczaj ostrym zapaleniom nerek i według wszelkiego prawdopodobieństwa są pochodzenia uremicznego. W postaciach chronicznych zapaleń nerek, szczególnie przy for-

mach śródmiąższowych (*nephritis interstitialis*), mamy zazwyczaj do czynienia z zapaleniami oskrzeli, zależnemi od kilku współdziałających czynników szkodliwych, a więc chronicznego zatrucia mocznicowego (*uraemia*), osłabionej działalności serca, a wreszcie ogólnego upadku odżywiania organizmu.

10). Niektórzy autorowie, szczególnie francuzcy, wyodrębniają zapalenia oskrzeli, powstałe na tle zaburzeń nerwowych (*bronchite angioneurotique*). Do tej kategorii zaliczają zapalenia oskrzeli astmatyczne, t. zw. astmę sienną (*Heufieber*), dalej zapalenia zwrotne oskrzeli pochodzenia nosowego (*bronchitis reflectorica* SCHECH'a) 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 drobnoustrojów, zapalenia oskrzeli różnego natężenia. Związek jednakże tych spraw z zaburzeniami nerwowymi nie jest, przynajmniej dla mnie, zupełnie jasny. Większość bowiem z podawanych ostatnimi czasy opisów t. zw. odruchowych katarów oskrzeli, połączonych z dusznością, dotyczy, zdaniem mojem, nie zapaleń oskrzeli, lecz różnorodnych postaci duszności nerwowych; tak zwane zaś kataroskrzeli dusznicowe (*bronchitis asthmatica*) autorów, o czem jeszcze w rozdziale o astmie pomówimy, są to po większej części zapalenia wtórne, występujące przeważnie po napadach nienerwowej astmy oskrzelowej, lecz astmy wtórnej, zjawiającej się u ludzi, dotkniętych wtórną rozedmą płuc przy jednoczesnem osłabieniu działalności mięśnia sercowego.

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. Ma to również mieć miejsce przy pewnych cierpieniach skóry, a szczególnie pryszczycy w okresach jej zmniejszania się. 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 do zapadania na kataroskrzeli.

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

Momenty przyczynowe różnorodnych postaci zapaleń oskrzeli dadzą się sprowadzić do przyczyn pierwotnie i wtórnie działających. Do pierwszej kategorii 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 kategorii, t. j. do przyczyn, pośrednio działających, zaliczyć należy przede wszystkim: 1) mechaniczne zaburzenia w krążeniu małym, powodujące przekrwienie i zastój w oskrzelach (choroby serca, płuc, śródpiersia); 2) zapalenia zstępujące z górnego odcinka dróg oddechowych; 3) choroby zakaźne, oraz charłactwa, powodujące wyczerpanie ogólne organizmu, a głównie układu nerwowego i cyrkulacyjnego, i wywołujące kataroskrzeli przeważnie zastoinowe (tyfus, choroby nerek, zapalenia płuc i t. p.).

Podział katarów oskrzeli.

Podział katarów oskrzeli w dzisiejszym stanie nauki nie może być jeszcze ściśle przeprowadzony z punktu widzenia etyologicznego. Klasyfikacja MARFAN'a, który dzieli nieżyty oskrzeli na specyficzne (zapalenia, towarzyszące grypie, kokluszowi, dyfterytowi, różycy, gruźlicy, ospie, malarii, syfilisowi, sprawom, wywołanym przez pneumokoki i t. p.) i niespecyficzne (zapalenia oskrzeli przy zaziębieniu, cierpieniach serca, płuc, angioneurozach, artrytyzmie, charłactwie, zatruciach i t. p.), ani z punktu widzenia ściśle naukowego, ani też praktycznego nie wytrzymuje krytyki.

Podział HOFFMANN'a, rozróżniający 13 form zapaleń oskrzeli przeważnie na podstawie etyologicznej, również nie odpowiada wymaganiom klinicznym. To samo da się powiedzieć i o podziałach, podanych przez innych autorów, np. FATHERGILL'a. Mnie się wydaje, że najlepszym i najpraktyczniejszym jest podzia-

BIERMER'a, odznaczający się prostotą i oparty na podstawie anatomo-patologicznej.

BIERMER dzieli zapalenia kataralne oskrzeli na 2 główne kategorie: 1) zapalenia ostre (*bronchitis acuta*), których rozróżnia dwie postaci: zapalenia grubszych oskrzeli (*tracheo-bronchitis*) i zapalenia cieńszych i najdrobniejszych oskrzeli (*bronchitis capillaris s. bronchiolitis*); 2) zapalenia chroniczne, które również dzieli na dwie grupy: o skąpej i obfitej wydzielinie. Ten ostatni dział rozбивa BIERMER na 3 podziały, tworząc ostatecznie 5 następujących postaci chronicznego 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 przy naszym wykładzie.

Zmiany anatomo - patologiczne. W ostrych katarach oskrzeli zmiany anatomo-patologiczne ujawniają się przedewszystkiem na błonie śluzowej tchawicy i oskrzeli. Występuje tu więc najpierw przekrwienie różnego natężenia, które w pewnych przypadkach 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 cylindryczny migawkowy ulega bardzo szybko pewnym wyraźnym zmianom: część komórek złuszcza się zupełnie, inne utracają 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. Gruczoly również ulegają pewnym zmianom: występują one wyraźniej

na powierzchnię błony śluzowej, wydzielają więcej śluzu, wyloty gruczołów powiększają się, a w przewodach znajdujemy zluszczone nabłonek i liczne leukocyty. Sama błona śluzowa, z początku sucha, bywa następnie pokryta różnorodną wydzieliną: śluzową, surowiczą, śluzo-surowiczą, śluzo-ropną lub czysto ropną. Śluz pochodzi tu z energicznie wydzielających gruczołów lub też z nabłonka, który ulega przemianie śluzowej. Wydzielina surowicza pochodzi z naczyń, ropna zaś tworzy się wskutek obfitej infiltracji 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 (warunkując następne rozszerzenia oskrzeli), a nawet ochrzęstnej, wywołując głębokie sprawy ropne (*perichondritis purulenta etc.*).

Przy 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 niebieskawego lub szyfrowatego i ulega różnorodnym zmianom. W niektórych przypadkach na pierwszy plan występują zmiany przerostowe: błona śluzowa bywa wtedy nierównomiernie zgrubiałą, pofałdowaną, posiada nieraz wygląd polipowaty. Zgrubieniu ulega tkanka włóknisto-elastyczna i mięśniowa, przez co powstaje charakterystyczny wygląd beleczkowaty (*trabeculäre Hypertrophie* — KAUFMANN); przerostowi ulegają również naczynia błony śluzowej, które nieraz tworzą szerokie pętlice, występujące w postaci brodawek, nadających błonie śluzowej wygląd podobny do aksamitu. Chrząstki mogą również ulegać zmianom, a przede wszystkim wapnieją. Nabłonek łuszczy się, traci swój wygląd normalny, nieraz nawet ulega zupełnej metaplastyce, t. j. przemienia się na wielowarstwową płaską; dotyczy to przeważnie tchawicy i grubszych oskrzeli; w niektórych jednak razach przemianę tę spostrzegamy w najcieńszych nawet oskrzelikach (BARTKIEWICZ). Gruczoły w większości przypadków ulegają tym samym zmianom, co i przy zapaleniach ostrych. Błonę śluzową, podobnie jak w postaciach ostrych, pokrywa mniej lub więcej obfita wydzielina, zazwyczaj śluzo-ropiasta lub też czysto ropna, rzadziej zaś, przy katarach suchych, śluzowa lub też galaretowata. W innych po-

stacjach błona śluzowa ulega zwyrodnieniu zanikowemu: gruczoły ulegają powolnemu zanikowi, a nacieczona błona śluzowa przemienia się stopniowo w tkankę włóknistą; zanikają pawoli mięśnie, nieraz nawet i chrząstki, a zwyrodniała tkanka ustępuje wpływowi ciśnienia powietrza i zalegającej wydzieliny, wskutek czego powstają rozszerzenia cylindryczne (*bronchiectasiae cylindricae.*). W innych znowu przypadkach jednocześnie ze zmianami przerostowymi w jednych miejscach, występują w innych zmiany zanikowe.

Z sąsiednich narządów, stale ulegających zmianom przy zapaleniach oskrzeli, wymienić należy przedewszystkiem gruczoły chłonne oskrzelowe. Ponieważ naczynia tych gruczołów są w związku z naczyniami oskrzeli, stąd też wszelkie zaburzenia w krążeniu i sprawy zapalne oskrzeli muszą się na nich odbijać. Zależnie więc od długootrwałości i nateżenia sprawy w oskrzelach znajdujemy i w gruczołach przekrwienia, zgrubienia, pigmentacje, przerosty, zserowacenia, lub nawet zwapnienia. Uległe przerostowi gruczoły oskrzelowe sprowadzać mogą bardzo poważne objawy kliniczne głównie przez ucisk na tchawicę, oskrzela lub nerwy błędne z ich gałęziami zwrotnymi.

W tkance płucnej mogą również występować poważne zmiany, o których tutaj ogólnikowo tylko nadmienimy, pozostawiając na później ich opis szczegółowszy. Mamy tu więc rozedmę, rozszerzenia, przejście zapalenia włóknistego z oskrzeli na tkankę śródmiąższową płuc z wytworzeniem sprawy włóknistej śródmiąższowej (*peribronchitis fibrosa et pneumonia interstitialis*); dalej, niezwykle często w zapaleniach oskrzeli występujące, szczególnie 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 przy chronicznych katarach oskrzeli, szczególnie wnikłych następczą rozedmą, a więc: rozszerzenie prawej komory, jako następstwo zastoiny, przerosty i zwyrodnienie tłuszczowe.

ROZDZIAŁ II.

Źgólna symptomatologia i dyagnostyka katarów oskrzeli.

Treść. Kaszel; sposób jego powstawania; rodzaje kaszlu, towarzyszącego katarom oskrzeli. Plwocina; jej pochodzenie i rodzaje; skład morfologiczny i chemiczny. Podział plwociny: plwocina śluzowa, śluzo-ropna i ropna; plwocina eozynofilowa. Zaburzenia w oddychaniu. Duszność, jej pochodzenie przy katarach oskrzeli i różne rodzaje duszności. Objawy fizykalne: różne rodzaje rżężeń, charakter szmerów oddechowych. Bóle w klatce piersiowej. Objawy gorączkowe. Zaburzenia ze strony narządu nerwowego i krwionośnego. Źgólna dyagnostyka katarów oskrzeli. Sprawy patologiczne, mogące dać pohop do mylnego rozpoznania katarów oskrzeli. Różnorodne cierpienia jamy noso-gardzielowej, kaszle nerwowe; różne postaci gruźlicy. Ważność badania plwociny w katarach oskrzeli.

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

Kaszel. Kaszel jest najstalszym i najściślej związanym z zapaleniami oskrzeli objawem, tak związanym dalece, że stanowi niemal synonim kataru oskrzeli. Kaszel, jak wiadomo, jest odruchem, polegającym na tem, że zamknięte po głąbokim 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 części ciała, nawet przez podrażnienie skóry, podług BRUECKE'go, to jednakże głąwnie powstaje wskutek podrażnienia nerwu krtanowego górnego, a właściwie jego włókien czuciowych, kończących

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

Bardzo wrażliwi ludzie kaszlą nawet przy zetknięciu się zimnego wiatru z powierzchnią skóry, t. j. przy podrażnieniu miejsc, nie mających wspólnego z nerwem błędnym. W warunkach chorobowych wrażliwość na te odruchy zwykle zwiększa się znacznie.

Człowiek ze zdrowymi drogami oddechowymi kaszle dopiero wtedy, gdy grubsze cząsteczki 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, ale 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. Wzmószona wrażliwość błony śluzowej, łatwa pobudliwość rozgałęziających się w niej zakończeń czuciowych nerwu błędnego stanowią przyczynę, dla której przy niezycie oskrzeli kaszel powstaje nie tylko wtedy, gdy oskrzela są napełnione masami śluzo-ropnymi, ale nawet jeszcze przed znaczniejszym wytwarzaniem się wydzieliny. Dla tego też nie brak kaszlu przy niezycie suchym oskrzeli, który cechuje się właśnie skąpą wydzieliną. Celem kaszlu jest wydalanie 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 stanowi może objaw niezwykle przykry, męczący i nieraz pociągający sam

przez się pewne zaburzenia (wymioty, przekrwienie płuc, mózgu, zawroty głowy, pęknięcie 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 subiektywnych przykrych uczuć dla chorego, występuje w późniejszych okresach katarów ostrych i w katarach chronicznych, połączonych z obfitą ekspektoracją. Ten rodzaj kaszlu bywa nazywany kaszlem wilgotnym. 2) Kaszel suchy — kaszel z objawami podrażnienia (*Reizhusten*), któremu towarzyszy cały szereg różnorodnych mniej lub więcej przykrych dla chorego uczuć podmiotowych, a więc uczucie silnego podrażnienia, poczynającego się głęboko w gardzieli lub też w okolicy mostka, w innych przypadkach uczucie palenia w tych samych miejscach, lub też rodzaj ciśnienia głęboko w okolicy gardzieli. Objawy te pociągają za sobą napady mocnego suchego kaszlu, przy którym dopiero po wielkich wysiłkach i znacznym zmęczeniu chorego wyrzuconą 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 chronicznych nieżytów oskrzeli. 3) Wreszcie trzeci rodzaj kaszlu, stanowiący wyższe nateżenie tylko co opisanego, jest t. zw. kaszel napadowy (spazmatyczny, konwulsyjny — *Krampf Husten*). Kaszel ten występuje pod postacią ataków suchego, bardzo męczącego kaszlu; na wysokości napadów występują objawy zaciśnięcia głośni i duszenia się. Typ powyższego kaszlu stanowią napady kaszlu kokluszowego. Kaszel taki występuje nieraz przy katarach oskrzeli, szczególnie u dzieci przy zapaleniu oskrzelików; czasem u ludzi, cierpiących na rozedmę płuc; nieraz i przy zwykłych katarach tchawico-oskrzelowych u osób nader wrażliwych, nerwowych, szczególnie zaś u histeryczek. Napady tego rodzaju kaszlu zazwyczaj kończą się wymiotami, co nieraz stanowi objaw nie tylko bardzo przykry, lecz i podkopujący, szczególnie 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 szczególnie zdarza się u dzieci; u dorosłych wymioty występują zwykle w ten sposób, że wykrztuszane z oskrzeli lepkie cząstki wydzieliny przylepiają się do tylnej ściany gardzieli

lub do podniebienia miękkiego i dopiero, 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.

Płwocina. Wytwarzanie się płwociny w mniejszej lub większej ilości towarzyszy niemal wszystkim postaciom ostrych i chronicznych katarów oskrzeli. Nawet bowiem w katarach suchych płwocina, chociaż skąpa, istnieje jednak stale i bywa od czasu do czasu wyrzucaną. Brak płwociny bywa najczęściej tylko pozornym, niektóre bowiem osobniki, że się tak wyrazić można, nie umieją odpluwać i stale polykają płwocinę: naturalnie, u dzieci stale się to powtarza; ludzie bardzo starzy i schorowani, wycieńczeni, osłabieni, dotknięci zaburzeniami psychicznymi, również często polykają płwocinę. Płwocina wytwarza się przy różnych postaciach zapaleń oskrzeli, stanowi prawie zawsze wydzielinę nie samych tylko oskrzeli, lecz zawiera domieszkę wydzieliny jamy ustnej, gardzieli, a przede wszystkim jamy noso-gardzielowej; ilość płwociny odpluwanej nie daje dokładnego pojęcia o całkowitej ilości płwociny, wytwarzanej w drogach oddechowych część jej bowiem może ulegać jeszcze przed wydalaniem przemianom wstecznym i wchłonięciu. Ilość płwociny w katarach ostrych bywa zazwyczaj bardzo niewielka; nieco obfitsza — w chronicznych (5—10—50,0 grm. najwyżej na dobę), a szczególnie, postaciach ropnych, przy których osiąga nieraz bardzo znacznych ilości (parę kufli na dobę w przypadkach t. zw. *bronchoblenorrhoea*).

Rozróżniamy trzy główne rodzaje płwociny w przypadkach katarów oskrzeli: 1) Płwocina śluzowa, która występuje w pierwszych okresach ostrego zapalenia. Stanowi ona płyn lepki, ciągnący się, mocno przylepiający się do ścian naczynia, w które wydaloną została; jest bezbarwna lub szklisto biała, najczęściej spieniona z powodu większej lub mniejszej domieszki powietrza; nieraz bywa lekko czerwono zabarwiona z przyczyny domieszki krwi, występującej przy 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 płwocinie znaczną ilość komórek nabłonkowych z jamy ustnej, gardzieli i z jamy noso-gardzielowej; mniej lub więcej obfity nabłonek migawkowy oskrzelowy, ciała myelinowe, niewielką ilość białych oraz czerwonych krążków krwi. Przy dodaniu kwasu octowego lub alkoholu wytwarzają się szarawe kłaczkki śluzu. Płwocina 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 lepka, przedstawiając drugą postać, płwocinę śluzopną. Płwocina ta, występująca w późniejszych okresach kataru ostrego, jakoteż w większości chronicznych katarów oskrzeli, przedstawia się, jak już tylko co wzmiankowałem, mniej lepka, jest barwy żółtawej, a pośród ciągnącej się biało-żółtawej lepkiej masy widać wyraźnie żółte lub żółto-zielonawe smugi. W dalszym przebiegu choroby płwocina staje się stopniowo bardziej gęstą i mniej lepka, 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 płwociny wykazuje obok złuszczonego nabłonków w mniejszej ilości, niż w formie pierwszej, także i znaczną ilość ciałek ropnych, uległych zwykle stłuszczeniu. Płwocina ta zazwyczaj ma zapach mdły, a nieraz nawet lekko cuchnący. 3). Wreszcie płwocina ropna przedstawia zwykle jednolitą żółto-zielonawą masę, opadającą na dno naczynia; posiada zapach mocno mdły, a nawet cuchnący. Główną częścią składową tego rodzaju płwociny są ciała 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 surowiczo-śluzową (BIERMER), występującą w niektórych postaciach katarów chronicznych z bardzo obfitą wydzieliną. Plwociny ropne dzielą jeszcze na kilka postaci; jest to jednak podział sztuczny, nieusprawiedliwiony i nie mający ani dyagnostycznego, ani praktycznego znaczenia. To samo da się powiedzieć o plwocinach, opisanych w ostatnich czasach, w których znajdowano znaczne ilości t. zw. komórek eozynofilowych; wyodrębnienie tej plwociny, a nawet nadanie jej ważnej cechy rozpoznawczej [t. zw. katar eozynofilowy — *Die eosinophile Bronchitis*—REICHMÜLER ¹⁾] nie ma również większego znaczenia, komórki bowiem eozynofilowe znajdujemy nieraz w mniejszej lub większej ilości w różnych postaciach przeważnie chronicznych katarów oskrzeli.

Oprócz powyższych części składowych za pomocą odpowiedniego barwienia (najlepiej rozczytnami wodnymi błękitu metylenowego) wykrywamy we wszystkich rodzajach plwociny bardzo liczne i różnorodne postaci pasożytów, o których mówiliśmy wyżej. Obok badania drobnowidzowego, które stanowi podstawową metodę badania plwociny, wprowadzono ostatnimi czasy do kliniki badanie chemiczne, mające na celu oznaczenie za pomocą metody chemiczno-barwnej białka, śluzu i włóknika (metoda SCHMIDT'a), 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 dyagnostycznego 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, przeważnie chlorki i fosforany.

Zaburzenia w oddychaniu. Zaburzenia w oddychaniu różnego natężenia występują bardzo często w przebiegu szczególnie ostrych postaci zapaleń oskrzeli. Zajęcie grubszych oskrzeli za-

¹⁾ Deutsch. Arch. f. kl. Med. Tom 67.

zwyczaj nie upośledza oddychania; natomiast, zapalenie drobnych i najdrobniejszych oskrzeli, szczególnie zapalenie włosowate u dzieci (*bronchitis capillaris*) wywołuje wybitne zaburzenia oddychania, doprowadzające nieraz do wysokiego stopnia duszności. U dzieci bowiem oskrzela są bardzo wąskie, a siła mięśniowa niedostateczna do wykrztuszenia lepkiej wydzieliny, zatykającej mechanicznie oskrzeliki. Też same warunki wywołują ciężką duszność przy zapaleniu oskrzelików u osobników starych, wycieńczonych lub gorączkujących wysoko. W tych ciężkich przypadkach zapalenia oskrzelików duszność dosięga nieraz stopni, spostrzeganych przy dychawicy, a nawet i w tem staje się do niej podobną, że i tu również, podobnie jak przy astmie, przeważnie wydech bywa utrudniony. W przeważającej liczbie przypadków zamiana typu oddechowego przy 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 przyspiesza liczbę oddechów (COHNHEIM). Na stosunkową rzadkość większej duszności w ostrych zapaleniach oskrzeli wpływa i ta okoliczność, że zwykłym 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.

Przy przewlekłych katarach oskrzeli duszność zazwyczaj nie występuje, chyba tylko chwilowo, zanim zostanie wyrzuconą nagromadzona w oskrzelach płwocina, co szczególnie zdarza się w godzinach rannych. W chronicznych katarach suchych oskrzeli duszność również występuje tylko chwilowo, najczęściej po atakach męczącego kaszlu, towarzyszącego wydzielaniu skapej, a mocno do ścian oskrzeli przylegającej płwociny. 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, szczególnie RIEGEL, dzielą zaburzenia w oddechaniu, napotykanego w przebiegu zapaleń oskrzeli, na kilka kategorii, 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 chroniczne grubszych oskrzeli), po trzecie — formy mieszane, wreszcie — formy o nieregularnym oddechu (ostre katary u osobników nerwowych). Podział ten jednakże, aczkolwiek oparty na bardzo szczegółowych studyach stetograficznych, jest zbyt schematycznym i doświadczeniem klinicznym nie daje się w zupełności potwierdzić.

Bardziej klinicznie usprawiedliwiony jest podział BLERMER'a który przy katarach oskrzeli rozróżnia cztery rodzaje duszności: 1) duszność umiarkowaną, występującą dopiero w razie wzmożonych ruchów; 2) duszność stałą, gdy chory uczuwa ciężkość oddechania, w którym 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 zaciśnięcia w piersiach, i 4) oddech nieregularny, przerywany zupełnym 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 rozeznać nie tylko istniejące zapalenie, lecz również je umiejscowić.

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

Rzężenia rozdzielamy na dwie kategorie: rzężenia suche i wilgotne.

Co się tyczy rzężeń pierwszej kategorii, t. j. suchych, to te zawdzięczają swoje powstawanie nierównomiernemu zbręknięciu błony śluzowej, do której w dodatku przylepia się w wielu miejscach płwocina, i powstającemu z powodu tej nieregularności światła oskrzeli nieregularnemu wstrząsaniu przez powietrze ścian ru-

rek oskrzelowych, a częściowo i tarcu o nie powietrza. Rzężenia suche są więc objawem zwężenia oskrzeli (zjawisko stenotyczne). Zależnie od miejsca powstawania, dzielimy je na dwie kategorie: rzężenia chrapliwe i świszczące. Rzężenia głośnie, chrapliwe (*rhonchi sonori*), powstające przeważnie w oskrzelach grubych, przypominają chrapanie człowieka śpiącego lub pomruk koci i słyszalne są nie tylko za pomocą wysłuchiwania, lecz i bezpośrednio, nieraz na znacznej nawet odległości od chorego. Rzężenia te występują w obu fazach oddychania; mniej wyraźne przy powierzchownym oddychaniu, stają się przy głębokim i przyspieszonym oddechu głośniejsze: dają się nieraz dokładnie rozpoznać, a nawet umiejscowić przy 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 w tym okresie, że istniejące przed chwilą głośnie rzężenia znikają, a szmer oddechowy przy wysłuchiwaniu staje się zupełnie prawidłowym.

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

Drugą postacią suchych rzężeń są rzężenia świszczące (*rhonchi sibilantes*); 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 muzyczny (wysoki ton) rzężeń. Występują one szczególnie w dolnych i bocznych ustępach klatki piersiowej i dają się stwierdzić przeważnie za pomocą wysłuchiwania, chociaż przy znacznym zbrzęknięciu błony śluzowej oskrzelików można je nieraz słyszeć i w pewnej od chorego odległości, acz rzadziej, niż rzężenia chrapliwe. Słysząc je przy obu fazach oddechowych, a podobnie, jak i przy rżeniu chrapiącym z wystąpieniem plwociny świsty stają się mniej wyraźnymi. Ten rodzaj rzężeń występuje przeważnie w katarach ostrych, zajmujących średnie i drobne oskrzela, jakoteż i w katarach chronicznych, od czasu do czasu pogarszających

się i przechodzących chwilowo na drobne oskrzela (katary chroniczne oskrzeli, towarzyszące rozedmie płuc).

Drugą kategorię rzężeń stanowią rzężenia wilgotne, których wystąpienie dowodzi obecności płynu w świetle oskrzeli. Przypominają one przy wysłuchiwaniu pękanie baniek, napelnionych 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 drobno-pęcherzykowe — *rhonchi subcrepitantes*); wreszcie, jako rzężenia średnio lub grubo-pęcherzykowe, są słyszalne w obu fazach oddechowych, a charakterem swoim przypominają gotującą się wodę. Średnio i grubo-pęcherzykowe rzężenia występują przeważnie przy katarach grubszych i średnich oskrzeli w okresie istniejącej mniej lub więcej obfitej wydzieliny, drobno-pęcherzykowe zaś — przy zajęciu cienkich i najdrobniejszych oskrzelików.

Powyższe rzężenia, spotykane przy katarach oskrzeli, oznaczają się jeszcze następującymi właściwościami: 1) nie występują stale w jednym miejscu, lecz mogą się posuwać na dół lub w górę, zmieniać charakter (np. drobno na grubo-pęcherzykowe) zależnie od mniejszej lub większej ilości nagromadzonej w świetle oskrzeli zawartości, a nawet chwilowo mogą zniknąć zupełnie, wskutek czasowego zamknięcia czopem śluzowym światła drobniejszego oskrzelika lub też wyrzucenia na zewnątrz nagromadzonej płwociny. Ztąd też przy wysłuchiwaniu należy zawsze kazać chorym zakaszać 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 ostrymi lub chronicznymi (ostre sprawy zapalne płuc, nacieczenia gruźlicze i t. d.).

Rzężenia wilgotne, a szczególnie drobno-pęcherzykowe, występujące stale w jednym 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 zaostrozonym, a szczególnie 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 pewnym 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 wydzielin, jak również w katarach oskrzeli chronicznych szmery oddechowe przy wysłuchiwaniu zazwyczaj nie przedstawiają jakichś wyraźniejszych zmian. Przy dłużej trwających katarach chronicznych suchych oddech w dolnych ustępach 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 zaostrozony.

Badanie za pomocą *opukiwania* (*percussio*) zazwyczaj w przebiegu tak ostrych jak i chronicznych katarów oskrzeli nie wykrywa żadnych zmian wybitniejszych. W przypadkach, gdzie zmiany wypukowe istnieją (stępień lub też charakter bębnowy odgłosu opukowego), są one w zależności 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 górnej części mostkowej, rzadziej — w częściach bocznych i dolnych klatki piersiowej. Występują one przeważnie w pierwszych okresach sprawy, przy silnym kaszlu, bez wydzielin, a nieraz są tak gwałtowne, że chorzy doznają uczucia jakby pęknięcia klatki piersiowej i powstrzymują kaszel wszelkimi siłami z obawy wywołania tych bólów.

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

W przebiegu katarów chronicznych 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 powtarzającymi 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*, *bezsenna*, *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*, *bóle neuralgiczne* 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, szczególnie suchych; bywają one często bardzo uparte i występują w następstwie mocnych ataków kaszlu, doprowadzających nieraz do zawrotów, a nawet do zupełnej chwilowej utraty przytomności.

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, drobny puls, obrzęk płuc i t. p.) Objawy czasowej niedomogi sercowej występują również w przebiegu chronicznych katarów oskrzeli u osobników mocno osłabionych podczas obostrzenia sprawy, lub też występują stale i postępują stopniowo z chwilą znacznego osłabienia działalności serca w chronicznych nieżytach oskrzeli, wikłanych znaczną rozedmą i rozszerzeniem prawej komory serca.

Dyagnostyka ogólna katarów oskrzeli.

Aczkolwiek przy opisie przebiegu klinicznego poszczególnych postaci zapaleń oskrzeli zwrócimy uwagę na szczegółową dyagnostykę każdej z nich, sądzę jednakże, nie będzie zbyt cenną, jeśli zastanowimy się wogóle nad temi cechami, któremi lekarz praktyk kierować się powinien przy rozpoznawaniu tak ostrych jak i chronicznych katarów oskrzeli.

W większości przypadków rozpoznawanie w mowie będącego cierpienia przy obecności typowych a powszechnie znanych objawów (kaszel, płwocina) nie przedstawia jakichś 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 kategorii cierpieniem; w innych razach nieżyt oskrzeli bywa uważany za cierpienie samodzielne, pierwotne, podczas gdy w rzeczy samej jest on tylko objawem jakiego innego, głębszego, a nieraz bardzo poważnego cierpienia.

W przypadkach ostrego kataru oskrzeli, występującego odrazu z mniejszą lub większą gorączką, należy zawsze pamiętać, że katar może tu być tylko wstępem do ostrej choroby wysypkowej, a przede wszystkim odry, która nieraz w ciągu kilku dni przed wystąpieniem typowej wysypki może dawać objawy, właściwe tylko ostrym katarom oskrzeli. Dokładne wywiady, mocna czerwoność łącznie, światłowstręt, plamki KOPLIK'a i tym podobne cechy, właściwe odrze, pozwolą rozpoznać już w pierwszych dniach należycie określić.

Influenza o typie kataralnym również często zaczyna się ostrym katarom oskrzeli. Wybitne dreszcze, bóle w krzyżu, mocna gorączka, a wreszcie obecność epidemii w danej miejscowości stanowią tu będą kryteria rozpoznawcze.

Ostre zapalenia płuc, rozwijające się u osobników starszych, a szczególnie dotkniętych rozedmą, mogą również w pierwszych dniach rozwoju choroby przebiegać pod postacią ostrego zapalenia oskrzeli. Wysoka gorączka o typie ciągłym, a szczególnie duszność, odrazu występująca ze znacznym natężeniem, powinna od po-

czątku zwrócić uwagę lekarza na możliwość rozwoju tej sprawy, w której dopiero po dniach kilku, występują objawy fizykalne, typowe dla zapalenia płuc. Również u dzieci jako też u osobników starych 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 przy jednakowych objawach fizykalnych. Cechy, pozwalające w przybliżeniu oznaczyć przejście sprawy oskrzelikowej na płuca, rozbierzemy szczegółowo przy 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 pocytywana za ostre zajęcie oskrzeli. Błądu jednakże tego uniknąć można, jeśli się zwróci należyłą 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 rozpoznać cierpienie jako gruźlicę.

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

Ciało obce, szczególnie u małych dzieci, wypadkiem uwięzione 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 zwięzienia 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 jed-

nakże ataki kaszlu przybierające stopniowo typowy charakter, a kończące się wymiotami, brak gorączki, obecność epidemii w danej rodzinie lub miejscowości winny zwrócić uwagę na koklusz, którego rozpoznanie u drobnych dzieci szczególnie w pierwszym tygodniu choroby nasuwa często rzetelne trudności.

Zapalenia oskrzeli chroniczne mogą również następczość trudności rozpoznawcze.

Przedewszystkiem katary, szczególnie suche, mogą być rozpoznawane tam, gdzie podstawą kaszlu, stanowiącego jeden z głównych objawów tych spraw, są zmiany, nie wspólnego z katarzem oskrzeli nie mające. Do tej kategorii zaburzeń zaliczyć przedewszystkiem należy niektóre cierpienia gardzieli, 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 gardzieli lub jamy nosogardzielowej, które u pewnych osobników, szczególnie u neurasteników lub histeryczek sprowadzają ataki kaszlu wskutek zasychania i przylegania do ścian gardzieli lub stropu jamy nosogardzielowej wydzieliny tych jam. Po wtóre, sprawy przerozowe i granulacyjne w jamie nosogardzielowej (*pharyngitis granulosa*, *pharing. lateralis*) również u podobnych osobników mogą wywoływać u uparte długotrwałe kaszle, podobne do tych, jakie widzujemy w przypadkach suchych katarów oskrzeli. Po trzecie, różne sprawy mające swe siedlisko w migdałkach podniebieniowych (*tonsillae*), rzadziej w migdałku językowym lub gardzielowym, a szczególnie 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 wzmocniona nadczołość błony śluzowej gardzieli (bez zmian wyraźniejszych) powodująca mocny, suchy, dławiący kaszel. 5) W sprawach chorobowych jamy nosogardzielowej lub zatok, połączonych z wydzieliną śluzo-ropną, mamy również do czynienia z kaszlem, nieraz bardzo upartym, oraz z odpluwaniem obfitej wydzieliny, co w wysokim stopniu przypominać może, szczególnie u dzieci, obraz zapaleń chronicznych oskrzeli.

We wszystkich wyżej wzmiankowanych i im podobnych sprawach w jamie gardzielowej i gardzielonosowej uniknąć może-

my błędu rozpoznawczego przez dokładne zbadanie jamy nosogardzielowej nie tylko za pomocą wzroku, lecz i za pomocą zgłębnika; szczególniejsze badać należy części boczne błony śluzowej gardzieli, przy dotykaniu bowiem tych miejsc zgłębnikiem nieraz występują typowe napady kaszlu, ujawniając właściwe miejsce jego powstawania. Wogóle należy przyjąć za prawidło, że u każdego choroego przed ostatecznym rozpoznaniem chronicznego kataru oskrzeli należy dokładnie zbadać jamę nosogardzielową, co się daje zazwyczaj dokonać z wielką łatwością nawet u małych dzieci. *) U osobników mocno nerwowych, szczególniejsze u histeryczek, mamy nieraz do czynienia z kaszlem suchym bardzo upartym, który również bywa nieraz pochytywany za objaw suchego kataru oskrzeli, kaszle te, pochodzenia nerwowego, jako także 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 długotrwałych 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 czuje się zupełnie dobrze i zazwyczaj nie kaszle; przeciwnie, w ostrych duszących katarach oskrzeli, kaszel i duszność zmniejszają się powoli. Duszność występująca przy rozedmie, a mająca główne swe źródło w niedomodze sercowej, ustępuje zazwyczaj powoli, nie nagle, a kaszel uparty, właściwy suchym katarom oskrzeli, trwa w dolny ciągu bez zmiany.

Gdzie mamy do czynienia z kaszlem w połączeniu z obfitą wydzieliną, a za źródło choroby po wykluczeniu jamy nosogardzielowej, uważamy dolny docinek dróg oddechowych, rozpoznamy katar chroniczny oskrzeli o tyle, o ile objawy fizyczne ze strony klatki piersiowej potwierdzą to rozpoznanie i o ile zmian fizycznych, wskazujących na cierpienia samego miąższu płucnego nie wykrywamy. A jednakże i w tych razach mogą się zdarzać

*) Bliższe szczegóły rozpoznania różniczkowego chorób gardzieli skreśliłem bliżej w pracy mojej: „Ból gardła”. Odczyt kliniczny № 62 z r. 1894, oraz w „Dyagnostyce różniczkowej chorób wewnętrznych” BIEGAŃSKIEGO i SOKOŁOWSKIEGO r. 1896, wydanie drugie.

częste błędy rozpoznawcze, do których w pierwszej linii przyczynić się mogą różne postaci *gruźlicy chronicznej*.

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

Te poczynające się uparte kaszle gruźliczego pochodzenia 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 płwocina najczęściej w początkach a nieraz i przez czas długi swoistych laseczników nie zawiera. 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, ściśle i wielokrotnie dokonywane w ciągu dnia badania termometryczne, kilkakrotnie dokonywane analizy płwociny pozwolą należycie, a co najważniejsza, dość wczesnie 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 płwocinie. Sprawa gruźlicza może się również przyłączać do już oddawna istniejącego kataru chronicznego oskrzeli, a tam, gdzie mamy mniej lub więcej jednocześnie rozwiniętą rozedmę płucną, badanie fizykalne może zupełnie nie wykrywać zgęszczeń gruźliczych szczytowych. Naturalnie, jeśli w płwocinie 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, przychodzi do skutku, 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 ogólnym: męczą się prędko, łatwo dostają duszności; 2) kaszel wyraźnie zmienił swój, od lat wielu jednakowy charakter, stał się bardziej upartym: występuje już nietylko nad ranem i w ciągu dnia, ale przedewszystkiem w nocy; 3) chorzy

tracą apetyt, skarżą się na występujące od czasu do czasu dreszczyki i poty nad ranem; 4) badanie temperatury wykazuje wieczorne nasilenia gorączki.

Powyższe cechy winny wzbudzić w lekarzu podejrzenie gruźlicy, u pacjentów bowiem tej kategorii zmian wyraźniejszych u szczytów płucnych (ze względu na istniejącą rozedmę ¹⁾) nieraz dość długo nie wykrywamy; toż samo i laseczniki w płwocinie zjawiają się nieraz dopiero po dłuższym okresie czasu. Z drugiej znowu strony należy niezapominać, że w przebiegu chronicznej gruźlicy płucnej, a szczególnie postaci, zwanej włóknistą (*phthisis fibrosa*) występują od czasu do czasu ostre katary oskrzeli, które ze względu na istniejącą gruźlicę mogą być mylnie tłómaczone, a nawet dawać pohop do niepomysłnego 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, szczególnie zimą; powtóre, rozpoznanie będzie łatwiejsze, jeżeli rzężenia suche umiejscawiają się nietylko w płucu, gruźlicą dotkniętem, lecz i w drugim; 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 epidemii influenzy. 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. Kryteria do rozpoznania tych obu stanów będą następujące: 1) ostre powstanie sprawy wśród względnie niezłego stanu danego osobnika przemawiać będzie za ostrym katarem, w podostrawej

¹⁾ Bliższe szczegóły patrz w pracy mojej: „Skryste postaci suchot płucnych”. Odczyt kliniczny № 13 z r. 1890.

gruźlicy bowiem chorzy już od pewnego czasu chudną, męczą się łatwiej, miewają dreszczyki, 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 następczymi obfitymi potami): przeciwnie, w katarach występują nasilenia niewielkie i zwykle po kilku dniach ustępują w zupełności; 3) duszność przy zachowaniu się spokojnym (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) płwocina 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 płwociny, zazwyczaj zaniedbywane przy chronicznych katarach oskrzeli (a przeważnie dokonywane u suchotników nieraz zupełnie zbytecznie w obec bardzo wyraźnych objawów fizykalnych) winno być, zdaniem mojem, dokonywane w każdym takim przypadku, jako uzupełniające ostatecznie badanie kliniczne. Badania takie od wielu bardzo lat prowadzę u wszystkich chorych, zasięgających mojej porady z powodu chronicznych katarów oskrzeli, a wielokrotnie i dzięki temu wykrywałem gruźlicę w tych przypadkach, gdzie badanie fizykalne podejrzewać jej nawet nie dozwalało. Pożytek wykazało mi również badanie płwociny u tejsze kategorii chorych w pewnych odstępach czasu, np. co pół roku, doświadczenie bowiem nauczyło mnie z drugiej strony, że chorzy dotknięci zwykłymi chronicznymi katarami oskrzeli, szczególnie 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 pierwotną, czy też rozwinęła się wtórnie. Pytanie to ma wielką doniosłość pod względem rokowania. O ile bowiem kataru pierwotne nawet o przebiegu

cięższym kończą się zazwyczaj szybko i pomyślnie, o tyle katarы wtórne mają przebieg uparty i wielką skłonność do nawrotów. Rozstrzygnięcie tej kwestyi opierać się winno na dokładnem zbadaniu nietylko organów oddechowych lecz wogóle wszystkich innych narządów chorego, w pierwszej zaś linii narządów krążenia (serce i naczynia); wspominaliśmy już bowiem o ścisłym związku między narządem krążenia a 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 ważną jest badanie moczu, przy chronicznych katarach oskrzeli, szczególnie 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 gardzieli i katarach oskrzelowych, zstępujących z jamy nosogardzielowej, mówiliśmy już wyżej, podnosząc znaczenie tej jamy w katarach chronicznych oskrzeli. O katarach oskrzeli wtórnych, towarzyszących sprawom gruźliczym, wzmiankowaliśmy powyżej.

ROZDZIAŁ 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, dyagnostyka różniczkowa. Przewlekle katary oskrzeli; ich symptomatologia. Powikłania. Przebieg. Różne postaci (katar śluzoropny, katar suchy oskrzeli, katar astmatyczny, katary z obfitą ropiastą wydzieliną, katar surowicy (c. *pituitosus*)). Zapalenie chroniczne tchawicy, *ozaena trachealis*.

I. Ostry katar grubych oskrzeli 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, występując we wszystkich porach roku, szczególnie w chłodniejszych. W ogromnej większości przypadków *tracheobronchitis 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 nazywanem bywa „opadnięciem kataru na piersi”. U niektórych osób, szczególnie dotkniętych stałym katarzem chronicznym nosa, objawy nosowe (kichanie, zatkanie) bywają mniej wyrażone, natomiast na pierwszy plan występuje chrypka z następczym lub też równocześnie zjawiającym się kaszlem. Wreszcie, u trzeciej kategorii osobników kaszel powstaje odrazu, chrypka bywa nieznaczna lub wcale nie występuje. Dominują-

cym 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 gardzieli, pod postacią mocnego drapania lub łechtania; innym razem chory ma uczucie ciała obcego lub włosy, zmuszające go do bezustannego suchego kaszlu bez możliwości 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 płwocina śluzowa, następnie śluzo-ropna, a bóle powoli znikają.

Badanie fizykalne wykrywa w pierwszych dniach choroby obok oddechu nieco zaostrzonego, suche lub też chrapliwe rżenia, które, słabnąc powoli, ustępują miejsca rżeniom 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 wysokimi wieczornymi nasileniami (39° i wyżej). Kaszel, podobnie jak i w poprzedniej postaci, bywa w pierwszych dniach suchym, męczącym, posiada jednakże większe natężenie i głównie niepokoi chorych w porze nocnej, nieraz zupełnie pozbawiając ich snu. Kaszlowi towarzyszą wyżej wzmiankowane bóle w klatce piersiowej, szczególnie w okolicy mostkowej, a w przypadkach w których ten rodzaj zapalenia oskrzeli wywołał mocne zapalenie tchawicy (o czym niejednokrotnie mogłem się przekonać za pomocą badania lusterkiem krtaniowem). występuje przy kaszlu niezwykle silny ból, umiejscowiony w teźże okolicy. Chorzy doświadczają przytem uczucia jakoby zranienia głęboko w gardzieli i formalnie boją się kaszlać z obawy tego niezwykle przykrego

uczucia. Bóle ustępują zazwyczaj w ciągu pierwszej lub drugiej doby, z chwilą zjawiającej się wydzieliny śluzowej, która, przechodząc stopniowo w śluzoropną, wydziela się swobodniej bez uprzedniego męczącego kaszlu, który występuje jeszcze czas jakiś tylko zrana po obudzeniu się chorego, zanim płwocina przyschnięta do tchawicy i oskrzeli wydzieli się na zewnątrz.

Objawy fizykalne przy tej postaci są mniej więcej takie same, jak i przy poprzedniej. Rzężeń suchych zazwyczaj bywa więcej, tak iż 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, porozrzucane po całej klatce piersiowej; i te rzężenia również stopniowo znikają, a słyszalny wówczas oddech pęcherzykowy, miejscami zaostrozony lub też osłabiony, powoli wraca do stanu normalnego. W postaci kataru, o której mowa, w pierwszych dniach choroby u osobników starszych, szczególnie dotkniętych rozedmą, występuje umiarkowana duszność, głównie podczas szybkiego chodzenia lub wchodzenia na schody. Może się także zdarzyć przy nocnych wysiłkach kaszlowych, szczególnie rannych, nieznaczne krwioplucie, po którym, jak to wielokrotnie spostrzegać mogłem, chorym subiektywnie robi się znacznie lżej, co naturalnie tłómaczyć sobie możemy zmniejszeniem mocnego przekrwienia błony śluzowej oskrzeli.

Zapalenie oskrzeli tej kategorii, 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 dość obficie, szczególnie rano, śluzoropną płwocinę.

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

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

U pewnej jednakże kategorii chorych, jako to: u mocno osłabionych po przebytych poprzednio chorobach wycieńczających (tyfus, zapalenia nerek i t. p.), u dzieci, szczególnie po przebytej odrze, szkarlatynie lub też kokluszu, dalej u osobników, już cier-

piących na chroniczny 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 skreśliłiśmy w rozdziale o „zaburzeniach w oddychaniu”.

Obok duszności występuje jednocześnie skutek tegoż obrzęku utrudnienie wymiany gazów oddechowych (objawiające się różnymi 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.

Choroba w ogromnej większości przypadków rozpoczyna się powoli,—że tak powiedzieć można—skrycie, w pierwszych bowiem dniach zjawia się pod postacią zwykłego ostrego zapalenia grubyh oskrzeli, którego objawy powyżej zostały opisane: mamy tu więc kaszel suchy, lekką gorączkę lub nawet brak jej zupełnie, 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 akcji 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 miękkim, mocno przyśpieszonym (powyżej 100); zazwyczaj, szczególnie

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 twarzy. W ciągu dni następnych chory odpluwa znowu nieco śluzo-ropiastej plwociny, jednakże tylko po mocnych atakach kaszlu.

Badanie klatki piersiowej, w tych okresach choroby dokonywane, daje następujące wyniki. Opukiwanie (*percussio*) w pierwszych dniach choroby nie wykazuje zmian bardziej wyraźnych, chociaż już od początku daje się zauważyć pewien zlekka tympaniczny odcień odgłosu opukowego w dolnych i tylnych częściach klatki piersiowej. W dalszym przebiegu, szczególnie 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 cięższych, 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 rżenia drobnopecherzykowe, z początku w dolnej części klatki piersiowej, następnie zaś i w częściach bocznych, oraz przednich, a nawet i pod obojczykami. Jednocześnie słyhać także rżenia suche, które stopniowo ustępują miejsca wilgotnym, drobno-, a nawet i grubopęcherzykowym. Rżenia 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 rżeń występują jeszcze w dolnych ustępach rżenia 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 zaostrenie, w innych — osłabienie oddechu. Przy dalszym rozwoju sprawy oddech staje się mało wyraźnym, pokrywają go bowiem wspomniane wyżej różnorodne rżenia. W przypadkach, biorących obrót pomyślny, co zwykle bardzo powoli następuje (całe tygodnie), rżenia wilgotne słabną powoli, ustępując przede wszystkim z górnych części płuc; oddech występuje wyraźniej, posiada jednak charakter szorstkiego, mocno zaostzonego; rżenia 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 śluzo-ropiastej plwociny. W przypadkach, ulegających stopniowemu pogorszeniu, plwocina staje się pianistą, lepka, nieraz krwią zabarwiona; przy zejściu pomyślnem bywa ona mocno ropiasta, zawiera nieznaczną domieszkę śluzu i występuje w dość dużej ilości przez długi przeciąg czasu.

Badanie mikroskopowe plwociny, które w przypadkach tej kategorii, spostrzeganych na moim oddziale w ostatnich latach, szczegółowo i często było dokonywane, wykrywało stale dużą ilość leukocytów, niewiele komórek nabłonkowych i nieznaczną ilość pasożytów (przeważnie *diplo-* i *streptococcus*).

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

Stan ogólny chorych od pierwszych dni choroby robi wrażenie stanu ciężkiego. Trapiący kaszel i duszność, a z nimi w parze idąca bezsenność i niemożność leżenia wyczerpują szybko siły chorego, co tem łatwiej przychodzi do skutku, że zjawiają się jednocześnie objawy dyspeptyczne, a lanknienie chorych niknie prawie zupełnie. Mocz 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, cyanotyczną,

a chorzy przy objawach zatrucia kwasem węglanym wpadają w stan odętwienia, w którym i życie powoli uchodzi.

Badanie pośmiertne, jak to już wyżej wspomnieliśmy, wykazuje niezwykle ostre zapalenie błony śluzowej całego przewodu oddechowego, świeżą rozedmę brzeżną płuc i nieznaczną wydzielinę ropiastą w najdrobniejszych oskrzelikach; 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 całymi tygodniami, występują naprzemian dni gorsze i lepsze, duszność staje się mniejszą, 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 przebiegu 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 szczególnie rekonwalescencya trwa, jakśmy powiedzieli, niezwykle długo.

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

Zapalenie najdrobniejszych, t. zw., włosowatych oskrzelików, jakśmy 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. Zażęcie oskrzeli włosowatych jest dalszym ciągiem zapalenia, zstępującego z drobnych oskrzelików. U niektórych jednakże osobników, przede wszystkim u dzieci wątłych, rachitycznych, w pierwszych 3-4

latach życia, wyjątkowo zaś także u osób dorosłych wyniszczonych, szczególnie w bardzo podeszłym wieku będących (emfizematycy, dotknięci wadami zastawek serca lub mięśnia sercowego) zapalenie występuje odrazu w gwałtowny sposób, jako zajęcie oskrzeli włosowatych, stanowiąc z punktu widzenia klinicznego odrębną postać, znaną oddawna pod nazwą „*bronchitis capillaris*“ i cechującą się nagłym początkiem i niezwykle szybkim przebiegiem, a nieraz cały czas trwania choroby, od początku aż do zejścia śmiertelnego, wynosi zaledwie dni kilka.

Z punktu widzenia etyologicznego dodać jeszcze winniśmy, że o ile nieraz sprawa ta występuje samodzielnie, o tyle również często, szczególnie u dzieci, zjawia się w następstwie odry i koklusz, u starców zaś często — po grypie. Bywały nawet we Francji spostrzegane całe epidemie tego cierpienia u dzieci w domach wychowawczych.

Badanie anatomicopatologiczne wykazuje zmiany mniej więcej analogiczne z temi, które opisaliśmy w rozdziale poprzedzającym, a więc: mocną czerwonosć i obrzęk błony śluzowej oskrzelików, którą zazwyczaj pokrywa wydzielina śluzo-ropna; najdrobniejsze oskrzeliki bywają rozszerzone i napełnione ropiastą wydzieliną i licznymi zluszczonymi komórkami nabłonka cylindrycznego; warstwa śluzowa właściwa (*mucosa propria*) zazwyczaj bywa mocno nacieczona leukocytami, w przypadkach zaś, w których przebieg nie był zbyt gwałtowny, występują w dalszym ciągu wyraźne ogniska zrazikowego zapalenia płuc (*bronchopneumonia acuta*). Współcześnie i jako następstwo tejże sprawy mamy atelektazę 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 i rozedmę śródzrazikową lub podopłucnową (*emphysema interlobulare et subpleurale*). [CORNIL i RANVIER].

Objawy kliniczne zapalenia oskrzeli włosowatych są dość charakterystyczne. Choroba rozpoczyna się od tego, że dziecko w pełni zdrowia, lub też w okresie rekonwalescencji, po ostrej chorobie zakaźnej będącej, 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 od-

dechów na minutę), oraz równie szybko występują, objawy zaburzeń w krążeniu i niedomogi sercowej: twarz chorych brzęknie i przybiera odcień sinawy, tętno staje się szybkim i drobnym, a wśród 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 rzadszym, mniej silnym, 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 rżżenia trzeszczące, nabierające powoli charakteru rżżeń drobnopęcherzykowych, które stale na początku tej choroby trzymają się okolic wymienionych klatki piersiowej. Ze wzmagającą się dusznością rżżenia dają się słyszeć na coraz większej przestrzeni, tak iż w ciągu dni kilku oddech pęcherzykowy znika prawie zupełnie, gdyż zarówno z przodu, jak z tyłu maskują go rżżenia. Odgłos opukowy bywa normalny; tylko w dolnych ustępach posiada odcień tympanityczny.

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

Jak wyżej wzmiankowałem, zapalenie oskrzeli włosowatych w większości przypadków kończy się niepomysłnie 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 całymi tygodniami, nieraz nawet miesiącami; występują przytem często nawroty, zazwyczaj jednak już nie tak gwałtowne, jak pierwsze napady; zjawiają się również różne powikłania, szczególnie zapalenie zrazikowe płuc i t. p., stan ogólny poprawia się bardzo powoli, kaszel staje się miękki, występuje bardzo obfita wydzielina ślu-

zo-ropiasta, duszność powoli się zmniejsza, rżenia znikają, natomiast zaś stopniowo zjawia się oddech pęcherzykowy, najpierw w górnym, a następnie i w dolnych ustępach płuc, gdzie jednak w ciągu bardzo długiego przeciągu czasu rżenia jeszcze słyszeć się dają.

Rozpoznanie ostrego zapalenia oskrzeli włosowatych, jak widać z wyżej skreślonego obrazu klinicznego, nie powinno przedstawiać poważniejszych trudności. Gwałtowna duszność, suchy kaszel, sinica, rżenia charakterystyczne stanowią szczególnie u dzieci, zbiór objawów nadzwyczaj charakterystycznych. U dorosłych sprawę omawianą wzięby można za ostry katar obrzękowy oskrzeli, występujący czasami w przebiegu chronicznych 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 swego przebiegu, znaczną dusznością, wysoką gorączką i suchym kaszlem, także mogłaby niekiedy dać powód do błędu rozpoznawczego. Powyżej już, w dziale dyagnostyki ogólnej, podaliśmy cechy rozpoznawcze gruźlicy i ostrego kataru oskrzeli. Tu dodać jeszcze winniśmy, że przy 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 włosowatych, wyniki bardzo niewyraźne, gdyż wykazuje jedynie oddech nierównomiernie zaostrzony i gdzieś tam porożrucane suche lub też wilgotne drobnopęcherzykowe rżenia.

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

Chroniczne katary oskrzeli stanowią w naszym klimacie, rzecz 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 zkadinał osob-

ników. W ogromnej jednak większości przypadków kataru przewlekłe oskrzeli występują na tle pewnych chorób ustrojowych, lub też u osobników, pracujących w warunkach niekorzystnych dla zdrowia, a szczególnie dla narządów oddechowych, co szczegółowo omówiliśmy w rozdziale o etyologii i patogenezie zapaleń oskrzeli.

Ogromna większość tych wpływów szkodliwych sprowadza właśnie przedewszystkiem przewlekłe postaci katarów oskrzeli. Kataru przewlekłego widzimy tedy głównie u osób, dotkniętych dyatezą artretyczną, u dzieci skrofulicznych, u ludzi, pracujących w pyłe i dymie, u nadużywających napojów wysokokowych, bardzo często u osób, dotkniętych cierpieniami serca i naczyń, u nadmiernie otyłych, również często, prawie stale niemal, u dotkniętych przewlekłymi cierpieniami płuc, u chorych na nerki; spotykamy je także w następstwie cierpień chronicznych górnego odcinka dróg oddechowych, jako też gardzieli, a nieraz jako następstwo ostrego kataru oskrzeli, zjawiających się w przebiegu ostrego choroby zakaźnych (odra, influenza i t. p).

Zmiany anatomo-patologiczne, o których była mowa, wykazują, że katar chroniczny oskrzeli bywa cierpieniem rozlanym, 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 szczególnie 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 o etyologii.

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 fizyczne ze strony klatki piersiowej poniżej rozpatrzymy. Dusznosc występuje przeważnie w katarze przewlekłym suchym; w innych postaciach nie bywa jej wcale w początkach, a zjawia się dopiero po wielu latach, z rozwojem rozedmy płucnej.

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

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 zбочeniom. Z biegiem czasu, szczególnie przy długo trwających katarach ropnych, chorzy nieco chudną; przy suchych — występują z czasem wyraźne objawy zastojów żylnych, 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 mostko-obojęczyko-sutkowego, mięśni unoszących klatkę piersiową (*musc. scaleni*) i t. p.

Z powikłań zaznaczyć należy rozedmę płuc, przyłączającą się niemal stale do kataru suchego i sprowadzającą następnie rozszerzenie prawej komory serca z objawami jego niedomogi; z drugiej strony w szeregu przypadków, przebiegających bez rozedmy, objawy zaburzeń cyrkulacji widzieć się dają tam, gdzie mięsień sercowy 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 płwociny. 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 czym wspomina wielu autorów, to winniem dodać, o czym już wyżej wzmiankowałem, że te napady dusznicy nie stanowią typowej astmy nerwowej, lecz są napadami pseudo - astmatycznymi, występującymi 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 wyraźnymi okresami popraw i pogorszeń; ostatnie występują szczególnie w miesiącach jesiennych lub zimowych; odwrotnie znowu, latem albo przy zmienionych warunkach życiowych, czy też klimatycznych, sprawa kataralna znacznie łagodnieje, nieraz nawet przycicha na czas pewien niemal zupełnie. W ogromnej jednakże większości przypadków cierpienie powoli, lecz stale ulega pogorszeniu; nasilenia zimowe stają się coraz częstszymi i więcej upartymi, a polepszenia letnie — mniej wybitnymi i krócej trwającymi. Jednocześnie rozwija się powoli, lecz równie stale rozedma płuc ze wszelkimi jej 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 infekcyjnych, mogą się kończyć zupełnie pomyślnie, t. j. po upływie kilku miesięcy zimowych ustępują zupełnie, nie powtarzając się więcej. W ogromnej jednakże większości przypadków, szczególnie w naszym klimacie, katary oskrzeli idą w powolnym tempie naprzód, tembardziej gdy rozwijają się przeważnie u ludzi starszych, artrytyków, u dotkniętych różnorodnymi zaburzeniami w krążeniu lub innymi chorobami.

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

1) Zwykły katar śluzo-ropny o formie łagodnej jest najpospolitszym przewlekłym cierpieniem dróg oddechowych i stanowi t. zw. pospolicie „kaszel zimowy”, stale zjawiający się u wielu bardzo osobników, szczególnie mieszkających w miastach, w początkach pory zimowej i ustępujący z nastaniem ciepła. Postać ta odznacza się bardzo niewielkim kaszlem, zjawiającym się szczególnie rano po przebudzeniu się; kaszlowi towarzyszy odpluniecie niewielkiej ilości płwociny śluzo-ropnej, której badanie wykazuje znaczne ilości śluzu z małą domieszką ciałek śluzo-ropnych. U niektórych osobników cała sprawa ogranicza się tylko do owego rannego kaszlu i płwociny; stąd też uważają się oni za zupełnie zdrowych, przypisując kaszel innym pobocznym przyczynom (paleniu, cierpieniu gardzieli i t. p.). U niektórych chorych

kaszel występuje tylko rano, natomiast w ciągu dnia całego odpływają oni mniej lub więcej znaczną ilość płwociny, bez kaszlu, tylko wprost, przez odchrząknięcie; przytem zaznaczyć należy, że większość takich osobników płwocinę połyka. Stan ogólny podobnych chorych nie przedstawia zbroczeń wyraźniejszych; nie męczą się oni, nie chudną, a nawet nie doznają 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 zrana.

Badanie fizykalne klatki piersiowej takich chorych, szczególnie, jeśli się odbywa nie w godzinach rannych, lecz w ciągu dnia, po wykaszłaniu się pacyenta, może dać wynik zupełnie ujemny. Słyszymy bowiem oddech pęcherzykowy normalny lub też nieznacznie równomiernie zaostrzony, odgłos opukowy normalny, rzężeń nigdzie nie wysłuchujemy; jedynie obecność płwociny, jeśli ją choremu zebrać polecimy, wykaże niezbicie, że mamy do czynienia z przewlekłym katarzem oskrzeli (ciałka śluzoropne, złuszczone i uległe zwyrodnieniu nabłonki oskrzelowe i t. p.). Badając takich chorych w godzinach rannych, szczególnie zaraz po ich przebudzeniu się, wykrywamy zazwyczaj suche rzężenia w grubszych oskrzelach, nieraz nawet i rzężenia drobne wilgotne w dolnych częściach płuc. Przy katarach większego nieco natężenia, kaszel występuje nieraz okresami i w ciągu dnia, szczególnie zaś wieczorem. U takich chorych badanie fizykalne wykrywa zazwyczaj oddech równomiernie zaostrzony i porozrzucane suche rzężenia, dające się wysłuchać 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 zniknąć 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 podstawowymi cechami: skąpą, przeważnie śluzową, lepką wydzieliną i mocnym, suchym i bardzo męczącym kaszlem. Siedliskiem anatomicznym tej kategorii kataru są przeważnie średnie oskrzela; uparty zaś kaszel warunkuje bardzo szybko powstanie wtórnej rozedmy. Tę postać kataru napotyamy przeważnie u artrytyków, u ludzi pracujących w przepelnionej pyłem atmosferze, u dzieci w następstwie

koklusu, we włóknistej postaci suchych, paroksyzmalnych, jako następstwo długotrwałych i często powtarzających się ataków ostrego 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 obudzeniu się chorego. Przebudzeniu towarzyszy uczucie drapania lub łechtania głęboko w gardzieli, czego następstwem bywa suchy atakowy kaszel, trwający nieraz wiele minut; poczem zaledwie z wielką trudnością chorzy wyrzucają niewielką ilość lepkiej śluzowej plwociny. Ataki kaszlu, szczególnie 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 zastoiny w żyłach szyi i głowy z zaczerwienieniem, a nieraz i sinicą, łzawieniem, mocnym 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 podżebrzowych, mocno dokuczając chorym. Zdaje się, że bóle tej ostatniej kategorii, trwające nieraz uparcie dni kilka 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 zleпка 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 ekspektoracya ranna przychodzi do skutku po niewielkim wysiłku kaszlowym. Z biegiem jednakże czasu, a szczegól-

niej z rozwojem rozedmy ataki suchego kaszlu stają się częstszymi i mocniejszymi; zaczynają występować już nietylko rano, lecz i w ciągu dnia, głównie po wysiłkach, po wchodzeniu na schody, po szybkim chodzeniu, szczególnie na zimnie, i t. p.. Później zazwyczaj ataki kaszlowe zaczynają występować i w nocy, przerywając sen chorym i przez to wpływając na znaczne ich osłabienie; chorzy od rana czują się mocno wyczerpanymi, 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 śluzo-ropnej plwociny; ataki kaszlu suchego mogą czasowo być rzadsze lub też stale powtarzające się, mogą być połączone z wyrzucaniem dość obfitej przeważnie ropiastej plwociny, co się zdarza w tych przypadkach, w których do długotrwałego kataru przewlekłego przyłączają się wtórnie powstające rozszerzenia oskrzeli.

Autorowie 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 CURSCHMANN'a i liczne leukocyty eozynoflowe. Właściwie mówiąc, sprawy tej, która zwykle w kilka dni zupełnie ustępuje, nie można zaliczać do zapaleń oskrzeli, jest to bowiem specyficzna hipersekrecja błony śluzowej, powstała pod wpływem właściwego i odrębnego czynnika wywołującego samoistną postać, t. zw. astmę oskrzelową, o czym 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 dusznością, zjawiają się głównie w nocy u osobników, które przebywały kiedyś istotne napady astmy oskrzelowej, stanowią zdaniem mojem, napady pseudo-astmatyczne, będące w związku z cierpieniem serca lub aorty, a występujące przeważnie u osobników starszych. Ztąd też i te postaci nie mogą być zaliczane do kategorii przewlekłych zapaleń oskrzeli, jeśli uniknąć chcemy zbytniego zagmatwania. Sądzę też, że lepiej termin francuzki „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 zupełnie jego brakiem, oraz łatwym odpluwaniem znacznej ilości śluzo-ropiastej płwociny, częściowo opadającej na dno naczynia. Badanie drobnowidzowe tej płwociny wykazuje przeważnie duże ilości uległych stłuszczeniu leukocytów z nieznaną domieszką śluzu i złuszczonych nabłonków. Płwocina, 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, gdzie jednocześnie mamy do czynienia z rozszerzeniem oskrzeli. Ilość płwociny, wydzielonej w ciągu doby, bywa różną: 30—50—100 i więcej gramów; ilości większe (pareset gram) i to przeważnie ropiastej płwociny występują również przy powikłaniu tej sprawy rozszerzeniem oskrzeli.

Objawy te, a właściwie mówiąc, wyrzucanie powyżej opisanej płwociny, powtarzające się w godzinach rannych, stanowią nieraz przez czas długi jedyny objaw choroby. Pacjenci czują się zupełnie dobrze; stan ich ogólny nie przedstawia wyraźnych zbroceń. Badanie fizykalne wykazuje najczęściej oddech równomiernie zaostrzony w obu połowach klatki piersiowej; 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 wzmagają się stopniowo ilości plwociny. Chory pluje już nie tylko 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 i kataru oskrzeli, t. j. katarowi suchemu i ropiastemu. W tym okresie stan ogólny chorych, dotychczas dobry, zaczyna stopniowo podupadać: chorzy chudną, tracą apetyt, szczególnie 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 katar cuchnący (*bronchitis putrida*), którego objawy poniżej będą opisane. Objawy fizykalne ropnych katarów oskrzeli w późniejszych okresach swego przebiegu dają również obraz zmian skombinowanych, właściwych katarom suchym i ropiastym: odgłos opukowy o charakterze tympanitycznym w dolno-tylnych częściach płuc z obniżeniem ich granic; na tem samym miejscu oddech pęcherzykowy osłabiony, a w częściach górnych równomiernie zaostrozony; obok rżężeń drobnych wilgotnych, umiejscowionych przeważnie z tyłu i u dołu, występują i świsty w okolicach górnych i przednich klatki piersiowej; zdarza się to szczególnie w okresach ostrych wyżej wzmiankowanych nasileń choroby.

Przebieg ropiastej postaci chronicznych katarów oskrzeli bywa nadzwyczaj przewlekły: choroba trwa już nie całe lata, ale nieraz i dziesiątki lat. U ludzi zamożniejszych, żyjących w dobrych warunkach higienicznych 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—Bronchorrhoea serosa*).

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

Cierpienie to występuje pod dwojaką postacią: albo 1) przyłącza się do 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 płwociny bywają to mniej, to bardziej gwałtowne, a ilość płwociny 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 porzrucanych rzeżeń i wogóle objawów, właściwych przewlekłym katarom oskrzeli.

Przypadek, który sam przez dłuższy przeciąg czasu spostrzegalem, dotyczył 60-cio letniej kobiety, dotkniętej wyraźnymi objawami zwapnienia naczyń w połączeniu z umiarkowaną rozedmą płuc. U osoby tej, z kądną względnie zdrowej i żyjącej w bardzo dobrych warunkach higieniczno-dyetycznych, występowały kilka razy do roku ataki *bronchorrhoeae serosae*. Po kilku dniach suchego upartego kaszlu w połączeniu z dreszczykami i lekkimi wieczornymi 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 rżenia 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, rżenia nikły i kaszel wreszcie ustępował. Aż do końca choroby plwocina stale posiadała wyżej wzmiankowany charakter, nie przechodząc bynajmniej, jak w zwykłych katarach, w plwocinę śluzo-ropiastą. 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 etyologiczną podstawę, a brak w plwocinie charakterystycznych dla astmy oskrzelowej elementów (włókna spiralne CURSCHMANN'a, kryształki CHARCOT-LEYDEN'a, komórki eozynofilowe), o ile się zdaje, również przemawia przeciwko podobnemu związkowi.

5). Zapalenia chroniczne tchawicy (*tracheitis chronica*) przebiegają, jakśmy mówili, w związku z podobnymi cierpieniami oskrzeli. Ztąd też, podobnie jak w sprawach ostrych, pojęcie kliniczne przewlekłego kataru oskrzeli obejmuje zarazem i cierpienie tchawicy. W niektórych jednak przypadkach przewlekła sprawa niezytowa 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 nie tylko tkanka podśluzowa, ale i części głębsze (ochrzęstna i tkanka okołotchawicowa).

Zmiany podobne, ilustrowane odpowiednimi 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 w ostatnich latach pod nazwą *ozaena trachealis* (LUC, BAGINSKY, ZARNIKO). 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 szaro-zielonawe, mocno do ścian narządu przylegające strupy. Strupy te, rozmaitej grubości, wydzielają nader przykrą i charakterystyczną woń, którą 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 wskazywać wyraźnie na 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 ranem dnia następnego. Poza powyższymi napadami chorzy czują się zupełnie dobrze, a jeśli badanie ograniczymy do klatki piersiowej, to najczęściej otrzymamy rezultat zupełnie 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 wzienik krtaniowy wykaże nam poniżej głośni bardzo charakterystyczne zielonawe strupy, mocno przylegające do tylnej ściany tchawicy, a nieraz nawet do strun głosowych. W przypadkach wyjątkowych, w których sprawa ogranicza się ściśle do samej tchawicy, ujemny wynik badania klatki piersiowej przy wyżej opisanych objawach powinien zniewolić lekarza do zbadania chorego za pomocą wzienika krtaniowego, tym bowiem sposobem dopiero jesteśmy w stanie ściśle rozpoznać cierpienie, które nie należy znowu do rzadkości.

ROZDZIAŁ IV.

Oddębne postaci katarów oskrzeli.

Treść. Katar oskrzeli, towarzyszący grypie, odrze. Zapalenie oskrzeli zimnicze (*bronchitis malarica*). Katary oskrzeli u osobników, dotkniętych usposobieniem artrytycznym. Katary 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 chronicznych katarów oskrzeli wypada nam jeszcze pokrótce zająć się pewnymi postaciami tych katarów, które ze względu na swój przebieg stanowią oddębne formy kliniczne, mające szczególną doniosłość dla lekarza-praktyka.

Do tych postaci zaliczamy następujące sprawy:

1). Ostre zapalenie oskrzeli, towarzyszące grypie (*bronchitis influenza*).

Jak wiadomo od lat kilkunastu, t. j. od ostatniej wielkiej epidemii influenzy, panującej w całej Europie w roku 1889, występują u nas, szczególnie w miastach, większe lub mniejsze epidemie tej choroby, której jednym z najstalszych objawów jest ostre zapalenie oskrzeli. W większości przypadków influenzy niezbyt oskrzeli nietylko jest objawem dominującym, lecz od początku do końca choroby stanowi niemal jedyny przedmiot skargi chorych. Zajęcia oskrzeli w różnych epidemiach i u różnych osobników mają cięższy lub lżejszy przebieg, w ogóle zaś odznaczają się następującymi 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 stałszych objawów bywają bóle w krzyżu i uczucie ogólnego rozbicia; 3) niemal stale, szczególnie 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 występuje prawie zawsze, szczególnie w pierwszych dniach choroby i nie odpowiada bynajmniej stopniowi natężenia innych objawów. Spostrzegalem bardzo ciężkie postaci grypy oskrzelowej, w których ciepłota nie dochodziła 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 grypą 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 przy zwykłych zapaleniach oskrzeli. Przejdźmy teraz do objawów ze strony dróg oddechowych. 1). Kaszel bywa jednym z najstałszych objawów tego cierpienia i występuje głównie pod dwiema postaciami. Prawie u wszystkich chorych cierpienie rozpoczyna kaszel suchy, mniej lub więcej głośny, 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 gęstą płwocinę śluzo-ropną; w pewnych przypadkach odpluwanie to bywa tak obfite, że chorzy niemal co kilka minut zachłystują się z powodu obfite napływającej płwociny, której wyrzucanie zresztą nie sprawia żadnej większej dolegliwości. Jedyne rano po przebudzeniu się występują napady duszącego kaszlu w połączeniu z bólem w okolicy mostka, zanim chory zaczął wyrzucać pierwsze ilości obfitej płwociny. Ten rodzaj kataru oskrzelowego z nadmierną wydzieliną u większości chorych, szczególnie u tych, którzy zmuszeni są przebywać na zimnym powietrzu, trwa zazwyczaj długo, nieraz tygodnie całe. U mniejszości chorych suchy kaszel, 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 ra-

zach 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, nieraz nawet z wymiotami, przypominającymi 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 okolicach pachowych, w niektórych razach tak gwałtowny, że utrudnia w wysokim stopniu oddechanie, stanowiąc zarazem główny, a częstokroć i jedyny przedmiot skargi chorych. Bliższe badanie wykazuje, że ból jest umiejscowiony w międzyżebkach 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 grypy oskrzelowej występować może w pierwszych dniach przy mocnych napadach suchego kaszlu mniej lub więcej obfite krwioplucie, zależne od mocnego przekrwienia błony śluzowej oskrzeli. Krwioplucie zazwyczaj nie powtarza się w dalszym przebiegu choroby, po przejściu zaś sprawy grypowej nie wykrywamy w szczytach płuc zmian, któreby nam pozwalały wnosić o pochodzeniu gruźliczym tego objawu. 5). Co się tyczy objawów fizykalnych ze strony narządu klatki piersiowej, to w większości przypadków zaraz z początku choroby wysłuchiwanie wykrywa liczne rżenia suche świszczące, porzrucane na całej przestrzeni klatki piersiowej. Rżenia te nikną stopniowo w ciągu kilku dni lub tygodnia, najdłużej jednakże utrzymują się w okolicy mostka. Nieraz po zupełnym nawet zniknięciu kaszlu i niemal kompletnym przyjsciu chorego do zdrowia przy jakimś wysiłku fizycznym rżenia świszczące znów się zjawiają w tejże okolicy. Obok powyższych rżeń, po obu stronach

klatki piersiowej słyhać oddech pęcherzykowy równomiernie zaostrzony. Wyraźniejszych zmian opukowych nie spostrzegamy. W cięższych postaciach influenzy oskrzelowej przy dłuższem jej trwaniu z przejściem sprawy na oskrzeliki drobniejsze występują rzeżenia wilgotne drobnopęcherzykowe, przeważnie w dolnych i bocznych częściach klatki piersiowej. Rzeżenia te trwają nie raz 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 to jest możliwe, wykazuje mocne i równomierne przekrwienie błony śluzowej.

Zejsście grypowego zapalenia oskrzeli w większości przypadków bywa zupełnie pomyślne. Do cięższych przypadków, szczególnie 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 epidemii z r. 1889; dotyczył on 19-stoletniego, zdrowego przedtem osobnika, który umarł na moim oddziale 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 jednoczesne zaś stanu gorączkowego może skłaniać nieraz, zwłaszcza w czasie panującej epidemii influenzy, do rozpoznania w tych razach niezytu grypowego oskrzeli. Szczególniej łatwo

¹⁾ Bliższe szczegóły dotyczące tego przypapku ogłosiłem w pracy p. t. „Uwagi nad charakterem epidemii influenzy ze szczególnem uwzględnieniem objawów i powikłań ze strony dróg oddechowych.“ *Gazeta Lekarska*, r. 1890.

popęłnić podobną pomyłkę u dzieci, które nie umieją wskazać na bóle w krzyżu i uczucie ogólnego rozbicia, towarzyszące katarom influenzowym. Zazwyczaj bardzo prędko wysypka wyjaśnia kwestyę; w niektórych jednakże przypadkach, szczególnie u starszych dzieci lub u dorosłych, kaszel suchy może trwać 5 do 6-ciu dni, zanim wystąpi odrowa wysypka. Rozpoznanie sprawiać może wówczas kłopot, chorzy bowiem czują się 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 przechodząc 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, szczególnie u małych i wątłych dzieci, zapalenie oskrzeli przyjmuje złośliwy charakter i przechodzi na najdrobniejsze oskrzeliki, dając obraz kliniczny wyżej skreslony 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 specyficznego podrażnienia błony śluzowej dróg oddechowych. Przy większem przekrwieniu i obrzęku tej błony występują porozrzucane rżenia 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, szczególnie francuzcy (GRASSET, FAYRER i inni, a w naszej literaturze DUNIN i HEWELKE), opisywali przypadki ostrych katarów 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 innymi cierpie-

niami, np. z influenżą. MANNABERG w niedawno wydanej klasycznej pracy o zimnicy ¹⁾ pisze, że oskrzela często ulegają zakażeniu zimniczemu, co sprowadza suchy kaszel, duszność i rżenia trzeszczące w przebiegu ostrego okresu zimnicy; objawy te przypominają przewlekłe katary oskrzeli, napotykanne u kachektyków. Autor wspomniany opisuje przypadek, dotyczący starszej kobiety, zamieszkałej w okolicy zimniczej; chora ta od czasu do czasu miewała zimnicę o formie trzeciackowej, a podczas tej choroby dostawała duszności i kaszlu z obfitą płwociną śluzo-ropną; w obu dolnych ustępach płuc słyszeć się dawały rżenia drobnopecherzykowe; stępienia, kłócia i bólu w klatce piersiowej nie było. Po użyciu chininy objawy zapalenia oskrzeli znikwały szybko, trwając zaledwie dni kilka i to w formie bardzo łagodnej.

W ostatnich czasach TRIANTAPHILLIDES z Batumu ogłosił przypadek zapalenia oskrzeli z objawami astmatycznymi, przy którym nie znajdował w płwocinie ani kryształów astmatycznych, ani komórek eozynofilowych, lecz za to we krwi — pasożyty zimnicze. Tenże autor twierdzi, że w Batumie cierpienia oskrzeli przy zimnicy występują stosunkowo rzadko, bo zaledwie w 7% przypadków.

Ja osobiście miałem możność szczegółowego spostrzeżenia na moim oddziale szpitalnym, przypadku tego w naszym klimacie wyjątkowo rzadkiego cierpienia. Dotyczył on 25-cioletniego osobnika, u którego przy typowych napadach trzeciackowych 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 rżenia drobnopecherzykowe, 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 plazmodye zimnicze; w skąpej zaś płwocinie, wydzielanej w czasie napadu, oprócz nieznacznej ilości ciałek śluzo-ropnych nie udało nam się wykryć ani plazmodyi ani też innych drobnoustrojów swoistych. Przy leczeniu chininą, która

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

w zupełności usunęła napady zimnicy, objawy oskrzelowe zniknęły również bardzo szybko ¹⁾).

Powyższe spostrzeżenie, które tu dla jego wyjątkowej rzadkości pozwoliłem sobie pokrótce przytoczyć, jako 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 w odrze, mocne przekrwienie i podrażnienie tej błony z obrzękiem i następną wydzieliną śluzo-ropną. 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 i drobnych oskrzeli (rzężenia suche, rzężenia drobne wilgotne, oddech mocno zaostrozony); w naszym przypadku mogliśmy nawet przypuszczać, że ostre obrzękowe zapalenie zajmowało nie tylko drobne oskrzela, lecz przechodziło i na pęcherzyki płucne, że mieliśmy do czynienia z zapaleniem zrazikowem płuc (*bronchopneumonia lobularis acuta*).

Katary przewlekłe oskrzeli o różnych postaciach, jak to wyżej w rozdziale o etyologii szczegółowo było rozebrane, 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 dla tego też uważam za właściwe opisać je tu pokrótce.

IV). Katary oskrzeli u osobników, dotkniętych usposobieniem artrytycznem. Doświadczenie kliniczne poucza, że u osobników, dotkniętych dziedziczną dyatezą mocz-

¹⁾ Bliższe szczegóły tego wielce interesującego spostrzeżenia podane zostały przezemnie w „Gazecie lekarskiej” z r. 1900, w pracy p. t.: „Parę uwag o cierpieniach dróg oddechowych, wiklających zimnicę. Tak zwana: *bronchitis, bronchopneumonia et pneumonia malarica*”.

nową, 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 ¹⁾.

Co się tyczy oskrzeli, to kataraty tych narządów, szczególnie przewlekłe, występują u artrytyków stosunkowo dość często, lecz pochodzenie ich i związek ze skazą moczową, jak słusznie zauważył HOFFMANN, nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione. Zdaje się jednak, że przypadki, aczkolwiek rzadkie, w których artrytycy przy kaszlu wyrzucali z płwociną złogi kwasu moczowego, przemawiają na korzyść pewnego związku obu tych spraw. Dawniejsi autorowie francuzcy, a nawet i współcześni (SCHLEMMER ²⁾, FONSAGRIVES, PIDOUX, BOUCHARD ³⁾ i inni) z wielką stanowczością za związkiem tym przemawiają, opisując odrębną formę chorobową katarów oskrzeli pochodzenia artrytycznego. ROUCHARD nawet w ostatecznej swej pracy stara się związek ten określić liczebnie, twierdząc, że skaza moczowa wiąże się w pewnym stosunku procentowym z suchymi postaciami zapaleń oskrzeli. Rzeczywiście u znacznej liczby chorych, dotkniętych przewlekłymi postaciami tych katarów bez rozedmy, lub z rozedmą następczą, szczegółowe wywiady wykazują, że chorzy ci doświadczyli poprzednio od czasu do czasu dolegliwości, związanych z nadmiernem wydzieleniem kwasu moczowego (kolki nerkowe, bóle w stawach i t. p.). To samo zauważyć się daje nieraz i u osobników młodych, nawet u dzieci, dotkniętych takimi katarami; i tu ściśle wywiady mogą wykazać, że u rodziców istniało typowe cierpienie artrytyczne. Przechodząc do bliższej charakterystyki tych katarów, zaznacze, że występują one dość typowo pod postacią wyżej opisaney formy suchego kataru tchawicy i oskrzeli (*tracheo-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;

¹⁾ Bliższe szczegóły o tych wszystkich zaburzeniach ogłosiłem w pracy pod tytułem: „Objawy ze strony dróg oddechowych, spostrzeżenie u osobników, dotkniętych usposobieniem artrytycznem”. „Gaz. Lekarska“ r. 1900.

²⁾ GEORGES SCHLEMMER, — *Étude sur les bronchites dans leur rapports avec les maladies constitutionnelles*, — 1882.

³⁾ BOUCHARD, — *Traité de Pathologie Générale Volume III*. 1900.

plwociny zazwyczaj nie bywa wcale, lub też jest bardzo skąpa, szklista, śluzowa. Kaszel i duszność są dominującymi objawami, a chorzy obok tego skarżą się i na uczucie ciągłego świstu w przedniej części klatki piersiowej, szczególnie w nocy ich niepokojącego. U niektórych chorych występują również wielce charakterystyczne 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 łada 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 kategorii 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.

Inne postaci katarów oskrzeli (formy z nadmierną wydzieliną), opisywane przez autorów francuzkich, spotykałem u artrytyków rza-dziej; 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 diatezą moczanową, niemniej jednak skłaniałbym się do przyjęcia zdania, że pod pewnym względem są one ściśle związane z tą diatezą. Na korzyść tego przemawia jeszcze i ta okoliczność, że leczenie ogólne, (wody alkaliczno-słone, 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 małym krążeniu, odbijają się przedewszystkiem na krwiobiegu w oskrzelach i z łatwością wywołać mogą przekrwienie z następczą wypociną i rozwojem sprawy zapalnej (najczęściej pochodzenia pasożytniczego). Zaburzenia te najczęściej i najszybciej występują przy wadach zastawkowych serca,

a szczególnie przy najpospolitszej z nich, t. j. przy wadzie zastawki dwudzielnej (niedostateczność jej lub zwężenie lewego otworu przedsionkowo-komórkowego). Przy wadzie tej, jak wiadomo, bywa utrudniony odpływ krwi z lewego przedsionka, a tem samem i z żył płucnych, co, naturalnie, musi się odbić na drobnych żyłach oskrzelowych, których część, jak wiadomo, wpada do żył płucnych. Powstają ztąd łatwo zastoje w żyłach oskrzelowych nawet wówczas, gdy niema jeszcze utrudnionego krążenia w obrębie żyły górnej głównej, do której ulewa 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, szczególnie z większych żył oskrzelowych, w razach podobnych wlewa się swobodnie do prawego serca, co naturalnie w wysokim stopniu ułatwia wyrównanie chwilowo naruszonej kompensacyi. Przy 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 kompensacyi 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 często u osobników z wadą zastawki dwudzielnej nawet w czasach najkompletniejszej 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 pacyenta, w płucach zmian wyraźniejszych przeważnie nie wykrywamy; natomiast w sercu znajdujemy wyraźnie objawy wady zastawkowej. Szczegółowo zapytywani wówczas, opowiadają chorzy zazwyczaj o przebyłym kiedyś reumatyzmie stawowym; niektórzy jednak twierdzą, że dotychczas byli zupełnie zdrowi i reumatyzmu nie przebywali. Rozpytując dalej pacyenta o kaszel, dowiemy się, że występuje on głównie przy pewnym wysiłku (szybkie wchodzenie po schodach), rzadziej zaś się zdarza w nocy; dalej dowiemy się od cho-

rego, 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 zaburzenia kompensacyi, zazwyczaj przy odpowiednim zachowaniu się szybko ustępuje; powraca jednakże znowu przy pierwszej, że tak rzec można, okazji (mocne zmęczenie, wysiłek, nadużycie napojów wysokowych 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 rżenia i świsty, znikające po pewnym przeciągu czasu jednocześnie z kaszlem. Po szeregu powtarzających się takich ataków, które stają się coraz częstszymi i coraz dłuższymi, zawsze z towarzyszeniem duszności, występującej przeważnie w dzień i przy wysiłku mięśniowym, kaszel pozostaje stale; chory odpluwa mniej lub więcej obfitą plwocinę śluzo-ropiastą, od czasu do czasu krwią zabarwioną. Wówczas i inne objawy naruszonej kompensacyi stają się wyraźnymi, a badanie fizykalne klatki piersiowej daje objawy kataru oskrzelowego o typie zastoinowym, a więc: rżenia 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 śluzo-ropiastej.

W chwilach poprawy działalności mięśnia sercowego katar oskrzeli zmniejsza się również. Poprawa, szczególnie latem, trwa nieraz bardzo długo, kaszel łagodnieje znacznie, rżenia 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 z charakterystycznym oddechem świszczącym oraz rżeniami suchemi, porozrzucanemi po całej klatce piersiowej. Ostry ten katar który zwykle, jak wyżej zaznaczyliśmy, przebiega łagodnie, u tej zaś kategorii chorych wywołuje szybko objawy niedomogi sercowej, mocną duszność

i szybkie wzmoczenie się objawów kataru zastoinowego z wystąpieniem w obfitości rzężeń drobnopecherzykowych, 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 rozstoju kompensacyi (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; płwocina staje się wtedy pienistą i od czasu do czasu bywa krwią zabarwiona.

Nieco inaczej przedstawiają się objawy oskrzelowe przy w a d a c h a o r t y (niedomykalność i zwężenie — *insufficiencia et stenosis valvularum aortae*). Przy wadzie tej, przy 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 wzmagą 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 przy wadzie zastawki dwudzielnej, dają przeważnie nieznaczące objawy przedmiotowe ze strony dróg oddechowych; nieraz nawet żadnych objawów nie wykrywamy. Kaszel suchy, często powtarzający się, wywołuje nieraz mniej lub więcej obfite krwiopłucie. W okresach poczynających się zaburzeń kompensacyi 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 rozrzucone po różnych miejscach klatki piersiowej, szczególnie umiejscawiające się w okolicach międzyłopatkowych. Napady takie trwają zazwyczaj dni kilka; kaszel suchy zmniejsza się stopniowo, staje się nawet wilgotnym, zjawia się skąpa wydzielina śluzo-ropiasta, 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 choroby czują się niezłe, 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 czym wspomina LASEGUE, mogą nieraz prowadzić do raptownego 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 przy wadach zastawkowych aorty cierpienia oskrzelowe przyjmują powyższy typ, różniący je zasadniczo od katarów przy wadach zastawki dwudzielnej. Formułka LASEGUE'a, stale powtarzana przez innych autorów, szczególnie francuzkich, że „zapalenie oskrzeli, towarzyszące cierpieniom zastawki dwudzielnej, jest skutkiem zastoju żylnego, a napotykanie przy cierpieniach zastawek aorty zależy od przekrwienia czynnego, tętniczego” — nie zawsze może być potwierdzona przez spostrzeżenia kliniczne. Przy 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 dolno-tylnych okolicach klatki piersiowej, z męczącym, duszącym kaszlem, skąpą wydzieliną, wybitną dusznością i t. p.

Przy cierpieniach mięśnia sercowego, szczególnie zależnych od stwardnienia jego tętnic, idącego w parze ze stwardnieniem innych tętnic (*arteriosclerosis*), występują dość często, szczególnie 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, szczególnie przy zaniedbaniu przepisów higieniczno-dyetyetycznych, 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 rżenia z szybko wzmagającą się dusznością, nieraz nawet z nieznacznym białkomoczem; jednym słowem mamy

obraz ostro występującej niedomogi sercowej. Objawy te po pewnym czasie zazwyczaj ustępują, aby znowu po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu wystąpić z równym natężeniem. HUCHARD w swej cennej monografii 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 zkądinad osobników duszność, plwocina z suchym, męczącym kaszlem, oraz wyrzucaniem dość obfitej plwociny śluzosurowiczej. Badanie fizykalne klatki piersiowej u tych osobników obok wybitnych objawów stwardnienia naczyń wykazuje w dolnotylnych częściach płuc rozmałą ilość rzeżeń świszczających i trzeszczających. 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 poważniejszym 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 sklerotycznych 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 których badanie drobnowidzowe wykazuje nieliczne ciała śluzo-ropne i złuszczone nabłonki. W jednym typowym przypadku, niedawno przeze mnie spostrzeganym, badanie drobnowidzowe wykazało nadto nieliczne kryształki CHARCOT-LEYDEN'a, włókna spiralne CURSCHMANN'a i komórki eozynofilowe, jednym słowem tę trójcę, która w ostatnich czasach uważana była za objawy typowe dla astmy oskrzelowej. Tymczasem w powyż-

¹⁾ HUCHARD. *Maladies du coeur et des vaisseaux*: 1889.

szym przypadku, bardzo dokładnie i długo spostrzeganym, mieliśmy do czynienia nie z astmą nerwową, a z upartym katarzem oskrzelowym na tle arteryosklerotycznym.

Tętniakom aorty, a szczególnie aorty piersiowej i łuku, obok duszności towarzyszy zazwyczaj uparty kaszel, z początku suchy, następnie połączony z wyrzucaniem nieraz dość obfitej plwociny śluzo-ropnej. Objawy fizykalne ze strony klatki piersiowej skrycie nieraz przebiegającego tętniaka 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 licząca bynajmniej z względnie nieznacznyymi objawami oskrzelowymi. Ta właśnie nadmierna duszność wzbudzić powinna w lekarzu podejrzenie głębszych przyczyn choroby. W innej kategorii 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 charakterystycznymi objawami porażenia, występują nieraz bardzo długo napady suchego charakterystycznego kaszlu, wywoływanego przez drażnienie powyższego nerwu. Z czasem i tutaj rozwija się katar zastoinowy oskrzeli, a więc do kaszlu suchego przyłącza się skąpa plwocina śluzo-ropna, a w klatce piersiowej słyszymy z przodu i z tyłu rżenia świszczące, w dolnych zaś i tylnych okolicach rżenia drobno-pęcherzykowe. 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, należyte rozpoznanie potwierdzą. 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 śluzo-ropną. W przypadkach takich znajdujemy najczęściej objawy kataru zaostrego, umiejscowionego w tylny-dolnych 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.

¹⁾ Patrz pracę moją: „Przyczynek do kazuistyki i dyagnostyki tętniaków aorty“. *Gaz. Lek.* r. 1893.

Nowotwory śródpiersia, a szczególnie najpospoliej z nich spotykany mięsak gruczołów chłonnych (*lymphosarcoma mediastni*), 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 płwociny śluzo-ropnej. W niektórych jednakże przypadkach, jak się to zdarzyło w jednym, przezemnie spostrzeżanym, chory wyrzucał od czasu do czasu dość znaczną ilość płwociny śluzo-ropnej, gromadzonej przez czas pewien w uciśniętym przez gruczoły i wskutek tego rozszerzonym poniżej oskrzeliku ¹⁾.

¹⁾ Bliższe szczegóły tego wielce interesującego spostrzeżenia znajdzie czytelnik w pracy mojej p. t. „Przyczynek do dyagnostyki nowotworów śródpiersiowych“. *Gaz. Lek.* r. 1893.

ROZDZIAŁ V.

Dalszy ciąg odrębnych postaci katarów oskrzeli.

Treść. Katary oskrzeli, towarzyszące zapaleniom nerek: Ostre i chroniczne 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 przede wszystkim ze strony oskrzeli w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek, napotykają się bardzo często, rzec można nawet — w mniejszym lub większym stopniu, są niemal stałym towarzyszem tych zapaleń. Mają one dwa źródła pochodzenia: 1) toksyny uremiczne, krążące we krwi, drażniąc nerwy naczynio-ruchowe oskrzeli i płuc, wywołują objawy napływowe (kongestyjne) i nerwowo-oskrzelowe (kaszel, duszność i t. d.) z następczym katarem; 2) serce przerosłe i zwyrodniałe, szczególnie w przewlekłej śródmiąższowej postaci zapalenia nerek (*nephritis interstitialis*), w okresie poczynającego się zwyrodnienia i niedomogi sercowej, wywołuje, podobnie, jakśmy to opisali przy sprawach sklerotycznych serca, zmiany w oskrzelach natury zastoinowej.

W ostrych postaciach zapaleń nerek mamy do czynienia w pierwszych dniach z ostrem obrzękowym zapaleniem oskrzeli, pochodzenia toksycznego; zapalenie to nieraz bardzo szybko prze-

chodzi w ostry obrzęk najdrobniejszych oskrzelików 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, rżenia obrzękowe, umiejscowione głównie w dolno-tylnych 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 nieżyłtów obrzękowych winny zawsze zniewolić lekarza do zbadania moczu, które istotę sprawy odrazu wyjaśni.

W postaciach rozlanych mięszzowych zapaleń nerek (*nephritis parenchymatosa*) katary oskrzeli, połączone przeważnie z dość obfitem odpluwaniem, spostrzegane bywają bardzo często. Nieraz w początkowych okresach skrycie przebiegającej choroby katar oskrzeli występuje na plan pierwszy i stanowi główny przedmiot skargi chorego. Niestety, dość często katary takie, szczególnie 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 płwociny śluzo-ropnej; badanie fizykalne klatki piersiowej albo daje rezultat zupełnie ujemny, albo też wysłuchujemy nieliczne porozrzucone świsty lub drobne wilgotne rżenia w tylny-dolnych częściach klatki piersiowej. Stała jednak duszność, wzmagająca się przy wysiłkach 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 licznymi drobno-pęcherzykowymi rżeniami, umiejscowionymi z początku tylko w częściach dolno-tylnych klatki piersiowej

i powoli posuwającymi 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 naczyniowo-ruchowych toksynami uremicznymi: duszność się wzmacnia, występuje kaszel suchy z utrudnionem odpluwaniem, a badanie fizykalne wykrywa liczne rżenia 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. Obostwienia 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 rżenia trzeszczące, duszność się wzmacnia, zjawiają się napady zaduszania, kaszel staje się bardzo męczącym, połączonym z trudnem odpluwaniem pianistej, nieraz krwią zabarwionej plwociny; jednym słowem, występuje obraz katarów zastoinowych oskrzeli, właściwy końcowym okresom niedomogi sercowej.

W przebiegu z a p a l e n i a ś r ó d m i ą ż s z o w e g o n e r e k (*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 ułatwia 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 cały (w przeciwstawieniu do prawdziwej astmy nerwowej), następnie zaś przebiegają jak zwykle ostre katary, t. j. duszność zmniejsza się powoli, chorzy zaczynają nieco odpluwać, rżenia świszczące nikną powoli, a wreszcie w ciągu 10—14 dni chorzy wracają do po-

przedniego względnie dobrego stanu. W dalszych okresach rozwoju sprawy, z chwilą wystąpienia stałej, mniej lub więcej znacznej duszności, napady powyżej opisanych katarów, stają się coraz częstszymi i trwają coraz dłużej. Nieraz katar przechodzi na najdrobniejsze oskrzeliki, powodując powstanie 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 śluzo-ropną wydzieliną pozostaje stale. W okresach dalej posuniętej sprawy, t. j. przy stale istniejącej mocznicy chronicznej (*uraemia chronica*), przy występującem jednocześnie osłabieniu działalności przerosłego 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 licznymi rżeniami świszczącemi, umiejscowionemi przeważnie w tylny-dolnych ustępach klatki piersiowej. Chorzy uskarżają się głównie na kaszel suchy, męczący, niepokojący ich głównie w nocy i nad ranem; plwociny śluzo-ropnej wyrzucają niewiele. Jeśli w tej postaci zapalenia nerek, co się stosunkowo rzadko zdarza, przychodzi do rozwoju postępującego obrzęku, to podobnie jak przy mięszkowych zapaleniach nerek, występują w okresach końcowych choroby objawy zastoinowego kataru oskrzeli z towarzyszeniem obrzęku płuc.

VII. Ostre i chroniczne katary oskrzeli u dzieci.

Ostre i chroniczne katary oskrzeli stanowią jedną z najczęstszych chorób dzieci w pierwszych latach ich życia, i to nie tylko w biednej klasie ludności, gdzie zimno i wilgoć stanowiłyby mogły ich główną przyczyną, lecz i wśród dzieci, wychowywanych w dobrych warunkach 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 HENOC'H'a tem, że mali pacyenci zaczynają kaszlać głośno, krótko, a kaszel ten występuje natychmiast przy ucisku na okolice tchawicy. Równie często zamiast kaszlu występuje głośny chrapliwy oddech, towarzyszący momentowi wdechowemu i wydechowemu; rżenie to bywa nieraz bardzo głośne, słyszalne zdala i zależnie od ilości śluzu, nagromadzonego w tchawicy i grubszych oskrzelach, posiada charakter bardziej wilgotny lub też suchy, przypominający szmer zwięzienia krtani, spostrzegany u dzieci przy krupie. Następnie po kaszlu rżenie zmniejsza się lub niknie zupełnie, aby po pewnym przeciągu czasu wystąpić na nowo. Badanie fizykalne w tym okresie choroby wykazuje rżenia chrapliwe lub grubo-pęcherzykowe, 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, zdradzając 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 wzmacnia; podczas takich pogorszeń może być gorączka.

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

Za okresem ząbkowania katary oskrzeli występują stosunkowo rzadziej; zjawiają się po odrze, szkarlatynie, towarzyszą nieraz ostrym zaburzeniom trawienia, które podług autorów francuzkich ma mieć swe źródło w sprawie pasożytniczej, 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 do-

rosłych, pod dwiema głównymi postaciami: lżejszą i cięższą. Różnica w przebiegu obu tych postaci od podobnych spraw u dorosłych polega na tem, że nawet lekkie kataru mają u dzieci niezwykłą skłonność do szybkiego szerzenia się na najdrobniejsze nawet oskrzeliki 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 oskrzeliki. Do takich zaliczyć należy: 1) kaszel, w lekkich postaciach krótki i suchy, staje się gwałtownym, męczącym i podobnym do napadów koklusu; krzyk i płacz wzmagają 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 oskrzeliki; 40 — 50 oddechów na minutę widzimy u dzieci i przy zajęciu grubszych oskrzeli, przy zstąpieniu jednak zapalenia na drobniejsze oskrzela, liczba ta dosięgnąć 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 rżenia drobno-pęcherzykowe, a nawet w trzeszczenia, zjawiające się nietylko w dolno-tylnych częściach klatki piersiowej, lecz nawet i z przodu. 4) Gorączka, zwykle dochodząca w lekkich postaciach do 38° C., przy zajęciu drobnych oskrzeli wzmagają się znacznie, dosięgając nieraz wieczorami 40° i wyżej. 5) Na szczególną uwagę zasługuje również zmieniony stosunek między tętnem a oddechaniem; stosunek ten, wynoszący normalnie u dzieci 3 — 4 uderzeń tętna na jeden oddech, zmienia się tembardziej, 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: przede wszystkim 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 ssuć, z powodu bowiem mocnej duszności

w chwili wzięcia do ust brodawki piersiowej rzucają ją natychmiast, aby znowu zaczerpnąć powietrza.

Powyzsze cechy razem wzięte pozwolą z łatwością odróżnić przejście kataru oskrzeli na oskrzela drobne i włosowate. W większości jednakże przypadków, szczególnie u wątłych i wynędzniałych dzieci, występują jednocześnie szybko i ogniska zapalenia zrazikowego płuc (*bronchopneumonia lobularis acuta*), którego objawy są mniej więcej te same, co i ostrego kataru drobnych oskrzelików; 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.

Zejsście 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, szczególnie u dzieci wycieńczonych; nawet pomyślnie 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; jedyne wystąpienie jednoczesne innych przypadków influenzy w danej rodzinie jest w stanie sprawę należyście wyświecić. Opisywany przez dawniejszych autorów t. zw. nocny kaszel dzieci (VOGEL), występujący napadami, nieraz kilka godzin trwającymi, może podług 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 nosogardzielowej (katary, wyrosłe adenoidalne). U dzieci nieco starszych, dotkniętych wyrosłami adenoidalnymi jamy nosogardzielowej, spostrzegałem nieraz ten objaw; ataki owego nocnego kaszlu, mocno niepokojące rodziców i często błędnie rozpoznawane jako

katary oskrzeli, ustępowały w zupełności po usunięciu wyrosli. 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 przyspieszony oddech i tętno, rżenia świszczące, a nawet liczne rżenia drobne wilgotne). Sprawa jednakże, w przeciwstawieniu do ciężkich postaci zwykłego kataru drobnych oskrzeli, kończy się zwykle w ciągu kilku dni zupełnie pomyślnie: kaszel ustępuje, rżenia 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 różnorodnymi objawami ze strony stanu ogólnego, z którymi się bliżej zapoznamy w odpowiednim rozdziale. Choroba w ciągu długiego swego przebiegu wkląć się może nieraz ostrym suchym kaszlem oskrzeli.

Katary przewlekłe oskrzeli występują u dzieci w ogóle równie często, jak ostre, a jeszcze częściej niż te ostatnie zjawiają się u dzieci skrofulicznych, rachitycznych, urodzonych z rodziców gruźliczych lub artrytycznych. Szczególniej zołży uważane są przez pediatrów za moment najbardziej usposabiający do przewlekłych katarów, które od autorów francuzkich otrzymały nawet nazwę skrofulicznych. Są to sprawy nadzwyczaj przewlekłe, skłonne do częstych nawrotów, pozornie łagodne, a jednakże nadzwyczajnie 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 zadawalniająco. Większość jednakże dzieci odznacza się bledością i zdradza wyraźne objawy zołżów; kaszel bywa częsty, występuje przeważnie pod postacią krócej lub dłużej trwających napadów, bez zanoszenia się jednakże, właściwego atakom koku-

szu, zjawiającym się po większej części rano po przebudzeniu się dzieci, a nieraz i w nocy.

Dzieci nieco starsze odpluwają niewielkie ilości płwociny śluzo-ropnej; większość jednakże płwocinę 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 na pewne charakterystyczne zmiany, a mianowicie: w okresach bardziej natężonej sprawy, przeważnie w miesiącach zimowych, słyszeć się dają obok zaostrzonego oddechu liczne rżenia, w większości suche, niknące po wykaszaniu się dziecka; w innych razach, szczególnie w przypadkach bardziej upartych, u dzieci wątlých słyhać rżenia drobne, wilgotne z tyłu klatki piersiowej, nieraz ściśle umiejscowione w jej częściach tylny-dolnych. W okresach poprawy, a szczególnie letnią porą, przy zmniejszonym kaszlu ilość rżeń zmniejsza się znacznie; mogą one nawet czasowo znikać zupełnie, występując jedynie rano przed wykaszaniem się dziecka.

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, przy których występują rżenia 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 ochroni: 1) dokładne mierzenie ciepłoty (gorączka w przypadkach gruźlicy); 2) zjawiające się powoli rżenia, 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 płwociny (w razie, jeżeli można ją zebrać) na lasaczniki gruźlicze.

Niektórzy pedyatry (STEINER) opisują jeszcze pewną odrębną postać przewlekłego kataru oskrzeli, nazwanego przez nich *bron-*

chitis 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 rżenia. Większość przypadków ma się kończyć śmiertelnie przy objawach mózgowych (drgawki częściowe lub ogólne). Ponieważ jednak badanie pośmiertne w niektórych przypadkach tej kategorii wykrywało obok znacznego obrzęku błony śluzowej całego przewodu oddechowego — rozedmę płuc, ogniska atelektatyczne, oraz obrzęknięcie, a nawet zserowacenie gruczołów okołoskrzelowych, może i słusznie przypuszcza WEIL, że objawy powyższe mogą być zależne raczej od wtórnego, a może nawet i pierwotnego zajęcia gruczołów okołoskrzelowych, aniżeli od sprawy zapalnej w samych oskrzelach.

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

VIII. Katary oskrzeli, spostrzegane u starców.

U ludzi starych, podobnie jak u dzieci, ostre, a przede wszystkim chroniczne katary oskrzeli należą do spraw chorobowych bardzo częstych, właściwych temu wiekowi. Rzecz nawet można bez przesady, że każdy człowiek starszy po nad 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 przy

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“.

czyn: 1) rozedma płuc, rozwijająca się stale u starszych ludzi, jako zjawisko niemal fizyologiczne; 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 chroniczne oskrzeli u starców przebiegają pod dwiema typowymi postaciami. W pierwszej, stosunkowo rzadszej, mamy do czynienia z katarzem oskrzeli śluzo-ropnym w połączeniu z wydzielaniem nieraz bardzo wielkich ilości płwociny śluzo-ropnej. O ile jednakże katary tej kategorii u młodszych osobników, jak to wyżej było opisane, nie wywołują oprócz odpluwania wyraźniejszych zaburzeń ze strony dróg oddechowych, 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, przy opisie katarów przewlekłych, połączonych z obfitą wydzieliną. Nieraz więc, oprócz osłabionego oddechu w tylny-dolnych częściach płuc i rzężeń brzeżnych, innych objawów nie wykrywamy; u niektórych tylko chorych tej kategorii wysłuchujemy mniej lub więcej obfite rzężenia drobnopecherzykowe, umiejscowione również przeważnie w tylny-dolnych 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 wzmocnionym kaszlem, utrudnionem odpluwaniem i zwiększoną dusznością.

Drugą, a zarazem częściej napotykaną postacią przewlekłego kataru u starców, jest postać mieszana, stanowiąca coś pośredniego między katarzem, dopiero co opisanym, a niezłym suchym. Chorzy odpluwają zazwyczaj dużo płwociny śluzo-ropnej; chwilę jednakże odpluwania poprzedza mocny duszący kaszel, który w pewnych razach nabiera charakteru napadów jakby astmatycznych. Napady takie, podczas których chory, jeśli to się tafia w nocy, zrywa się z łóżka, przyjmuje pozycję siedzącą, przykurczoną, obejmuje nieraz rękoma głowę, kończą się obfitem wyrzuceniem płwociny, przyczem 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, szczególnie 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 równomiernym cieple czują się znośnie. Tej to kategorii starcy stanowią podczas zimy główny kontyngens pensjonarzy naszych szpitali i domów schronień dla starców.

Napady kaszlu, wyżej opisane, niektórzy autorowie mylnie nazywają atakami astmatycznymi. Analizując bliżej charakter napadu, przekonamy się, że ma on cechę napadu o typie wdechowym, nie daje bynajmniej objawów, wskazujących na skurcz oskrzeli, lecz przeciwnie, badanie fizykalne wykrywa u tych chorych obok świstów rżenia drobne, wilgotne, umiejscowione głównie w tylny-dolnych ustępach klatki piersiowej. Niemożność odplunienia wskutek przylegania płwociny (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 stałe napotykaniej 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 szczególnie zimą, najczęściej wskutek wpływu zimnego lub wilgotnego powietrza (t. zw. przeziębienie), stanowią u starców, podobnie jak i 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 drobniejsze, czasami nawet i na włosowate oskrzeliki, sprowadzając groźne objawy *bronchi-*

tidis capillaris. Objawy tego cierpienia opisaliśmy w jednym z poprzednich rozdziałów; tu jednak zaznaczyć musimy, 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 wielką, jak przy podobnem cierpieniu u dzieci; 3) kaszel również nie jest zbyt gwałtowny; występują głośne, suche, nieraz zdala słyszalne rżenia, obok rżeń 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 rzadzym, 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, rekonwalescencya trwa zazwyczaj bardzo długo; w przebiegu jej 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, przy których wydalona płwocina posiada w mniejszym lub większym stopniu wstrętny, cuchnący zapach, zależny od obecności bliżej jeszcze nie określonych drobnoustrojów, które przy rozkładzie podłoża dają złowonne produkty.

Z punktu widzenia anatomo-patologicznego *bronchitis putrida* we właściwym znaczeniu bywa tylko wtedy, kiedy pierwotnie lub wtórnie błona śluzowa oskrzeli pod wpływem przyczyn, wywołujących procesy gnilne, ulega powierzchownemu zapaleniu natury zgorzelinowej. W przypadkach takich błona śluzowa oskrzeli przedstawia się brunatno-czerwoną, rozmiękczoną, częściowo zaś pokrytą masami żółto-brunatnymi, hubkowatego wyglądu, i wydaje słodko-zgniłą, mocno cuchnący zapach. (KAUFMANN) ¹⁾.

¹⁾ Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. Str. 149.

MARFAN 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“ (*gangrène des bronches*); twierdzi bowiem, że płwocina 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 płwociny, dłużej lub stale istniejące, dowodzić ma stanowczo powierzchownej zgorzeli błony śluzowej oskrzeli.

HOFFMANN stara się zwalczyć ten pogląd, twierdząc, że pod wpływem drobnoustrojów gnilnych płwocina 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 MARFAN'a i KAUFMANN'a jest bardziej zgodny z tem, co przywykliśmy spostrzegać klinicznie. Cuchnącą płwocinę w przebiegu katarów zwykłych, niewielkanych rozszerzeniem oskrzeli, widzi się chyba wyjątkowo rzadko, a przytem cuchnienie owo jest bardzo nieznaczone, przejściowe, występuje głównie w czasie upałów na salach szpitalnych ciasnych, źle przewietrzanych; być nawet bardzo może, że ów rozkład gnilny płwociny występuje już nazewnątrz organizmu, wskutek przedostania się do naczynia z wydzieloną płwociną mikroorganizmów, wywołujących gnilny jej rozkład. Ja, przynajmniej w przypadkach, w których cierpienie, w mowie będące (*bronchitis putrida*), z płwociną o cechach charakterystycznych, szczegółowo spostrzegałem, zawsze byłem w stanie wykryć głębsze przyczyny, aniżeli zwykły chroniczny 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 pasożyta (B BEI, LUMNICZER). LUMNICZER nawet wyhodował z płwociny cuchnącej aż sześć odrębnych postaci pasożytów: 4 gronkowce (*staphylococci*), 1 dwoinkę (*diplococcus*) i 1 lasecznika, któremu przypisuje główną rolę przy wytwarzaniu cuchnącej płwociny. Badania te jednakże nie zostały w zupełności potwierdzone przez innych autorów; znane są bowiem również spostrzeżenia, w których znaj-

dywano w cuchnącej plwocinie grzybek t. zw. *oidium albicans*, promienicę, a nawet *bacterium termo*.

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, amoniak i t. p.

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

W ogromnej większości przypadków w klinice pod nazwę „*bronchitis putrida*“ podciągając będziemy przypadki katarów, przy których występuje czasowo lub stale plwocina cuchnąca, przy badaniu zaś chorych, dotkniętych takim katarem wykryć napewno nie możemy tych innych cierpień, przy 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 HOFFMANN, 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

O b j a w y. 1). Najcharakterystyczniejszym, rzecz można, i podstawowym objawem choroby jest typowa cuchnąca plwocina; już sam charakter plwociny pozwala nieraz rozpoznać w mowie będącą sprawę. Cuchnienie zjawia się albo od razu w charakterystycznej postaci, lub też wzmaga się stopniowo tak, że już nie tylko sama plwocina, lecz i sam oddech chorego cuchnie zdaleka. Chorzy wyrzucają zazwyczaj plwocinę dość łatwo, czasem jednakże odprowadzanie bywa poprzedzone przez 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 brudno

zielonawy lub też brunatny i jest bardziej jednolita; wreszcie na samym dole widać rodzaj osadu, stanowiącego masę ropiastą koloru brudno białego. Badanie mikroskopowe wykazuje w górnej warstwie złuszczone nabłonki, częściowo stłuszczone, i nieco ciałek ropnych; w osadzie zaś, stanowiącym najistotniejszą zawartość płwociny, znajdujemy bardzo liczne i rozmaite postaci drobnoustrojów: wibriony, spiryle, kokki, monady, nici *leptothrix*, oraz wielce charakterystyczne czopki, opisane poraz pierwszy przez DIETRICH'a. Czopki te, widoczne gołym okiem i pozwalające się z płwociny wyłowić, pod drobnowidzem przedstawiają rozpad drobnoziarnisty, nieco ciałek ropnych, liczne wyżej wzmiankowane drobnoustroje, kryształki tłuszczowe margaryny, tyrozyny i leucyny; czopki te właśnie, według autorów, mają głównie nadawać płwocinie 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 nagromadzone masy najróżnorodniejszych drobnoustrojów, podług niektórych autorów, o czym wyżej wzmiankowano, dla tej sprawy swoistych. W czopkach, jako też w ogóle w płwocinie, o której mowa, włókien elastycznych zazwyczaj nie wykrywamy.

2). Kaszel bywa nadzwyczaj nie silnym, niepokoi chorych w dzień i w nocy, a stale towarzyszy mu obfite wyrzucanie płwociny, wyżej opisanej.

3). Podniesienie ciepłoty niezawsze ma miejsce; nieraz nawet ciężkie przypadki kataru 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 szczególnie kończących się niepomyślnie, gorączka przyjmuje typ ciągły, z nieznacznymi zwolnieniami rannymi. Wreszcie u niektórych chorych występuje gorączka peryodycznie: bywają dni zupełnie wolne od gorączki, innych zaś dni chorzy miewają gorączkę mniej lub więcej wysoką.

Wogóle, występująca przy *bronchitis putrida* gorączka wysoka, szczególnie 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 chronicznym katarom oskrzeli; powikłania, powstające w przebiegu ciężkich postaci (zapalenie zrazikowe płuc, zgorzel płuc i t. p.) dają, naturalnie, właściwe im objawy.

Przebieg, zejście i powikłania. Lekkie postaci kataru cuchnącego, przyłączające się czasem do zwykłego kataru chronicznego, przebiegają zazwyczaj łagodnie. Nieraz już po kilku lub kilkunastu dniach cuchnienie płwociny 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 mu wysoka gorączka o typie wzmiankowanym wyżej, szybki upadek sił i ostateczne wyczerpanie organizmu, które zresztą nieraz widzujemy w ciężkich postaciach nawet z przebiegiem bezgorączkowym. W ciężkich postaciach również często występuje szereg powikłań, zależnych od żrącego działania cuchnącej płwociny na błonę śluzową oskrzeli, a więc — ropne lub też zgorzelinowe zapalenie tej błony, które w większości przypadków wywołują zwykło następczą zgorzel samego płuca. Wskutek aspiracji cuchnąco-ropnej wydzieliny, szczególnie przy znacznym upadku stanu ogólnego, powstają ogniskowe zapalenia płuc, także przejść mogące w ropne lub zgorzelinowe zapalenie tkanki płucnej. Rzadziej powstawać mogą ropnie przerzutowe w mózgu, wywołujące niekiedy objawy porażenia połowicznego (BIERMER, SENATOR i inni).

Rozpoznanie cuchnącego zapalenia oskrzeli, jak widać z tego, cośmy wyżej mówili, nie powinno przedstawiać w zasadzie poważniejszych trudności; charakterystyczna bowiem płwocina i brak wyraźnych 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 zgo-

rzelinowego zapalenia ich błony śluzowej powodują objawy cuchnącego kataru z wydzielaniem ogromnej ilości cuchnącej płwociny, można mylnie rozpoznawać jako zwykły katar złowonny. Rozpoznanie różniczkowe nie przedstawi poważniejszych trudności jedynie w tych rzadkich stosunkowo przypadkach, gdzie za pomocą fizykalnego badania 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 od bardzo dawna chory wyrzuca od czasu do czasu, i to w pewnych godzinach, ogromne ilości cuchnącej płwociny, w innych zaś porach dnia pluje bardzo mało, nie kaszle, a jedynie chwilę wydalania znacznej ilości płwociny poprzedza atak mocnego i duszącego kászlu. Zresztą szczegółowe dane rozpoznawcze rozszerzonych oskrzeli będą opisane w jednym z następných rozdziałów.

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

Samodzielna zgorzel płuc (*gangraena pulmonum*) ograniczona lub rozlana charakteryzuje się również wydzielaniem niezwykle cuchnącej płwociny 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 oplucnej, dając odpowiednie objawy fizykalne. W przypadkach ograniczonego ogniska zgorzelinowego od błędu rozpoznawczego uchroni nas badanie płwociny, 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 płwocinie przy zwykłym cuchnącym katarze oskrzeli. Obecność w płwocinie włókien elastycznych również stanowić będzie kryterium rozpoznawcze w tych przypadkach skomplikowanych, w których do istniejącego pier-

wotnie zapalenia zgorzelinowego oskrzeli dołącza się wtórnie zgorzel płuc.

Cuchnąca plwocina może również występować i dać powód do błędnego rozpoznania w przypadkach, w których przy zapaleniu ropnem opłucnej o charakterze cuchnącym ropa utorowała sobie drogę do oskrzela. To samo zdarzyć się może przy przedostawaniu się tą drogą na zewnątrz ropy, powstałej z gruczołów okołooskrzelowych, ropnia kolumny kręgosłupa, 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 rezultat w innym szeregu spraw chorobowych (ropnie kręgosłupa, wątroby, rak przełyku i t. p.) obok charakterystycznych dla danej sprawy objawów.

Rokowanie (*Prognosis*) w ostrych i chronicznych katarach oskrzeli.

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

Ostre katary zwykle u osób dorosłych i uprzednio zdrowych stanowią zaburzenie lekkie, kończące się zazwyczaj pomyślnie. Przeciwnie, katary ostre obrzękowe rozlane, zajmujące najdrobniejsze oskrzeliki, a szczególnie zapalenia oskrzeli włosowatych (*bronchitis capillaris*), stanowią nawet u osób dorosłych, uprzednio zdrowych zaburzenia natury poważnej, mogące mieć zejście niepomyślnie. U dzieci, szczególnie 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 stanowią cierpienie niewyleczalne, o wielce długim przebiegu, dają rokowanie, co się tyczy mniejszej lub większej poprawy, nader różnorodne; przedewszystkiem zależy to od warunków higieniczno-dietetycznych, oraz od stanu zamożności dotkniętych niemi osob-

ników. U ludzi zamożniejszych, żyjących w dobrych warunkach higienicznych, 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 biednej, żyjącej w złych warunkach higienicznych, 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 ostrych, zależy również od wieku pacjenta: u starców jest ono o wiele gorsze, niż u ludzi w sile wieku. Podstawowe również znaczenie przy rokowaniu 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 zwiężenia 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 wydzieliną, szybki upadek stanu ogólnego chorych i t. p..

ROZDZIAŁ VI.

Terapia ogólna i szczegółowa ostrych i przewlekłych katarów oskrzeli.

Treść. Profilaktyka katarów dróg oddechowych. Wielkie jej indywidualne i społeczne znaczenie. Środki profilaktyczne. Poprawa pod względem higienicznym fabryk i t. p. instytucji, przyczyniających się do powstawania chorób dróg oddechowych. Znaczenie higieny państwowej w miastach pod względem profilaktyki katarów oskrzeli. Środki ogólnohygieniczne domowe; wadliwość naszych mieszkań, brak dostatecznego przewietrzania, obawa ogólna przed świeżym 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 higieniczno-dyetetyczne. 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 przy 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 szczególnie 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 niepomysłnie 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 cierpienia długie i nieuleczalne, ciężko obarczają rodziny, jakoteż i społeczeństwo. Jak już wyżej zaznaczyłem, znaczny procent chorych, szukających przytułku w naszych szpitalach i domach schronienia, szczególnie w zimową porą, stanowią właśnie osobniki, dotknięte przewlekłymi katarami oskrzeli i ich następstwami (rozedma, niedomoga serca, gruźlica).

Tym sposobem kwestya profilaktyki nie stanowi już tylko sprawy, że tak rzec można, osobistej każdego człowieka, lecz stanowi przede wszystkim 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, szczególnie 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 ogólnopństwowej, rodzinnej i osobniczej.

I. W etyologii cierpienia staraliśmy się wykazać, jak często przewlekłe kataroskrzeli zależą od wdychania powietrza nieczystego, przepełnionego kurzem, gazami i różnymi produktami fabrycznymi. Mówiliśmy również, że statystyki chorób robotników wykazują stale ogromny procent chorób dróg oddechowych, a przede wszystkim katarów, — tem większy, o ile przy danej fabrykacji lub rzemiośle powietrze jest bardziej zanieczyszczone mniej lub więcej szkodliwymi, pośrednio lub bezpośrednio przy danej fabrykacji używanymi produktami. Obok tego wszystkiego szkodliwie na drogi oddechowe działa również niezaprzeczenie nadmierne gorąco, skupienie ludzi, gaz oświetlający ze szkodliwymi 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 elektrycz-

nego zamiast gazowego lub naftowego, ograniczenie liczby godzin pracy w fabrykach, szczególnie 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 najlepszego prawodawstwa nieprędko doczekamy się błogich skutków, głównie z powodu rutyny i niechęci przemysłowców, narażanych przez te higieniczno-prawodawcze wymagania na znaczne wydatki i straty materialne. W starych fabrykach mimo nieraz najlepszych chęci a nawet odpowiednich nakładów, zmiany radykalne pod względem zdrowotnym przeprowadzić się nie dadzą; dopiero przy budowie nowych fabryk z uwzględnieniem urządzeń higienicznych, 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., urządzonych według nowych wymagań higieny, ograniczył się znacznie procent zapaдания pracowników na cierpienia dróg oddechowych.

Hygiena państwowa w miastach również w wysokim stopniu przyczynić się może do profilaktyki chorób, w mowie będących. Wiemy bowiem, że kurz uliczny, a szczególnie wapienny, wzięty z kanałów, zbyttnia suchość powietrza w dni upalne stanowią również moment etyologiczny, wysoce usposabiający do katarów dróg oddechowych. W Anglii i w Niemczech, nawet w największych miastach, po ulepszeniu bruków (asfaltowych lub granitowych), wprowadzeniu kanalizacji i wodociągów, a z nimi 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. Niestychaną doniosłość w profilaktyce chorób dróg oddechowych posiadają środki ogólnohigieniczne domowe, stosowane przez osoby prywatne. Mieszkania ludności naszej, nawet zamożniejszej, tak w miastach, jak i nawet po wsiach, (nie mówimy tu już o mieszkaniach ludności biednej, które posiadają

warunki higieniczne najfatalniejsze, usposabiające już nietylko do powstawania cierpień dróg oddechowych, lecz w ogóle do najrozmaitszych chorób ostrych i chronicznych), są bardzo nieodpowiednio pod względem higienicznym urządzone, 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 urojonymi przeciągami, które nie pozwalają na otwieranie okien nietylko zimą, ale nawet i latem; 2) zamykanie niektórych pokoi na zimę i skupianie się znacznej liczby, 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) niedostateczne lub niesystematycznie, zbyt rzadko powtarzane gruntowne odświeżanie mieszkania, a gromadzenie się kurzu w licznych zakątkach, pasażach, na piecach, ścianach i t. p.; 4) brak wycieraczek do nóg i t. p. urządzeń, a ztąd stałe zanieczyszczanie mieszkania kurzem, błotem i t. p. nieczystościami, przyniesionymi 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 zakażenia powietrza; 6) używanie, szczególnie w pokojach sypialnych lamp naftowych z kopcającymi i dużo ciepła wydzielającymi 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 może u osób takich dać powód do świeżego kataru. Podobnie ujemne warunki higieniczne, jak w mieszkaniach prywatnych, spotykamy również w większości naszych lokali publicznych (teatry, sale koncertowe, kawiarnie, restauracje i t. p.).

Rezultatem wszystkich powyższych ujemnych czynników higienicznych są warunki, wysoce usposabiające do ostrych, a następnie chronicznych katarów oskrzeli. W mieszkaniach bowiem stale panująca nieodpowiednia temperatura, kurz i brud, obok braku przewiewu, wytwarza atmosferę niezdrową, przepelnioną licznymi drobnoustrajmi, a tem samem nietylko wywołują

ca, lecz i w wysokim stopniu podtrzymującą sprawy kataralne dróg oddechowych. 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 higienicznych mieszkań naszych będzie jednym z podstawowych zadań profilaktyki chorób dróg oddechowych. Niestety reforma taka może być wprowadzona tylko bardzo powoli, a na lekarzach domowych i lekarzach higienistach miast leży w pierwszej linii obowiązek stałego oddziaływania w tym kierunku.

III. Ubranie naszej ludności, szczególnie klasy najmniej usposobionej, jest niewłaściwe i w wysokim stopniu usposabia do powstawania katarów dróg oddechowych. Z obawy bowiem przed zaziębnieniem istnieje u większości naszej ludności przesadnej zwyczaj zbyt ciepłego ubierania się, który szczególnie dotyczy dzieci. Zbyt ciepłe ubranie wywołuje zazwyczaj skutek przeciwny: kępuje 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 postawianiu tak częstych chorób dróg oddechowych.

IV. Warunki atmosferyczne naszego kraju szczególnie podczas wiosny i jesieni: szybkie zmiany ciepłoty, znaczna wilgoć i częste wiatry (p. rozdział o etyologii katarów) w wysokim stopniu usposabiają, szczególnie osoby węższe do katarów dróg oddechowych. Z punktu widzenia profilaktyki rodzi się pytanie, czy nie posiadamy środków, któreby też wrażliwość organizmu na powyższe wpływy atmosferyczne osłabić lub też znieść były w stanie. 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, począwszy od zimnych obmywań, oblewiań, kąpiei stopniowo ochładzanych lub natrysków zimnych, stosowanych metodycznie codziennie. Rzeczywiście metody te, o ile bywają stosowane oględnie,

(niezbyt niskie temperatury i niezbyt długie, a szybko wykonywane procedury), w pewnym szeregu przypadków, szczególnie 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 jako prawdziwe *panaceum*, chroniące każdego, a szczególnie dzieci od katarów dróg oddechowych, — zawodzi jednakże 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 nie tylko w domu, lecz nawet w najlepiej urządzonych zakładach, zawodzą wielokrotnie, nie sprowadzając bynajmniej pożądanego skutku; przeciwnie, wywołują nieraz niepożądane i uparte katary dróg oddechowych. Daleko racjonalniejszą dla tej kategorii osobników, jako też i w ogóle dla osób, usposobionych do katarów dróg oddechowych, jest metoda stopniowego i metodycznego uodparniania organizmu za pomocą przyzwyczajania go do systematycznego użycia świeżego powietrza. Metoda ta, bardzo prosta, polega na metodycznych spacerach w każdej porze roku, niezależnie od pogody (naturalnie, nie stosuje się to, szczególnie 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 świeżym 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 uodparniających organizm przeciw t. zw. wrażliwości do zaziębień. Tą drogą bowiem organizm przez kilka godzin dziennie oddycha nawet w miastach o wiele czystsze powietrze, aniżeli powietrze mieszkaniowe; dzięki ruchowi pieszemu i wzmożonemu przez to krążeniu ogólnemu poprawia się wadliwe, szczególnie u małokrwistych, krążenie na powierzchni ciała; wrażliwość na zimno zmniejsza się; osobnik zahartowany poczyną odczuwać potrzebę przewietrzania lokalu, doświadczając uczucia duszności w zbyt gorącym pokoju; wreszcie, codzienny ruch metodyczny na świeżym powietrzu w wysokim stopniu pobudza apetyt, i tym sposobem wpływa pośrednio

na poprawę ogólnych warunków odżywiania organizmu, które, jak wiadomo, również nieposlednią odgrywają rolę przy usuwaniu usposobienia do katarów dróg oddechowych.

Osobiście jestem tego zapatrywania, że wyżej opisane metodyczne codzienne używanie świeżego powietrza, tak niestety zaniedbane w naszym społeczeństwie, szczególnie wśród kobiet i dzieci, a także wyżej wskazana higiena mieszkań, obok uodporniania skóry za pomocą łagodnych procedur wodoleczniczych u tych osobników, u których jest to możliwe, stanowić by powinno jeden z najpotężniejszych środków, ochraniających organizm od tak często spotrzeganych katarów dróg oddechowych.

Jednakże u pewnej kategorii osobników, a przede wszystkim u wątłych, skrofolicznych i anemicznych dzieci, uodparnianie 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 katarry dróg oddechowych przy 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 zrzędu w miejscowości klimatycznej cieplejszej, czyli odbycie kuracyi klimatycznej, której szczegóły podamy niżej. W stacyach 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 uodporniejszy organizm, będzie w stanie znosić klimat w miejscu swego zamieszkania, o czem wielokrotnie przekonać się mogłem na moich chorych. Obawa, wyrażana niejednokrotnie, że w ten sposób organizm dziecięcy wydelikatni się jeszcze bardziej i nie będzie w stanie znosić klimatu swojskiego, jest zupełnie niezasadniona, 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 higieniczno-dyetyczne tych spraw chorobowych,

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

VI. Na szczególną uwagę, z punktu widzenia profilaktycznego, zasługuje również, szczególnie w naszym klimacie i u osobników usposobionych do katarów oskrzelowych, — dbanie o dokładne oddechanie nosem. Jak bowiem wyżej, w rozdziale o etyologii zaznaczyliśmy, wadliwe, niedostateczne, lub też zupełnie zniesione oddechanie nosem jest jednym z nadzwyczajnie ważnych momentów usposabiających szczególnie dzieci skrofuliczne do zapadania, przeważnie zimą, na katary oskrzeli: powietrze zimne i wilgotne, nie będąc uprzednio ogrzane i poniekąd przefiltrowane przez jamę nosową, dostając się wprost do tchawicy i oskrzeli wywołuje podrażnienie błony śluzowej, powodując często następczy katar oskrzeli. W każdym więc przypadku, gdy dziecko, czy też osoba dorosła zapada często, szczególnie zimą, na katary oskrzeli, należy poddać szczegółowemu badaniu jamę noso-gardzielową i usuwać na drodze operacyjnej zmiany, powodujące niedrożność nosa, a więc: wyrosłe adenoidalne u dzieci, mocno przerosłe szczególnie 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 gardzieli.

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

Katary oskrzeli mogą być powodem całego szeregu zaburzeń dla ustroju. 1) Główne niebezpieczeństwo zagrażające organizmowi, stanowi przeszkoda mechaniczna w oddechaniu: zbrzęknięcie bowiem błony śluzowej powoduje zmniejszenie światła oskrzeli, bardziej wybitne w oskrzelach drobnych, pociągając za sobą szereg

różnorodnych mniej lub więcej ciężkich zaburzeń. 2). Zapalenie oskrzeli grozi następnie przejściem na narządy głębiej położone, a przede wszystkim 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, przede wszystkim zaś narządów krążenia.

Interwencja terapeutyczna powinna uwzględnić powyższe podstawowe szkodliwości, a zatem — przy 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 subiektywne, wpływać na poprawę stanu ogólnego, a tą drogą pośrednio usuwać wpływ szkodliwy na inne organy wewnętrzne, płuca i serce przede wszystkim. Naturalnie, wskazaniem będzie również i to w pierwszej linii, ochranianie organizmu od wprost działających szkodliwie, jakoteż usuwanie lub modyfikowanie tych wszystkich wadliwych stanów ustroju, na których podstawie powstają ostre lub przewlekłe katary oskrzeli (zołży, syfilis, artrytyzm, choroby serca i t. d.).

Z metod ogólnolecniczych, znajdujących zastosowanie przy leczeniu tak ostrych, jak i przewlekłych katarów oskrzeli należy przede wszystkim stosować, jako najważniejszy środek, odpowiednie higieniczno-dietetyczne postępowanie. Przede wszystkim należy mieć na uwadze to wszystko, cośmy wyżej jako środki profilaktyczne omówili: higienę mieszkania, zwalczanie przesądów co do przewietrzania i użycia świeżego powietrza. Chorzy, dotknięci ostrym kataroskrzelowym w połączeniu z gorączką, a szczególnie dzieci, powinni w ciągu pierwszych dni choroby pozostawać w domu, najlepiej leżeć w łóżku, w dobrze przewietrzonym 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. Dieta winna być lekką (potrawy mleczne, białe mięso, wykluczenie zupełne

napojów wysokowych). Tą drogą, t. j. zatrzymaniem chorego w łóżku przy zachowaniu higieniczno-dyetetycznych warunków, szczególnie u dzieci, będziemy w stanie w większości przypadków przy zastosowaniu jednocześnie odpowiednich niżej wskazanych środków leczniczych wpłynąć na ograniczenie się sprawy i ochronić pacyenta od przejścia sprawy głębiej, na oskrzeliki i płuca.

W przypadkach przewlekłych katarów oskrzeli terapia higieniczno-dyetetyczna odgrywa również pierwszorzędną rolę: i tutaj w całej rozciągłości da się zastosować to, cośmy mówili o higienie mieszkań i dobroci powietrza. Powietrze jednakże w miastach, okolicach podmiejskich zanieczyszczone pyłem i licznymi domieszkami organicznymi, zawierające w swym składzie obfitą ilość drobnoustrojów, nie nadaje się do leczenia w ścisłym tego słowa znaczeniu: metoda lecznicza, powszechnie zwana *leczeniem klimatycznym*, stanowi, obok leczenia higieniczno-dyetetycznego, jedną z najdzielniejszych metod zwalczania przewlekłych katarów dróg oddechowych. Ztąd też jak sądzę, nie będzie zbyt cennym, jeśli nad metodą powyższą pokrótce się zastanowimy.

Działanie powietrza, którego skuteczność przy 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 czystsze i o ile mniej pyłu i drobnoustrojów zawierać będzie. 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 desiderat nie wszędzie z łatwością da się zrealizować, obok bowiem czystości powietrza chorzy potrzebują jeszcze dobrych warunków mieszkania, dobrego odżywiania, możliwości odbywania niezbyt męczących spacerów i t. p. udogodnień, które nieraz znaleźć można dopiero w t. zw. *uzdrowiskach klimatycznych*.

Klimatów, działających leczniczo na katarę dróg oddechowych w sposób specyficzny w ścisłym tego słowa znaczeniu, nie znamy. Istnieją jednakże takie, które w wysokim stopniu wspomagają działalność środków higieniczno-dyetetycznych. Ztąd też

jedne z klimatów bardziej, inne mniej nadają się do t. zw. kuracji powietrznej.

Kuracja klimatyczna katarów oskrzeli bywa zalecaną utartą od wieków rutyną, zazwyczaj latem; ztąd 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 płucnych¹⁾ 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 przewlekłymi 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, szczególnie zaś dzieci, po przebytych ostrych i ciężkich katarach, wysłani zimą lub na wiosnę do Otwocka, Zakopanego i t. p. miejscowości, tracili szybko przy odpowiednim leczeniu powietrznym katar oskrzeli, który przechodził już w przewlekły; u chroniczków uparte świeże nasilenia kataru również szybko zmniejszały się w natężeniu.

Do klimatów, działających bardzo skutecznie, szczególnie na zmniejszenie usposobienia do często powtarzających się katarów oskrzeli u osobników młodych i wątłych, oraz 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 znajdował już żadnych drobnoustrojów w powietrzu), znaczne natężenie światła słonecznego i wielka ilość ozonu; 2) wpływ wybitny na wzmocnienie czynności serca i oddechania, potęgowany jeszcze wzmocnionem odde-

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

chaniem 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 niezwykle pożytek klimatu górskiego w katarach oskrzeli. To też leczenie takim klimatem będzie w przypadkach katarów oskrzeli przedewszystkiem wskazane. Osoby starsze, dotknięte katarem przewlekłym oskrzeli, szczególnie z powstałą już rozedmą, męczące się łatwo przy wchodzeniu na góry, w porze zimowej zazwyczaj niedobrze znoszą klimat górski; latem natomiast, szczególnie w niezbyt wzniesionych miejscowościach, stan ich ulega znacznej poprawie: tracą nieraz zupełnie kaszel w ciągu kilkotygodniowego w górach pobytu, wydzielina ogranicza się znacznie, siła oddechowa wzmagą 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 Szwajcaryi (*Davos, Arosa, Glion, les Avantès, Beatenberg, Seewis* i wiele bardzo innych), w Niemczech — *St. Blasien* w Szwarzewaldzie Badeńskim, *Bercktesgaden* w Bawaryi, *Sömmering* w Dolnej Austrii, *Aussee* w Styryi i wiele innych uzdrowisk w Alpach Tyrolskich, Bawarskich i innych górach Europy położonych.

Do drugiej kategorii 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 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 przy leczeniu katarów dróg oddechowych, mianowicie różne wody mineralne (szczawy alkaliczno-solne, alkaliczne, szczawy żelaziste

i t. p.). Większość tych stacyi klimatycznych posiada obok tego urządzenia do kuracyi mlecznej, serwatkowej, do leczenia hydropatycznego i t. p.. Uzdrowiska tej kategorii są otwarte tylko w ciągu 3-ch letnich miesięcy i oddają przy leczeniu przewlekłych katarów oskrzeli, szczególnie postaci upartych (suchych), wikłanych rozedmą i katarami gardzieli oraz nosa rzeczywiste usługi. W wielu z nich wybornie urządzone zakłady hydropatyczne, inhalatorya 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 uroczu położona (1500 stóp n. p. m.), posiada typ klimatu podgórskiego i znane źródle alkaliczne, zakład hydropatyczny, urządzenia do inhalacyi; nadaje się w wysokim stopniu do leczenia katarów oskrzeli. 2) *Krynica*, położona nieco wyżej (1800 stóp n. p. m.), posiada urządzenia 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 skrofulicznym.

Z bardzo licznych miejscowości zagranicznych wspomnimy następujące: na Szląsku Pruskim *Reinerz* (1800 stóp n. p. m.), miejsce dobrze urządzone, z licznymi cienistemi leśnymi spacerami i dobrymi urządzeniami hydropatycznymi; *Salzbrunn* (1300 stóp), miejsce spokojne, z powszechnie znanymi źródłami alkalicznymi; *Soden* pod Frankfurtem. Na Szląsku Austryackim: *Gräfenberg* (1500 stóp), położony wśród przepięknych lasów sosnowych ze znanymi powszechnie zakładami hydropatycznymi, *Jaworze*, *Wisła*, *Bystra*; *Różnowo* na Morawach, (1100 stóp). *Gleichenberg* w Styryi (1100 stóp), miejscowość dobrze urządzona, posiadająca klimat podalpejski łagodny, oraz szczyawy alkaliczno-słono-żelaziste, wskazaną będzie dla przeprowadzenia kuracyi klimatycznej u osobników bardzo wątłych, wrażliwych na zmiany ciepłoty, po przebytych ciężkich katarach oskrzeli, u ludzi starszych z katarami wikłanymi mocną rozedmą; może być z korzyścią zalecana szczególnie we wczesnych letnich miesiącach (maj, czer-

wiec), jakoteż stanowić miejsce przejściowe do kuracyi klimatem górskim.

Te same zalety i wskazania ma już dalej od nas, bo w Bawaryi położona miejscowość — Reichenhall (1400 stóp), posiadająca jednocześnie lekkie solanki, oraz wybornie urządzone inhalatorya i klosze pneumatyczne. Z dalszych miejscowości tej kategorii należy wymienić w Austrii: Ischl, Aussee, Gmunden; w Szwajcaryi — Interlaken, Vevey, Glion, Montreux i wiele innych. Z niemieckich miejscowości należy jeszcze zaznaczyć Ems w Nassauskiem ze znanymi powszechnie źródłami alkaliczno-słono-żelazistemi, pięknymi urządzeniami, dobrymi inhalatoryami i kloszami pneumatycznymi. Wskazania dla Emsu są podobne, jak i dla Gleichenberga. Do miejscowości francuzkich, mogących okazać się użytecznymi przy katarach chronicznych oskrzeli, zaliczamy: Mont Dore i Bourboule (2500 stóp) ze źródłami słabo arsenikalnemi, zalecanemi przez francuzkich lekarzy przeważnie w suchych astmatycznych postaciach katarów oskrzeli; dalej w Pirenejach Eaux Bonnes, Bagnères de Luchon, Cauterets, Barèges; te ostatnie miejscowości, położone stosunkowo wysoko w górach, posiadają jednocześnie źródła siarczane i są przez lekarzy zalecane w różnych postaciach chronicznych katarów oskrzeli; są one jednak zbyt od nas odległe, kosztowne, i ztąd dla małej tylko liczby osób mogą być dostępne.

Klimat, 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 solą nasyconego powietrza, wpływ uspakajający na cały system nerwowy, szczególnie u mocno rozdrażnionych osobników, czynią klimat ten wskazanym szczególnie u osobników starszych, dotkniętych suchymi 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 krótkimi kąpielami znakomicie hartuje i uodpornia, jak się to wielokrotnie przekonać mogłem. Powietrze morskie działa również nieraz bardzo dodatnio na katary oskrzeli, wikłane napadami astmy oskrzelowej. Do ogromnej liczby stacyi klimatycznych nadmorskich, dla naszych chorych bardziej dostępnych, zaliczyć należy cały szereg miejscowości, leżących nad Bałtykiem i morzem Północnem, a więc: Połagę, Dubeln pod Rygą, dalej najbliżej stosunkowo od nas położone Copoty, Kołobrzeg, wyspę Rugię i wiele innych. Nad morzem Północnem obok wielu innych wymieniamy wyborną miejscowość Norderney. W tej ostatniej miejscowości, w specjalnem sanatorjum dla dzieci skrofulicznych, przebywają chorzy również i zimą; inne miejscowości są czynne tylko w sezonie letnim. Na wybrzeżach Anglii i Francyi szczególnie zaś w Bretanii, Normandyi i wybrzeżach Atlantyku istnieje cały szereg wybornie położonych miejscowości; wiele z nich, otoczonych bujnymi 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 i t. p.).

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

Pod pewnymi względami nieco analogicznym do klimatu morskiego jest klimat t. zw. leśny, który również korzystnie może być stosowany przy leczeniu chronicznych 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 znaleźć możemy dużo; mało która z nich jednakże zapewnia choremu, obok powietrza, inne odpowiednie warunki higieniczno-dyetetyczne. Jedynie t. zw. uzdrowiska leśne, i to dotychczas jeszcze nie wszystkie, wymaganiom dziesiętszym odpowiadają. Do tej kategorii miejscowości zaliczyć należy: Sławutę, Szepietówkę (na Wołyniu), Pohulanekę (na Białorusi), oko-

lice O t w o c k a (pod Warszawą), N i e k ł a ń, S u c h e d n i ó w (w Kieleckiem), okolice O j c o w a i P i e s k o w e j S k a ł y i inne

Już wyżej wzmiankowałem, że niektóre osoby, dotknięte chronicznymi katarami oskrzeli, szczególnie dzieci wątłe i anemiczne, a także ludzie starsi, mający obok kataru oskrzeli rozedmę płuc i niedomogę serca, wreszcie ludzie, dotknięci chronicznymi katarami oskrzeli wtórnymi, powstałymi na tle innych ciężkich zaburzeń organizmu (choroby serca i naczyń, nerek, płuc i t. p.), nie są w stanie znieść zimą naszego klimatu, gdyż po każdej próbie wyjścia, szczególnie w zimniejszy i wietrzny dzień dostają świeżego kataru. Ztąd też zmuszeni są całymi miesiącami pozostawać w domu, co się znowu przyczynia do znacznego upadku stanu ogólnego. Dla tej to kategorii chorych, jeśli tylko ich środki materialne na to pozwalają, okazuje się wielce pożytecznym spędzanie zimy w klimacie południowym. Z bardzo licznego szeregu stacyi klimatycznych zimowych (opis i ocenę tych stacyi znajdzie czytelnik w pracy mojej: „O leczeniu klimatycznym“) wymienię tu tylko te, które dla dopiero co wzmiankowanych postaci katarów oskrzeli szczególnie są pożyteczne. Naturalnie, chorym tej kategorii nie możemy zalecać, jak to dawniej powszechnie czyniono, pobytu w dużych miastach na południu Europy lub w Afryce (Neapol, Rzym, Palermo, Kair, Algier), gdzie warunki higieniczne mogą być nieraz o wiele gorsze od tych, w których chorzy w domu u siebie przebywali; natomiast zalecać będziemy miejscowości, położone po za miastami, ze świeżem powietrzem, posiadające dobre urządzenia higieniczno-dyetyczne. Do tych miejscowości odnieść należy między innymi: M e r a n, A r c o, R i v a - G a r d o n e w południowym Tyrolu, miejscowości dobrze urządzone i zdrowo położone. Szczególniej pierwsza z nich t. j. M e r a n, leżący na wysokości około 1000 stóp uroczą miejscowość górską, łączy w sobie warunki klimatu górskiego z klimatem południowym. M e r a n nadaje się szczególnie 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 spędzonych w Meranie zimach nie tylko pozbywały się skłonności do katarów, lecz i stan swój ogólny znakomicie poprawiały.

Do miejscowości tej kategorii zaliczyć dalej należy P a u, A m é l i e l e s R a i n s w Pirenejach; miejscowości te jednakże,

jako zbyt odległe, są mniej dostępne dla naszych chorych. Do stacy *par excellence* klimatycznych południowych, a szczególnie wskazanych w katarach przewlekłych oskrzeli z poczynającą się niedomogą serca, oraz w katarach oskrzelowych wtórnych, zaliczamy cały szereg stacy, położonych na wybrzeżu morza Śródziemnego, zwanem „Riviera di Ponente“, a więc: Nizza, Cannes, Hyères, Mentona, Bordigherra, Monte-Carlo, San-Remo, Nervii t. p.. Dalej, niektóre miejscowości Austrii, położone nad Ardyatykiem: Abazzia, Cerkvenica i inne. Wszystkie stacy powyższe mają wyborne urządzenie 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 łagodną, a jednocześnie, jak i Riviera, posiadają ciepły klimat morski. Urządzenie jednakże w tych miejscowościach, o czem osobiście przekonać się mogłem, pozostawia jeszcze wiele do życzenia; szczególnie zaś kurz wapnisty, wszędzie obficie się znajdujący, przeszkadza tym miejscowościom, z kądną korzystnie pod względem klimatycznym położonych, 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 są dla nas dostępne. To samo da się zastosować i do miejscowości leczniczych, położonych na Kaukazie (Abas-Tumon, 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 wydzielina, oraz w katarach wtórnych przy przewlekłych cierpieniach nerek i serca

ROZDZIAŁ VII.

Treść. Dalszy ciąg terapii katarów oskrzeli. Leczenie za pomocą zgęszczonego powietrza w kamerach stałych i za pomocą aparatów przenośnych. Metoda wziewań środków lekarskich (t. zw. inhalacje); wdechanie tlenu, siarkowodoru, olejków lotnych, środków ściągających i t. p. Okadzania (fumigacje). Stosowanie środków wprost na błonę śluzową oskrzeli. Hydropatya. Kąpiele rzeczne i morskie. Leczenie wodami mineralnymi; różne rodzaje tych wód, stosowane przy katarach oskrzeli: alkaliczno-słono-żelaziste, szczyawy słone, siarczano-słono-alkaliczne, szczyawy 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 leczniczych.

Z metodycznym 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 przy leczeniu katarów przewlekłych oskrzeli przed kilkudziesięciu laty, stopniowo utraciły swą wziętość i dziś są stosowane (może i niesłusznie) względnie rzadko. Rozpatrzmy pokrótce te metody.

I. Leczenie za pomocą zgęszczonego powietrza, wprowadzone do terapii 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 nie tylko wśród lekarzy, lecz i wśród fizjologów (P. BERT, ZUNTZ), którzy przy stosowaniu tej metody wykonali szereg prac, odnoszących się do fizjologii oddychania i przemiany materii. Bardzo wielu lekarzy (KNAUFE, LIE-

BIG, HELLER, LAZARUS i inni) ogłosiło szeregi prac, dotyczących działania zgęszczonego powietrza na organizm ludzi zdrowych i chorych; prace te jednakże nie doprowadziły do rezultatów, stwierdzających i wyjaśniających należycie działanie tego czynnika, jedni bowiem autorowie dochodzą do wyników wprost przeciwnych, niż inni. Leczenie zgęszczonym powietrzem, jak wiadomo, odbywa się w odpowiednio urządzonej dużej kamerze żelaznej, w których kilka (2—8) osób przebywa około 2-ch godzin, oddechając tam za pomocą maszyn parowych i odpowiednich wentylatorów wtłoczonym zgęszczonym powietrzem. Zgęszczenie to stopniowo doprowadzane bywa do *maximum* $+ \frac{3}{7}$ atmosfery. Posiedzeń takich zazwyczaj chorzy odbywają 20 — 30 i więcej, codziennie, lub też co drugi dzień. Działanie fizjologiczne 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 szczególnie 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 wewnątrz-klatkowego z jego następstwami: rozszerzeniem światła oskrzeli, zmniejszeniem częstości tętna i oddechów, (które za to są głębsze), ułatwieniem odpływu krwi żyłnej 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 materii, 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 wdechanie w rozszerzone mechanicznie oskrzela bogatszego w tlen powietrza, przyczem i ułatwione krążenie krwi niepoślednią ma odgrywać rolę. Wskazania te, oparte na rozumowaniach teoretycznych, uznawano za szczególnie ważne w przewlekłych katarach oskrzeli ze zbręknięciem błony śluzowej drobnych oskrzeli'

połączonem ze znaczną dusznością i objawami zaburzeń krążenia żylnego. Powietrze zgęszczone miało mechanicznie usuwać zbrzęknięcie, przedostawać się łatwiej do zatłakanych oskrzelików, lepiej je wentylować, jak również przyczyniać się do zmniejszenia zaburzeń cyrkulacji, 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 przede wszystkim właściciele zakładów leczniczych odpowiednie wskazania. Doświadczenie jednakże przekonało powoli, że teoretyczne wskazania bynajmniej nie były uzasadnione, w praktyce w większości bowiem przypadków leczenie zgęszczonem powietrzem, szczególnie w miastach, dawało ujemne wyniki, rezultaty zaś dodatnie osiągnano przeważnie przy leczeniu tą metodą w miejscowościach kuracyjnych, posiadających wyborne warunki klimatyczne, które same przez się mogły wpłynąć dodatnio na cierpienia 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 szczególnie 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 skuteczną, 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 HAUCK'a, podano cały szereg aparatów przenośnych, z których między r. 1870 a 1880 największem rozpowszechnieniem cieszył się aparat WALDENBURG'a, z którego powietrze zgęszczone ($+ \frac{1}{80}$ do $\frac{1}{40}$ 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 oddechania zgęszczeniem powietrzem aparat dzięki odpowiedniemu urządzeniu pozwala również na wydechanie powietrza w atmosferę rozrzedzoną ($-\frac{1}{80}$ do $\frac{1}{40}$ atmosfery): można naprzemian — wdechać powietrze zgęszczone, a wydechać je w przestrzeń o powietrzu rozrzedzonym (aparat SCHNITZLER'a, GEIGL'a 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 WALDENBURG'a 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 czystym powietrzu, a nie w gabinetach lekarskich. Ztąd też metoda WALDENBURG'a miała tylko efemeryczne znaczenie, i to dzięki wybitnej indywidualności autora; dziś ma tylko znaczenie historyczne.

III. Metoda wzięwań (inhalacji) środków lekarskich. Metoda ta polega, jak wiadomo, na wprowadzaniu do dróg oddechowych rozmaitych środków lekarskich, najczęściej wód mineralnych w stanie rozpylenia. Do rozpylenia 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 nimi powietrze (metoda SALES-GIRON'a). W ostatnich czasach używane są również przyrządy WASSMUTH'a, zbudowane na tej samej mniej więcej zasadzie, na której się opiera budowa przyrządów inhalacyjnych SIEGL'a. Niektóre środki, jak np. olejki lotne eteryczne

¹⁾ L. WALDENBURG. Die pneumatische Behandlung der Respirations- und Cirkulationskrankheiten im Anschluss an die Pneumasametrie, Spirometrie etc. Berlin, 1875.

oraz balsamiczne, mogą być stosowane w sposób prosty; mianowicie nalewa się pewną ilość kropeł do naczynia, zawierającego wrzącą wodę, a nasycona tymi lotnymi środkami para wodna bywa bezpośrednio lub też za pomocą odpowiedniej rurki gumowej, tekturowej lub szklanej wdechana. Środki, ulatniające się łatwo w ciepocie pokojowej (kwas karbolowy, tymol, pyridyna i t. p.), umieszczać można wprost na płaskich naczyniach; ulatniając się powoli, mieszają się one z powietrzem pokoju, wraz z którym przedostają się do dróg oddechowych chorego. Środki tej ostatniej kategorii mogą być również wdechane przez chorych w ciągu kilku nawet godzin przy pomocy różnej konstrukcyi masek (CURSCHMANN'a, WALDENBURG'a 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 przy 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 wpływ swój leczniczy wywierają: poza nos, krtań, a co najwyżej tchawicę nie przechodzą; do oskrzeli dostają się w bardzo niewielkiej ilości i to przeważnie do grubych i średnich tyłko. Ze wszystkich środków jedynie jeszcze balsamiczne mogą tą drogą wywrzeć pewien, acz ograniczony wpływ na błonę śluzową oskrzeli; do drobnych oskrzelików, szczególnież 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, wdechanie powinno być wykonywane w pozycyi siedzącej lub nawet stojącej, a przytem wdechy powinny być głębokie. Ztąd działanie wziewań na osobniki osłabione, a także na małe dzieci jest prawie żadne, ogranicza się bowiem przeważnie do jamy gardzielowej. Pożyteczność inhalacji, stosowanych za pomocą aparatów, czy też kamer inhalacyjnych przy leczeniu przewlekłych katarów oskrzeli, jest jednak niewątpliwą w tych przypadkach, w których obok kataru przewlekłego oskrzeli mamy do

czynienia z katarzem górnego odcinka dróg oddechowych, szczególnie z katarzem suchym jamy noso-gardzielo-krtaniowej. W tym ostatnim razie wzięwania słone lub też solankowo-sodowe, stosowane w miejscowościach kuracyjnych letnich, mogą stanowić korzystny dodatek do terapii klimatyczno-dyetetycznej. 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, wzięwanie 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 śluzo-ropnej 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 wzięwania, szczególnie środków kojących mogą być pożyteczne w tych przypadkach, gdzie suchy męczący kaszel jest zależny od podrażnienia zapalnego krtani i tchawicy.

Ze środków, używanych do wzięwań przy leczeniu chronicznych katarów dróg oddechowych, wymieniamy tylko niektóre.

1) Gazy. a) Wdechania tlenu przy pomocy powszechnie znanych aparatów przenośnych LIMOUSIN'a zalecane bywa w chronicznych katarach oskrzeli, u chorych z rozedną płuc lub niedomogą serca. Skuteczność takiego wdechania, zdaniem mojem, jest bardzo wątpliwa: stosując ten środek często, nie widziałem nigdy wybitnego wpływu; nadziei, opartych na teoretycznych wnioskach, nie usprawiedliwiła ani klinika, ani patologia doświadczalna. W przypadkach, w których jakoby tlen działa korzystnie, wielką rolę odgrywa zapewne suggestya; pewien wpływ może mieć również głębokie oddechanie, które jednocześnie chory wykonywa¹⁾.

¹⁾ Kwestya wdechania tlenu i jego pożyteczności, wpływu na krew, oddechanie i t. p., poruszaną była w ostatnich czasach na jednym z posiedzeń Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego przez Dr. ARON'a, który na podstawie pracy doświadczalnej doszedł do zupełnie ujemnych wyników. W dyskusyi jednak niektórzy autorowie zeznawali pożyteczność tej metody w niektórych przypadkach chorobowych (Berlin. Klin. Wocheu. 1901 № 38).

b) Wdechania siarkowodoru, zawartego w minimalnych ilościach w wodach siarczanych, zalecane szczególnie w Francji, ma działać skutecznie przy katarach oskrzeli natury zastoinowej, zmniejszając wydzielinę i usuwając jej ropny charakter.

2). Ze środków ułatwiających się w ciepocie pokojowej należy wymienić wdechania pyridyny (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 skutecznym 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 pyridyny, pomimo jej skuteczności, jest ograniczone.

Ze środków, używanych do wdechów zimnych przy pomocy maski lub tutki papierowej wymieniamy 2% roztwór kwasu karbolowego, tymol sam, lub w połączeniu z mentolem. (*Rp Thymoli 0.10, Mentholi 1.0, Spirit. vini 20.0. MDS.* po 20 kropli na wate do wdechania).

3). Ze środków, ułatwiających się wraz z parą gorącą, zalecamy terpentynę, olejek eukalyptusowy, balsam peruwiański i inne. Stosujemy środki te same lub w roztworach spirytusowych w ilości 5—20—30 kropli na $\frac{1}{2}$ kwarty wody wrzącej. (*Rp. Ol. Eucalypti, Ol. Terebinthinae aā 10,0 Spirit. vin. 15.0. MDS.* 15—20 kropli na $\frac{1}{2}$ kwarty wody wrzącej do wdechania 2 razy dziennie po 5 minut). Te dwie ostatnie kategorie środków, t. j. środki balsamiczne i odkażające zalecamy przy ropnych i cuchnących katarach oskrzeli.

4). Ze środków, rozmięczających śluz, pobudzających i ułatwiających wydzielinę, zalecanych przy katarach suchych oskrzeli, wikłanych takież katarami nosa, gardzieli i krtani, stosujemy przy pomocy ręcznych rozpylaczy lub inhalatorów wody mineralne (Szczawnicką, Emską i t. p.), 1—2% roztwór soli kuchennej, 1—2% roztwór *natrii benzoici*, 3—5% roztwór *natrii bromati* i t. p.. Środki te stosujemy same przez się, lub też z dodatkiem leków kojących (kodeiny, morfiny lub kokainy) 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 przy katarach oskrzeli t. zw. okadzaniach. Polegają one

na spalaniu środków lekarskich na głębokim talerzu, oraz wdechaniu 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 wdechanie takie przerywa szybko napady duszącego kaszlu. Ze środków tej grupy wymienić należy przede wszystkim t. zw. papier saletrzany—*charta nitrosa*. Dym powstały ze spalania tego papieru, ma zawierać nieco związków cyanowych i innych produktów spalania: CO₂, związki saletrzane i t. d. Ztąd ma pochodzić nieraz jego skuteczne działanie. Z innych środków tej kategorii należy wymienić różne proszki, w których skład wchodzi przeważnie liście *Stramonii*, *Belladonnae* i *Hyoscyami* najczęściej z dodatkiem *opium*. Te same środki wchodzi w skład t. zw. cygaretek antyastmatycznych, używanych w tych samych przypadkach, co i powyższe środki, o czym jeszcze pomówimy w rozdziale o astmie.

Wreszcie wspomnieć należy o ściśle miejscowym 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, szczególnie w przypadkach cuchnących katarów oskrzeli. Sposób ten sam wielokrotnie stosowałem, nie widzę jednak jego wyższości nad innymi metodami leczniczymi, w cierpieniach tych z korzyścią stosowanymi. 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 niżej, niż do tchawicy, nie przedostają się.

Metodyczne użycie zimnej wody (hydropatyja) stanowi obok kuracji higieniczno-dyetetycznej jeden z najdzielniejszych środków pomocniczych przy leczeniu wielu postaci przewlekłych katarów oskrzeli. Niestety jednakże, leczenie to jest stosunkowo mało rozpowszechnione ze względu na fatalny przesąd, zakorzeniony w naszym społeczeństwie, który każdy kaszel każe uważać za przeciwwskazanie nie tylko do użycia kąpieli zimnej, lecz nieraz nawet do codziennego mycia ciała zimną wodą. Z drugiej znowu strony, gorliwi zwolennicy hydropatyji w zakładach wodoleczniczych często ją stosują u osób, dotkniętych przewlekłymi katarami oskrzeli, bez wyboru, nie robiąc wskazań wła-

ściwych, 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 przy katarach 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 przewlekłymi z rozedmą i objawami niedomogi serca — leczenie takie źle bardzo znoszą; 3) leczenie wodą najlepiej stosować latem w odpowiednich uzdrowiskach klimatycznych górskich lub nadmorskich, jako wyborny środek pomocniczy w terapii klimatyczno-hygienicznej.

Z metod wodoleczniczych, stosowanych latem, najprostszą jest kąpiel rzeczna. Należy jej jednak używać krótko, nie dłużej, niż 5 miut, a następnie mocno wycierać ciało i używać ruchu dla wywołania ogólnej reakcyi skóry. Na mocy własnego doświadczenia mogę stanowczo twierdzić, że większość chorych, dotkniętych zwykłymi katarami chronicznymi przy względnie dobrym stanie ogólnym, znosi krótkie rzeczne kąpiele wybornie, a szczególnie w postaciach suchych katarów, przy których zawsze, jak to było wyżej powiedziane, rozwija się nieco rozedmy. Kąpiele ułatwiają tu odpływanie, pobudzając cyrkulację i wzmacniając mięsień sercowy. Niektóre osobniki tej kategorii, nieprzywykłe do kąpiei, dostają z początku lekkiej duszności, czasem świeżych katarów nosowych lub przemijającej chrypki, objawy te jednakże występują w lekkim stopniu i nie powinny stanowić przeciwwskazania do stosowania dalszych kąpiei. Kąpać się należy całe lato, niezależnie od lepszej lub gorszej pogody. Doniosłość kąpiei rzecznych przy leczeniu przewlekłych katarów oskrzeli, obok leczenia klimatycznego, winna pobudzić zakładających nowe uzdrowiska letnie (t. zw. letnie mieszkania), do wyszukiwania miejscowości nie tylko lesistych, lecz nadto położonych blisko rzek o dnie piaszczystem (nie błotnistem!).

Kąpiele morskie stanowią, podobnie jak i rzeczne, wyborny środek pomocniczy przy leczeniu klimatycznym powietrzem morskiem różnych postaci katarów oskrzeli. Przeciwwskazania są i tutaj te same, co dla kąpiei rzecznych. Wogóle mówiąc, kąpiele o stosunkowo niskiej temperaturze, w Bałtyku lub

morzu Północnem mniej będą odpowiednie i jedynie przez wyjątkowo mocne odporne osobniki bywają dobrze znoszone; natomiast—kąpiele cieplejsze w Atlantyku (Biarritz), Ardyatyku, morzu Śródziemnem (Abbazzia, Livorno, Wenecya—Lido i t. p.) i Czarnem (Jalta) bywają przez chorych wybornie znoszone, jak to wielokrotnie w licznych moich wędrówkach po różnych tej kategorii miejscowościach, obserwując leczących się tam chorych, przekonać się mogłem.

Leczenie hydropatyczne w ścisłem tego słowa znaczeniu, stosowane w zakładach hydropatycznych, szczególnie w zdrowych miejscowościach górskich położonych (Gräfenberg, Krynica, Szczawnica, Zakopane, Bystra, Landeck, Aussee, Semmering, Rigi-Kaltbad Engelberg, Kaltenleutgeben i inne liczne miejscowości w Niemczech i Szwajcaryi) winno być uważane za dodatkowe przy leczeniu klimatyczno-dyetycznym; ztąd też procedury wodolecznicze, powszechnie w takich zakładach stosowane (zimne nacierania natryski i pół-kąpiele), winny być zalecane nie częściej, niż raz dziennie i nie powinny posiadać zbyt niskiej ciepłoty. Wszelkie zbyt energicznie ciepło odciągające procedury (t. zw. zimne jeziorka, lub też mocno zimne natryski, dalej—procedury mocno pobudzające pocenie się, np. koce), stanowczo chorym, o jakich mowa, nie powinny być zalecane. Leczenie, ostrożnie prowadzone, może być z wielką korzyścią stosowane nie tylko latem, lecz nawet i zimą, szczególnie u osobników odporniejszych. Zimą, a szczególnie w miastach, leczenie hydropatyczne może być stosowane nie w zakładach, lecz w mieszkaniu chorego, o ile tenże posiada odpowiednie urządzenia. U osobników młodszych, dotkniętych często powtarzającymi się katarami oskrzeli i dosyć odpornych (nie anemicznych), z korzyścią stosowane być mogą codzienne krótkie zimne natryski (ciepłota 18—22° R, 1/2—1 minuty) z następczem mocnem wytarciem ciała. U osobników starszych, przy dobrym stanie ogólnym, odpornych, w przypadkach suchych katarów oskrzeli z poczynającą się rozedmą, widziałem niejednokrotnie wyborne wyniki krótkotrwałych kąpieli, metodycznie stosowanych, codziennie stopniowo ochładzanych, od 24—18° R.) Kąpiele takie zmniejszają wrażliwość na zimno, ułatwiają odpluwanie, zmniejszają duszność. U osobników wątłych, białych—jedynie codzienne obcierania zimne klatki piersiowej polecane być mogą, ale nawet i te zimą niezawsze bywają dobrze znoszone, gdyż niekiedy wy-

wolują stale zwiększanie się kaszlu; w tych razach należy ich w zimie zupełnie zaniechać.

Leczenie wodami mineralnymi przewlekłych, a nawet ostrych katarów oskrzeli stanowi jedną z metod najdawniejszych i, rzecz można, najpopularniejszych nie tylko wśród lekarzy, ale i wśród ogółu publiczności: każdy niemal kaszłący sam, bez zalecenia lekarskiego, zaczyna leczenie od picia wody mineralnej Emskiej lub Salzbrunskiej. Każdy chory, chronicznym katarom dotknięty, 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 przy leczeniu chronicznych katarów oskrzeli, obecnie przez wielu lekarzy zaczyna być coraz bardziej podawane w wątpliwość; niektórzy nawet wartość wód redukują do zera, a pomyślny wynik kuracji przypisują jedynie właściwościom klimatycznym danych miejscowości. Kwestyę tę, wielce doniosłą, należy nam obecnie pokrótce rozpatrzeć krytycznie.

Wątpliwą skuteczność wód mineralnych przy 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 przy cierpieniach dróg oddechowych, że rzeczywiście tak małym ilościom trudno przypisać jakiegokolwiek bardziej dodatni wpływ na przebieg choroby. Te to powody wywołały ogólną reakcyę przeciw wysyłaniu chorych, dotkniętych katarami oskrzeli, do zdrojowisk leczniczych, skłoniły zaś do kierowania ich do stacyi klimatycznych górskich lub nadmorskich. Reakcyę tę podtrzymują sami chorzy, bojąc się w zdrojowiskach bliższego zetknięcia z chorymi gruźliczymi, którzy, jak wiadomo, stanowią tam ogromny procent pacjentów. Bezstronne jednak doświadczenie kliniczne wykazuje, że nie wszyscy chorzy, dotknięci chronicznymi katarami oskrzeli, wykazują rzetelną poprawę tylko po czysto klimatycznej kuracji; i że u pewnej kategorii chorych połączenie tej kuracji z leczeniem balneologicznem daje wyniki bardziej dodatnie. Tak więc

tradycja na wiekowym doświadczeniu oparta, 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 one wprost, lub pośrednio działać mogą na błonę śluzową dróg oddechowych, oraz w jakich postaciach katarów oskrzeli są wskazane.

Do grupy wód mineralnych, przy chronicznych katarach dróg oddechowych najczęściej zalecanych, należą przedewszystkiem *szcza wy alkaliczno-słone*, w składzie swoim, bardzo złożonym, zawierające przedewszystkiem węglany sodu obok znaczniejszych ilości chlorku sodowego. Sole sodowe w roztworach, przy działaniu bezpośrednim na błonę śluzową rozpuszczają śluz, a tem samem ułatwiają jego wydalanie z powierzchni błon śluzowych, jak to wykazały doświadczenia ROSSBACH'a. Przy wprowadzaniu tych roztworów wprost do krwi spostrzegaliśmy tenże autor jakoby ograniczenie wydzieliny błony śluzowej tchawicy u zwierząt. Byłoby to niejako w sprzeczności z powszechnie przyjętymi poglądami, według których alkalia mają ułatwiać wydzielinę. Chociaż trudno z doświadczeń na zwierzętach wysnuwać wnioski stanowcze do patologii ludzkiej się odnoszące, wynikałoby jednakże z tych doświadczeń, że o ile wody alkaliczno-słone mogą wpływać dodatnio przy bezpośrednim zetknięciu się z błoną śluzową dróg oddechowych, o tyle działanie ich pośrednie przez krew jest wielce problematyczne. Wody więc powyższe, szczególnie ciepłe z natury lub sztucznie ogrzane, używane do wewnątrz, czy też płukań lub wzięwań, działają przedewszystkiem na górny odcinek dróg oddechowych; szcza wy sodowo-solne rozpuszczają przytem śluz; być może również, że zawarty w tych wodach w znacznej ilości kwas węglany, drażniąc zakończenia nerwowe gardzieli, ułatwia wykrztuszenie wydzieliny. Z tego powodu wody te są wskazane w tych postaciach chronicznych katarów oskrzeli, w których mamy jednocześnie do czynienia z mocno wyrażonym katarzem górnego odcinka dróg oddechowych, a przedewszystkiem katarzem suchym. Wskazane będą również w przypadkach jednocześnie istniejących katarów żołądka (szczególniej przy nadkwaśności—*hyperaciditas*), w których, jak to powszechnie wiadomo, wody tej grupy również oddają znakomite usługi; wreszcie wody omawiane zalecać możemy osobnikom wątłym, chudym, dotknię-

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

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

Do trzeciej grupy zaliczamy wody siarczano-słonoalkaliczne, zalecane w katarach chronicznych oskrzeli szczególnie przez autorów francuskich artrytykom, którzy często mają mocno wyrażony katar chroniczny gardzieli i krtani. Działanie skuteczne tych zdrojowisk zdaje się polegać przede wszystkim na leczeniu klimatycznym (większość ich bowiem stanowią pięknie położone miejscowości górskie); być może również, że skutecznie tu działają na błonę śluzową górnego odcinka dróg oddechowych inhalacje 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 Szwajcaryi), 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 chronicznych oskrzeli u ludzi otyłych z upośledzoną przemianą materii, z poczynającą się niedomogą mięśnia sercowego. Wody te, działając odłuszcządzająco, a jednocześnie znosząc zastoje żyłne, wybornie wpływają na katary oskrzeli natury zastoinowej. Leczeniu temu doskonale współdziała ruch i powietrze. Najznakomitszymi reprezentantami tej grupy wód są — Marienbad (w Czechach około 2000 st.), Tarasp (w Szwajcaryi około 4000 st.); obie te miejscowości posiadają wyborne urządzenia i doskonały klimat górski.

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

Szóstą grupę stanowią szcza wy żelaziste (wapniowe lub żelazisto-alkaliczne). Działać one mogą korzystnie w tych postaciach chronicznych 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 kiszkiowych i t. p.). Do tej kategorii zaliczamy przedewszystkiem pięknie i zdrowo położone miejscowości górskie, jakoto: Krynica (w Galicyi), Reinerz (na Szlązku), St. Moritz (w Szwajcaryi) i t. p..

Do siódmej grupy należą miejscowości, posiadające wody arsenikowo-żelaziste; są to zwykle również stacye górskie. Wody tych zdrojowisk przy działaniu klimatycznym samej miejscowości wywierają wpływ dodatni na stan ogólny chorego przez swą zawartość arsenikowo-żelazistą. Mogą one być z korzyścią stosowane szczególnie u atrytyków źle odżywianych (szczipłych, anemicznych), dotkniętych suchymi katarami oskrzeli ze skłonnością do napadów dusznicowych. Do wód tej kategorii zaliczamy: Mont-Dore, la Bourboule, Royat (we Francyi), oraz Levico (w Tyrolu).

Na zakończenie wspomnieć jeszcze wypada o cieplicach obojętnych. Miejscowości tej grupy, jako to: Gastein (niedaleko Salzburga w Austrii), Johannisbad (w Czechach), Landeck (na Szlązku), Ragatz (w Szwajcaryi), Jaszczurówka (pod Zakopanem), położone w klimacie górskim, wybornie nadają się do leczenia klimatycznego tych postaci chronicznych katarów oskrzeli, dla których klimat górski jest wskazany. 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 suchymi katarami oskrzeli, przez osoby starsze, nie znoszące zwykłych zimnych zabiegów, kobiety, dotknięte jednocześnie chorobami organów płciowych i t. p.

Środki lekarskie, empirycznie stosowane przy leczeniu ostrych i chronicznych katarów oskrzeli, mają za cel ułatwienie utrudnionego wydalania płwociny, lub też ograniczenie i modyfikowanie nadmiernej wydzieliny, wreszcie zmniejszanie lub usuwanie męczącego kaszlu. Te wskazania lekarskie mają wypełniać od wieków zalecane t. zw. w farmakologii *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 farmakologię wielce wątpliwą wartość. Ztąd też powoli zaczynają wychodzić z użycia. Z ogromnej liczby środków, podawanych w farmakologiach i podręcznikach za *środki wykrztuśne* wymienimy tu tylko najważniejsze, mianowicie:

a) Środki kleiste, rozmięczające, zawierające w swym składzie cukier, działają głównie na błonę śluzową gardzieli, 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 chronicznych ze skąpą wydzieliną, która przylega mocno do tylnej ściany gardzieli lub krtani, powodując mocne ataki ranne suchego kaszlu. Do tej grupy środków zaliczamy powszechnie dawniej używane *ziółka* (ślaz, t. zw. *ziółka pectoralne*, *lukrecya*, *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 którymi, 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 roztworach 1—2% jest środkiem łagodnie pobudzającym ekspektorację dzięki zawartemu w nim kwasowi będwimowemu; jest to lek, nie wywołujący żadnego pobocznego wpływu i zalecanym bywa przeze mnie prawie wyłącznie jako środek wykrztuśny sam lub w połączeniu z lekkim kojącym środkiem (np. z kodeiną) w ostrych lub obostrzonych katarach chronicznych oskrzeli (*Rp. Natrui 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 przy katarach oskrzeli z wydzieliną skąpą, zatykającą drobne oskrzeliki, rozrzedza tę wydzielinę i ułatwia tym sposobem wydalanie jej na zewnątrz; obok tego jodek potasu, pobudzając nerwy naczynio-ruchowe, 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 wystąpieniu 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 przy 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 roztwór 1%, a nawet 0,5%, co 2—3 godzin łyżkę stołową. W przypadkach mocnego kaszlu kombinuję jod ze środkami kojącymi (kodeina lub *lobelia*).

c) Środki wykrztuśne wymiotne (*ipecacuaunha*, a p o m o r f i n a, preparaty antymonu, *senega*, *scilla* i t. d.), sze-

roko dawniej używane, dziś coraz rzadziej bywają stosowane i sądzę, że słusznie ulegają stopniowemu zapomnieniu. Środki te przede wszystkim wzmagając czynność gruczołów ślinowych, tą drogą mogą odwilżać gardziel i ułatwiać wydalanie nagromadzonej tamże wydzieliny; jednakże, wywołując jednocześnie nudności a często i wymioty, wpływają niekorzystnie na stan ogólny pacjentów, zwłaszcza osłabionych. Wskazane są chyba w tych razach, gdzie idzie o szybkie usunięcie zawartości nagromadzonej w znacznej ilości, na przykład u dzieci w drobnych oskizelkach; usunięciu takiemu wielce sprzyjają wymioty, przez środki powyższe wywołane. Należy jednak nie zapominać, że przy wymiotach, szczególnie u osobników osłabionych, mogą wystąpić nieraz groźne dla organizmu objawy zapaści. Z tej grupy środków, w ostatnich latach cieszy się największym uznaniem — zdaniem mojem niesłusznie — *apomorfina*, używana w dawce 0,001—0,005 kilka razy dziennie. (*Rp. apomorphini muriat.* 0,01—0,02 + *aq. destil.* 120,0 + *syr. simpl.* 30,0 + *Ac. muriat. dil. gtt.* V. *MDS.* Co 2—3 godziny łyżkę stołową).

d). Do środków, zmniejszających i zmieniających wydzielinę błony śluzowej oskrzeli, istotnie pożytecznych przy leczeniu katarów chronicznych, należy zaliczyć leki eteryczno-oleiste, balsamiczne i smołowe (preparaty terpentyny, olejek eukaliptusowy, balsam peruwiański, tolutański i kopaiwiany, preparaty smoły). Wszystkie te środki zawierają pierwiastki lotne, które wydalając się przez drogi oddechowe zmieniają ich odżywianie, działając w pewnym stopniu antyseptycznie na tę błonę. Głównym reprezentantem tych środków jest terpentyna i jej pochodna, terpina [dwuwodan terpentyny, wzoru $C_{20}H_{16}(H_2O_2) + 2H_2O$], 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 przy 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 chronicznych oskrzeli z obfitą śluzo-ropiastą wydzieliną, terpina ogranicza ją, ułatwia odpluwanie i pozbawia płwocinę tak często spostrzeganej przy śluzo-ropnych katarach woni nieprzyjemnej. Zalecamy ją w proszkach lub, co

najlepiej, w pigułkach 10-centigrammowych, 3 razy dziennie po dwie. Pigułki te mogą być całymi tygodniami, a nawet miesiącami używane i nie wywołują żadnych 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, w kroplach zalecanych; u niektórych jednakże pacjentów, szczególnie kobiet, występują mdłości i nudności, nieraz nawet pokrzywka, co zmusza do przepisowywania innych środków z tej grupy.

Balsam peruwiański, który również często zalecam, przepisuję przeważnie w przypadkach chronicznych 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 centigrammowych *per se*, lub z niewielkim dodatkiem środka kojącego w przypadkach mocnego kaszlu, jak to bywa przy 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 kopaiwiany 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 przy leczeniu katarów oskrzeli dosyć ograniczone; wskazane są przede wszystkim 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 wydzieliny, szczególnie u dzieci i osób starszych, należy być z użyciem tych środków bardzo ostrożnym, zatrzymują one bowiem wydzielinę, głównie przy zajęciu najdrobniejszych oskrzelików i mogą się przyczynić do zwiększenia duszności, a nawet do powstania niedomogi serca.

Z powyższych względów użycie narkotyków i w przewlekłych katarach oskrzeli, szczególnie w postaciach suchych w połączeniu z rozedmą, winno być również z wielką ostrożnością zalecane. Środki kojące u tej kategorii chorych, zalecane szczególnie na noc, uspakajają 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 płwocina nie zostanie z wielkim móżdżem wydaloną 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 przede wszystkim 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 chronicznych katarach, szczególnie 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 iodatum, syr. ferri iodati, sol. Pearsoni*), lub też pod postacią wód mineralnych (Levico, Roncigno i t. p.). Tran (*Ol. Jecoris Aselli*) zalecam oddawna dzieciom skrofulicznym, dotkniętym chronicznym katarzem oskrzeli, z dodatkiem 2—5 kropel olejku eukaliptusowego na łyżkę tranu, rano i wieczór; w tej postaci tran bywa zwykle

chętnie przyjmowany i dobrze znoszony przez dzieci nieraz całymi nawet miesiącami. W tej grupie środków wspomnieć jeszcze muszę o strychninie, która, jako środek wzmacniający mięsień serca i muskulaturę oskrzeli i zmniejszający duszność, gorąco zalecaną bywa przy chronicznych, przeważnie suchych katarach oskrzeli przez autorów angielskich (J. MILNER FOTHERGILL—*Chronic bronchitis*). Środek ten zalecałem wielokrotnie chorym tej kategorii pod postacią pigułek 1—2 milligramowych, 2—3 razy dziennie po jednej, nie widziałem jednak z użycia jego jakichś wybitnych korzyści; jedynie u chorych, dotkniętych jednocześnie upartą atonią 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 chronicznych katarach oskrzeli. Nowoczesna medycyna zaniechała ich użycia prawie w zupełności. Ogólny upust krwi może mieć wyjątkowo zastosowanie w ostrem obrzękowym zapaleniu oskrzeli przy objawach ostrej niedomogi serca, u osobników przedtem zdrowych i pełnokrwistych. Bańki cięte, pijawki, zalecane jeszcze u nas niejednokrotnie przy ostrych katarach oskrzeli, jako środki zupełnie nieuzasadnione, winny być kompletnie zaniechane.

Środki odciążające na skórze] (*derivantia*) jako to: bańki suche, gorczycznik, plaster „Thapsia“, jodyna, termokauter, a przedewszystkiem pryszczydła (*vesicantia*) stanowią metodę, od wieków empirycznie stosowaną wszędzie, a szczególnie u nas i we Francji w przebiegu ostrych i chronicznych 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 teorii naczynioruchowej (F. FRANK). Wyjaśniono bowiem eksperymentalnie, że drażnienie skóry przez środki powyższe pobudza nerwy naczynioruchowe skóry, wywołując następnie na drodze odruchowej różne skutki fizyologiczne (anemię, przekrwienie, zmiany w odżywianiu i t. p.) w organach wewnętrznych. Doświadczenie kliniczne wykazuje, że należące do tej grupy środki wpływają korzystnie szczególnie na zmniejszenie duszności i kaszlu i ułatwienie odpluwania, t. j. na główne objawy chorób, o których mowa. Z grupy tej zalecamy szczegól-

niej suche łańki 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, szczególnie uparcie powtarzającej się, nieraz skutecznie działają niewielkie przyszczydła, 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 teorii naczynioruchowej, być może, wywiera swój wpływ dodatni jeszcze przez wchłonięcie surowicy w myśl najnowszych poglądów terapeutycznych o leczniczych własnościach surowic (LAUDER BRUNTON).

Wreszcie należy wspomnieć pokrótce o mechanicznej metodzie leczenia katarów oskrzeli, w ostatnich czasach przez niektórych autorów niemieckich proponowanej (QUINCKE, JACOBSON, M. MENDELSON ¹⁾). Metoda ta polega: 1) na odpowiednim ułożeniu chorego, ułatwiającem spływanie nadmiernej wydzieliny, a więc na odpowiednim boku, z głową nisko ułożoną, a tułowiem nieco wzniesionym; sposób ten ma być skutecznym w chronicznych katarach z bardzo obfitą wydzieliną, mającą swe źródło w głęboko i nisko 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 płwociny. Ten ostatni sposób jest szczególniej użyteczny w katarach przewlekłych suchych, i może być z korzyścią w takich przypadkach polecony choremu inteligentnym, którzy odpowiednie wyjaśnienie lekarza dobrze rozumieją.

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 na ogólnikowych wskazówkach, w każdym bowiem przypadku chorobowym zastosowanie danej metody i środka zależy w wyso-

¹⁾ Ueber die therapeutische Beeinflussung der Expectoratıon durch die Heilmittel der Hypurgie. Berliner Klinik № 133.

kim 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 higieniczno-dietetycznych (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 gorącym mlekiem. Przy jednoczesnym mocnym zajęciu krtani i tchawicy pożyteczne będą ciepłe inhalacje z wody alkalicznej z dodatkiem kokainy, 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 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 ostry katar pogarszają.

W ostrych rozlanych katarach, zajmujących najdrobniejsze oskrzela (*bronchitis capillaris*), 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 zalecimy jaknajczęstsze środki odciągające na skórę (przedewszystkiem bańki suche lub gorczycznik). Pożyteczne również są zawijania hydropatyczne całego tułowia, zmieniane co 6—12 godzin. Przy objawach poczynającej się niedomogi serca wcześniej wskazane będą środki nasercowe i pobudzające (kamfora, kofeina, *benzoë*). Dobre warunki higieniczne, dobrze przewietrzany, duży, niezbyt ciepły pokój stanowi obok tego jeden z ważniejszych czynników leczniczych. Pożywienie winno być lekkim i wzmacniającem (mleko, kefir, rosół, polewka winna i t. p.). Środki, obniżające ciepłotę, są zazwyczaj zbyt szkodliwe; jedynie w ostrych rozlanych katarach pochodzenia grypowego, przy

mocnych nasileniach ciepłoty i ogólnem rozbiciu chorego, zalecić możemy antipirynę lub salipirynę i to w dawkach nie dużych (0,3—0,5 dwa do trzech razy dziennie) same przez się lub, co jeszcze lepiej, z dodatkiem kofeiny. Przy groźnych objawach niedomogi serca, poczynającej się sinicy u dobrze odżywianych osobników, wskazany będzie 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, szczególnie w ciągu pierwszych dni choroby. W ten sposób nieraz uchronimy dziecko od przejścia kataru na drobne oskrzeliki. Ze środków zalecamy lekkie wykrztuśne (*natrjum benzoicum*, apomorfine, ipekakuanę), suche bańki, napój alkaliczny z gorącym mlekiem, unikając o, ile można, środków narkotycznych. Przy przejściu kataru na drobne oskrzeliki jednym z lepszych środków mają być, według HENOCN'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—*liq. ammonii anisati*, nazewnątrz—gorzyczniki, 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 oblewaniem tułowia, kilka razy dziennie powtarzane; mają być one szczególnie pożyteczne przy poczynającej się sinicy i objawach zatrucia kwasem węglanym. (JÜRGENSEN).

W ostrych katarach 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, *liq. ammonii anisati*, wino), obok środków odciągających na skórę (bańki, gorzyczniki). Naturalnie, i tutaj pozostawienie

chorego w łóżku i dobre warunki higieniczno-dyetyczne odgrywać będą, podobnie jak i u dzieci, pierwszorzędną rolę.

Katary chroniczne o postaci suchej, lub też z mniej lub więcej obfitą wydzieliną przebiegające, przedewszystkiem wymagają nie leczenia, a właściwie mówiąc,—odpowiedniego zachowania higieniczno-dyetycznego, które szczegółowo powyżej było rozbrane. Naturalnie, leczenie powietrzem, czyli terapia klimatyczna z użyciem odpowiednich wód mineralnych lub bez nich stanowić będzie najistotniejszą podstawę terapii. Powyżej również rozegraliśmy, jakie postaci kwalifikują się do leczenia klimatem swojskim, górskim lub też nadmorskim. Wskazaliśmy także i te przypadki, w których zmiana klimatu i pobyt na południu są pożyteczne. A więc:

1) W katarach z umiarkowaną wydzieliną, u osobników zresztą względnie dobrze się mających, obok środków higieniczno-dyetycznych zalecimy lekką hydropatyę, 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), wewnątrz zaś—wody alkaliczne i środki wykrztuśne, najlepiej z dodatkiem jodku potasu (*natrium benzoicum c. kalio jodato*), lub też łagodne leki kojące z jodem. Latem wskazany będzie dla takich chorych pobyt nad morzem, lub też w zdrojowiskach z wodami alkaliczno-słono-żelazistymi, przy jednoczesnem stosowaniu wzięwań alkalicznych lub leczenia zgęszczonem powietrzem. Przy objawach znaczniejszej rozedmy i niedomogi serca wskazane są środki nasercowe, pobudzające i odciągające na skórę. U tej kategorii chorych, gdzie to jest możliwe, wielce pożyteczny bywa pobyt zimowy na Południu (Riviera i inne wyżej wymienione miejscowości).

3). Przy katarach z bardzo obfitą śluzo-ropną wydzieliną (*broncho-blenorrhoea*) obok dobrych warunków higieniczno-dyetycznych wskazane będzie systematyczne przez długi przeciąg czasu użycie środków balsamicznych (terpina, eukaliptus, balsam peruwiański): Jednocześnie winny być stosó-

wane konsekwentnie, ze względu na szybko rozwijający się u takich chorych upadek stanu ogólnego, środki odżywcze i wzmacniające (żelazo, arsenik 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 pożytecznym być może pobyt w klimacie ciepłym i suchym (Riviera, Egipt).

4). Przy katarach z wydzieliną cuchnącą (*bronchitis putrida*) obok dobrych higieniczno-dyetycznych warunków starać się należy o ułatwienie wydzielin i usuwanie jej cuchnienia. W tym celu zalecamy wewnątrznie środki balsamiczne (terpentyna, eukaliptus, myrtol), oraz ciepłe i często powtarzane inhalacje ze środków odkażających (2—3% kwas karbolowy, tymol, menthol i t. p.). Pomimo mocnego kaszlu użycie narkotyków winno być bardzo ograniczone i stosowane tylko przy mocnym 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). Przy katarach, ograniczonych przeważnie do tchawicy (*tracheitis acuta et chronica*) w ostrej postaci skutecznie działają ciepłe wzięwania środków uspokajających (wody alkaliczne z dodatkiem morfiny lub kokainy), lub leków balsamicznych przy pomocy 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*) Przy przewlekłym katarze tchawicy, w postaci suchej (*tracheitis sicca*), obok metodycznego stosowania ciepłych inhalacji z rozczyńców alkalicznych (woda Emska, Szczawnicka i t. p.), wielce pożyteczne są wlewania wewnątrz-tchawicowe słabych roztworów jodu (*Rp. Jodi puri 0,3 + kalii jodati 1,25 + glycerini 30,0 + Ol. Menthae pip. gtt. II, MDS. Do wlewania*) za pomocą szpryczki krtaniowej, stosowane z początku codziennie, a następnie co 2—3 dni.

Przy zapaleniu oskrzeli natury zimniczej (*bronchitis malarica*), naturalnie, o ile rozpoznanie tej sprawy potwierdzonem będzie przez badanie krwi, wskazane jest leczenie

chinina, które, jak to wyżej przy opisie spotrzedanego przeze mnie przypadku zaznaczyliśmy, usuwa bardzo szybko zajęcie oskrzeli. W katarach oskrzeli, towarzyszących przewlekłemu charłactwu zimniczemu (*cachaexia malarica*) a zależnych od osłabienia działaności serca i ogólnego wyniszczenia organizmu, wskazane będą środki wzmacniające (żelazo, arszenik), oraz leczenie klimatyczne, najlepiej klimatem górskim (Krynica, St. Moritz i t. p.).

7). Katar chroniczne osobników, dotkniętych usposobieniem artrytycznym, wymagają w wysokim stopniu uwzględnienia stanu ogólnego chorych i związanego z nim cierpienia podstawowego (artrytyzmu). U artrytyków otyłych, zdradzających wyraźne objawy *plethorae abdominalis*, katar oskrzeli suche wymagają przedewszystkiem odpowiedniego higieniczno-dyetytycznego leczenia, 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 skapej plwociny. Latem dla tej kategorii osobników wskazane będzie leczenie klimatyczne w połączeniu z wewnętrznym użyciem wód z grupy alkaliczno-gorzkich a więc — Karlsbad, Marienbad lub Tarasp. U osobników szczupłych z wybitnymi i często pogarszającymi się zmianami w stawach obok jodku potasu, od czasu do czasu zalecanego, wskazana będzie latem kuracya klimatyczna w miejscowościach, posiadających kąpiele słone, słono-siarczane lub termy obojętne (Rabka, Reichenhall, Ischl, Landeck, Eaux Bonnes w Pirenejach i t. p.); zimą o ile stan materyalny chorych na to pozwala, wskazane będą miejscowości ciepłe słoneczne, najlepiej we Francyi południowej położone (Nizza, Mentona i t. p.).

U artrytyków, dotkniętych chronicznymi katarami oskrzeli, z objawami chronicznego kataru żołądka, z dominującą nadkwasnością, lub często powtarzającymi się napadami kolki nerkowej, przy stałe wydzielającym się piasku nerkowym, odpowiednie będą wody alkaliczne i pobyt letni w miejscowościach, wody takie posiadających (Szczawnica, Ems, Salzbrunn, Vichy).

8). Katar chroniczne 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 kategorii pacjentów „choroba tkwi w płucu, lecz niebezpieczeństwo — w sercu“. Przy wadach zastawkowych i cierpieniach mięśnia sercowego leczenie podstawowe higieniczno-dyetyczne, właściwe odpowiedniej sprawie sercowej, będzie jednocześnie wpływało dodatnio i na katar oskrzeli. W okresach obostrzeń kataru środkami najwłaściwymi 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) katar 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*). Przy ustąpieniu objawów ostrego kataru wskazany będzie do dłuższego użycia jodek potasu w połączeniu z kofeiną lub sparteiną (HUCHARD). Preparaty jodu według 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 chronicznych katarów oskrzeli, tak często towarzyszących tym sprawom. Co się tyczy leczenia klimatycznego, to katar chroniczny 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 stacyach klimatycznych, niezbyt wysoko położonych, (Reichenhall, Gleichenberg i t. p.) będzie na lato najodpowiedniejszym; 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 nasercowymi albo pobudzającymi.

9). Katary chroniczne, towarzyszące ostrym i przewlekłym chorobom nerek.

Przy leczeniu spraw tej kategorii, należy nie zapominać, jak to już było wyżej wskazane, że katary te są częściowo natury zastoinowej, a duszność, im towarzysząca, jest w części zależną od zatrucia toksynami (*asthma 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 (dieta mleczna, kąpiele ciepłe, środki przeczyszczające i t. p.). Środki powyższe, działając na cierpienie podstawowe, wpływają jednocześnie korzystnie i na zmniejszenie katarów oskrzeli; wspomagająco w tym kierunku oddziaływać będą również środki odciągające na skórę (suche bańki, gorzyczniki i t. p.).

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

Włóknikowe lub krupowe * *

* * * * * zapalenie oskrzeli.

(Bronchitis fibrinosa s. crouposa).

ROZDZIAŁ VIII.

Treść. Zapalenia pierwotne, ich rzadkość. Postać ostra; jej szczegółowa symptomatologia; dwa odpowiednie kazuistyczne przypadki. Etiologia spraw ostrych. Postaci przewlekłe; ich symptomatologia szczegółowa; przypadek kazuistyczny. Etiologia zapaleń chronicznych. Bliższa charakterystyka wyrzucanych złożeń; teorie ich powstawania. Zapalenia włóknikowe wtórne; stosunek ich do gruźlicy; rokowanie i leczenie. Zapalenia włóknikowe oskrzeli przy błonicy i zapaleniu płuc włóknikowem.

Pod tą nazwą rozumiemy zapalenie błony śluzowej oskrzeli, przy którym wytwarzają się tak zwane błony rzekome czyli krupowe. Wypocina ta włóknikowa, odkładając się wprost na błonie śluzowej, wytwarza odlewy włóknikowe pod postacią białych tworów cylindrowych większych lub mniejszych, zależnie od tego, czy sprawą są dotknięte większe, też mniejsze oskrzela. Zapalenie to powstaje najczęściej wtórnie, jako sprawa zstępująca przy zapaleniu włóknikowem gardzieli, krtani i tchawicy, dyfterycznego pochodzenia, lub też jako sprawa wstępująca przy ostrem włóknikowem zapaleniu płuc. Powstają one również nieraz, aczkolwiek bardzo rzadko, w przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc, przy chronicznych cierpieniach serca, syfilisie, przy ostrych zakaźnych wysypkach, tyfusie, wyprysku (*herpes*), przy niektórych otruciach (jod), przy wdechaniu 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 etyologicznym ciemną sprawę. O cierpieniu tem słusznie powiada RIEGEL, autor wybornej w tej kwestyi monografii, że w największych szpitalach przechodzą lata, a nieraz nawet i dziesiątki lat, zanim pojedynczy przypadek tego cierpienia zostanie spostrzeżonym.

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

Sprawa ta występuje odrazu ostro lub, co się względnie częściej zdarza, przewlekłe, charakteryzując się tą szczególną i podstawową właściwością, że wytwarzające się na błonie śluzowej oskrzeli włóknikowe produkty zapalne pod postacią białawych rozgałęzionych cylindrów różnej wielkości i grubości bywają przez chorych od czasu do czasu na zewnątrz wypływane.

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, BOERHAVE, MORGAGNI, VAN SWIETEN, HUNTER, DIXON, LAENNEC, MÜLLER, REINALL i inni) podawali liczne opisy tego zagadkowego cierpienia. Poczynając jednakże od BIERMER'a (1855) sprawa ta została gruntownie pod względem klinicznym i anatomo-patologicznym opracowana, zawdzięczając również dalszym badaniom LEBERT'a i RIEGL'a, LUCAS-CHAMPIONNIÈR'a, BESCHORNER'a i innych¹⁾. W literaturze naszej ogłoszony został poraz 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 samym piśmie ukazał się JÓZEFOWICZA opis przypadku zapalenia włóknikowego oskrzeli wtórnego (przy cierpieniu serca). Dalej idą trzy przypadki pier-

¹⁾ BESCHORNER: *Ueber chronische essentielle fibrinöse Bronchitis (Bronchialcroup)*. VOLKMAN'S *Sammlung klinischer Vorträge* № 73, 1893. W monografii tej zebrana została wyczerpująco literatura zagraniczna tegoż przedmiotu. Całkowita liczba przypadków ogłoszonych nie wiele przekracza setkę.

wotnego zapalenia oskrzeli, ogłoszone przezemnie w r. 1895 w „Gazecie Lekarskiej“, jeden wypadek PUTTERMANN („Medycyna“, 1896) i jeden DOBRZYCKIEGO („Medycyna“ 1805). Razem więc w literaturze polskiej mamy ogłoszonych zaledwie siedem 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 chorego wycieńczający. Chorzy przytem doświadczają uczucia zaciśnienia w piersiach i stopniowo wzmagającego się braku tchu. Kaszel, bezustannie trwający, przy istniejącej gorące i upadku odżywiania ogólnego w wysokim stopniu wyczerpuje chorych; ztąd też bardzo szybko, bo już w dni kilka zjawiają się objawy niedomogi serca. Kaszel, z początku suchy, powoli zmienia charakter; wśród wysiłków kaszlowych zaczyna się wydzielać nieznaczna ilość płwociny 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 włóknikowe 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 jednakże ogłoszonych przypadkach duszność i stan gorączkowy trwały stałe, zjawiały się objawy sinicy, zaduszania; zejście śmiertelne zanotowano w połowie podobnych przypadków. Wreszcie w trzeciej kategorii 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, 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. Przy wysłuchiwaniu klatki piersiowej stwierdziłem li tylko porozrzucane świsty. Duszność była wyraźna, mimo to pacjent zajmował się dalej zwykłymi swemi zajęciami. Dnia 2. X. wystąpiły mocne dreszcze, duszność wzmogła się, zjawił się kaszel w postaci napadowej bez wydzielania płwociny. W dniu następnym chory począł gorączkować stale (38—38,60°), 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 počęły się wydzielać skrzepy włóknikowe różnej wielkości, mniej więcej 2—3 centymetrów długości mające, przy czem wydzieliny śluzo-ropnej było bardzo mało. Odlewy te podstawały się jako białe rurki. Badanie mikroskopowe wykazało w nich budowę jednolitą z równoległe idących warstw; pomiędzy nimi widać było niewielką ilość białych ciałek krwi; barwione fioletem gencyanowym (*Gentianaviolett*) złogi te wykazały obecność niezna cznej ilości drobno-ustrojów (*cocci*). Dnia następnego wystąpiły mocne dreszcze, trwające około 2-ch godzin, z następczą gorączką dochodzącą do 41,1°. Duszność była bardzo mocna. Chory wyrzucał od czasu do czasu śluzo-ropną płwocinę i odlewy włóknikowe. Stan taki trwał tydzień. Występowały codziennie dreszcze z gorączką, dochodzącą od 39—40°; napady kaszlu trwały stale przy wyrzucaniu obfitej płwociny z nielicznymi 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 dolno-tylnych częściach płuc — ograniczone rżenia. Od 14. X. chory zaczął się poprawiać, dreszcze codzienne zmniejszały się gorączka nie przekraczała 39°; kaszel jednakże był ciągle w mocnym 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 znikaly powoli. Po upływie kilku tygodni pacjent, jako zupełnie zdrow, powrócił do swych zajęć. Płwocina, w ciągu choroby wielokrotnie i bardzo szczegółowo badana, wykazywała przeważnie ciała śluzo-ropne. Preparaty barwione na pasożyty 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 przezemnie miał również przebieg ostry, lecz o wiele łagodniejszy.

Kobieta 21-letnia, zupełnie uprzednio zdrowa, doświadczała w ciągu 2-eh 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 niegorączkującej chorej nie byłem w stanie wykryć ważniejszych zбоcezeń 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 śluzo-włóknikowej, bardzo niewielkiej ilości czerwonych krążków krwi, komórek nabłonkowych większych zaokrąglonych, mocno ziarnistych i myeliny; gdzieś tam dały się zauważyć rozrzucone nabłonki drobne cylindryczne, nieco nabłonków płaskich; w skrzepach znajdowały się miejscami typowe duże włókna spiralne CURSCHMANN'a i mnóstwo kryształów CHARCOT-LEYDEN'a; laseczników gruźliczych nie wykryto. W ciągu tygodnia chora codziennie doświadczała dreszczy; również codziennie wydzielaly się skrzepy włóknikowe, zawsze nieco krwią zabarwione. Każdemu wydzielaniu się odlewów towarzyszyło uczucie duszności. W końcu tygodnia, wśród objawów mocnej duszności wyrzuciła chora odlew większy, oraz nieco plwociny śluzo-ropnej, której badanie wykazało, podobnie jak poprzednio, ciała śluzo-ropne i kryształy CHARCOT-LEYDEN'a; natomiast tym razem włókien CURSCHMANN'a nie udało się wyszukać. Preparaty, barwione fioletem gencyanowym (*Gentiansviolett*) wykazały niezwykłą ilość drobnych kokków, układających się przeważnie w kępki i przypominających gronkowce; przy hodowli otrzymano

gronkowca białego. Sam odlew włóknikowy był formy cylindrycznej, rozgałęziony i składał się z pnia głównego w postaci rurki o bardzo nieregularnym 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 nitki, splatających się ze sobą w rodzaj sieci, która robiła wrażenie budowy warstwowej. Śluzu znajdowano zwykle niewiele i to głównie w większych cylindrach. Leukocytów w oczkach sieci było dużo; przeważnie były to formy jednojądrowe, daleko rzadziej—wielojądrowe. Niezmienionych komórek nabłonkowych (cylindrycznych z rzęskami) zupełnie w odlewach tych nie znaleziono. Komórki były tu przeważnie okrągławe lub owalne i leżały w oczkach sieci włóknika pojedynczo albo gromadkami po 3—5 i więcej razem. Jądro takich komórek przeważnie było jeszcze zupełnie dobrze zachowane, choć czasem stawało się już niewyraźnym; pozbawione było chromatyny, a sama komórka przybierała formę jednolitej, błyszczącej bryłki; niektóre z komórek zawierały w swej protoplazmie ziarenka ciemnego barwnika. Drobnoustroje w odlewach cylindrycznych były rozmaite: najwięcej było koków, leżących pojedynczo lub gromadkami i podobnych do *staphylococcus pyogenes*; były i paciorkowce, ale w daleko mniejszej ilości. Drobnoustrojów w postaci dosyć długich i mierne grubych laseczek o zaokrąglonych końcach było bardzo mało. W oczkach sieci włóknika znajdowano 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 skrzepow ustąpiło widocznie w zupełności, gdyż chora nie zgłosiła się do mnie więcej.

W przypadkach ostrych, zakończonych śmiertelnie, w których dokonywane były badania pośmiertne, znajdowano 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 gruczolów limfatycznych.

Et y o l o g i a ostrych zapaleń włóknikowych oskrzeli pozostaje dotychczas zupełnie ciemną. Przypadki ciężkie przebiegają

podobnie do chorób zakaźnych, przypominając w wysokim stopniu sprawę ropniczą. W naszych przypadkach, a szczególnie w pierwszym, wyhodowaliśmy z płwociny gronkowce; w innych przypadkach (BAMBERGER) również znajdowano w płwocinie rozmaite koki, hodowle jednakże dały rezultat ujemny. Czy należy wiązać sprawę zapalenia włóknikowego z obecnością tych pasożytów, 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 ludzkimi, zapadli jednocześnie na ostre zapalenie krupowe oskrzeli z zejściem pomyślnem. PICHINI jakoby wyhodował z płwociny tych chorych 3 rodzaje bliżej nieokreślonych koków, które, wstrzyknięte do tchawicy królików, miały wywołać zapalenie krwotoczne tegoż narządu. Natomiast w innych przypadkach, jak to miało miejsce w moim przypadku drugim, etyologia pozostaje zupełnie ciemną. Cechą charakterystyczną wspomnianego drugiego przypadku są znalezione w płwocinie liczne kryształki CHARCOT-LEYDEN'a, włókna spiralne CURSCHMANN'a i ciała 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 p o s t a c i p r z e w l e k ł e. Z opisów takich właśnie postaci składa się ogromna większość materiału kazuistycznego, na którym opierały się monografie choroby, oraz teorye co do jej istoty. Sądzę, że i tutaj ze względu na rzadkość cierpienia nie będzie zbyt cennym, 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 płwocinę, w której zauważył białe zbite skrzepy walcowate, różnej wielkości, rozgałęzione. Raz zwróciwszy uwagę na podobne twory, badał następnie już stale płwocinę i prawie zawsze znajdował w niej podobne skrzepy. W stanie ogólnym choroby nie dostrzegał zmiany, gdyż czuł się zupełnie dobrze, mógł dalej pracować, prowadził życie czynne, a jedynie występujące od cza-

su do czasu krwawienia, które go mocno niepokoiły, wywoływały objawy podrażnienia nerwowego. Chory, człowiek zamożny, przebywał latem kilkakrotnie różnorodnie kuracze klimatyczne; stan jego jednak nie poprawiał się; przeciwnie, nawet w warunkach klimatycznych jaknajlepszych występowało krwiopłucie w połączeniu z wydzielaniem się skrzepów. Płwocina, badana wielokrotnie, nigdy nie zawierała laseczników gruźliczych. Zimą r. 1890—91 stan chorego pogorszył się o tyle, że krwiopłucie w połączeniu z wydzielaniem się skrzepów zjawiało się prawie codziennie, co doprowadziło chorego do mocnego rozdrażnienia nerwowego. Nie gorączkował wcale.

Przy badaniu 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 zbroceń. Krwawa płwocina, która stanowiła podstawową skargę chorego, trapiąca go uparcie od lat przeszło trzech, przy badaniu mikroskopowym przedstawiała śluzo-ropiastą masę, nieco krwią zabarwioną; wyraźnie rozróżnić 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 wysłuchać szmery anemiczne. W płucach jakichkolwiek zmian wyraźniejszych nie wykryłem, podobnie jak i przy pierwszym badaniu. Płwocina 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 płwocinę, wyniki jednak tych badań stale wykazywały brak pasożytów gruźliczych.

Chory tegoż roku udał się na zimę 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 płwociny, 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

O b j a w y cierpienia, opisane przez różnych autorów, niewiele zbaczają od powyższego typu.

1). Cierpienie rozpoczyna się zazwyczaj skrycie; niektórzy chorzy na kilka miesięcy przed wypłuciem 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, szczególnie przy wyrzucaniu nieco większych złogów, występuje chwilowa duszność. P r z e b i e g b y w a bezgorączkowy; niekiedy tylko występują okresy gorączkowe, trwające kilka dni, w ciągu których chory wyrzuca większe złogi (przypadek PUTERMAN'a, WEST'a, GERHARDT'a). W spostrzeżeniu ESCHERICH'a ciepłota z towarzyszeniem duszności podniosła się do 40°, a po wyrzuceniu skrzepu ustąpiła w zupełności.

2). B a d a n i e f i z y k a l n e klatki piersiowej w większości przypadków dawało 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. o d d e c h w e n t y l o w y (*ventil-geräusch—bruit de drapeau*), w tych przypadkach, gdzie skrzepy swobodnie poruszały się w oskrzelach (CAZEAUX BARTH, ESCHERICH). Tym sposobem badanie klatki piersiowej nie daje prawie nigdy podstawy do r o z p o z n a n i a sprawy, a jedynie wyrzucone skrzepy rozpoznanie stanowczo umożliwiają, jeśli wykluczmy jednocześnie sprawę wtórną zstępującą lub wstępującą przy ostrych cierpieniach dróg oddechowych (blonica gardzieli, nosa, zapalenie płuc włóknikowe i t. d.). Naturalnie, r o z p o z n a n i e to, o ile bywa łatwe u dorosłych, o tyle napotyka na poważne trudności u małych dzieci, nie umiejących wyrzucić płwociny. U dzieci, cierpienie, o jakim

mowa, choć rzadko, bywało jednak spostrzegane (zanotowanych jest w literaturze podług WEIL'a około 20-tu kazuistycznych przypadków), w postaci ciężkiego kataru oskrzeli, połączonego z dusznością. Badanie wziernikiem krtaniowym dawało również rezultaty ujemne; jedynie w przypadku ESCHERICH'a 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, szczególnie 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 zrzędu, 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 się w następstwie choroby rozwija. 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 przy 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 nawet kilkanaście. (WALSCHÉ — lat 14, NICHOLS — lat 7, BIEMER — 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 wyrzucała 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

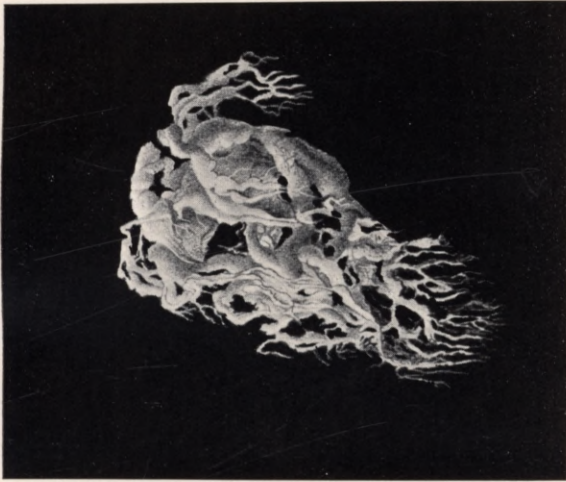
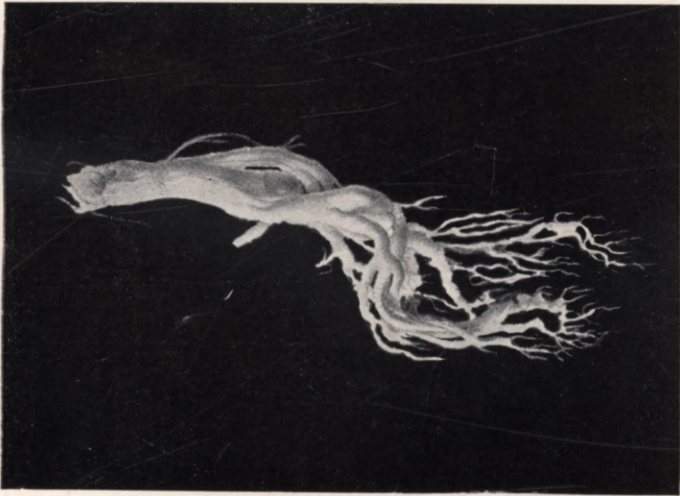
15 miesięcy codziennie i to na każde żądanie mógł wypluć znaczną ilość skrzepów włóknikowych (cyt. u BIERMER'a).

Z powikłań, towarzyszących przewlekłemu włóknikowemu zapaleniu oskrzeli, spotykamy najczęściej, szczególnie 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 znajdowano w niektórych przypadkach (jak w moim) w płwocinie przy napadzie jednocześnie ze skrzepami włókna CURSCHMANN'a i kryształami CHARCOT-LEYDEN'a. Gruźlica płuc ma stanowić podług niektórych autorów jedno z częstszych powikłań, wywołujących zejście śmiertelne przy przewlekłych zapaleniach włóknikowych oskrzeli. Widzieliśmy wyżej przy opisie naszego trzeciego przypadku, że obraz kliniczny ostatnich miesięcy życia chorego w wysokim stopniu przypominał ze względu na przebieg gruźlicę chroniczną; w przypadku tym jednakże wielokrotne badanie płwociny, dokonywane niemal do samej śmierci chorego, stale ujemnie wykazywały, 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 KOCH'a) notowanego przypadku zejścia śmiertelnego, w którymby gruźlica płuc przy badaniu pośmiertnem stanowczo była wykazana u osobnika, dokniętego pierwotnym krupem oskrzeli. Przypadki bowiem nieżytu włóknikowego oskrzeli, w których było dokonane badanie pośmiertne i wykazana gruźlica, a między innymi trzy przypadki z kliniki w Freiburgu, ogłoszone w ciekawej pracy MODEL'a, są, zdaniem mojem, przypadkami nie pierwotnego krupu oskrzeli, lecz wtórnego, który się przyłączył do gruźlicy przewlekłej. Wnioski więc MODEL'a, że w połowie przypadków krupu oskrzeli zejście śmier-

telne jest skutkiem przyłączającej się gruźlicy, jak również wy- prowadzane ztąd wnioski co do związku genetycznego między temi cierpieniami, zdaniem mojem, nie wytrzymują krytyki.

Etyologia zapalenia chronicznego oskrzeli wogóle po- wiedzieć można, jest dotychczas zupełnie ciemną, pomimo różnorod- nych poglądów i teoryi, przez licznych autorów podawanych. 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 kra- jach północnych, niż południowych, co miałoby przemawiać za pew- nym 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, jakie są zwykle katarы 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 usposabiającymi, lecz nie wyjaśniają istotnej ge- nezy sprawy. Z innych teoryi, 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 mo- wie będącego cierpienia, budował co do jego etyologii własną hy- potezę.

Na zasadzie przypadków, spostrzeganych w ciągu ostat- nich lat, starano się zaliczyć zapalenie oskrzeli włóknikowe do chorób zakaźnych, a to ze względu na znajduwane w wyrzucanych odlewach liczne drobnoustoje, które otrzymane zostały w czystych hodowlach. Wyniki jednak tych badań nie doprowadziły do jakie- goś jednego określonego wyniku, większość bowiem badaczy wy- krywała w błonach rzekomych zwykle napotykanе przy katarach śluzoropnych dróg oddechowych gronkowce lub łańcuszkowce. Mo- je badanie (hodowle), dokonane w dwóch przypadkach, wykazały w jednym z nich *staphylococcus pyogenes albus et aureus*, w dru- gim zaś tylko *staphylococcus albus*. Inni autorowie wykrywali



Rys. 1. — Odlewy włóknikowe, wykrztuszone przez chorego, dotkniętego przewlekłą postacią zapalenia oskrzeli włóknikowego (podl. L. CHAMPIONNIÈRE'a).

głównie streptokokki. CLAISE na zasadzie przypadku przewlekłego włóknikowego zapalenia oskrzeli z wyników hodowli i szczepień wyprowadza wniosek, że czynnikiem chorobotwórczym jest tylko *streptococcus*; samą sprawę nazywa nawet „*Streptococcie chronique des voies respiratoires*“⁴. Inni autorowie wykrywali leseczniki KLEBS-LOEFFLER'a, pneumokoki i t. p. Jednym słowem z punktu widzenia bakteriologicznego dotychczasowe badania nie mogą dać jakiegokolwiek zadawalniającego rozwiązania kwestyi etyologii zapalenia włóknikowego oskrzeli.

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

Złogi wyrzuca ne, stanowiące najistotniejszy objaw choroby przedstawiają się, jak to wyżej wielokrotnie było zaznaczone, jako twory cylindryczne, rozgałęzione, koloru białego. (*Rys. I*). Długość i grubość tych tworów bywa różną; przeciętnie mają one długość 3 — 6 ctm., w niektórych jednakże przypadkach dochodziły do 12, a nawet 16 ctm. Grubość wogóle nie przenosi grubości pióra gęsiego w większości jednak przypadków bywa znacznie mniejszą; w wyjątkowych tylko przypadkach opisywane są bardzo grube błony, dochodzące do grubości ołówka, a nawet i więcej (w przypadku KRETSCH'go, zakończonym śmiertelnie, złóg wyrzucony osiągał długości 11 ctm.

a grubość głównego pnia wynosiła $1\frac{1}{2}$ ctm.). Grubsze pnie zazwyczaj przedstawiają pełne cylindry, cieńsze końce bywają po większej części rurkami, wypełnionymi śluzem i powietrzem. Na cieńszych gałązkach można wykryć nieraz zgrubienia węzłkowate. Badanie mikroskopowe złogów nie wykazuje żadnej budowy; w skład złogu wchodzi włóknik, śluz, komórki, podobne do leukocytów, czerwone ciała krwi, złuszczone nabłonki. Włóknik, stanowiący główną część składową, tworzy gęste sieci nie wszędzie jednakowe, wogóle jednak warstwowato ułożone. Miejscami, przy zbiegu włókienek włóknika znajdowano duże ciała jednolite, błyszczące, bez wyraźnego jądra; są to komórki w stanie nekrozy koagulacyjnej będące. (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 nabłoneków 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 reakcyje na włóknik będą szczegółowo dokonywane, mogą dać pewne w tej kwestyi wyniki. W niektórych przypadkach wreszcie znajdowano w odlewach włókna spiralne CURSCHMANN'a oraz kryształki CHARCOT-LEYDEN'a. W jednym z moich przypadków twory te znajdowano obficie w pierwszych wyrzucanych skrzepach, nie znajdowano ich jednak w skrzepach wyrzucanych w tydzień później.

Obok samoistnych form zapalenie włóknikowe oskrzeli może występować również jako powikłanie innych cierpień, 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, spotrzanym 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 rozpadowymi. Chory kaszlał mocno i wyrzucał dużo ropiastej płwociny, w której badanie bakteriologiczne wykazywało znaczną ilość laseczników gruźliczych. W nocy z dnia 6-go na 7-my września chory doświadczył niezwykle silnego napadu duszności, podczas którego o mało się nie zadusił. Duszność zmniejszyła się z chwilą, 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 rozgałęzzeniami dichotomicznymi. Skrzep był dość twardy, koloru białego. Chory w ciągu 2-ch dni następnych miał duszność mniejszą, lecz czuł się bardzo osłabionym, wypływał przytem dużo śluzo-ropnej płwociny, jednakże bez odlewów. Dnia 9/IX wystąpił znowu napad mocnej duszności, a chory wypłuł w ciągu dnia około szklanki płwociny śluzo-ropnej, w której znajdowaliśmy duże ilości niewielkich skrzepów. Ciężota tegoż dnia wieczorem wynosiła 38°. W ciągu 3-ch dni następnych stan był bezgorączkowy, duszność natomiast trwała ciągle; chory stale wypływał dużo płwociny z licznymi drobnymi odlewami. Przez cztery dni następne chory gorączkował stale (wieczorami do 38,5), osłabienie ogólne wzmagало 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 płwocinie odlewów nie wykrywaliśmy. Przy objawach ogólnego upadku sił chory zmarł 25-go Września.

Badanie pośmiertne wykazało gruźlicze nacieczenie obu płuc z licznymi jamami, rozrzuconymi 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. Po między 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, pojedyncze lub w kępkach; niektóre z nich miały wyraźną otoczkę.

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

39-cioletni zamożny fabrykant przebywał w r. 1892 zapalenie prawej opłucnej. Następnym latem czuł się niezłe. Z początkiem roku 1899 zaczął ogólnie podupadać na zdrowiu. Jesienią gorączkował nieco i wówczas powoli wystąpiły objawy zajęcia prawego szczytu płucnego, w skąpej zaś płwocinie wykryto laseczniki gruźlicze i włókna elastyczne. W zimie, przebywając na południu Francji, od czasu do czasu gorączkował; następnie jednak stan się nieco poprawił. W połowie lipca 1900 r., czując się względnie bardzo dobrze i przebywając na wsi, zaczął odzucać prawie codziennie typowe odlewy włóknikowe większe lub mniejsze, bez żadnej duszności i innych zaburzeń subiektywnych. 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 prostym odehrzknięciu dnia poprzedniego, były to najtypowsze odlewy włóknikowe z wyraźnymi pięknymi drzewiastymi 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 stosunkowo dość liczne opisy przypadków przewlekłego włóknikowego zapalenia oskrzeli w przebiegu przewlekłych suchot płucnych. Przypadki takie są klasy-

fikowane przez autorów, a także i przez anatomo-patologów jako zapalenia wtórne, zależne od gruźlicy chronicznej. 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 częstym, 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 innymi 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 procent chorych po mniej lub więcej długim przebiegu, powraca do zdrowia, naturalnie, o ile choroba nie dotyka ludzi starych lub bardzo wycieńczonych uprzednimi 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.

W celu spełnienia pierwszego zadania zalecano środki wymiotne (emetyk lub apomorfina, wewnątrznie albo też podskórnie). Środki te jednakże tylko wyjątkowo pozwalają osiągnąć pożądaną wytnik, 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 przy atakach kaszlu. Środki wymiotne w tym okre-

się, szczególnie u dzieci, mogą okazać się pożytecznymi. Bardziej uzasadnionemi wydają nam się ciepłe wdechania gorącej pary, samej lub z dodaniem środków działających pobudzająco na błonę śluzową (terpentyna, ol. eukalyptusowy, bals. peruwiański i t. p.); inhalacye takie mogą często ułatwić wyrzucanie skrzepów. Środki, zalecane do wdechań, a posiadające jakoby własności rozpuszczania włókniaka (woda wapienna, papojotylna, neurylna 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 wewnętrznych bywa polecany jodek potasu, pożyteczny w niektórych przypadkach. W większości jednak przypadków pozostaje nam tylko leczenie objawowe, polegające, szczególnie 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. Podzielać na oskrzela w ten sposób, aby złoży 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 etyologii sprawy i niedającego się nigdy przewidzieć momentu zaprzestania wytwarzania się błon, lub też nadzieja nowego okresu ich wytwarzania się.

Zapalenie oskrzeli włóknikowe wtórne występuje najczęściej przy zapaleniu błonicznem gardzieli i krtani, jako zapalenie zstępujące tego samego charakteru; to samo spotykamy przy pierwotnym krupie krtani, szczególnie w tych przypadkach, gdzie dokonywane było przecięcie tchawicy. Dawniej widywano takie sprawy częściej; obecnie, przy

szeroko stosowanem leczeniu surowicą, powikłania dyfterytu zajęciem oskrzeli spotykamy stosunkowo rzadziej. Zapalenie to może się również przyłączać do błonicy gardzieli i krtani, występujących przy ciężkich postaciach szkarlatyny, tyfusu i t. p.. Najczęściej jednakże, jak to wyżej wzmiankowałem, widzimy je przy sprawie dyfterytycznej, przeważnie u dzieci. Objawy, charakteryzujące sprawę, polegają jedynie na wyrzucaniu przez dzieci przed dokonaną tracheotomią niewielkich odlewów włóknikowych wśród towarzyszącej duszności i mocnego kaszlu. Odlewy mają wygląd biało-żółtawy, są drzewiasto rozgałęzione, miękkie, drobne i łatwo się rozrywają. Po dokonanej już tracheotomii o przejściu sprawy błonicznej na oskrzela można jedynie przypuszczać ze zjawiającej się nagle u dziecka duszności; czasami zaś udaje się wysłuchać przy badaniu chorego na pewnem ograniczonym 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 cylindrów, duszność zmniejsza się stopniowo, choroba ustępuje powoli.

Przy badaniu pośmiertnem znajdujemy oskrzela nieraz w zupełności wypełnione błonami białymi, lub też z odcieniem różowym, różnego stopnia natężenia; błony te wyjmują się łatwo, a badanie ich mikroskopowe wykazuje, że są złożone z koncentrycznych warstw ułożonego w siatkę włókniaka, ze złuszczo-nych komórek nabłonkowych, ciałek krwi białych i czerwonych, oraz ze znacznej ilości swoistych laseczników LOEFFLER'owskich i różnych innych pasożytów. Sama błona śluzowa, zależnie od natężenia sprawy podstawowej, podlega różnym zmianom, właściwym zapaleniu błonicznemu, poczynając od mocnego przekrwienia aż do zgorzeli.

W przebiegu ostrego zapalenia włóknikowego płuc w wyjątkowo rzadkich przypadkach spostrzegać można w charakterystycznej płwocinie cienkie białawe odlewy włóknikowe, dowodzące, że sprawa zapalna płuc szerzy się na drobne oskrzeliki. Sprawa ta występuje głównie w postaci zapalenia płuc, opisanego przez GRANCHER'a jako zapalenie płuc masowe (*pneumonie massive*), charakteryzujące się, jak wia-

domo, obszernem zajęciem całego nieraz płuca, i zapaleniem włóknikowem drobnych oskrzeli. Przebiegowi choroby towarzyszy zazwyczaj znaczna duszność; wśród jej ataków w płwocinie, najczęściej krwawej, zjawiają się drobniutkie odlewy koloru zwykle żółtawego; badanie drobnowidzowe wykazuje w nich włóknik, białe ciała krwi, oraz znaczną ilość pasożytów właściwych ostremu zapaleniu płuc (*diplococcus pneumoniae*).

Zapalenia głębokie * * * * i swoiste (specyficzne) * * błony śluzowej oskrzeli.

ROZDZIAŁ IX.

Treść. Zapalenia okołoskrzelowe ropne. Zapalenie okołoskrzelowe natury rozrostowej. Zapalenia gruźlicze oskrzeli (nadżarcie gruźlicze, owrzodzenia, przebiecie oskrzeli przez zserowaciałe gruczolę okołoskrzelowe). Serowate zapalenia oskrzeli. Szczegółowa charakterystyka kliniczna i anatomo-patologiczna tych spraw.

Zapalenia okołoskrzelowe (*peribronchitis*).

Wyżej opisane zapalenia błony śluzowej oskrzeli w niektórych razach zajmują nie tylko samą błonę śluzową, lecz przechodzą na głębsze warstwy ścian oskrzeli, a nawet na tkankę łączną okołoskrzelową. Zapalenia takie nazywamy zapaleniami głębokimi lub też okołoskrzelowymi (*peribronchitis*). Właściwie mówiąc, nie stanowią one oddzielnych form klinicznych, lecz zwykle tylko dalszy łańcuch w rozwoju długotrwałych katarów przewlekłych. Zmiany jednakże anatomo-patologiczne, przez nie wywołane, są bardzo ważne i winny być dokładnie znane, nawet jeżeli same przez się nie dają charakterystycznych objawów klinicznych. Zmiany anatomo-patologiczne w tej kategorii zapaleń, wybornie opisane przez E. PRZEWOSKIEGO ¹⁾, przedstawiają się w głównych zarysach jak następuje. Rozróżniamy dwie główne kategorie zapaleń okołoskrzelowych: zapalenie ropne i zapalenie rozrostowe.

1). Zapalenie okołoskrzelowe ropne (*peribronchitis purulenta*) najczęściej występuje jako sprawa wtórna, wikłająca inne cierpienia, chociaż BUHL twierdzi, że powstawać

¹⁾ Kurs Anatomii patologicznej dróg oddechowych (po rosyjsku). Warszawa, 1896.

może i samodzielnie, jako sprawa pierwotna. Wtórnie zapalenie to występuje wówczas, gdy w świetle oskrzeli albo w ich rozszerzeniach zatrzymuje się długo, ropiasta lub gnilna, cuchnąca płwocina, ściany oskrzeli ulegają wtedy zakażeniu przez różnego rodzaju, wyżej już przy opisie tej kategorii spraw omówione, pasyżyty. Najczęściej obok *bronchitis putrida* zapalenia okołoskrzelowe występują u suchotników jako zakażenie wtórne, mieszane (*Mischinfektion*). Cechę charakterystyczną tych zapaleń stanowi to, że w tkance okołoskrzelowej 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. Zapalenia ropne okołoskrzelowe 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 przylączające 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 śluzoropną, pozwalającą podejrzewać istnienie głęboko umiejscowionych rozszerzeń oskrzeli, chorey poczyną gorączkować, jeżeli gorączka ta zaczyna przyjmować charakter gorączki ropnej (dreszcze codzienne ze znacznymi nasileniami gorączki i następczymi znacznymi jej spadkami), jeśli przytem 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 płwociny, szybki upadek sił chorego przemawiają za dołączeniem się zapalenia okołoskrzelowego ropnego. Badanie fizykalne klatki piersiowej przy ropnem zapaleniu okołoskrzelowem nie daje żadnych typowych objawów; spostrzegane w przebiegu sprawy objawy ogniskowego, zrazikowego zapalenia płuc świadczą tylko o dalszem szerzeniu się złośliwej sprawy.

2). Zapalenie okołoskrzelowe natury rozrostowej (*peribronchitis productiva*) występuje, przy 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 roz rasta 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 około-oskrzelowego dolacza się zapalenie płuc śródmiąższowe (*pneumonia interstitialis fibrosa productiva*). Sprawa zaczyna się od przekrwienia i nacieczenia drobno-komórkowego z następczą proliferacją tkanki łącznej, której komórki brzękną, powiększają się, rozmnażają się, wytwarzają nową tkankę łączną. Ściany oskrzeli grubieją, nowo wytworzona tkanka łączna kurczy się, podobnie jak tkanka bliznowata, i wyniknąć ztąd może zupełne zamknięcie światła drobnego oskrzela, zawartość którego gęstnieje, wysycha, nieraz nawet ulega zwapnieniu. W tych razach całe oskrzele przedstawia się pod postacią sznurka łączno-tkankowego, od którego na wszystkie strony rozechodzi się rodzaj wyrostków, złożonych z twardej masy łączno-tkankowej wewnątrz takiego sznurka znajdujemy zawartość twardą białoszarawą. W ten sposób zmienione oskrzela tworzyć mogą siatkę, w której oczkach pozostają resztki tkanki płucnej. Oskrzel; zmienione wskutek rozrostu tkanki łącznej, odróżnić można od oskrzeli, zmienionych wskutek sprawy gruźliczej, przez wykazanie przy badaniu histologicznem braku gruzłków i laseczników swoistych Koch'a. Następstwa tego rodzaju zapaleń włóknistych około-oskrzelowych 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 około-oskrzelowe włókniste usposabia tkankę płucną do świeżych zapaleń, przedewszystkiem zaś do zapalenia gruźliczego.

Etjologia rozrostowego zapalenia około-oskrzelowego 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 około-oskrzelowe w pierwszych okresach swego rozwoju nie daje za-

dnych. Gdy rozrost tkanki łącznej dosięgnął znaczniejszych rozmiarów i pociągnął za sobą w pierwszej linii 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 okołoskrzelową, 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 rozebrane, (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 kategorii (zejście zapalenia płuc lub opłucnej, gruźlicę), które również doprowadzają do t. zw. włóknistego zapalenia śródmiąższowego płuc. Dotyczy to przedewszystkiem gruźlicy, która stosunkowo niezbyt znowu rzadko doprowadza t. zw. włóknistej postaci suchot płucnych *phthisis fibrosa pulmonum*¹⁾.

Przypomnę tu tylko, że charakterystyczna anamneza, częste krwiopłucia, umiejscowienie szczytowe sprawy, prędzej za gruźlicą, aniżeli następstwem przewlekłego kataru przemawiać będzie. Brak zaś jednej z najbardziej stanowczych cech gruźlicy, t. j. laseczników Koch'a w płwocinie, nie rozstrzyga tu kwestyi, gdyż w ogromnej większości przypadków włóknistych postaci suchot płucnych laseczniki nie bywają wykrywane²⁾.

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

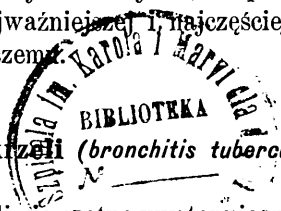
²⁾ W ostatnich zupełnie czasach LANGE (*Deutsch. Archiv f. kl. Med.* T. 70, 1901 r.) na podstawie dwóch przez siebie spostrzeganych przypadków opisuje pod tytułem *bronchitis et bronchiolitis obliterans* sprawę, przy której drobne oskrzeliki ulegają znacznemu zwężeniu wskutek rozrostu tkanki łącznej z wewnątrz, która ma być wynikiem niezupełnego wessania się wysięku komórkowo-włóknikowego przy ostrem włóknikowym zapaleniu płuc, zajmującym również i drobne oskrzeliki. Wskutek tego rozrostu wytwarzają się ogniska tkanki łącznej, rozsiane po całych płucach w postaci guziczków, których budowa mikroskopowa wykazuje jedynie obecność tkanki łącznej. Sprawa ta, mająca wywoływać znaczną przeszkodę w oddechaniu i kończyć się śmiertelnie wskutek duszności i objawów niedomogi sercowej, wymaga jeszcze dalszych spostrzeżeń.

Ze swoistych (specyficznych) zapaleń oskrzeli pierwsze miejsce należy się najważniejszej i najczęściej występującej sprawie, zapaleniu gruźliczem.

Zapalenie gruźlicze oskrzeli (*bronchitis tuberculosa*).

Zapalenie gruźlicze oskrzeli pierwotne występuje rzadko i jako takie zazwyczaj nie bywa oddzielnie ze strony klinicznej rozpatrywane: jako związane ściśle z przewlekłą gruźlicą płuc i stanowiące zwykle sprawę wtórną bywa omawiane przy opisach klinicznych suchot płucnych. Nie ulega jednak wątpliwości, że sprawa gruźlicza może brać początek od zajęcia błony śluzowej oskrzeli i że t. zw. gruźlicze zapalenie oskrzeli w pewnym okresie początkowym suchot płucnych stanowi jedyny objaw patologiczny, dopiero zaś następnie przez dalsze zakażenie sprawa rozszerza się na tkanki głębsze, a przede wszystkim na płuca, wywołując anatomiczne i kliniczne objawy chronicznej gruźlicy płuc. Jaką drogą następuje w człowieku zakażenie błony śluzowej oskrzeli swoistymi lasecznikami gruźliczymi, nie jest jeszcze dostatecznie i stanowczo wyjaśnione. Być może, że podobnie, jak to patologia eksperymentalna wykazała, 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 limfatycznych dostają się do gruczołów oskrzelowych, albo wreszcie, jak to w ostatnich czasach starał się dowieść AUFRECHT, dostawszy się do naczyń krwionośnych, wywołują w nich zmiany pierwotne specyficzne, które dopiero wtórnie prowadzą do zmian w drobnych oskrzelikach i płucach. Sądzę, że nie będzie rzeczą zbyteczną, jeżeli dla pełności wykładu opiszemy tutaj zmiany anatomo-patologiczne, które występują najczęściej w oskrzelach przy gruźliczem ich zapaleniu.

Pierwotne zapalenie gruźlicze większych oskrzeli prawie wcale nie bywa napotykanie. Wtórnie występuje ono jedynie u osobników, dotkniętych chroniczną gruźlicą płuc. Natomiast pierwotne zapalenie gruźlicze małych oskrzelików, szczególnie najdrobniejszych daje się spostrzegać bardzo często, nieraz jako punkt wyjścia gruźlicy płuc. Również i przy istniejących już suchotach płucnych spostrzegamy bardzo często wtórne cierpienie



gruźlicze drobnych oskrzeli. Cierpieniu ulegają przedewszystkiem oskrzela górnych płatów płuc. Prof. PRZEWOŃSKI opisuje następujące postaci gruźliczego zapalenia oskrzeli.

1). Nadżarcia gruźlicze (*erosiones tuberculosae*) przedstawiają się pod postacią owrzodzeń powierzchniowych błony śluzowej oskrzeli. Sprawa ta polega na tem, że około wylotu gruczołu śluzowego, lub też wprost na powierzchniowych 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. gruźelek, który, rozpadając się, wytwarza owrzodzenie. Tym sposobem powstają niewielkie owrzodzenia, przedstawiające się pod postacią szarawych plamek z brzegami równymi, płaskimi, dnem nieczystym, pokrytem jakby szarawym nalotem, zależnym od rozpadu gruźelka. 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 Koch'a.

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 wyniosłymi, wałowatymi; dno ich posiada powierzchnię szarawą, nierówną, ziarnistą; na dnie i na brzegach zazwyczaj dają się zauważyć biało-żółtawe gruźelki. Te ostatnie zdradzają zwykle skłonność do zwyrodnienia serowatego 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 chrzęstnej; powstaje wtedy ropne zapalenie chrzęstnej (*perichondritis purulenta*), chrząstki ulegają obnażeniu i następcej zgorzeli, a nieraz zostają wydalone na zewnątrz.

3). Trzecia postać zdarza się najczęściej u dzieci i tem się charakteryzuje, że proces przechodzi na oskrzela zzewnątrz, a mianowicie ulegają pierwotnie gruźlicznemu zapaleniu gruczoły oskrzelowe. Wskutek zwyrodnienia serowatego 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 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*). Zapalenie to odróżnia się od poprzedzających tą właściwością, że przy niem nie spotykamy ani gruzełków, ani komórek olbrzymich. Sprawa więc różni się od zapalenia kataralnego tylko znacznem nacieczeniem drobno-komórkowem i obecnością w uległej zapaleniu błonie śluzowej laseczników Koch'a. Wysięk zapalny, towarzyszący tej sprawie, jest bardzo gęstym i obfituje w komórki. Wypocina ta, jako też sama błona śluzowa w dalszym przebiegu sprawy ulega zwyrodnieniu serowatemu przyjmując białawy wygląd. W dalszym ciągu masy serowate ulegają rozpadowi, wytwarzając rodzaj jam, komunikujących ze światłem oskrzeli, częściowo zaś bywają wydalone na zewnątrz.

Istotną przyczynę wszystkich rodzajów zapaleń gruźliczych oskrzeli stanowią swoiste laseczniki Koch'a. W przebiegu tych spraw przyłączają się zazwyczaj zakażenia wtórne, pasożytami ropotwórczymi (*streptococcus pyogenes*, *staphylococcus* i t. p.). Zejście wszystkich zapaleń gruźliczych oskrzeli zazwyczaj jest niepomysłne; stopniowy bowiem rozpad ścian oskrzeli wywołuje w sąsiedniej tkance płucnej sprawę zapalną również gruźliczego charakteru, następstwem której są różnorodne postaci przewlekłej gruźlicy płucnej. Czasami jednak stosunkowo względnie rzadko, sprawa gruźlicza ogranicza się tylko do oskrzeli, powstaje zapalenie rozrostowe tkanki około oskrzelowej (*peribronchitis productiva*), a w zawartości serowatej oskrzeli zaczynają się powoli odkładać sole wapienne wytwarzając t. zw. *bronchiolity*, które bywają nieraz wyrzucane z plwociną na zewnątrz pod postacią drobniotkich 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 przy opisie klinicznym suchot

płucnych zapalenie oskrzeli bywa z klinicznego punktu widzenia rozbierane, 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 klinicznych¹⁾, chce tutaj tylko zaznaczyć, że istnieją jednak przypadki, w których zapalenie oskrzeli natury gruźliczej może nie tylko, jak to wyżej było powiedzianem, brać początek w oskrzelach, lecz również i ograniczyć się na nich. Znane mi są fakty, że u osobników, nie przedstawiających żadnych wyraźnych objawów fizykalnych zajęcia mięszu płucnego, lecz li tylko objawy rozlanego zapalenia oskrzeli, nie ograniczonego bynajmniej do szczytu płucnego, znajdowano w płwocinie laseczniki gruźlicze przy parokrotnie powtarzaniem 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, gdzie sprawa wcale nie rozszerzyła się na szczyty płucne, chorzy przestali wydzielać laseczniki w płwocinie i powrócili do zupełnego zdrowia, stwierdzonego wieloletnią obserwacją. Być może, że w tych wyjątkowych razach mieliśmy właśnie do czynienia z zapaleniem gruźliczem ograniczonym tylko do oskrzeli, a zakończonym pomyślnie. Z punktu widzenia klinicznego postaci te nie przedstawiają żadnych cech charakterystycznych; jedynie badanie dodatnie płwociny na laseczniki pozwala je odróżnić od zwykłego kataralnego zapalenia oskrzeli. Czy zaś ograniczy się ono do samych oskrzeli, o tem jedynie dłuższa obserwacja kliniczna jest w stanie orzec. W większości przypadków katar oskrzeli natury gruźliczej, rozpoznany wcześniej na podstawie znalezionych w płwocinie laseczników, przechodzi szybko na mięsz szczytu płucnego. Opiswane 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 mięszem płucnym.

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

ROZDZIAŁ X.

Zapalenie przymiotowe (syfilityczne) tchawicy i oskrzeli.

(*Tracheobronchitis luetica*).

Treść. Dwie postaci zapalenia syfilitycznego tchawicy i oskrzeli: zapalenie kataralne i kilakowate (*bronchitis syphilitica gummosa*). Charakterystyka kliniczna i anatomo-patologiczna tych spraw. Przebieg i zejście. Trudności rozpoznawcze. Dyagnostyka 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 noso-gardzielowej i krtani; natomiast w tchawicy i oskrzelach sprawy przymiotowe są już bardzo rzadkie, i to tem radsze, im mniejsze jest oskrzele. Sprawa występuje pod dwiema postaciami anatomicznymi:

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 przy zwykłych zapaleniach kataralnych, a jedyną różnicę stanowi to, że nacieczenie drobno-komórkowe nie bywa tutaj tak obfite. Błona łuzowa zaczerwieniona, zgrubiała, pokryta wydzielina śluzowa

ropną, 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 lekkiem nalotami; chorzy przytem, przedstawiają jednocześnie i inne objawy, właściwe wcześniejszym okresom przymiotu, uskarżają się na suchość i drapanie w okolicy tchawicy, oraz kaszel, mniej lub więcej uparty, w połączeniu z odpluwaniem wydzieliny śluzo-ropnej. Objawy te znikają dosyć szybko przy zastosowaniu leczenia przeciwprzymiotowego. Winienem tu jednakże zaraz dodać, że podobne zajęcia oskrzeli mogą być powikłaniami czysto przypadkowymi, lub też, co niezbyt rzadko się zdarza, mogą być wywołane sztucznie przez użycie jodu w dużych dawkach, zalecanych tym chorym jednocześnie z przetworami rtęciowymi. 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 rozpoznaniu zapalenia oskrzeli natury przymiotowej należy i tę okoliczność mieć na uwadze.

Daleko częściej występuje druga postać zapalenia przymiotowego oskrzeli—*bronchitis syphilitica gummosa*—z a p a l e n i e k i l a k o w a t e. Sprawa ta charakteryzuje się tem, że na błonie śluzowej oskrzeli, tuż pod nabłonkiem wytwarzają się guziczki, wielkości ziarenka grochu lub nawet orzecha laskowego. Nabłonek, pokrywający guziki, oraz błona śluzowa właściwa są mocno nacieczone białymi ciałkami krwi; błona śluzowa ma wygląd tkanki granulacyjnej, znaleźć w niej można komórki epiteloidalne, a nawet olbrzymie komórki. Gummaty ulegają zazwyczaj szybko różnorodnym przemianom wtórnym, rozpadają się, wytwarzając różnej głębokości owrzodzenia. Jeżeli sprawa infiltracyjna była dosyć powierzchowną, to i owrzodzenia są powierzchowne, posiadają brzegi nierówne, twarde i dno szarozółtawe. 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 gummatów, są głębokie, rozległe, posiadają brzegi twarde, wyniosłe; dno ich bywa pokryte szarżółtawą 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 ścięgni-
stych nici, krzyżujących się z sobą, wśród których gromadzi się zasychająca wydzielina, wywołując tym sposobem jeszcze większe zwężenie, które doprowadzać może nieraz do zupełnego zatkania oskrzela. Jak we wszystkich zwężeniach tchawicy i oskrzelowych, tak i tutaj znajdujemy nad miejscem zwężonym miejsce nieco rozszerzone, niżej zaś jeszcze bardziej zwężone. Rozszerzenie górne zależne jest od siły wdechowej, 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 głębiej położone, t. j. średnie lub nawet i cienkie oskrzela. Jednocześnie zazwyczaj przy tej kategorii sprawach spotykamy i zajęcie gruczołów oskrzelowych; są one powiększone, twarde, nieraz tak dalece zwiększone, że uciśkać mogą sąsiednie organy. Objawy kliniczne, towarzyszące sprawie przymiotowej tchawicy i oskrzeli w epoce trzeciorzędnej. w przeciwstawieniu do objawów, znajdujących w okresach wcześniejszych, przedstawiają pewne dość charakterystyczne cechy, Na objawy te poraz 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 mało wybitne objawy, nie różniące się niczem od objawów upartego suchego kataru tchawicy i oskrzeli. Okres ten bywa zazwyczaj trudny do rozpoznania, choroby bowiem

tylko kaszłą i doświadczać 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 różniący zwężenie tchawicy i oskrzeli od takiejże sprawy w krtani, podaje, że przy zwężeniu krtani ta ostatnia wykonywa silne ruchy oddechowe, podczas gdy przy zwężeniu tchawicy i oskrzeli ruchy krtani są stosunkowo bardzo ograniczone.

Objawy fizykalne są zazwyczaj o wiele mniej charakterystyczne, aniżeli funkcyjne, zmian opukowych nie wykrywamy, przy wysłuchiowaniu zaś stwierdzamy mocny szmer świszczący, stenotyczny, przeważnie wdechowy, zależny przede wszystkim 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 piersiowej: nawet przy zatkanium zupełnem oskrzela niezbyt grubego na całej odpowiedniej stronie oddech będzie o wiele słabszym, aniżeli po przeciwnej stronie. W ogromnej jednakże większości przypadków istniejące jednocześnie zwężenie tchawicy wywołuje wyżej wzmiankowany mocny szmer stenotyczny, maskujący w zupełności mniej wyraźny szmer zwężenia oskrzelowy. 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, szmeru stenotycznego występują rżenia drobne, wilgotne, umiejscowione przeważnie w tylny-dolnych częściach płuc. Kaszel istnieje stale; z początku bywa suchy, bardzo męczący, głośny; następnie po-

wstają silne ataki kaszlowe, trwające nieraz bardzo długo, całemi godzinami, a swoim natężeniem i charakterem przypominające nieco ataki kokluszowe. W późniejszych okresach choroby zaczynają wyrzucać z początku niewielkie, następnie nawet dość znaczne ilości płwociny śluzoropnej, nieraz nawet z domieszką krwi. Płwocina ta bywa zazwyczaj wyrzucaną po silnych atakach kaszlowych, a badanie drobnowidzowe wykazuje w niej tylko znaczną ilość ciałek śluzoropnych. Głos chorych w przypadkach, nie wnikniętych zmianami w krtani, bywa zwykle czysty, w większości jednakże przypadków jednocześnie z zajęciem oskrzeli i tchawicy zajęta bywa i krtani, 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 krtani, w 36 tchawica i oskrzela, w 5 zaś same tylko oskrzela. W przypadkach, gdzie mamy jednocześnie zajęta krtani, za pomocą badania wziernikiem krtaniowym możemy wykryć różnorodne zmiany, właściwe późnym okresom przymiotu krtani (zajęcie ochrzęstnej, zgrubienia bliznowate, zwyrodnienia strun, nawet kilaki (*gummata*)), które w wysokim stopniu mogą ułatwić rozpoznanie istoty syfistycznej sprawy oskrzelowej. Przy zajęciu 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 zбоceń; 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 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 kategorii chorych, najczęściej mamy do czynienia z powikłaniami w płucach;

sposstrzegamy więc zastoje, obrzęki płuc, ogniska zapalenia zrazikowego natury ropnej (*bronchopneumonia acuta suppurativa*), nieraz nawet zgorzel płuc. W niektórych przypadkach występuje wskutek ucisku mocno zgrubiałych gruczołów okołoskrzelowych 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 śluzu, nagromadzonego w oskrzelach i tchawicy, posuwać w górę i wyrzucać na zewnątrz. 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 wydany 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 przypadków, 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 arteryi 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 dotyczy etyologii 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 zależnem bywa od sprawy przymiotowej dziedzicznej.

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

spostrzeganych, okres 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 którym mowa, od chwili pierwszych objawów przymiotowych, wynosi podług VIERLING'a przeciętnie 2—3 lat; w moim drugim przypadku okres ów wynosił przeszło lat 20.

Przebieg cierpienia (a więc i r o k o w a n i e) bywa zazwyczaj niepomysłny, chorzy bowiem najczęściej szukają porady dopiero wówczas, gdy już wytworzyły się bardzo głębokie zmiany w tchawicy i oskrzelach, warunkujące mocne zwężenie wskutek ściągnięcia się tkanki bliznowatej.

R o z p o z n a n i e. Przytoczona wyżej symptomatologia cierpienia pozwoli w niektórych przypadkach sprawę z łatwością rozpoznać szczególnie tam, gdzie istnieją wyraźne dane anamnestyczne co do syfilisu, zwłaszcza zaś jeżeli jednocześnie znajdujemy zmiany natury przymiotowej w innych organach, a przede wszystkim w krtani. W innych jednak przypadkach, co się częściej zdarza, nie mamy wyraźnych danych anamnestycznych; w tych razach, jak również u dzieci przy braku wyraźniejszych zmian w innych narządach, a szczególnie w krtani, rozpoznanie, zwłaszcza w okresach początkowych przedstawiać może niezwykle trudności. Objawy bowiem zwężenia tchawicy i oskrzeli mogą być zależne od ucisku, powstającego przy niektórych innych sprawach rozwijających się w śródpiersiu (*mediastinum*). Do cierpień takich należą: 1) tętniaki aorty (*aneurysmata*), które mogą uciskać tchawicę i oskrze, la, jako też nerw zwrotny lewy (w wyjątkowych przypadkach nawet i obydwu). Wielkie jednakże tętniaki aorty dają znane powszechnie objawy, charakterystyczne dla tych spraw, a które tu bliżej zbyt cieżko byłoby przytaczać¹⁾. 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 Roentgenoskopii. 2) Nowotwory śródpiersia, a szczególnie mięsaki (*lymphosarcoma*) wywołują również objawy ucisku: zwężenia tchawicy i oskrzeli. Objawy jednakże wielce charakterystyczne dla

¹⁾ Patrz szczegóły pracy mojej: Przyczynek do dyagnostyki tętniaków aorty, „Gazeta Lekarska“ 1883 r.

tego rodzaju nowotworów (rozszerzenie żył na skórze klatki piersiowej, stłumienie na mostku, powiększenie gruczołów szyjowych, obrzęk twarzy i t. p.) pozwolą sprawę tę w większości przypadków już we wczesnych okresach jej rozwoju ściśle rozpoznać.¹⁾ 3) Rak pierwotny oskrzela, cierpienie wyjątkowo rzadkie, wywołuje również objawy zwężenia, nie przedstawiające jednakże tego charakterystycznego typu, jaki spotrzegamy przy zwężeniu przymiotowem oskrzeli. Zresztą bliższe szczegóły dyagnostyczne, dotyczące raka oskrzeli, podamy w następującym rozdziale. 4) Gruźlicę płuc możnaby chyba przypuszczać w okresach początkowych choroby; od błędu ochroni jednakże ściśle badanie obiektywne, wykazujące brak objawów fizykalnych, właściwych gruźlicy, jako też ujemny wynik badania płwociny na laseczniki Koch'a. 5) Porażenie mięśni nalewko-obrączkowych tylnych, (*paralysis musculorum cricoarytaenoideorum post.*), wywołujących charakterystyczne objawy zwężenia krtani w połączeniu ze szmerem zwężenia, daje się łatwo rozeznąć drogą badania wziernikiem krtaniowym. W przypadkach, gdzie istnieje to powikłanie przy zwężeniu przymiotowem oskrzeli i tchawicy, rozpoznanie napotyka na rzetelne trudności, jak to miało miejsce w dwóch moich przypadkach, niżej przytoczonych.

Leczenie. We wczesnych okresach przy odpowiednim leczeniu specyficznem możliwe jest zupełne usunięcie cierpienia, jak to zresztą opisują wiarogodni autorowie—TÜRCK, GERHARDT i inni. Leczenie to wskazane również będzie przy wytworzonym już zwężeniu, jako często przynoszące chociaż czasową ulgę choremu. Przy istniejącem znacznem zwężeniu 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 w górnym odcinku tchawicy; w tym bowiem razie zwężone miejsce łatwo można rozszerzyć ze pomocą odpowiednich rozszerzadeł, bądź to przez ranę w tchawicy, bądź też metodą SCHRÖTTER'a — przez krtani. W większości jednak przypadków siedlisko zwężenia znajduje się w dolnej części tchawicy lub w oskrzelach, a w takich razach

¹⁾ Bliższe szczegóły patrz w pracy mojej: „Przyczynek do dyagnostyki nowotworów śródpiersiowych“, Gazeta Lekarska, 1893.

tracheotomia nie przynosi żadnej ulgi. Poprawa może nastąpić chyba w tych przypadkach, gdzie mamy jednocześnie jeszcze do czynienia z porażeniem uciskowym mięśni rozszerzaczy krtani, jak to miało miejsce u moich chorych. Tracheotomię 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 z powodu znacznej duszności i ogólnego niepokoju chorego dokładne zbadanie krtani i tchawicy za pomocą wziernika jest bardzo trudne, lub nawet zupełnie niemożliwe. Przy zwężeniu w dolnym odcinku tchawicy lub oskrzelach, po dokonaniem przecięciu tchawicy stosują niektórzy autorowie, głównie prof. PIENIAŻEK w Krakowie, rozszerzenie za pomocą odpowiednich narzędzi. Wyniki, osiągnięte przez prof. PIENIAŻKA, a przedstawione na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w lipcu w 1900 r., są wielce zachęcające ¹⁾.

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

Dziewiętnastoletni 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 przy zwykłych zajęciach; od trzech miesięcy duszność zaczęła się znacznie wzmacniać do tego stopnia, że najmniejszy wysiłek fizyczny stawał się niemożliwym; w ostatnich czasach zaczęły się dołączać napady zaduszania. Jedna z siostr 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. Przy badaniu chorego znaleziono: chłopiec napozór wygląda zupełnie zdrowo, jest dobrze zbudowany i odżywiany. Przy oddychaniu nawet zdaleka słyhać wyraźny szmer oddechowy świszczący. Głos zupełnie

¹⁾ Bliższe szczegóły tej metody patrz: Dziennik zjazdu IX lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, 1900 r.

ezysty; badanie nosa i gardzieli 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, pozostawiając między sobą niewielką szparę. (Porażenie rozszerzaczy krtani). W płucach znaleziono nieznaczne objawy kataru oskrzeli. W innych narządach zbroceń wyraźnych nie znaleziono. Ciężota ciała prawidłowa. Trzeciego dnia z powodu mocnej i stale wzmagającej się duszności dokonano przecięcia tchawicy, poczem duszność zmniejszyła się, lecz w zupełności nie ustąpiła. W ciągu dwóch tygodni następných oddech był o wiele swobodniejszy, a stan ogólny chorego zadawalniający. Dnia 5 listopada wystąpił w nocy silny napad duszności, kilka godzin trwający; dnia 6-go rano chory oddychał nieźle. Tegoż dnia w nocy zmarł przy ataku silnej duszności. Badanie pośmiertne (prof. PRZEWOSKI) wykazało co następuje. Błona śluzowa jamy ust, gardzieli i nosa zmian nie wykazuje; błona śluzowa krtani błada, 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 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 nagromadziło się na przestrzeni około 2 centymetrów masa gęstego, po części stwardniałego i zeschniętego śluzu, tak, że światło uległo prawie zupełnemu zatkanium. W oskrzelach drugo- i trzeciorzędnych oraz mniejszych błona śluzowa jest trochę zaczerwieniona i pokryta gęstym szklistym lub szarobiaławym śluzem. Płuca swobodne, trochę rozdęte i bez żadnych stwardnień. Gruczoły chłonne oskrzelowe mocno powiększone, twarde. Gruczoły chłonne

ne wzdłuż obu nerwów wstecznych (*nervus recurrens*) są tak powiększone, że nerwy te leżą jakby objęte twardą powłoką gruczołową¹⁾.

W przypadku tym, wielce ciekawym, mieliśmy do czynienia z niewatpliwą sprawą przymiotową, powstałą na tle dziedzicznym. Zmiany ograniczyły się do tchawicy i obu głównych oskrzeli, wywołując wysoki stopień ich zwężenia; powikłaniem było tu porażenie obu nerwów zwrotnych, 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 zdala już słycać głośny szmer zwężenia przy wdechu. Na skórze głowy, na prawej łopacie, na obu ramionach i biodrach znajdują się głębokie owrzodzenia, części pokryte strupami. Badanie klatki piersiowej nie wykazuje żadnych wyraźnych zmian przy opukiwaniu. Przy wysłuchiwaniu szmery oddechowe pokrywa silny świszczący szmer wdechowy. Badanie wzornikiem 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 śluzoropnej plwocinie laseczników gruczliczych nie wykryto. W kilka dni po przybyciu chorego do szpitala, z powodu wzmagającej się duszności dokonano rozcięcia tchawicy i zalecono energiczne leczenie specyficzne. Chory leczenie to prowadził w ciągu 2 miesięcy, oddychał zupełnie

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

swobodnie, owrzodzenia wszystkie zablizniły 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 pacyenta 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 tracheotomii 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 kwestyi, że mieliśmy tu do czynienia z przymiotem tchawicy i oskrzeli, z powiększeniem gruczołów okołoskrzelowych, uciskiem tychże 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 tracheotomii, pod postacią napadów zaduszania, warunkowanych prawdopodobnie, jak i w pierwszym przypadku, zatkaniem głównych oskrzeli; 3) krwotok obfity, który był przyczyną śmierci chorego, wedle wszelkiego prawdopodobieństwa jako następstwo nadzarcia większego naczynia tchawicy lub też głównego oskrzela, wskutek wrzodzącej sprawy tychże organów, jak to miało miejsce w przypadku GERHARDT'a i KELLY'ego.

ROZDZIAŁ XI.

Twardziel, Promienica i Nosaczna oskrzeli.

Treść. Wyjątkowa rzadkość tych spraw. Przypadek kazuistyczny BAUROWICZA. Symptomatologia, 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 FRISCH'a, obok zajęcia jamy noso-gardzielowej, jako najczęstszego swojego siedliska, może umiejscowiać się również i w innych organach, jako to: w jamie ustnej, w gardzieli, krtani i tchawicy. We wszystkich tych okolicach wywołuje ona odpowiednie zmiany anatomiczne i daje właściwe objawy kliniczne, w patologii szczegółowej nosa i krtani opisywane¹⁾.

Wyjątkowo rzadko zmiany twardzielowe występują w oskrzelach, i to jedynie tylko jako dalszy ciąg procesu chorobowego błony śluzowej tchawicy. W literaturze istnieje opisanych kilka zaledwie podobnych przypadków (STROGONOW'a, SCHROETTER'a, PIENIAŻKA i BAUROWICZA).

¹⁾ W naszej literaturze posiadamy doskonałą monografię tego cierpienia, napisaną przez D-ra ALEKSANDRA BAUROWICZA p. t. „O twardzieli“, (*scleroma*), Kraków, 1896.

Zmiany anatomo-patologiczne w przypadkach twardzieli oskrzeli są następujące: błona śluzowa jest mocno zgrubiała, nabłonek ulega zwyrodnieniu (nabłonek zmienia się na wielowarstwowy, płaski); błona śluzowa może ulegać zwyrodnieniu bliznowatemu, wśród tkanki bliznowatej widać wtedy ogniska tkanki granulacyjnej, w której nieraz można wykryć swoiste laseczniki FRISCH'a komórki MIKULICZA i t. p. Najczęściej zmiany te doprowadzają do znacznego zwężenia światła oskrzela. Klinicznie przypadki te odznaczają się objawami, właściwymi zwężeniu oskrzeli, które dołączają się powoli do istniejącej sprawy sklerotycznej krtani i tchawicy, przy których najczęściej dokonana została już uprzednio tracheotomia. W bardzo ciekawym przypadku, opisanym przez BAUROWICZA, dotyczącym 18 letniej chorej, duszność dołączyła się dopiero w 2 lata po dokonanej tracheotomii. 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 wejścia do oskrzeli. Następnego dnia usunięto także w części zwężające 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 wykonał 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 wejścia do obu oskrzeli znacznie zwężone. Błona śluzowa oskrzela prawego była zgrubiała, miejscami nierówna. Wejście do górnej gałęzi oskrzeli drugiego rzędu było tak małe, iż ledwie zgłębnik dał się 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 cylindrycznego 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 zwyrodniałe. Przypadek ten przytoczyłem obszerniej, gdyż wykazuje on możliwość rozszerzenia się sprawy twardzielowej na błonę śluzową oskrzeli, z drugiej zaś strony wykazuje o ile niezwykle śmiało 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 pośmiertnym zgrubienie równomierne głównych oskrzeli tuż pod skleromatycznie zwyrodniałą tchawicą z wyraźną metaplastyą nabłonka. Kilku chorych dotkniętych twardziela krtani, których wiele lat z rzędu spostrzegam, pomimo obecności rurki tracheotomijnej doświadcza stałej mniejszej lub większej duszności i kaszlu, a od czasu do czasu występują objawy zaduszania. Przepuszczać więc należy, że i u nich po wielu latach istnienia (jeden od lat 8-u) sprawa sklerotyczna krtani i tchawicy powoli posuwa się i na oskrzela.

Przebieg sprawy twardzielowej w oskrzelach bywa niezwykle przewlekły, ciągnie się całe lata, a kończy zazwyczaj niepomysłnie z powodu rozwijającego się stopniowego zwężenia. Zejście niepomysłne nastąpić może również nagle z powodu zatkania oskrzeli zaschniętym śluzem, jak to bywa przy zwężeniu przymiotowem oskrzeli. W tych czasach nawet spostrzegalem podobny przypadek u 20-letniej wiejskiej dziewczyny, dotkniętej twardziela 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 rozpoczętą chorobę; jedynie leczenie chirurgiczne 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. W razie zajęcia oskrzeli wyniki względnie pomyślne w przypadku BAUROWICZA mogą również zachęcać do zabiegów chirurgicznych.

II. Promienica oskrzeli (*Actinomyces 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 u chorej rozpoczęła się gorączką i kaszlem; po pewnym czasie gorączka spadła, pozostały zaś objawy przewlekłego niezżytu oskrzeli. Chora kaszłała i wydzielaa płwocinę cuchnącą, niezbyt obfitą, która pozostawiona w spokoju, rozdzieliła 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 kategorii cierpień w zapaleniach oskrzeli, w których wykrywano grzybki promienicy, w płucach dawały się wykazywać w różnych miejscach, a nawet u szczytów, ogniska zrazikowego zapalenia.

W jednym przypadku promienicy płuc, spostrzeżanym przezemnie przed kilku laty a dotyczącym 18-letniej zupełnie zdrowej panny, chora gorączkowała długo (kilka miesięcy), kaszłąc sucho i wzbudzając podejrzenie rozwoju gruźlicy. Badanie zaś fizykalne stale i długo wyraźnych zmian w płucach nie wykrywało. Odrazu chora zaczęła odpluwać znaczną ilość śluzopięastej, nieco cuchnącej płwociny, której badanie mikroskopowe wykryło liczne twory promienicowate. Sprawa następnie dała

¹⁾ CANALLI, Rivista clinica, 1882.

wyraźne objawy płucne pod postacią ognisk rozpadowych i zająęcia opłucnej. Zejście niepomysłne 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 zająęcia oskrzeli. Badanie pośmiertne dokonane nie było; w przypadkach, gdzie je robiono, znajdowano na błonie śluzowej oskrzeli guziczki, rozwijające się w głębi błony śluzowej. Składają się one z tkanki granulacyjnej, zawierającej nieraz komórki olbrzymie; a wewnątrz guzików dają się wykazać grzybki promienicy. Guziczki takie następnie ulegają rozpadowi: w ich wnętrzu zjawia się ropa i ziarnka żółtawe — grzybki promienicy.

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 kiedy mamy już do czynienia z typowymi 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, zająęcia gardzieli i krtani. W tym to okresie przy ciągłej wysokiej gorączce chory zaczyna kaszlać i wypluwać masy śluzo-ropne, cuchnące, podobne do wydzieliny z nosa. Na całej klatce piersiowej słyszeć się dają liczne porozrzucane rżenia, świszczące i chrapiące; duszność wzmagą się stopniowo, a zapalenie oskrzeli szybko przechodzi w zapalenie płuc, które przyspiesza zazwyczaj fatalne zejście. Zmiany anatomo-patologiczne występują na błonie śluzowej oskrzeli pod postacią porozrzucanych guziczków wielkości mniej więcej ziarnka konopi, barwy czerwono-żółtej, lekko wystających nad powierzchnią. Badanie mikroskopowe tych guziczków wykazuje, że powstają one wskutek nacieczenia drobno-komórkowego 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; bywa rozpoznawane tylko na podstawie ogólnych cech właściwych tejże chorobie. ¹⁾.

¹⁾ Wyborny opis tejże sprawy z punktu widzenia klinicznego i anatomo-patologicznego znajduje się w rozdziale „Nosacizna i tylczak“, skreślonym przez ROGER'a, a pomieszczonym w przekładzie polskim p. t. „Patologia ogólna zakażeń.“ Warszawa, 1893.

Ciała obce w oskrzelach *

* * * i tchawicy. Pasożyty.

ROZDZIAŁ XII.

Treść. Dwie odrębne grupy ciał obcych: 1) Kamica oskrzelowa (*bronchitis calculosa*); szczegółowa symptomatologia i odnośna kazuistyka. 2) Ciała obce w ścisłym tego słowa znaczeniu. Odnośna kazuistyka. Mechanizm przedostawania się ciał obcych do oskrzeli. Następstwa wywołane przez ciała obce w oskrzelu. Szczegółowa symptomatologia. 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; tracheotomia i jej doniosłe znaczenie. Pasożyty; *mycosis* oskrzeli (*aspergillus*, pleśniawki i t. p.).

Ciała obce w oskrzelach dzielimy na dwie główne kategorie: 1) na ciała obce, które stanowią patologicznie zmienione części tkanek lub wydzielin ustroju i przedostają się następnie do oskrzeli jako ciała obce, ztamtąd zaś zostają wydalane nazewnątrz (*bronchiolity*), 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 róż-

norodne zaburzenia ze strony dróg oddechowych, przebiegające w postaci ostrej lub przewlekłej. Ciała te mogą długo pozostawać w oskrzelach, nie wywołując żadnych objawów, a nawet przy wydalaniu ich nazewnątrz mogą być nieraz tylko przypadkiem zauważone; natomiast w innym szeregu przypadków obecność ich wywołuje pewne subiektywne zaburzenia, 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 specyficzne (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 szczególnie w jamach rozszerzonych oskrzeli lub też w starych jamach gruźliczych, otoczonych zbitą tkanką łączną w przypadkach zabliznionych suchot płucnych. Niektóre osobniki, dotknięte przewlekłymi 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 (syfisy i t. p.)

O b j a w y kamicy oskrzelowej sprowadzają się do najcharakterystyczniejszego z nich, t. j. do wypluwania przy kaszlu różnej ilości kamyczków. Wielkość tych kamyczków bywa nadzwyczaj różna: od ziarnka maku lub konopi do ziarnka grochu, fasoli i większej objętości. Ilość kamyczków bywa również wielce zmienną: nieraz chorzy wyrzucają jeden lub kilka w ciągu pewnego czasu, inni natomiast wyrzucają ogromne ilości

i to nieraz całymi latami. Dr. POULALION, autor monografii ¹⁾ dotyczącej tej kwestyi, podaje w swej pracy bardzo obszerną i niezwykle interesującą kazuistykę, z której przytoczymy pewne ciekawe dane; i tak znany botanik SEBASTYAN VAILLANT jak opisuje współczesny mu słynny lekarz BOERHAAVE, 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; natomiast zasługuje na uwagę spostrzeżenie świeższej daty, zrobione w r. 1883 przez znanego lekarza paryskiego FERNET'a w szpitalu Beaujon: spostrzeżenie to dotyczy 35-cioletniej kobiety o zupełnie dobrym wyglądzie, która w ciągu krótkiego czasu wypłuka około 30 kamieni różnej wielkości, między innymi znajdowały się i dochodzące do wielkości małego grochu; kamyczki wyrzucane były w czasie kaszlu bez jakichkolwiek dolegliwości ze strony chorej. Ta ostatnia zasięgnęła 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 wypłuka ogromną ilość kamyczków, wypełniających całe niewielkie pudełeczko, również odejściu kamyczków nie towarzyszyły żadne wyraźniejsze zaburzenia ze strony dróg oddechowych. Niestety, w obu tych spostrzeżeniach brak dokładniejszego opisu badania chorych i dalszego przebiegu tych spraw.

Ja również przypominam sobie dokładnie chorego z prowincyi, 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

¹⁾ „Les Pierres du Poumon, de la plèvre et des bronches et la pseudo-phtisie pulmonaire d'origine calculeuse“ par le D-r S. A. MARIUS POULALION. Paris 1891.

chemicznej szpitala, wykazały w swym składzie węglan i fosforan wapnia. Spostrzegalem również u kilku suchotników drobniotki kamyczki, od czasu do czasu wydalane przez nich z płwociną, bez jakichkolwiek z ich strony dolegliwości. Byli to chorzy, u których sprawa gruźlicza przebiegała bardzo przewlekłe, 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 subiektywnych.

W niektórych przypadkach wyrzucaniu kamyczków towarzyszy mniej lub więcej obfite krwiopłucie, czasami nawet bardzo obfite. U chorego, starannie spostrzeganego przez FRAENKEL'a, krwiopłucie poprzedzało na dni kilka wyrzucanie kamyczka.

Z innych objawów spostrzegano niekiedy ból w klatce piersiowej. Objaw ten, różnego natężenia, miał ustępować po odpluciu kamienia.

Duszność i kaszel suchy towarzyszą również niekiedy wyrzucaniu kamieni. W niektórych spostrzeżeniach, szczególnie, 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. Czy jednak duszność ta ściśle zależną była od obecności kamieni, czy też od zmian w płucach — z przytoczonej kazuistyki, nie zawierającej dokładnych danych, co do stanu narządów klatki piersiowej, trudno orzec.

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 przy jedzeniu, a następnie uległa zupełnemu zwapnieniu.

Przebieg i postaci. Kamica oskrzelowa w swoim przebiegu oprócz postaci, że tak powiedzieć można, skrytej, t. j. nie dającej żadnych objawów subiektywnych ani obiektywnych 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 śluzopropną plwocinę. Wiemy dobrze, że nawet przy dzisiejszych metodach badania suchot płucnych możemy nieraz bardzo długo nie wykrywać wyraźnych zmian fizykalnych, w plwocinie możemy nie znajdować 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 kamice oskrzelową. Przypadków takich zebrano w literaturze bardzo dużo; cytuje je obficie w swej pracy POUALION. Należy jednak zaraz dodać, że większość tych przypadków kazuistycznych dotyczyła chorych nie na istotną kamice, lecz na gruźlicę chroniczną, która zwolna ulegała zabliznieniu. Ztąd powstał termin, używany przez dawniejszych autorów: *phthisis calculosa*. Wiadomo jednakże dzisiaj, że wydalanie kamieni nie przedstawia nic charakterystycznego i występuje nawet stosunkowo bardzo rzadko w zablizniających się suchotach płucnych; przeciwnie zaś, wydalanie kamieni może mieć miejsce i w suchotach płucnych, przebiegających niepomyślnie, jak to miało miejsce w moim wyżej cytowanym przypadku. Z licznej kazuistyki, odnoszącej się do tej kategorii (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 krwiopłucie. Aczkolwiek badanie nie wykazywało zmian fizykalnych w narzą-

dach klatki piersiowej, a skąpa wydzielina laseczników gruźliczych nie zawierała, niemniej przeto obfite krwiopłucie i inne objawy pozwalały rozpoznać gruźlicę. W tydzień po krwiopłuciu 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 krwiopłucia. Chorobę uważano za poczynającą się gruźlicę, aczkolwiek zmiany szczytowe były bardzo niewyraźne. Pewnego dnia, doświadczywszy silnego bólu w okolicy 3-go prawego międzyżebra, 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 śluzo-ropną płwociną, a nawet lekkimi poruszeniami gorączkowymi. W przebiegu tej sprawy wśród wzmagającej się ekspektoracji i mocnego bólu w klatce wydalany bywa kamyczek, poczem wszystkie objawy raptownie ustępują. Interesujące przypadki tej kategorii 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 pasożytniczą, co ostatecznie przyczyniło się do wydalenia kamienia.

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

ropnia, lub przebijał się do opłucnej i wywoływał odmę piersiową oraz ropne zapalenie opłucnej (*pyo-pneumo-thorax*) z zejściem niepomysłnem. W niektórych przypadkach wytworzyły się po wypluciu przez chorych 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. XVI r. 1875*). Wreszcie w niektórych przypadkach może nastąpić zejście śmiertelne z powodu zupełnego zatkania oskrzela kamieniem, który z powodu nadmiernej wielkości nie mógł być wydalony na zewnątrz (sposprzeżenie TICE'a — POULALION obserw. 66).

R o z p o z n a n i e kamicy oskrzelowej w przypadkach, przebiegających skrycie, nie może być w żaden sposób ustalone zanim kamień nie zostanie wydalony na zewnątrz; wszystkie bowiem cechy, tak subiektywne, jak i obiektywne, wyżej opisane, nie przedstawiają same przez się ani razem wzięte nic charakterystycznego dla samej sprawy. Nawet przy wydalaniu kamieni, szczególnie drobnych, należy z punktu widzenia dyagnostycznego dokładnie określić, czy one są rzeczywiście kamykami i czy istotnie pochodzą z oskrzeli, a nie z okolic sąsiednich; czasem bowiem wraz z płwociną chorzy wydalają mocno zeschnięte kawałki twarde, mogące do pewnego stopnia przypominać kamyczki, lecz pochodzące najczęściej z jamy nosogardzielowej przy suchej postaci katarów tej okolicy. Wydzielina śluzo-ropna, pozostając długo nieraz wiele dni, na stopie gardzieli, wytwarza twarde zbite masy, które bywają wydalone przez chorych w czasie napadów mocnego suchego kaszlu. Naturalnie, kawałki te przy bliższem rozpatrzeniu po rozmiękczeniu w wodzie lub słabych roztworach alkalicznych z łatwością dadzą się rozpoznać jako zbity śluz. Za kamyczki oskrzelowe mogą być również wzięte drobne kawałeczki chrząstek, pochodzące z nosa (z przegrody nosowej), lub też z krtani wydalone z płwociną przy sprawach zgorzelinowych tych organów (zapalenie syfalistyczne ochrzestnej nosa i krtani, czasem gruźlica krtani). Dalej — drobne kamyczki mogą pochodzić z krypt migdałów podniebiennych, z których zawartość serowata może w wyjątkowych przypadkach ulegać zwapnieniu, lub z przewodów gruczołów śluzowych, nawet cząsteczki uległych próchnieniu zębów, dostając się do płwociny, mogą być również wzięte 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 (chroniczne cierpienia płuc lub gruczołów oskrzelowych), to dopiero szczegółowe badanie kliniczne jest w stanie określić.

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

II. Ciała obce w ścisłym tego słowa znaczeniu.

Ciała obce w drogach oddechowych spotykamy nadzwyczajnie często, najczęściej w krtani lub tchawicy, a stosunkowo rzadko w oskrzelach. Rozdział ten w patologii dróg oddechowych cieszy się, jeśli tak wyrazić można, niezwykle przywilejem, autorowie bowiem od najdawniejszych czasów nadzwyczaj skrzętnie notowali przypadki tej kategorii chorób. Ztąd też w literaturze zagranicznej, szczególnie z ubiegłego wieku, posiadamy olbrzymi materiał kazuistyczny, jako też cały szereg wybornych monografii, odnoszących się do tego przedmiotu (RIEGEL, POULET, GROSS, PREOBRAŻEŃSKI, KOBLER'a 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. Nasza literatura jest w odpowiednie spostrzeżenia niezwykle uboga, 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 materiału niektóre punkta odnoszące się do dyagnostyki pozostają jeszcze do wypełnienia. Oto ważniejsze ze wspomnianych naszych spostrzeżeń. 1) KLESZCZOWSKI (Pamiętnik Tow. Lek. 1842) ogłosił przypadek, dotyczący 4 $\frac{1}{2}$ -letniego chłopca, który w 4 dni po połknięciu grochu umarł przy objawach wzmagających się na-

padów 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 OLTUSZEWSKI — „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 strony klatki piersiowej unoszą się równomiernie, drżenie klatki piersiowej również z obu stron jednakowe; przy wysłuchiwanu 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 rżenia). 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 rżenia dźwięczne. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono: lewe płuco przyrośnięte; w dolnej gałęzi lewego głównego oskrzela wykryto kość długości 1 ctm., szerokości 2 ctm. z ostrymi 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

uwięźnięcia w oskrzeliu prawem szczoteczki, odłamanej przy czyszczeniu rurki tracheotomijnej. Przypadek dotyczy 65-cioletniego mężczyzny, u którego była dokonana tracheotomia z powodu zwężenia przymiotowego krtani. Przy oczyszczaniu 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 małymi ropniami; w samym początku prawego oskrzela tkwiła szczoteczka w ten sposób, że większa jej część szczerlnie zatykała oskrzele, mniejsza zaś i drucik znajdowały się w tchawicy; drucik ten, opierając się o przednią ścianę tchawicy, wywołał w niej głębokie owrzodzenie z obnażeniem chrząstki. Oskrzela mniejsze wypełnione były cieczą posokowatą. 5) PIENIAŻEK 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. fistulką, 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 przy kaszlu. Badanie laryngoskopijne nie wykazało ciała obcego w krtani ani tchawicy. Natomiast badanie płuc wykazało po całej stronie prawej utrudnienie wdechu i wydechu, cechujące się szmerem świszczącym, słyszalnym najzupełniej między kręgosłupem a łopatką, głównie przy głębokim wdechu. Chory doświadczał lekkich dreszczyków; ciepota 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 wydobyl autor szpilkę, poczem chłopiec bardzo szybko wyzdrowiał, a objawy zapalenia dolnego płata 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-cioletniego robotnika, któremu na oddziale

dokonano tracheotomii z powodu znacznego zwężenia krtani pochodzenia gruzliczego. 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 narazie 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 nawznak 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, z kąd wydobyte zostało z łatwością przy pomocy kleszczy polipowych. Długość rurki wynosiła $5\frac{1}{2}$, a szerokość 1 ctm. 7 i 8). Prof. PIENIAŻEK w wybornej i wielce pouczającej pracy: „O ciałach obcych w drogach oddechowych“, ogłoszonej w „Przeglądzie Chirurgicznym“ w r. 1895 między innymi 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 tracheotomii, — 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; narazie silnie się zakrztusiło i dostało napadu duszności; następnie dziecko chudło, mizerniało; napady kaszlu i duszności powtarzały się zwykle raz na dzień. Przy badaniu klatki piersiowej znaleziono od przodu na linii sutkowej prawej koło 4-go żebra wyraźny punkt bolesny; w okolicy prawej nadi podgrzebieniowej stłumienie, oddech amforyczny, drżenie klatki piersiowej wzmożone. 35-go dnia podczas silnego napadu kaszlu

ciało obce wypadło nazewnątrz; miało ono długości $3\frac{1}{2}$ ctm., a grubość 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 przy silnym napadzie kaszlu wyrzuciła kawałek kości o postaci klinowatej (rozmiarów autor nie podaje), z ostrymi 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 głównym oskrzelu — ciało obce, ciemno-brunatne, 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 i pokryta ropiastym śluzem; dokoła tego rozszerzenia tkanka płucna na znacznej przestrzeni {stwardniała, zmieniona w rodzaj bliznowatej tkanki łącznej, smugi jej sięgały aż do oplucnej. 12). RUTKOWSKI—„Wędrówka kłosa z oskrzeli 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 pachowej okolicy, po przecięciu którego R. wyjął kłos. Dziecko wyzdrowiało.

W dawniejszej literaturze znalazłem jeszcze 2 przypadki opisane przez MILHAUSEN'a (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. Następných dni dopiero zjawił się lekki kaszel, ból w okolicy 3-go żebra i coraz bardziej wzmagająca się duszność. Po 2-eh tygodniach, podczas ataku kaszlu, chory wypluł mało zmienione ziarnko grochu. W drugim przypadku — 65-letnia kobieta przy jedzeniu kapusty uczuła, że jakieś twarde ciało dostało się jej głęboko do dróg oddechowych i utkwilo w okolicy serca, jak sama określała, tam bowiem stale uczuwała ból. Z przodu wysłuchiwało rżenia; zmian w oddechu nie było. Powoli kaszel i duszność

stawały się coraz bardziej dokuczliwymi. Po kilku tygodniach chora raptem wypłula kawałek kości (wielkości autor nie podaje). 13) Przypadek TRĘZA („Gaz. Lek.,” r. 1875): chory podczas jedzenia mięsa poczuł, że jakieś ciało obce wpadło mu do dróg oddechowych; 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 wysłuchiowaniu oddech w tych miejscach był zmieniony. Ostatecznie, przy kaszlu chory wypłuł kostkę i następnie zupełnie wyzdrowiał (nie podano jakie było ciało obce i jak długo pozostawało w oskrzeli).

Już wyżej podane nieliczne spostrzeżenia, dotyczące ciał obcych w oskrzelach wykazują, jak wielce różnorodne mogą być te ciała: wszystko co tylko bywa wprowadzane do ust z jedzeniem, lub też wszelkie inne ciała, które wypadkowo trzymane bywają w ustach, mogą się dostawać do oskrzeli. A więc: ciała metalowe, kulki, monety, igły, kawałki kości, kłosa 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 ziarenka zboża, grochy 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 odrucha 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 osła-

bieńie czynności 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 noso-gardzielowej 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 wydalic nazewnątrz 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 przy kaszlu może być wydalone; przeciwnie, wskutek swego ciężaru opada na dół, dostając się wreszcie do oskrzela, i zazwyczaj w niem pozostaje, wklिनowując się nieraz bardzo mocno, co szczególnie o ciałach kończastych, ostrych, powiedzieć można. 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, kureząc się odruchowo, wskutek obecności ciała obcego zamykają światło oskrzela, powodując atalektazę w odpowiedniej części płuca, a tem samem znosząc t. zw. 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 tem ostatecznie zaklinować.

Co się tyczy miejsca, w którym ciała obce w oskrzelach się zatrzymują, to, jak kazuistyka wykazuje, jest niem przedewszystkiem oskrzele prawe. Podług ostatniego zestawienia Gross'a na 17 ciał obcych w drogach oddechowych, 16 znaleziono w oskrzeli prawem. W 7 przypadkach ciał obcych, również w ostatnich czasach spostrzeganych przez KOBLER'a, w jednym tylko przypadku ciało obce znajdowało się w lewym oskrzeli. Ten sam mniej więcej stosunek wypływa i z naszej kazuistyki, przytoczonej wyżej,

wnosić z niej bowiem można, że tylko w jednym moim przypadku, zakończonym śmiertelnie, ciało obce utkwilo w lewym oskrzelu. Przyczyna, dla której ciała obce dostają się przeważnie do prawego oskrzela, zdaje się, jest ta, że prawe oskrzele jest nie tylko szersze od lewego, lecz przedewszystkiem, jak wykazał AEBY, kierunek jego jest bardziej do kierunku tchawicy zbliżonym.

Ciało obce dostawszy się do oskrzela głównego najczęściej prawego, siłą ciężkości posuwa się na dół i wchodzi zwykle do jego dolnej gałęzi, jako stanowiącej prawie dalszy ciąg samego oskrzela. Rzadziej się zdarza, aby ciało obce utkwilo w gałęzi średniej, większość zaś tych ciał więźnie w dolnych gałęziach. Bardzo małe ciała mogą się przesuwac i dalej, do oskrzela trzeciorzędnego.

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

W niektórych przypadkach, jak to miało miejsce np. w przypadku KLESZCZOWSKIEGO, 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 przy jedzeniu, 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 ataków niemal zaduszania. Nieraz zmiana pozycyi, szczególnież ułożenie chorego na boku duszność tę zwiększa.

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 krwioplucie, wskutek zranienia błony śluzowej oskrzeli, szczególnież ostremi kostkami. W moim przypadku pierwszego dnia wystąpiło dość obfite krwioplucie. Kaszel suchy przy dłuższem pozostawianiu ciała w oskrzelu przechodzi zazwyczaj w kaszel

wilgotny t. j. chorzy zaczynają wyrzucać mniej lub więcej obfitą ilość plwociny śluzoropnej; zależy to od rozwijających się wtórnie spraw zapalnych oskrzeli. Plwocina może następnie nabierać charakteru czysto-ropnego, a nawet staje się ropiasto-cuchnącą, co również jest skutkiem rozwijających się następczo w samym płucu spraw natury ropnej lub zgorzelinoropnej. (Przypadek mój i MATLAKOWSKIEGO).

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

Badanie fizykalne klatki piersiowej w niektórych przypadkach, szczególnie w pierwszych dniach po wpadnięciu ciała obcego do oskrzela, może nie wykrywać absolutnie żadnych objawów nienormalnych; chory kaszle sucho, doświadcza duszności i bólu, a pomimo to żadnych zmian w oddechu nie wykrywamy, nawet w tych razach, gdzie 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 nadzwyczaj 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 obu stron, jak to miało miejsce w moim przypadku z rurką tracheotomijną, usadowioną w oskrzeli głównym. W pewnym przypadku, gdzie w oskrzeli utkwiała 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 oskrzeli wykazywać może objawy zwiężenia oskrzela w postaci charakterystycznego szmeru stenotycznego, silniejszego po stronie płuca, w którym się znajduje ciało obce. Szmer ten, z charakterem świszczącym słyszeć się daje przeważnie w okolicy międzyłatkowej; bywa on różnego natężenia, nieraz jest tak mocny, że słyhać go zdaleka nawet. 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 w oskrzeli leżących; ma on według tego autora występować po stronie, odpowiadającej ciału uwięzionemu. W naszym przypadku, cytowanym powyżej a zakończonym śmiertelnie, mieliśmy do czynienia z objawem, opisanym przez WEIL'a; szmer jednak, słyszalny przy głębokim wdechu, występował z obu stron kręgosłupa, w okolicy międzyłatkowej. Zresztą objaw ów był bardzo zmienny, były bowiem dni, gdyśmy go wcale nie słyszeli, innych znów dni występował bardzo wyraźnie; z chwilą rozwoju sprawy zapalnej zniknął zupełnie.

Zmiany w odgłosie opukowym w postaci mniej lub więcej rozległego stłumienia, oddech oskrzelowy, rżenia różnego charakteru i t. p. objawy, występujące w dalszym przebiegu, zależą nie od samej obecności ciał obcych, lecz od spraw wtórnych w płucach, przez ciała te wywołanych.

W ogromnej większości przypadków ciała obce, pozostając w drogach oddechowych dłużej niż dni kilka, wywołują szereg mniej lub więcej ciężkich zmian nie tylko w najbliższym 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 SCHÜL-

LER'a, wykazały, że ciała obce, nie zawierające pasożytów 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 przy 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 kategorii 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 śródmięszkowe 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 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, wypływało jednak dość znaczne ilości ropiastej mocno cuchnącej płwociny; przy badaniu znalazłem niezbyt rozległe ognisko zapalone w dolnej części prawego płuca. Małego pacyenta przywieziono mi znowu po kilku miesiącach; stan jego 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 ognisko-

we ropne natury zgorzelinowej ograniczyło się powoli, przechodząc prawdopodobnie w sprawę natury łączno-tkankowej.

Zapalenie zgorzelinowe może również zakończyć się pomyślnie po wyrzuceniu ciała obcego, jak to miało miejsce w wielce interesującym przypadku, opisanym przez KOBLER'a, w którym u 56-letniego mężczyzny wystąpiły nagle objawy zapalenia zgorzelinowego przedniej części prawego płuca; po kilku dniach z cuchnącą plwociną chory wyrzucił kawałek mięsa, rozpoznany histologicznie jako taki przez prof. EBNER'a 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 być zależna od ciał obcych, które wpadły do oskrzeli.

Ze spraw, rzadziej jako następstwo ciała obcego występujących, wspomnieć jeszcze musimy o promienicy (*actinomycosis*) oskrzeli, która może powstać, jak tego dowodzą spostrzeżenia ISRAEL'a i innych, przez przedostanie się do dróg oddechowych kłosa zbożowego, zawierającego grzybki promienicowe. Słuszność tego poglądu na etyologię 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, a 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 również 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 atelektazę płuc z następczemi zapaleniami, najczęściej ropnemi, wrzodziejącemi. Wskutek owrzodzenia ściany oskrzela, ciało obce dotychczas uwięzione, 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 kaszel w znacznej części przyczynia. Tą drogą również, szczególnie przy obecności drobnoustrojów chorobotwórczych mogą powstawać nie tylko rozszerzenia oskrzeli, ale i drobne jamki w płucach, wypełnione płynem ropiastym, jak to można było widzieć w moim przypadku. Tam, gdzie zatkanie oskrzelika przez ciało obce nie jest zupełne, powietrze ma utrudnione nie tylko wejście do płuca, ale wyjście z niego, co w wysokim stopniu przy istniejącym kaszlu wytworzenie się rozszerzenia oskrzela ułatwić może. Znaczniejsze rozszerzenia mogą istnieć przez dłuższy przeciąg czasu: zdarzają się przeważnie w dolnych zrazach płuc, dając klasyczne objawy, właściwe tym sprawom. Kilka przypadków tej kategorii 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, doprowadzającym w niektórych przypadkach nawet do odmy piersiowej (*pnemothorax*), jako też o zapaleniu płuc zrazowem (*pneumonia fibrinosa*), które w niektórych razach, jak o tem świadczy jeden z przypadków opisanych, pomyślnie się ukończyło.

Rozpoznanie ciała obcego, utkwionego w oskrzelu, na podstawie wywiadów i symptomatologii, w większości wypadków

nie powinno nastęrczać jakichś poważniejszych trudności. Nagłe powstanie sprawy, szczególnie podczas jedzenia, suchy, duszący, uparty kaszel, objawy zwiężenia oskrzela, pozwolą szybko zorientować się lekarzowi, z czym ma do czynienia. Najczęściej jednakże, szczególnie 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 zasięгают porady. W tych razach objawy jednostronnego zwiężenia oskrzeli, ogniska zrazikowego zapalenia płuc, lub też rozszerzenia oskrzeli jednostronne i w dolnych zrazach umiejscowione winny lekarza naprowadzać na odpowiednie rozpoznanie, tem bardziej, jeżeli dowiemy się, że sprawa powstała nagle u uprzednio zdrowych dzieci. Czasami raptownego wpadnięcia ciała obcego do oskrzela u dzieci nie można narazie 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 larygoskopowe, które może być wykonane nawet u najmłodszych dzieci, wreszcie cały przebieg choroby uchronią od możliwego błędu.

W ostatnich latach zyskaliśmy w celu rozpoznawania ciał obcych w oskrzelu znakomitą metodę w Roentgenoskopii, przy pomocy której wielokrotnie nietylko obecność, ale wielkość i umiejscowienie ciała obcego nadzwyczajnie ściśle rozpoznać możemy; dotyczy to przedewszystkiem ciał metalowych — igły, szpilki, monety, guziki, kule, kaniule 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, do dróg oddechowych dostać się mogą. Jednakże i te ostatnie ciała, jak się to osobiście przekonać mogłem w naszej pracowni roentgenograficznej szpitalnej, mogą być przy prześwietlaniu rozpoznane, naturalnie o ile nie są zbyt małe. Ciała organiczne, jak kawałki mięsa, i t. p., za pomocą rentgenoskopii nie mogą być rozpoznane, gdyż promienie przepuszczają w zupełności; natomiast kostki, lecz niezbyt małe, mogą być wykryte. Ość rybia i chrząstki przepuszczają promienie dobrze i nie mogą być rozpoznane. Ztąd też lekarz winien zawsze w razie podejrzenia ciała obcego w oskrzelu uciec się do badania chorego za pomocą tej metody, szczególnie u dzieci, u których klatka piersiowa doskonale da się prześwietlić.

W ostatnich czasach prof. KILIAN z Freiburga opisał osobny przyrząd, nazwany przez niego bronchoskopem, przy pomocy którego mógł, jak utrzymuje, dokładnie badać wzrokiem, przy odpowiednim oświetleniu, grubsze, a nawet głębiej położone oskrzela. Tą metodą udało się KILIAN'owi w kilku przypadkach rozpoznać a następnie wyjąć ciało obce, głęboko w oskrzelach usadowione. Przyrząd jednak jest dotychczas zbyt skomplikowany, wymaga specjalnej techniki i może być zastosowany tylko u wprawionych do tego badania chorych (naturalnie, nie u dzieci); ztąd też metoda KILIAN'a może dopiero w przyszłości, po odpowiednim udoskonaleniu znaleźć szersze zastosowanie przy rozpoznawaniu ciał obcych w oskrzelach.

Z punktu widzenia diagnostycznego należy jeszcze dodać, że niektóre osobniki, szczególnie kobiety histeryczne mogą się uskarżać na objawy, w wysokim stopniu podobne do objawów ciała obcego w oskrzelach, którego tam w rzeczywistości niema. Ujemny rezultat szczegółowego badania, a przytem inne objawy histeryczne mogą naprowadzić na rzeczywiste rozpoznanie.

Rokowanie w przypadkach ciała obcego w oskrzelach wogóle uważać należy za bardzo poważne; wydalenie bowiem samodzielne takiego ciała nazewnątrz i powrót do zupełnego zdrowia, nie często się zdarza; zresztą nieraz nawet i przy tem szczęśliwym zejściu pozostają pewne zmiany w płucach lub oskrzelach (przewlekłe katary, stwardnienie płuc (*cirrhosis*) i t. p.). W znacznej odsetce przypadków następuje zejście fatalne bardzo szybko, lub, co się najczęściej zdarza, po pewnym przeciagu czasu, wskutek spraw następczych, o których mówiliśmy wyżej. Co się tyczy cyfr statystycznych, to BEHRENS na podstawie ogromnego materiału podaje 34% zejść śmiertelnych wogóle przy ciałach obcych w drogach oddechowych. POGREBIENSKI na podstawie całkowitego materiału, 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 materiale kazuistycznym, niema pod tym względem doniosłości, widzimy w niej jednakże, że z liczby 14 przypadków tylko 3 zakończone zostały śmiertelnie.

Leczenie. Wskazaniu podstawowemu przy leczeniu ciał obcych oskrzeli odpowie możliwie szybkie wydalenie tych ciał

nazewnątrz; wiadomo bowiem, że pozostawianie 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 podręcznikach, opiera się na spostrzeżeniach, w których ciała obce bez żadnej interwencji po pewnym przeciągu czasu samodzielnie wydalają się nazewnątrz. Takie jednak zejścia, jak łąwykazują dane statystyczne, wyżej podane, bynajmniej nie przemawiają na korzyść tej metody, wiemy bowiem, że w ogromnej większości przypadków nie tylko ciała obce nie wydalają się samodzielnie nazewnątrz, lecz przeciwnie wywołują u chorych bardzo groźne następstwa; nadto z liczby tej kategorii wyleczeń znaczny procent stanowią prawdopodobnie ciała obce, które jeszcze nie uwieżyły w oskrzelach, lecz tylko w krtani i tchawicy. HOFFMANN, opierając się na zebranych przez siebie materyale, oraz na danych, zaczerpniętych z pouczającej 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 zmarł jeden (nie leczony), dziewięciu wyzdrowiało (z tych u 6-u była dokonana tracheotomia). Do drugiej grupy, obejmującej 61 przypadków, należały ciała obce nierówne, twarde, większej objętości, o których zgóry 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 kłosa. 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 utworowały 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 15; z wyleczonych u 7-u dokonane było przecięcie tchawicy. Z liczby 22 zmarłych u 6-u dokonane było przecięcie tchawicy. Zapewne powyższe, dane statystyczne są wielce ciekawe, w każdym jednak razie nie dają jakichś pewnych wskazówek do postępowania

lecniczego w podobnych przypadkach; tem bardziej, że zresztą każdy pojedynczy przypadek odznacza się rozmaitemi właściwościami, zależnemi nie tylko od wielkości i jakości ciała obcego, lecz także od właściwości danego osobnika. Ztąd w każdym poszczególnym wypadku należy obmyśleć odpowiedni sposób postępowania. Nic też dziwnego, że różni autorowie tak wielce różne podają wskazania, i nieraz wprost przeciwne wyprowadzają wnioski ze swych statystyk. Odrzuciwszy 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 przy stanowczem, rozeznaniu ciała obcego. Najpospolitszą i powszechnie wsród 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, przy którym ciało obce bywa wydalone na zewnątrz. Szczęśliwe wyniki takiego leczenia, zdaje się, przypisywać należy temu, że ciało obce nie wpadło jeszcze głębiej, lecz zatrzymało się głęboko w gardzieli, 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 wydalania ciała przy pomocy odpowiedniego ułożenia chorego, na boku, z opuszczoną na dół głową, a wzniesionym nieco w górę tułowiem. Zastosowaniu tego sposobu zawdzięczam wydostanie się rurki tracheotomijnej z oskrzela w przypadku opisanym wyżej. Do tej samej kategorii zaliczyć należy metodę popularną, t. j. wzniesienie chorego do góry za nogi, z głową na dół opuszczoną; szczególnie u dzieci opisują dobre wyniki tego sposobu. Teoretycznie da się to zupełnie dobrze wytłómaczyć, szczególnie, 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 nie ma lekarza, szczególnie u dzieci może być zastosowaną, 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 wydalania ciał obcych z dróg oddechowych, nieraz ze skutkiem

pożądanym, zwłaszcza gdy zostały zastosowane szybko po nastąpieniu przełknięciu ciała obcego. I tutaj, sędzę, dodatnie wyniki dotyczą raczej przypadków ciał obcych gardzieli, przelyku i krtani; przemawiają za tem zestawienia Gröss'a, który na 66 przypadków ciał obcych w oskrzelach leczonych środkami wymiotnymi a zanotowanych w literaturze, znalazł tylko w trzech wzmiankę o wyniku dodatnim tej metody. Środków więc wymiotnych należy, zdaniem mojem, unikać, nietylko bowiem korzyści trudno się od 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 czy sto chirurgiczne, a przedewszystkiem przecięcie niskie tchawicy (*tracheotomia inferior*). Opierając się na spostrzeżeniach kazuistycznych z ostatnich lat, zwłaszcza na gruntownych pracach prof. PIENIĄŻKA z Krakowa, jako też i na mojem osobistem doświadczeniu, 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 jak najwcześniej. Przez rękoczyn ten, dziś nie przedstawiający sam przez się żadnego większego niebezpieczeństwa dla chorego, osiągamy, następujące korzyści niezmierniej doniosłości. 1). Wielokrotnie się zdarza, jak to sam spoztegałem, że przy samem przecięciu tchawicy z chwilą przedostania się do niej powietrza, a powstałego ztąd mocnego kaszlu ciało obce odrazu wypada przez ranę tracheotomijną. Tak nastąpiło 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 narażonym na zaduszenie się, które nieraz następowało z tego powodu, że ciało obce, wydostawszy się raptem z oskrzela, uwięzło w głośni. Tracheotomia więc nietylko znacznie ułatwia wydalenie samodzielne ciała obcego, lecz jednocześnie stwarza dla organizmu możliwie najlepsze warunki.

Jeżeli w ciągu dni kilku do tygodnia po dokonaniem przecięciu tchawicy ciało obce nie zostało wydalone, należy stanowczo

przystąpić do usiłowań w celu wydobycia go z oskrzela przez ranę tracheotomijną przy pomocy odpowiednich szczypczyków (konstrukcyi PIENIAŻKA, SCHROETTER'a, LANDGRAFFE'a i innych). Przedewszystkiem jednakże należy upewnić się co do miejsca i głębokości siedliska ciała obcego za pomocą sondowania oskrzela. Rękoczyn ten nie przedstawia żadnych trudności: przy pewnej wprawie z łatwością wejść można odpowiednim zgłębnikiem do oskrzela. Jeżeli szczęśliwie uda nam się w ten sposób wyczuć ciało obce, przystępujemy natychmiast do jego wyjęcia w siedzącej pozycyi chorego, przy odpowiedniem oświetleniu; pozycja siedząca jest najbardziej dogodna, chociaż czasami, jak to się zdarzyło w jednym z moich przypadków, cel osiągnąć można dopiero po ułożeniu pacjenta głową ku dołowi. W razie jeżeli nie można wydobyć ciała obcego na jednym posiedzeniu, należy próby takowe powtarzać wielokrotnie. Zresztą bliższe szczegóły, czysto chirurgiczne pomijam, odsyłając czytelnika do pracy PIENIAŻKA.

O innych metodach chirurgicznych wydobywania ciał obcych z oskrzeli, polegających na otwieraniu śródpiersia, wspominam tylko mimochodem, tem bardziej, że rezultaty tych operacyi nie są dotąd bardzo zachęcające. O metodzie KILIAN'a i jego bronchoskopie wspominałem już wyżej, dodając tutaj, że w ostatnich zupełnie czasach również SCHRÖTTER (*Zur Diagnostik der Fremdkörper in den Luftwegen 1901*) przy pomocy bronchoskopu rozpoznał, a następnie wyjął ciało obce (kawalek ołówka) z oskrzela drugorzędneho.

Reasumując to, cośmy mówili o leczeniu w przypadkach ciała obcego w oskrzelach, dojść musimy do przekonania, że wskazane tu są li tylko metody chirurgiczne (tracheotomia z wyjęciem następczem ciała obcego), jako dające największą rękojmię pomyślnego zakończenia choroby. Co się tyczy przypadków w których ciało obce nie wydalilo się samodzielnie lub też nie zostało usunięte przy pomocy zabiegów chirurgicznych z powodu zbyt głębokiego zaklinowania, to w tych razach należy również rurkę tracheotomijną zostawić jak najdłużej, nieraz bowiem przy następczem ropieniu ciało obce zostaje uwolnione, a wtedy łatwiej wydalone być może, jeżeli ma ułatwione szerokie i 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.

P a s o ż y t y.

Na błonie śluzowej oskrzeli, jakoteż i w jej wydzielinie, przy różnorodnych sprawach chorobowych, spotykamy wielce rozmaite mikroorganizmy, tak niewinne saprofity, jakoteż i bakterye 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 organizmu z jam patologicznych, komunikujących z oskrzelami (jamy gruźlicze, jamy bronchiektatyczne, przebity otok ropny (*empyema*), zropiały gruczoł okołooskrzelowy i t. p.).

Wyżej, mówiąc o etyologii katarów przewlekłych oskrzeli, wspominaliśmy, w jakich warunkach i w jaki sposób te różne pasożyty chorobotwórcze mogą się przyczyniać do powstawania danych spraw chorobowych; to samo mówiliśmy i przy opisie procesów gnilnych w oskrzelach; zastanawialiśmy się również nad rolą laseczników gruźlicy, twardzieli, nosacizny przy powstawaniu odpowiednich zapaleń specyficznych 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 astmatycznymi. Grzybki te, rozwijające się przeważnie w płucach, dają powód do pewnych, aczkolwiek wielce rzadkich, lecz bardzo ciekawych spraw chorobowych, zwanych cierpieniami mykotycznymi płuc, oddawna znanych, a w ostatnich czasach szczegółowo opisanych przez STICKER'a¹⁾, u nas zaś przez CIĄGLIŃSKIEGO²⁾. 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 płwocinie. (Przypadki VIRCHOW'a, FÜBRINGER'a, POPOW'a i innych).

¹⁾ „Schimmelpilzkrankheiten der Lunge“. — Dr. GEORG STICKER. Wien 1900

²⁾ „O mykozach pleśniowych“. — CIĄGLIŃSKI — „Pamiętnik Tow. Lek.“ 1890.

Oidium albicans, rozwijające się, jak wiadomo, w jamie ustnej w różnych postaciach charłactwa, szczególnie u dzieci, rzadziej u dorosłych, może z jamy ustnej posuwać się do krtani, tchawicy, a nawet i oskrzeli, wywołując objawy utrudnionego oddechania, kaszlu i duszności. Wielce interesujący pod tym względem przypadek spostrzegłem niedawno: 60-kilkoletni mężczyzna, od lat wielu z przewlekłym cierpieniem wątroby (*cirrhosis*), począł doświadczać od kilku dni utrudnień przetykania 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, jako też w całej tchawicy, aż do oskrzeli. Chory p r z y b a d a n i u przestawiał 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.

Nowotwory oskrzeli i tchawicy.

ROZDZIAŁ 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 symptomatologia.

Pierwotne nowotwory oskrzeli występują stosunkowo bardzo rzadko. Anatomico-patologowie opisują tu gruczolaki (*adenoma*), włókniaki (*fibroma*) pod postacią tworów brodawkowych, tłuszczaki (*lipoma*), wreszcie chrząstki (*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 napotykanie bywają głównie dwa rodzaje: mięsaki (*sarcoma*) i raki (*carcinoma*). Mięsak występuje w oskrzelach przede wszystkim jako *lymphosarcoma*, a za punkt wyjścia ma zwykle gruczoły okołoskrzelowe. Sprawa klinicznie przedstawia się najczęściej jako cierpienie wtórne, z typowymi objawami guza śródpiersia, które szczegółowiej opiszemy w rozdziale o chorobach śródpiersia; objawy wyraźne występują bowiem dopiero wówczas, gdy zajęte przez nowotwór gruczoły okołoskrzelowe zaczynają wywierać ucisk na większe oskrzela, powodując ich zwężenie. Czy nowotwór zaczął się pierwotnie rozwijać w oskrzeli, czy też w gruczolach okołoskrzelowych, 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, (HOFFMANN zestawiał zaledwie kilkanaście przypadków), odznaczają się nieraz pewnymi cechami charakterystycznymi, które pozwalają nawet za życia pacjenta należyście rozpoznać chorobę (przypadek EBSTEIN'a). Sądzę więc, że pomimo niezwyklej rzadkości tego cierpienia należy chociaż pokrótce o niem pomówić, tembardziej, że sam miałem możność jeden przypadek spostrzeżać.

N., lekarz, lat 39 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 linii sutkowej prawej, w okolicy 4-go żebra, na przestrzeni wielkości rubla srebrnego. Szmer oddechowy w tem miejscu był osłabiony; u szczytu, z przodu i z tyłu 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 wyraźnymi objawami wysięku prawostronnego. Płyn aspirowany (300 cm³) był krwawy. Chory czas jakiś czuł się niezłe, nie gorączkował, duszność miał mniejszą, a nawet był w stanie zajmować się praktyką. W lecie tegoż roku przebył ciężką dezynteryę 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; przy przekłuciu próbnem otrzymano ropę. W kilka dni potem dokonana została torakotomia z resekcją 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 nierównymi brzegami, napełnioną szarawym, nieco cuchnącym płynem ropnym. W zrazie dolnym i górnym liczne ogniska rozpadowe w postaci jam, napełnionych płynem ropnym, nieco cuchnącym (*pneumonia lobu-*

laris). Błona śluzowa tchawicy i oskrzeli lewego płuca biała; w prawym 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 EBSTEIN²⁾ na dwie kategorie. W przypadkach, w których rak stale, lub też bardzo 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 niezawsze 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 EBSTEIN'a.

W drugiej kategorii przypadków sprawa rakowata, biorąca początek w oskrzelu, rozszerza się szybko na sąsiednią tkankę płucną, a wówczas powstają pewne, nieraz dość charakterystyczne objawy, na których zasadzie cierpienie, nawet za życia chorego, może być rozpoznane. 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 opłucnej 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 krwio-

¹⁾ Bliższe szczegóły, dotyczące tego wielce ciekawego spostrzeżenia, ogłosił Dr. SADOWSKI w № 23 „Medycyny“ z r. 1901.

²⁾ Deutsche Med. Woch., 1890.

plucie i t. p.). W drugim okresie, t. j. w okresie rozszerzenia się sprawy na płuco, występują mniej więcej następujące objawy.

1-0. Kaszel, dotychczas suchy, zmienia charakter, chory zaczyna wyrzucać plwocinę śluzo-ropną, dość często krwią zabarwioną; krwawienie to bywa nieraz bardzo uparte, trwa całe tygodnie, a nawet miesiące. W niektórych przypadkach plwocina krwawa nabiera pewnego odrębnego charakteru, przypominając galaretę malinową. Plwocinę taką uważano dawniej niemal za patognomiczną 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 najkapitałniejszy i podstawowy moment rozpoznawczy. W większości jednakże przypadków badanie mikroskopowe wykazuje w plwocinie tylko ciałka śluzo-ropne, 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 jednak 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 same przez się na korzyść rozpoznania raka oskrzeli nie mogą przemawiać. 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 surowiczo-krwawymi, które nawet uważano za patognomiczne dla sprawy rakowej. Doświadczenie jednak wykazuje, że tak nie jest, podobny bowiem płyn spotykamy również często i przy gruźlicy opłucnej. Wysięk, raz powstały, zwykle nie ulega wchłonięciu, po usunięciu sztucznem szybko zbiera się powtórnie. Czasem jednakże, jak np. w naszym przypadku, wysięk krwawy po usunięciu nie powrócił; to samo spostrzegł HAMPELN. Wysięk może być również ropny, lub, co się najczęściej zdarza, cuchnąco-ropny. W naszym przypadku płyn ropny pochodził nie z opłucnej, lecz z rozpadu tkanki płucnej, rakiem dotkniętej. W każdym razie

objawy wysięku, a szczególnie krwawego, długo nieulegającego wchłonieniu, przy ogólnym upadku sił i braku danych, przemawiających za gruźlicą (laseczniki w płwocinie, 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). Stopieniu 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, szczególnie 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 przy przekłuciu próbnym możemy otrzymać płyn ropny, jak to się zdarzyło w przypadku, opisanym wyżej. Spostrzegłem kiedyś przypadek nowotworu płuca, gdzie przy 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 przy przekłuciu próbnym, 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 — rżenia 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, jak to było w wielce interesującym przypadku, opisanym przez prof. PRZEWO-SKIEGO ¹⁾, w którym rak pierwotny oskrzela wrósł na znacznej przestrzeni w górny zraz płuca i wywołał tam powstanie jamy

¹⁾ „Pamiętnik Tow. Lek.“ 1897, str. 792.

wielkości pięści. Naturalnie, od błędu uchronić może szczegółowe badanie płwociny, ściśle wywiady i t. p.

Obok powyższych zmian w tkance płucnej, sąsiadującej z rakiem, a często w okresie rozpadu wskutek aspiracji i w drugim 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 wskutek ucisku guza lub powiększonych wtórnie gruczołów okołoskrzelowych. 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 źrenicy i t. p.; naturalne 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 nawet do ataków zaduszania głównie zaś w tych przypadkach, gdzie 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 przepuszczającym; ztąd HAMPELN proponuje dla niej nazwę gorączki przepuszczającej rakowatej. Że podobny typ gorączki może istotnie nawet przez długi przeciąg czasu występować przy raku narządów wewnętrznych, symulując typowe napady zimnicy, o tem miałem możność przekonać się niejednokrotnie w przypadku pierwotnego raka wątroby, szczegółowo przezemnie spotrzegany, w ciągu kilku tygodni gorączka miała charakter zimniczej typowej¹⁾, w wysokim stopniu maskującej istotną sprawę. 2-o) *Charłactwo*, właściwe i wielce charakterystyczne dla spraw rakowatych, odznaczające się przede wszystkim stopniowym ciągle postępującym upadkiem sił, oraz typowo zmienionym wyglądem chorych, ma według autorów występować i przy raku oskrzela, a nawet stanowić dla niego cechę rozpoznawczą, która raka odróżnić nieraz pozwala od innych spraw płucnooskrzelowych pochodzenia nierakowatego, 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 przy raku oskrzeli, podobnie zresztą jak i przy 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 odżywianiu, nawet dość znacznie zyskał na wadze. Charłactwo więc nie może stanowić kryterium rozpoznawczego dla raka oskrzeli: może nie występować przy raku, a występować w innych chorobach, np. w przypadkach rozszerzeń oskrzeli, gruźlicy płuc, a zwłaszcza pierwotniej gruźlicy opłucnej. Z powyższego zestawienia całokształtu symptomatologii pierwotnego raka oskrzeli dochodzimy do wniosku, że nie posiadamy (wyjawszy te przypadki, kiedy się uda pod drobnowidzem wykryć w płwocinie pierwiastki rakowate) ani jednego objawu, na mocy którego bylibyśmy w możności stanowczo pierwotnego raka oskrzeli rozpoznać; jak słusznie utrzymuje EBSTEIN, objawy rozpoznawcze są tutaj tak zmienne,

¹⁾ Gazeta Lekarska — 1882 r.

iż gdyby się nam nawet udało w pewnym przypadku z zestawienia objawów rozpoznać trątnie raka oskrzeli, to bynajmniej nie upoważniałoby 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.

KILIAN (*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 1½ roku.

Zmiany anatomico-patologiczne 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 wyżej 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 nieregularnymi, wałowatymi 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 płasko-komórkowy, 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 anatomico-patologowie, np. KAUFMANN w swoim znanym podręczniku nie poświęca rakom oskrzela osobnego działu: opisuje ich jako raka 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 na-

blonka. Komórki nowotworowe bywają zazwyczaj duże, często wielojądrowe, stożkowate, cylindryczne lub sześciennie. Obrazy przypominają nieraz raka gruczołkowatego (*adenocarcinoma*), w innych razach raka galaretowatego, lub śluzowego (*Gallertkrebs*, *Schleimkrebs*). Makroskopowo, rak oskrzeli przedstawia się pod dwiema postaciami: nacieczenia (*infiltratio*) i guza. Nacieczenie rakowe ściany oskrzela zdarza się najczęściej około wnęki i doprowadza zwykle do znacznego zwężenia 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 przy rakach niektórych innych narządów wewnętrznych, jest tu dotychczas zupełnie bezsilną. Pozostaje jedynie stosowanie środków wzmacniających i podtrzymujących siły chorego (dobre odżywianie, przebywanie na świeżem powietrzu i t. p.). Taka terapia dyetyetyczna może nieraz, jak to widzieliśmy w naszym przypadku, na czas pewien poprawić stan ogólny chorego. Obok tego uciekać się musimy do leczenia objawowego, przy którym środki kojące (*narcotica*) pierwszorzędną odgrywają rolę. Powikłania leczymy właściwymi środkami (wdechania antyseptyczne przy zjawieniu się cuchnącego zapalenia oskrzeli, środki ściągające przy krwiopłuciu i t. p.). Wysiłek opłucnej, osobiście w większej ilości (nawet krwawy), należy zawsze sztucznie usuwać, sprowadza to bowiem znakomitą ulgę choremu. W razie powtórnego zebrania się wysięku można bez wahania powtórzyć zabieg, choćby nawet kilkakrotnie. Leczenia czysto chirurgicznego (resekcyja odpowiednich części) przy dzisiejszym wysokim stanie chirurgii należałoby zdaniem mojem próbować w tych wyjątkowych wypadkach, w których będziemy mogli siedlisko cierpienia wcześniej i ściśle rozpoznać.

Nowotwory, ograniczone do samej tylko tchawicy, występują również stosunkowo rzadko, jednak nieco częściej, niż

nowotwory oskrzeli; w pewnych przypadkach nowotwory tchawicy, szczególnie złośliwe, przechodzą zwykły następco na oskrzela. Nowotwory tchawicy zazwyczaj szczegółowo bywają omawiane w podręcznikach laryngologii ¹⁾. Sądzę jednakże, że nie będzie rzeczą zbyteczną, jeżeli i na tem miejscu dla całości wykładu uwzględnimy i tę kategorię 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 kategorie: na nowotwory łagodne i złośliwe.

Do pierwszej kategorii zaliczamy. 1) *Włókniki* — *fibromata* (opisano 23 przypadki), które występują pod postacią guzów okrągławych, lub nawet szypułowatych, różnej wielkości, (dochodzą nieraz do wielkości orzecha laskowego) i wywołują przez swoją obecność objawy mniejszej lub większej duszności. Włókniki szypułowate sprowadzają od czasu do czasu napady zaduszania, wskutek tego, że przy fonacyi wchodzą do głośni, jeżeli są umieszczone w górnym odcinku tchawicy; z dolnego odcinka opuszczają się mogą do oskrzela i zamykać jego światło. Jedyny przypadek takiego nowotworu widziałem przed kilku laty u pięćdziesięciokilkolletniej kobiety. Guz czerwonego 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* (*lymphomata*). wole wewnątrz tchawicowe (*struma intratracheale*).

Do kategorii nowotworów złośliwych należą *mięsaki* — *sarcomata* (14 przypadków); występują one jako pierwotne, umiejscowione

¹⁾ Wyczerpująco opracował ten dział BRUNS w zbiorowej laryngologii HEYMAN'a, T. I, str. 950, jakoteż SCHRÖTTER w swoim, wyżej cytowanym podręczniku chorób tchawicy.

wione 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 przelyku i gruczołu tarczowego). Pierwotne raki tchawicy (31 przypadków) występują pod postacią rozlanych nacieków, zajmujących stopniowo wszystkie warstwy tchawicy i szerzących się nieraz ku dołowi do oskrzela. Nowotwór taki zazwyczaj szybko się rozpada, wytwarzając mniej 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 zostają 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 średnim 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.

Objawy, wywołane obecnością nowotworów tchawicy, występują dopiero wówczas, gdy guzy te zaczynają wywoływać 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*). Szerzenie zwężenia, o różnym natężeniu, zależy od wielkości guza. Przy wzmagającym się zwężeniu występują napady zaduszania. Z objawów wtórnych zanotować należy, podobnie jak przy nowotworach oskrzeli, rozedmę płuc, sprawy atelektatyczne, zapalenia wtórne ogniskowe i t. p., zajęcie gruczołów szyjowych i ogólne objawy charłactwa, właściwe nowotworom złośliwym.

Rozpoznanie nowotworów tchawicy, szczególnie umiejscowionych w górnym jej odcinku, w wielu razach może być z wielką łatwością przy pomocy wziernika krtaniowego ustalone.

Objawy bowiem zwężenia krtani winny zawsze skłaniać lekarza do badania wziernikiem tegoż organu. Nowotwory, umiejscowione w dolnym odcinku, a szczególnie 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, szczególnie 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 przy pomocy tracheoskopii, rurki tchawicowe 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 reżeczynach chirurgicznych. Nowotwory łagodne, umiejscowione w górnym odcinku tchawicy, mogą być czasem pomyślnie operowane na drodze wewnątrzkrtańowej; guzy większe, nizko w tchawicy usadowione, jakoteż nowotwory złośliwe mogą być usunięte jedynie za pomocą rozszczepienia krtani i tchawicy (*laryngotracheofissura*)
Szczegóły tych zabiegów wkraczają w dziedzinę laryngo-chirurgii i opisane są w odpowiednich podręcznikach (BRUNS, SCHRÖTTER, SCHÜLFER i inni).

Rozszerzenie (rozstrzeń) * *

* * * * * oskrzeli.

(Bronchiectasis).

ROZDZIAŁ XIV.

Treść. Szczegółowa etyologia. Patogeneza. Teorie powstawania rozszerzeń. Podział. Zmiany anatomico-patologiczne. Symptomatologia. Powikłania. Rozpoznanie różniczkowe. Leczenie wewnętrzne i chirurgiczne rozszerzeń oskrzeli. Rozszerzenia atelektatyczne oskrzeli i rozszerzenia, napotykanie u płodów.

Rozszerzenie oskrzeli, właściwie mówiąc, nie jest cierpieniem samodzielnym, lecz tylko następstwem różnorodnych chorób dróg oddechowych, przede wszystkim zaś oskrzeli; ztąd też słusznie 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 anatomico-patologa, aniżeli dla klinicyisty, 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 jako odrębną postać chorobową określać. Dlatego też sprawie tej poświęcamy odrębny rozdział.

Zaznaczyliśmy wyżej, że rozszerzenie oskrzeli jest sprawą następczą; przede wszystkim więc rozpatrzmy te wszystkie mo-

menty, które stanowią jego istotną przyczynę,— zastanówmy się nad etyologią sprawy w ścisłym słowa tego znaczeniu.

1-o) Jedną z najczęstszych i najgłówniejszych przyczyn rozszerzenia oskrzeli są zapalenia, katarary ich błony śluzowej. LAENNEC, który pierwszy z punktu widzenia anatomo-patologicznego i klinicznego rozszerzenie oskrzeli w sposób klasyczny i do dziś dnia znakomity opisał, twierdził, że najczęstszą przyczynę rozszerzeń oskrzeli stanowi zatrzymanie się w nich wydzieliny przy katarze błony śluzowej. Słusznie jednak następni badacze (ANDRAL i inni) zwrócili uwagę, że pogląd ten 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 widzujemy na stole sekcyjnym stosunkowo dosyć rzadko (koło 4% podług statystyki 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 rozszerzenie oskrzeli, musi mieć pewien swoisty charakter, jak MARFAN określa, nawskroś niszczący (destrukcyjny); zmiany dotyczyć muszą wszystkich części składowych oskrzela, a więc nie tylko 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 pasożytów ropotwórczych i innych, przedewszystkiem w ostrych chorobach zakaźnych (odra, influenza, 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 etyologii rozszerzeń oskrzeli odgrywa pewną wybitną rolę, szczególnie zaś u dzieci. We wszystkich cytowanych cierpieniach mamy następujące momenty, sprzyjające rozwojowi rozszerzeń oskrzeli: a) Zaburzenia w odżywianiu i zmiany konsystencji ścian oskrzelika, powstałe pod wpływem zapalenia specyficznego. b) Zatkanie zupełne lub też znaczne zwięzienie najdrobniejszych oskrzelików z powodu zalegania zawartości śluzowej lub śluzo-ropnej. c) Zaburzenie

mechanizmu oddechania 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, rozszerzenia wywołać nie może. 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 w tych wypadkach, gdzie 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 kategorią przyczyn, t. j. z ostrem zapaleniem oskrzeli, stanowiąc poniekąd dalszy ciąg jego, gdyż napotykamy je najczęściej w ostrych katarach pochodzenia zakaźnego, a nawet przy zwykłym katarze drobnych oskrzelików (*bronchitis capillaris*) u małych dzieci lub osobników wyniszczonych. Ostre zapalenie płuc musi również posiadać, podobnie 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 kategoria zapaleń ogniskowych płuc występuje szczególnie u osobników wyniszczonych (pijaków, ludzi starszych, z wyraźnie rozwiniętą sklerozą naczyń, u dzieci rachitycznych, skrofulicznych i t. p.).

3-o. Ciała obce, uwięzione w oskrzelach, mogą również spowodować wytworzenie 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 zwięźenie oskrzela wskutek uwięźnięcia 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; rozebrał je szczegółowo i krytycznie HOFFMANN.

4-0. Zwężenia oskrzeli uciskowe najróżnorodniejszego pochodzenia (patrz rozdz. następny) również przyczyniać się mogą często do powstania rozszerzeń, pod i nad miejscem uciskiem. Typową postać rozszerzonych woreczkowatych oskrzeli widziałem w przypadku nowotworu śródpiersia (*lymphosarcoma*), gdzie 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.

5-0. Gruźlica płuc w postaci przewlekłej, zwanej włóknistą formą suchot płucnych, daje warunki odpowiednie do wytwarzania się rozszerzeń oskrzeli; w postaci tej bowiem sprawa serowata, gruźlica, 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 doskonale warunki do powstania rozszerzeń, które pozostają nawet wtedy, gdy sprawa gruźlicza uległa zupełnemu zablźnieniu (tak zwane zmiany cyrotyczne szczytu płucnego — *sclerosis bronchopneumonica* autorów francuzkich).

W gruźlicy płuc wrzodziejacej (*phthisis pulmonum ulcerosa*) wytwarzają się również rozszerzenia oskrzeli, pod wpływem z jednej strony zapalenia swoistego oskrzelików, 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.

6-0. Przy sprawach syfilitycznych płuc i oskrzeli bywają również spostrzegane rozszerzenia oskrzeli. W przypad-

¹⁾ Szczegóły anatomiczne rozebrane już były w rozdziale „Gruźlica oskrzeli“.

kach takich, jak w rozdziale o syfilisie oskrzeli mówiliśmy, rozwija się nadzwyczaj bujnie tkanka łączna okołooskrzelowa, oraz powstają zwichnięcia 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 najklasycześniejsze rozszerzenia oskrzeli.

8-o. W przebiegu zapażeń opłucnej, wskutek ucisku przez wysięk, mogą również powstawać rozszerzenia oskrzeli. Częściej jednak spotykamy je w związku ze starymi i mocnymi zrostami opłucnej. BIERMER w swojej klasycznej monografii słusznie zaznaczył ten fakt, jednocześnie stawiając pytanie, czy zrosty opłucnej stanowią przyczynę, czy też są następstwem rozszerzeń oskrzeli. Pytanie to dałoby się jedynie za pomocą obserwacji klinicznej rozstrzygnąć; niestety, wiemy dobrze, że zrosty opłucnej zdarzają się u osobników, którzy nigdy bólów, ani też innych objawów ze strony opłucnej nie doświadczyli. Z drugiej jednak strony wiemy, że rozszerzenia oskrzeli pojawiają 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 epidemii influenzy), które mocno upośledza odżywianie ścian oskrzeli. Tak więc pogląd teoretyczny BIERMER'a, że zapalenia opłucnej, ograniczające równomierne rozszerzenie się płuc, przy jednoczesnem zajęciu oskrzeli, mogą przyczyniać się do wytwarzania rozszerzeń, znajduje zupełne potwierdzenie w faktach klinicznych.

Powyższe dane etyologiczne 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, ROKITANSKY, VIRCHOW, BIERMER, NIEMEYER i wielu innych. Powstało wiele teorii,

wyjaśniających genezę tej sprawy; byłoby jednak zbyt wielu zajęłoby miejsca, szczegółowe ich przytaczanie. Zostały one krytycznie rozpatrzone przez BIERMERA w jego wielokrotnie już przez nas wspomnianej monografii. Teorie te dadzą się zgodnie z poglądem MARFAN'a sprowadzić do następujących trzech głównych poglądów: Teorya oskrzelowa, podana pierwotnie przez LAENNEC'a, a zmodyfikowana przez jego następców, upatrywała przyczynę rozszerzenia w nagromadzeniu się nadmiernej ilości wydzieliny w oskrzelach; powietrze wdechane 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 tłumaczenie nie jest również wystarczające (rzadkość rozszerzeń oskrzeli przy 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, gdzie następnie powstaje rozszerzenie. Ze względu jednak że i powyższa teoria nie tłumaczyła zupełnie jasno powstawania rozszerzeń oskrzeli, niewiadomo bowiem dlaczego mają ulegać zanikowi jedynie głębsze warstwy błony śluzowej, a nie te, które idą bezpośrednio za warstwami powierzchownymi, patologowie francuscy (CORNIL i RANVIER) uzupełnili ją tem przypuszczeniem, że w powstawaniu rozszerzenia oskrzeli obok zapalenia drobnych oskrzelików odgrywa rolę powstające jednocześnie zapalenie zrazikowe płuc, lub też zapalenie ropne tkanki okołoskrzelowej (*peribronchitis suppurativa*), towarzyszące zazwyczaj ostrym katarom oskrzeli podczas chorób zakaźnych. W ten sposób zmodyfikowana teoria 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 rozebraliśmy już wyżej, mianowicie zapalenia śródmiąższowe płuc (*pneumonia interstitialis*), szczególnie dolnych zrazów, będące następstwem

ostrzych spraw w płucach i opłucnej, nie uległych normalnej resorpcji, lecz przechodzących w sprawę przewlekłą włóknistą. Przypadki te wyjaśnia lepiej teoria płucna CORRIGHAN'a poparta przez innych autorów (NIEMEYER i inni), którzy wszystkie przypadki rozszerzeń oskrzeli starali się za pomocą niej wyjaśnić. Według tej teorii 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 (teoria tak zwana — opłucnowa) w rozwoju rozszerzeń oskrzeli.

Z zestawienia powyższych teorii 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 etyologii rozszerzeń oskrzeli poruszyć w krótkości jeszcze jedną kwestję: o ile pasożyty odgrywają rolę przy 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 pasożyty i jakie mianowicie rodzaje pasożytów przy tych sprawach wykryte zostały. W płwocinie pochodzącej z rozszerzeń oskrzeli, wykrywamy stale bardzo liczne drobnoustroje chorobotwórcze i saprofity. Z pierwszej kategorii napotykamy zazwyczaj paciorkowce, gronkowce i pneumokoki, t. j. rodzaje spotykane zazwyczaj przy zwykłych katarach oskrzeli. Pasożytów, swoistych dotychczas nie wykryto. W sprawach wtórnych, t. j. zapaleniach zgorzelinowych ścian rozszerzonego oskrzela, przy sprawach septycznych, powstających nieraz w przebiegu przewlekłych rozszerzeń oskrzeli, niektórzy autorowie, a przede wszystkim BABES, wyhodowali szereg różnorodnych pasożytów: pewien gatunek odrębny lasecznika, nierozpuszczającego żelatyny i wytwarzającego w niej gazy, *streptococcus septicus liquefaciens*, *bacillus foetidus* i t. p.

Nie ulega wątpliwości, że sprawy te ostatnie, szczególnie sprawa zgorzelinowa, są pochodzenia pasożytniczego.

Różni autorowie w rozmaity sposób klasyfikują rozszerzenia oskrzeli. Dzielią je przede wszystkim, 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 (*entzündliche Bronchiectase*), pod który to dział podciąga przede wszystkim workowate rozszerzenia, powstałe w następstwie z ostrych lub przewlekłych zapaleń oskrzeli; 2) rozszerzenia oskrzeli zastępcze (*Vicariirende Bronchiectase*), lub t. zw. cylindryczne, przy których niema w płucach i oskrzelach wyraźnych zmian zapalnych; 3) wrodzone rozszerzenia oskrzeli; 4) rozszerzenia atelektatyczne. Podział HOFFMANN'a wydaje mi się nieco sztucznym. W każdym razie należy go zaznaczyć, jako podział, oparty na etyologii.

Co się tyczy częstości rozszerzeń oskrzeli, to już wyżej wspominałem, że sprawa ta jest stosunkowo rzadka (4% z ogólnej liczby badań pośmiertnych), według VIRCHOW'a BIERMER'a i innych. W klinice, na zasadzie naszych spostrzeżeń, rozszerzenia oskrzeli, szczególnie o objawach wybitnych, spotykamy stosunkowo rzadko. Na oddziale naszym rok rocznie z liczby około 400—500 chorych widzujemy je zaledwie kilka razy. Co się tyczy wieku chorych, to rozszerzenia oskrzeli spotykamy bardzo rzadko u dzieci, częściej w wieku młodzieńczych, dojrzałym, lub starczym. Pogląd niektórych autorów, że rozszerzenia oskrzeli napotyka się przeważnie w wieku podeszłym, uważam, zgodnie z BIERMER'em, za niesłuszny, większość bowiem rozszerzeń spotykałem u osób młodych, lub u ludzi w średnim wieku będących. Płeć nie ma wybitniejszego wpływu, aczkolwiek niektórzy autorowie (BAMBERGER) widywali rozszerzenia oskrzeli częściej u mężczyzn.

Zmiany anatomicopatologiczne stanowiły przedmiot bardzo licznych badań, pierwszorzędnych badaczy. Poczynając od LAENNEC'a, CRUVEILHIER'a, ROKITANSKY'ego, VIRCHOW'a, BIERMER'a, CHARCOT'a, RINDFLEISCH'a i wielu innych, stanowią one olbrzymi materiał, 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 anatomo-patologicznego rozróżniamy przeważnie dwie postaci rozszerzeń oskrzeli: *r ó w n o m i e r n e*—*c y l i n d r y c z n e* i *w o r k o w a t e*. Przy równomiernem rozszerzeniu oskrzele nawet po rozdzieleniu zatrzymuje swoje światło, a w dalszym przebiegu światło to może być szerszem 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 cylindrycznemu ulegać mogą wszystkie oskrzela, najczęściej jednak średnie i cienkie. Jeżeli rozszerzone zostały grubsze i średnie oskrzela jednego odcinka płuc, a drobne oskrzeliki pozostały normalne, wtedy rozszerzenie posiada wygląd kolbiasto-palczasty. Jeżeli jednakże rozszerzenie ogranicza się jedynie do końcowych gałązek, natenczas na przekroju płuco przypomina ser szwajcarski. Pewne odmiany rozszerzeń cylindrycznych stanowią t. zw. *r o z s z e r z e n i a w r z e c i o n o w a t e*, *p a c i o r k o w a t e*; występują one na małych przestrzeniach. Oskrzele przedstawia wtedy szereg rozszerzeń, oddzielonych od siebie zwężonem albo też normalnem oskrzelem.

R o z s z e r z e n i a w o r k o w a t e 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 od siebie 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 zajmuje jego połowę, lub jeszcze mniejszą część. Podług CRUVEILHIER'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 wąskiego 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. Według GAIRDNER'a wszystkie workowate rozszerzenia oskrzeli biorą swój początek z wrzodziejących jam płucnych. Pogląd ten jest niesłuszny, chociaż rzeczywiście w niektórych przypadkach, gdzie istnieją wielkie rozszerzenia, trudno jest stanowczo wytlómaczyć 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 przy katarze przewlekłym, stopniowo wskutek przewlekłego zapalenia powstaje nie tylko 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 błona śluzowa i ściana oskrzela są mocno przerosłe, pierwsza bywa nader unaczynioną, ma wygląd wzgórkowaty, przypominający powierzchnię aksamitu, jest nierówna. VIRCHOW znajdował 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 cylindryczne lub wrzecionowate. 3) Rozszerzenia o ścianach cienkich, uległych zanikowi są przeważnie workowate. Czasami zanik tkanki występuje i przy rozszerzeniach cylindrowych, jeżeli im ulegają oskrzela cienkie. 4) Rozszerzenia ze zwyrodnieniem beleczkowatym ścian (*trabeculäre Degeneration*). Zmiany makroskopowe i mikroskopowe podobne są do zmian przy zwykłych przewlekłych zapaleniach oskrzeli: ściana oskrzeli wskutek miejscowego zaniku jest nierówną, wzniesienia zaś odpowiadają pozostałym włóknom

podłużnym i okrężnym. Cała ściana przedstawia się zgrubiałą, a zewnątrz otoczoną mocną tkanką łączną.

Przy badaniu drobnowidzowem 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 przekrwioną (równomierne jasno-czerwone zabarwienie), że może pod pewnym względem przypominać podbiegnięcie krwawe. Opisane przez RINDFLEISCH'a wywyższenia składają się z tkanki zarodkowej, bogatej w komórki. Normalna warstwa tkanki włóknistej zazwyczaj bywa mocno przerośnięta, 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 wewnętrznej 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 płuca przy równoczesnem działaniu uległej zatrzymaniu wydzieliny, oraz zawartych w niej pasożytów. Zanim nastąpi rozpad ściany rozszerzonego oskrzela, rozpoznanie anatomiczne pomiędzy rozszerzeniem oskrzeli, a jamą rozpadową płuca (*caverna*) polega według VIRCHOW'a na tem, że przy rozszerzonym oskrzelu wykrywamy na całej jego przestrzeni nabłonek cylindryczny, czasem wielkie okrągłe barwnikowe komórki; nie mamy zaś tego przy zwykłych jamach płucnych (*cavernae*). Zrosty i zwapnienia napotymano również w ścianach rozszerzonych oskrzeli, czasem zaś tworzy sznurkowate łącznotkankowe. Oskrzelą, nie uległe rozszerzeniu, przedstawiają tutaj również pewne zmiany, a mianowicie: zapalenie kataralne lub ropne, zatkanie, a nawet zarośnięcie drobnych oskrzelików, 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 wewnętrznej, (*pleura pulmonalis*) występują rozszerzenia w dolnych, jak również w górnych odcinkach płuc. Dane statystyczne wykazują, że rozszerzenia oskrzeli występują najczęściej w jednym tylko płucu, rzadziej w prawym, aniżeli w lewym, częściej w górnych, aniżeli w dolnych odcinkach. Obydwa zrazy górne rzadziej bywają zajęte przez rozszerzenia oskrzeli, aniżeli obydwie dolne i t. d. Zmiany, znajdujące się w tkance płucnej, otaczającej rozszerzenia oskrzeli należy uważać, według wyżej wyłożonych danych etyologicznych, za zmiany pierwotne, które poprzedziły rozwój rozszerzeń. Jedyne owrzodzenia i zgorzel ścian należy uważać za objawy następcze. W częściach płuc, gdzie 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 zastoiny w małym krwiobiegu, a jako powikłania następcze—ropnie mózgowe przerzutowe (BIERMER), oraz zapalenia stawów różnych okolic ciała.

Symptomatologia. Przypadki rozszerzeń oskrzeli podzielić można na dwie kategorie. Do pierwszej grupy zaliczamy stosunkowo znacznie częstsze przypadki, w których podejrzewać jedynie możemy obecność głęboko leżących rozszerzeń oskrzeli. Nie mamy tu żadnych obiektywnych ani subiektywnych objawów charakterystycznych: choroba przebiega pod postacią przewlekłego śluzo-ropnego, ropnego, wreszcie cuchnącego kataru oskrzeli. W pewnej kategorii 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.

Do takich objawów zaliczamy. Przedewszystkiem plwocinę. Jakościowo nie różni się ona w ogromnej większości przypadków od plwociny w śluzoropnych katarach oskrzeli z obfitą wydzieliną. U niektórych chorych bywa ona niezwykle obfitą, ilość jej bowiem wynosić może do 500—600 grm. na dobę; nawet dzieci wypluwają dużo, gdyż 50—100 grm.. Do tego, na szczególną uwagę zasługuje charakterystyczny w typowych przypadkach rozszerzeń sposób wydalania plwociny. Chory wyrzuca ją nie jak przy przewlekłych śluzoropnych 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 płucia 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 napelnienie 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 wydalania 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 męczącymi, kaszel poprzedzający przybiera charakter duszący, po odpluciu następuje osłabienie i wyczerpanie, szczególnie, jeżeli napady powtarzają się kilkakrotnie w ciągu nocy. Zastanawia zaś w wielu przypadkach dziwna toleran-

eya, niemal brak zupełny reakcyi błony śluzowej oskrzeli na obfita, mocno nieraz cuchnącą plwocinę, zebraną w jamie, a prawdopodobnie i w sąsiednim oskrzeli. Chorzy tacy wcale niemal nie kaszlą poza napadami, o których była mowa. Widocznie występuje z czasem przyzwyczajenie, rodzaj stopienia wrażliwości błony śluzowej.

Jak już wyżej wzmiankowaliśmy, plwocina przedstawia masę śluzo-ropną, bardzo często cuchnącą. Cuchnienie to występuje zazwyczaj tylko od czasu do czasu, nieraz tylko zrana, a nieraz niknie na całe tygodnie lub miesiące, aby znów powrócić. W niektórych przypadkach cuchnienie 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, białozółtawa, zawiera dużo powietrza; w następnej widzimy kłaczkii 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 przy opisie cuchnącego kataru oskrzeli zostały uwzględnione, a których badanie drobnowidzowe wykazuje masy rozpadowe, często kryształy kwasów tłuszczowych, oraz liczne drobnoustroje. Włókna elastyczne spotykamy stosunkowo rzadko, najczęściej w okresach rozpadu ściany. W większości przypadków znajdujemy ciała śluzoropne, uległe różnemu stopniowi stłuszczenia i rozpadu, śluz, często czerwone ciała krwi, a zawsze liczne drobnoustroje, przeważnie koki, pod postacią diplokoków, streptokoków i t. p.. Często widywałem także liczne krótkie laseczniki, o których wyżej by-

ła mowa. W przebiegu cierpienia spotykamy również i płwocinę 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 nacyniowych. Większe krwotoki pochodzą z naczyń większych, w znacznej liczbie znajdujących się w ścianie rozszerzonego oskrzela i sąsiedniej, skurczonej (cyrotycznej) tkance płucnej.

K a s z e l, jak to już wzmiankowaliśmy, odgrywa w pierwszych okresach sprawy rolę podrzędną i jest jedynie, że się tak wyrażę, momentem, wyzwalającym napady wydalania masowego płwociny. Bywa on zazwyczaj krótki, suchy. Z biegiem jednakże czasu, z chwilą rozwoju rozedmy, kataru przewlekłego w sąsiednim płucu, kaszel przyjmuje inny charakter: staje się męczącym, suchym, występuje i w okresach wolnych od napadów wydalania płwociny z rozszerzonych oskrzeli; jeżeli bywa wówczas płwocina, to pochodzi ona z oskrzeli nierozszerzonych i jest produktem kataru przewlekłego ich błony śluzowej. Naturalnie, w okresach późniejszych, szczególnie 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 szczególnie tam, gdzie rozwój rozszerzeń oskrzeli poprzedzała sprawa opłucnowa. Bóle te bywają zazwyczaj jednostronne, głuche, niezbyt dolegające choremu.

To samo, co o kaszlu, da się mniej więcej powiedzieć i o **dusznosci**. 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 fizyczne ze strony klatki piersiowej bywają nader rozmaite, zależnie od wielkości jamy, jej położenia w stosunku do powierzchni klatki piersiowej i od stanu otacza-

jącego ją mięszu płucnego. Rozszerzenia oskrzeli cylindryczne, a nawet niewielkie workowate, położone w głębi klatki piersiowej, otoczone mięszem 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 blisko 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 dyagnostyce fizykalnej objawów jam płucnych. A więc w danej miejscowości otrzymujemy stłumienie odgłosu opukowego, który przechodzić może w ton bębnowy z chwilą zmiany położenia chorego, lub też opróżnienia zawartości jamy. W okolicach podobojczykowych może występować również objaw WINTTRICH'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 kategorii, daje nam również szereg objawów jamowych, a więc oddech oskrzelowy, przemienny, metaliczny, z towarzyszeniem rżeżeń 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 wysłuchiowaniu w pewnym ograniczonym miejscu dawać objawy oddechu nieokreślonego, z towarzyszeniem rżeżeń drobnowilgotnych, najczęściej o charakterze dźwięcznym. Oddech często nawet bywa normalnym, a jedynie na ściśle ograniczonym miejscu, najczęściej w dolno-tylnych częściach klatki piersiowej rżenia występują stale, szczególnie przy kaszlu. Naturalnie, o ile są one związane z rozszerzeniem oskrzeli, czy też z jamą rozpadową natury gruźliczej, jedynie na podstawie wszystkich innych cech rozpoznawczych da się to określić.

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. retrakcyja klatki piersiowej; przedewszystkiem dotyczy to dolno-tylnych jej części, wskutek czego powstaje rodzaj skrzywienia klatki. Zmiany te odpowiadają miejscu rozsze-

zenia oskrzela, a zależne są od kurczenia się tkanki płucnej oraz zrostów opłucnej; w klasycznej postaci występują przede wszystkim 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 beczkowej, właściwy emfizematykom.

Co się tyczy objawów ze strony stanu ogólnego, to, jak to wyżej wzmiankowałem, przy zwykłych niewikłanych sprawach stan ogólny chorych może być nawet wyborny. Z biegiem lat chorzy zazwyczaj chudną, marnieją, szczególnie, jeżeli zaczyna występować gorączka, zależna od wchłaniania płwociny, 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; jednym 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 łykaniem płwociny, zwykle bezwiednem, a odbywającym się szczególnie 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 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 przewlekłym, przerostowym 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 przesiekami 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 szczególnie 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 charakterystycznym 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 otwarciu klatki piersiowej; (thoracotomi) objawy zaś rozszerzenia oskrzela ustąpiły w zupełności (BAMBERGER). Spostrzegano również (BAMBERGER) zabliznianie się jam bronchiokatycznych 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, dotknięciem rozszerzeniami, jak również i w drugim. 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 pierwszorzędną 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 przebiegające jednocześnie, a na powstanie szybsze lub późniejsze rozedmy albo kataru wpływają liczne okoliczności poboczne, jako to: zajęcie chorego, warunki jego życia, możliwość leczenia się, wiek i t. p. które o ile przedstawiają się bardziej dodatnie, 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, płwocina 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 płwociny, jak chory opowiadał, od niepamiętnej liczby lat. W ciągu 10-ciu lat ostatnich, w przypadku tym występowały stale 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 częste 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 posocznicy 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 cho-

rego 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 wstrząsającymi, przypominającymi 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 wzmacnia, gorączka i dreszcze ustępują, chory powraca do stanu poprzedniego. W innych razach pomimo obfitszego odpluwania, stan ten przewleka się, trwa nieraz tygodnie całe; gorączka, choć niewysoka, występuje codziennie, w połączeniu z dreszczykami, wywołując 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 ludzace podobieństwo do ostrego reumatyzmu 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, NOTHNAGEL).

Do częstych również powikłań zaliczyć należy zapalenie zrazikowe płuc natury ropnej (*bronchopneumonia purulenta*), które występuje najczęściej jako sprawa aspiracyjna u mocno wycieńczonych osobników, przyczyniając się również do zejścia fatalnego. Zapalenia ogniskowe natury kataralnej również zdarzają się nieradko, a szczególnie w płucu zdrowym. 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 częstym powikłaniem, najczęściej po długoletnim 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 gruźliczym 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 subiektywnych, właściwościach płwociny i ogólnego przebiegu choroby, aniżeli na objawach fizykalnych. Rozszerzenia większego stopnia, dające wyraźne objawy fizykalne jam, można by wziąć za jamy gruźlicze (kawerny). W dawnych podręcznikach, a nawet w klasycznych monografiach, poświęconych rozszerzeniom oskrzeli, znajdujemy obszernie rozdziały, traktujące w sposób wyczerpujący rozpoznanie różniczkowe obu tych spraw. Od chwili wykrycia laseczника Koch'a rozpoznanie takie stało się łatwiejszem. Dziś obecność w płwocinie laseczników gruźliczych wyjaśnia sprawę doraźnie, stanowiąc niezbity dowód, że dana jama jest jamą gruźliczą, a nie rozszerzeniem oskrzeli. Umieszczenie 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 płwociny obecności laseczników nie wykazuje, bynajmniej jeszcze na podstawie tego faktu nie mamy prawa stwierdzonej jamy za rozszerzenie oskrzela uważać. Wiemy bowiem dobrze, że nieraz stare jamy gruźlicze, podgajające się lub częściowo już zabliznione, laseczników gruźliczych stale lub czasowo mogą nie zawierać. Rozpoznanie więc rozszerzeń oskrzeli opierać się powinno na całym przebiegu klinicznym sprawy, na objawach, właściwościach i sposobie wydania płwociny i t. p.. Pamiętać przytem należy, że jamy gruźlicze zabliznione lub gojące się wogóle wydzielają stosunkowo mało płwociny w porównaniu z rozszerzeniami oskrzeli; w histo-

ry choroby suchotnika mamy nadto charakterystyczne dane, wskazujące na idącą powoli ku zablźnieniu gruźlicę przewlekłą 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 śluzopropnej płwociny, laseczników gruźliczych nie zawierającej; stan ogólny bywa zazwyczaj zupełnie dobry. Objawy fizykalne wykazują nam stłumienie u jednego ze szczytów płucnych, oddech w tem miejscu nieokreślony, a nieraz i rżenia. 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 zablźnieniem, różni się więc od przebiegu i zejścia rozszerzenia oskrzeli we właściwym tego słowa znaczeniu. Może się również wydarzyć, niezbyt rzadko, że do istniejącego rzeczywistego rozszerzenia oskrzeli dołącza się gruźlica. Wówczas w płwocinie, charakterystycznej dla rozszerzeń oskrzeli, zaczynają występować laseczniki. Objawy fizykalne jamy pozostają te same, co i poprzednio, występują tylko liczniejsze rżenia t. zw. przelewania (*gargouillement*), chory zaczyna marnieć i gorączkować o typie właściwym dla podostrawej gruźlicy.

Rozszerzone oskrzela, głęboko położone, a wydzielające w danej chwili cuchnącą płwocinę, można nieraz łatwo wziąć 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. Przy rozpoznaniu różniczkowem kierować się winniśmy szczegółami przebiegu i objawami choroby, pamiętając, że za rozszerzeniem oskrzeli przemawiają charakterystyczne napady wyrzucania znacznej naraz ilości płwociny, czego najczęściej nie widzimy w cuchnących postaciach zapalenia oskrzeli, wtedy bowiem chory odpluwa niemal cały dzień równomiernie. Przy rozszerzeniach oskrzeli cuchnienie występuje naj-

częściej, jak to wyżej wzmiankowaliśmy, w pewnych tylko okolicznościach. Wreszcie ostatecznym kryterium będzie wykrycie lub podejrzenie istnienia w pewnym miejscu klatki piersiowej obecności rozszerzonego oskrzela. W braku tych ostatnich danych, rozpoznanie różniczkowe obu chorób jedynie będzie możliwym po dłuższej obserwacji chorego; tembardziej, że obie te sprawy przebiegają nieraz równolegle, przechodząc jedna w drugą (rozszerzone oskrzela w następstwie spraw zapalnych, wywołanych przez katar cuchnący).

Ropień płuca może być również wzięty za rozszerzenie oskrzeli; przebiega on jednak ostro, wśród ciągłej gorączki, a masy wyrzucanej płwociny składają się z czystej ropy, zawierają włókna sprężyste; ropień wreszcie nie tylko raptownym 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 powstającym, zazwyczaj szybko szerzącym się na płuca i sprowadzającym szybki upadek stanu ogólnego. W płwocinie 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 pobocze do rozpoznania rozszerzonego oskrzela (masowe wydalania płwociny ropnej, często tylko peryodycznie 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, przy której obok powyższych objawów znajdujemy jeszcze cechy ograniczonej odmny powietrznej (rzęzenia 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 wywołują 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) ułatwienie wyrzucania zgromadzonej wydzieliny nazewnątrz, 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 przy leczeniu 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 klimatyczne, wzmacniamy ich organizm, urządzając odpowiednie warunki bytu, przewietrzania mieszkania, dobrego odżywiania i t. p.. Wewnętrznie zalecamy przeważnie środki balsamiczne (terpina, ol. eukalyptusowy, balsam peruwiański), 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 arsenik, żelazo, chininę i t. p. Tutaj również skutecznie stosowaną być może mechaniczna metoda leczenia, polegająca na odpowiedniem ułożeniu chorego, ułatwiającem spływanie wydzieliny, a więc na odpowiednim boku z głową nisko ułożoną, a tułowiem nieco wzniesionym. Niestety, jednakże, wszystkie powyższe środki i metody lecznicze jedynie w początkowych okresach i przy zmianach niezbyt rozległych są w stanie poprawę sprowadzić. Jednym z najdzielniejszych środków pozostanie zawsze leczenie powietrzem w szerokiem tego słowa znaczeniu, oraz higiena domowa (przewietrzanie staranne mieszkań, odzwyczajanie od obawy świeżego powietrza i t. p.). Wszystkie te jednak 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 przy leczeniu wewnętrznem. Przypadki w rodzaju BAMBERGER'a, wyżej opisane, zachęcały ku temu tembardziej, że nowoczesna chirurgia i w dziedzinie chorób płuc 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 i do rozszerzonych oskrzeli zastosowane. Chirurg krakowski TRZEBICKY ¹⁾ już w 1892 roku w zebranej przez siebie statystyce, dotyczącej 148 przypadków pneumotomii, podaje 45 przypadków chirurgicznego leczenia rozszerzeń oskrzeli przez różnych chirurgów z niezbyt świetnymi, co się tyczy ostatnich, wynikami. Następne statystyki FABRYKANTA i przypadki pojedyncze innych chirurgów rozebrał szczegółowo krytycznie w pięknej swej pracy Dr. KLJEWSKI 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 D-ra BUKOWSKIEGO, a zakończonego niepomyślnie. Przypadek ten jest i mnie dokładnie znany. Wreszcie HOFFMANN zestawił 23 przypadki, zebrane z literatury, przy których stosowano leczenie chirurgiczne: 12 chorych zmarło, a w 11 przypadkach zanotowano wyleczenie, lub znaczną poprawę³⁾. Dotychczasowe zatem wyniki operacji przy rozszerzeniach oskrzeli nie są zbyt pomyślne; słusznie też chirurgowie zaznaczają, że cierpienie to daje stosunkowo najgorsze rezultaty w porównaniu z innymi sprawami ropniami w płucach, leczonymi chirurgicznie. KLJEWSKI, 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,

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 GARRÉ'go podana r. b. na zjeździe Lekarzy Niemieckich w Hamburgu podaje ze z liczby 57 operowanych w tej chorobie zmarło 21 w ciągu pewnego tygodnia po dokonanej operacji, u 36 nastąpiło względne wyleczenia lub poprawa.

jeżeli otworzymy jedno ognisko, to ułatwiamy tylko odpływ z tego jednego, a zupełnie nie leczymy innych miejsc rozszerzonych, w których odbywa się także 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 chirurg 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 KLJEWSKIEGO, 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 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. Technika operacyjna i leczenie następcze nie mogą być tutaj bliżej rozpatrywane, stanowią bowiem przedmiot odnośnych działów chirurgii operacyjnej; w naszym piśmiennictwie szczegółowo zostały uwzględnione w wyżej wzmiankowanych pracach TRZEBICKY'ego, KLJEWSKIEGO i HERMANA (Przegląd Lekarski 1900).

Obok rozszerzeń oskrzeli nabytych, których szczegółowy opis powyżej został podany, zdarzają się jeszcze dwa inne rodzaje rozszerzeń, mające bardziej anatomo-patologiczne, aniżeli kliniczne znaczenie. Uważamy jednakże za właściwe ich charakterystykę dla całości obrazu podać na tem miejscu pokrótce.

1) Rozszerzenia oskrzeli atelektatyczne (*bronchiectasis 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 bezpowietrznymi, lub ulegają zapadnięciu wkrótce po urodzeniu, po krótkotrwałej czynności. Ten rodzaj rozszerzeń może mieć postać jam wielokomorowych; są one wysłane nabłonkiem płaskim, czasem nawet słup-

kwatym. Przegrody włókniste międzykomorowe bywają czasem delikatne, czasem grubsze, nieraz mocno unaczynione. Niekiedy zwraca szczególną uwagę znaczne nieregularne, białe 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. Ta kategoria 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 białozółtawe zabarwienie. Często również miejsca, uległe rozszerzeniu, wrastają 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 licznymi przegrodami, komunikujący z oskrzelem; ściany worka pokrywał nabłonek częściowo płaski, częściowo słupkowaty. Przypadek 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 teleangiektatyczną. 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 swobodnie z głównym oskrzelem. Powstawanie tych spraw wyjaśniają sobie autorowie z jednej strony niedostatecznym rozwojem płuca (agenezja), w innych razach nadmiernem rozszerzeniem obrętkowem oskrzeli, kosztem samej tkanki płucnej. Inni wreszcie autorowie, jako BALZER i GRANDHOMME, przypuszczają, że podobne zmiany znajdują swe źródła w dziedzicznym przymociu. Wreszcie w ostatnich czasach opisał NEISSER¹⁾ dwa przypadki spostrze-

¹⁾ Ueber einseitige Lungenatrophie und über angeborene Bronchiectasie. Zeit. f. Klin. Mediz. T 42. 1901 r.

ganych przez siebie za życia wrodzonych rozszerzeń oskrzeli u dwóch osobników — 43-letniego i 18-letniego, u których od urodzenia istniały — 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 kategorii, potwierdzone badaniem pośmiertnym, mogą tę sprawę wyjaśnić ostatecznie i pozwolić na rozpoznawanie za życia podobnie ciekawych wad niedorozwojowych płuc.

Zwężenia, rany, przedziurawienia i uchyłki tchawicy * * * * * * i oskrzeli.

ROZDZIAŁ XV.

Treść. Etyologia sprawy. Różnorodne zaburzenia w klatce piersiowej, wywołujące zwężenia (sprawy gardzielo-krtaniowe, tętniaki aorty, nowotwory śródpiersia, syfilis, twardziel, nowotwory i t. p.). Objawy zwężeń tchawico-oskrzelowych. Rozpoznanie różniczkowe. Leczenie. Obrażenia, rany, pęknięcia, przebicia tchawicy i oskrzeli. Symptomatologia tych spraw. Uchyłki tchawico-oskrzelowe (*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 i przy innych sprawach oskrzelowych, tak i tutaj, zmiany rozpatrzmy jednocześnie, wyodrębniając tylko niektóre specjalne właściwości kliniczne, odnoszące się do zwężeń ograniczonych samej tchawicy, lub też samych tylko oskrzeli. Aczkolwiek zwężenia tchawico-oskrzelowe, o czym 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 tchawico-oskrzelowych należy właściwie do wykładów dyagnostyki lekarskiej, jednak z powyższych powodów słusznie pomieszczany bywa w wykładach patologii szczegółowej ¹⁾. Ze względu zaś, że w mowie będące cierpienie stanowi zawsze sprawę następczą, należy przedewszystkiem rozpatrzyć je z punktu widzenia etyologicznego.

Zwężenia tchawico-oskrzelowe występują w sposób ostry i przewlekły. Ostre zwężenie bywa najczęściej następstwem błonicy gardzielo-krtaniowej zstępującej, dającej znane powszechnie objawy krupu dyfterytycznego tchawicy i oskrzeli, o czym w rozdziale „Zapalenie włóknikowe oskrzeli“ szczegółowo wspominaliśmy. Przyczyną ostrego zwężenia tchawicy i oskrzeli mogą być również ciała obce, które się przez szczelinę głosniową do tchawicy dostały, a następnie uwięzły w oskrzelu. Sprawę tę również powyżej omówiliśmy. Z innych przyczyn wspomnieć należy o ostrym katarze tchawico-oskrzelowym, który nieraz u dzieci wywołuje, choć niezbyt wybitne, objawy zwężenia.

W ogromnej większości przypadków zwężenia tchawico-oskrzelowe 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 kategorii zwężeń zaliczamy przedewszystkiem zwężenia samej tchawicy, wskutek ucisku przerośniętego gruczołu tarczowego. Różne 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 okołotchawiczą (EWALD).

¹⁾ W moim wykładzie „Dyagnostyki różniczkowej górnego odcinka dróg oddechowych“, pomieszczonej w „Dyagnostyce“ Blegańskiego, poświęciłem zwężeniom tchawicy osobny rozdział (str. 106). W piśmiennictwie naszym istnieje jeszcze piękna praca prof. PIENIĄŻKA pod tytułem: „Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych“. Kraków 1893.

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 przerostem podmostkowym gruczołu tarczowego (*struma substernale*); ucisk bowiem na tchawicę i oskrzela może być bardzo znaczny, podczas gdy objawy rozrostu gruczołu na szyi są mało widoczne. Ucisk tchawicy może być również spowodowany przez sprawę nowotworową gruczołu tarczowego, przez ropnie, mające swe źródło w zapaleniu kręgów szyjowych i tkanki otaczającej; następnie przez nowotwory górnego odcinka przelyku i t. p.. Wszystkie powyższe sprawy wywołują przedewszystkiem zwężenie samej tchawicy mniejszego lub większego stopnia. Sprawy patologiczne, umiejscowione w śródpiersiu przednim i tylnym, są jedną z najczęstszych przyczyn zwężeń już nie tylko tchawicy, ale jednocześnie jednego lub obu oskrzeli. Do spraw tej kategorii 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 obydwie główne oskrzela. Tętniak, rozwijający się na tylnej ścianie łuku, uciska zazwyczaj tylko tchawicę; następnie, rozszerzając się na część wklęsłą łuku, uciska jednocześnie oskrzele i nerw krtaniowy dolny. Jeżeli zaś tenże tętniak umieszcza się jedynie na wklęsłej części łuku, to uciska tylko oskrzela i nerw zwrotny. Tętniaki zaś, rozwijające się poniżej odejścia nerwu zwrotnego, mogą uciskać wyłącznie oskrzela. **N o w o t w o r y ś r ó d p i e r s i a**, a przedewszystkiem chłoniako-mięsak (*lymphosarcoma*), rozrastając się, wywołują nieraz z w ę ż e n i a tchawicy i jednego lub obydwu oskrzeli głównych w wysokim stopniu ¹⁾. To samo spowodować mogą rozrośnięte gruczoły około-oskrzelowe, dające obraz cierpienia, zwanego przez autorów francuskich „*ade-*

¹⁾ Ciekawe, do tej kwestyi odnoszące się spostrzeżenia, ogłosiłem w pracy: „Przyczynek do dyagnostyki nowotworów śródpiersiowych“. „Gazeta Lekarska“ 1893 r.

nopathia tracheobronchialis“, lub gruczolę w okresie zablizniania się z następczym rozrostem tkanki łącznej otaczającej. Zwężenie wywołać mogą ropne zapalenia śródpiersia — wtórne lub pierwotne, nowotwory przełyku, a nawet wielkie wysięki opłucnej, wywierając ucisk na śródpiersie, dają powód do zwężenia tchawicy przez jej zgięcie, co nieraz prowadzi do nagłego zejścia śmiertelnego (GERHARDT). Do rzadkich przyczyn, powodujących zwężenie tchawicy i lewego oskrzela, zaliczyć można ucisk na ten organ nadmiernie powiększonego lewego przedsionka serca przy wadach lewego otworu żylnego, oraz znacznie powiększonej komory prawej przy 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 linii zaliczamy syfisy, a następnie twardziel. W rozdziałach o syfisy i twardzieli oskrzeli scharakteryzowaliśmy szczegółowo te sprawy z punktu widzenia anatomo-patologicznego i klinicznego, tutaj dodamy, że dwie te choroby stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zwężeń tchawicy i oskrzeli. Stosunkowo bardzo rzadko zwężenia tchawicy, i to niezbyt wysokiego stopnia, mogą być wywołane przez duże owrzodzenia gruźlicze, umiejscowione szczególnie w dolnych częściach tchawicy, z kąd przechodzą na jedno lub drugie z głównych oskrzeli. Również dość rzadką przyczyną zwężeń bywają nowotwory tchawicy, bądź łagodne (*fibroma, papilloma*), bądź złośliwe (mięsaki, raki). Nowotwory tchawicy tej ostatniej kategorii zdarzają się stosunkowo rzadko; najczęściej bywają wtórne, przechodzące na tchawicę z sąsiednich narządów (gruczolę tarczowego, gardzieli i przełyku). O raku pierwotnym oskrzela, powodującym nieraz klasyczne zwężenia, mówiliśmy szczegółowo w jednym z poprzednich rozdziałów. Zwężyć tchawicę mogą (nawet stosunkowo bardzo często) granulacye, wrastające w nią z rany tracheotomijnej, nieraz pierścieniowato, w takiej obfitości, że uniemożliwiają założenie rurki. Po-

zostawiona 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, utrudniające wyjęcie rurki, zmiany, które szczegółowo opisują w podręcznikach chirurgii operacyjnej. Wreszcie muszę tutaj wspomnieć, że znane są przypadki również (LANDGRAF, HEYMANN i inni), w których zwężenie tchawicy, jako objaw nerwowy, występowało u osobników histerycznych, przypominając sprawy skurczowe przelyku, porażenia chwilowe histeryczne mięśni zwężaczy krtani i t. p..

O b j a y. Należy odróżniać trzy kategorie przypadków: w jednych mamy do czynienia ze zwężeniami, ograniczonymi 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 zwężeniem tylko oskrzela, a następnie i tchawicy (tętniaki zwiększające się). Wszystkie rodzaje zwężeń dają stałe jeden objaw podstawowy, t. j. d u s z n o ś ć, o typie przeważnie wdechowym w różnorodnym stopniu, poczynając od uczucia nieco utrudzonego oddechu, aż do objawów zaduszania. W większości przypadków mamy do czynienia z dusznością, właściwą obu typom. Najczęściej w okresach początkowych duszność bywa o typie wdechowym, w późniejszych nieraz przeważa typ wydechowy, lub też obie fazy biorą w niej udział, tembardziej, że w tych samych okresach mamy obok zwężenia oskrzela, wywołanego podstawową sprawą uciskową, jeszcze do czynienia z wtórnymi zmianami w oskrzelach i płucach (katar oskrzeli i zatkanie). Dokładne badanie stetograficzne RIEGEL'a i RAUCHFUSS'a bliżej tę kwestję wyjaśniają. W nieznacznym stopniu zwężenia tchawico-oskrzelowego 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-przy zwężeniach samej tchawicy, tchawicy i oskrzeli, lub obu oskrzeli naraz, a jednostronne

przy zwężeniach tylko jednego z oskrzeli. Szmer zwężenia (stentyczny), stanowiący jeden z najwięcej charakterystycznych objawów, w nieznacznych stopniach, jakoteż w poczynających się okresach zwężenia występuje tylko czasowo, głównie przy wysiłku fizycznym chorego; słyszalnym 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 słyhać go również i podczas wydechu. Przy 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. Przy zwężeniach, zajmujących tchawicę i jedno z oskrzeli, szmer zwężenia nabiera największego natężenia w jednej z okolic międzyłopatkowych, natomiast oddech pęcherzykowy i głos słyhać słabo, szczególnie w dolnych płatach tegoż płuca. Przeciwnie, w drugim płucu szmer zwężenia tchawicy, wyraźny na mostku, jest mniej wyraźny w okolicy międzyłopatkowej odpowiedniej strony, natomiast oddech pęcherzykowy bywa mocno zaostrozony w całej części dolnej płuca, odpowiadającego niezwążonemu oskrzelowi. Przy zwężeniu oskrzela samego mamy mniej więcej te same objawy z tą tylko różnicą, że szmer zwężenia słyhać wyraźnie jedynie w okolicy międzyłopatkowej. Co się tyczy bliższej charakterystyki stentycznego 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 międzyłopatką a kręgosłupem, ma charakter chuchającego wdechu, jakby z głębi pochodzącego. Wydech bywa w tem miejscu wydłużony. Poniżej słyszemy zazwyczaj oddech pęcherzykowy normalny. Przy zwiększającym się ucisku szmer wdechowy w tem samym miejscu staje się bardziej ostrym, wyraźnie przypomina szmer stentyczny tchawicy. Wydech staje się bardziej wzmożonym, a nawet nieraz przypomina wdech. W tym okresie daje się za-

uważyć w dolnych płatach płuca, poniżej miejsca zwężonego, znaczne osłabienie głosu i drżenia klatki piersiowej, podobnie jak przy raptownem zatkaniu oskrzela ciałem obcym. Jeżeli uciskowi ulega nie główne oskrzele, lecz mniejsza jego gałązka, w większości przypadków słyszemy oddech normalny, a jedynie w wyjątkowych razach na pewnem ograniczonym miejscu z tyłu, poniżej łopatki, wysłuchiwać się daje szmer zwężenia o typie najczęściej wdechowym. Przy 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 wysłuchiwanu występuje mniej wyraźnie z przodu, czem się różni od szmeru stenotycznego, zależnego od ucisku tchawicy.

Co się tyczy wyników opukiwania, to w pierwszych okresach zwężeń tchawico-oskrzelowych nie wykrywamy żadnych wyraźnych zmian. W późniejszych okresach zwężeń, szczególnie długotrwałych, odgłos opukowy posiada pewien odcień bębnekowy poniżej zwężenia, a nieraz w tych samych miejscach i w drugim płucu. Zmiana ta w odgłosie jest zależną od rozwijającej się wtórnie rozedmy płucnej. Mniej lub więcej rozległe stłumienia odgłosu opukowego, natrafiane w dolnych odcinkach płuc zwężonego oskrzela, szczególnie 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: przede wszystkim działalność serca bywa wielce przyspieszona, tętno staje się szybkim, co stanowi wyraźną sprzeczność ze zwolnionym oddechem; typ bowiem oddechania 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 pseudo-astmatyczne, będące tylko wyrazem stale wzmagającej się niedomogi serca, co nawet i doświadczalnie przez GROSSMANN'a zostało wykazane.

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, krtani przy 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 nachylać ku przodowi, podczas gdy przy zwężeniach krtani stara się, przeciwnie, głowę odchyłać na bok lub ku tyłowi. Co się tyczy zwężeń oskrzelowych lub tchawicooskrzelowych, 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 tchawico-oskrzelowych długo nie ulega zmianom. W późniejszych okresach bywa zwykle słaby. W niektórych przypadkach od początku występuje chrypka, mianowicie u tych chorych, gdzie obok ucisku na oskrzela, występuje jednocześnie ucisk na lewy nerw zwrotny z następczem porażeniem lewej połowy mięśni krtani; stale niemal widujemy podobne porażenia przy tętniakach łuku aorty, lub powiększonych gruczołach okołoskrzelowych, uciskających ten nerw. Porażenie to oprócz chrypy wywołuje jeszcze przez zwężenie krtani wzmożenie już istniejącej duszności. Co się tyczy kaszlu, to zazwyczaj bywa on nieznacznym. W pierwszych okresach choroby bywa krótkim, suchym, występuje pod postacią mocniejszych napadów kaszlowych, wielce chorego męczących. W późniejszych okresach napadom tym towarzyszy również wyrzucanie mniej lub więcej obfitej płwociny śluzoropnej, pianistej, nieraz krwawo zabarwionej, zależnej od wtórnie w oskrzelach i płucach rozwijających się różnych spraw chorobowych (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, gnieciecie 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 wzмага 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 do skutku, jeżeli zwężenie jest pochodzenia nowotworowego.

Przebieg sprawy bywa rozmaity, zależy bowiem w pierwszej linii od sprawy podstawowej, wywołującej zwężenie, od jej stopnia, od możliwości usunięcia zwężenia, od stanu ogólnego chorych i innych jeszcze przyczyn, różnych w każdym poszczególnym przypadku. W większości przypadków, gdzie mamy do czynienia ze zwężeniami tchawico-oskrzelowemi stale się zwiększającymi (tętniaki, nowotwory), lub też ze stale postępującą sprawą rozrostową wewnątrz oskrzeli i tchawicy (przymiot, twar-dziel), przebieg sprawy przedstawia pewne dość typowe okresy, na które zwrócił uwagę poraz pierwszy GERHARDT, opisując przymiot oskrzeli. Autor ten z punktu widzenia klinicznego rozróżnia trzy okresy: 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, nazwany okresem stałego zwężenia, daje już w większości przypadków charakterystyczny szmer stenotyczny i inne objawy subiektywne i obiektywne w narządach oddechowych i układzie krążenia. Wreszcie w okresie trzecim, nazwanym okresem duszenia się, obok powyższych objawów występują, szczególnie w wieczorami, napady zaduszania się, pseudo-astmatyczne, warunkowane niedomogą serca; charłactwo wzrasta stopniowo. Okresy te, właściwe przymiotowi tchawicy i oskrzeli, dają się spostrzegać bardzo często w tym samym porządku i przy zwężeniach oskrzeli innego pochodzenia; przedewszystkiem zaś przy tętniakach aorty i nowotworach śródpiersia. Ztąd też przebieg, nieraz typowych zwężeń oskrzeli, zależnych od różnych przyczyn, a dających podobne obrazy kliniczne, zniewolił autorów do skreślenia osobnego działu zwężeń oskrzelowych.

Ze j ś c i e. Z wyjątkiem przypadków, w których przyczyna zwężenia tchawico-oskrzelowego może być usunięta chirurgicznie, lub też ustępuje samodzielnie (ciało obce w oskrzelu, nowotwór tchawicy, wole), w większości przypadków po krótszym lub dłuż-

szym przeciągu, czasu sprawa kończy się niepomyślnie. Niepomyślne rokowanie dotyczy, o czym 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 występuje wskutek krwotoku (przy pękających tętniakach aorty), wskutek przebiccia się nowotworu do płuc i następczej zgorzeli, wreszcie wskutek jakiegokolwiek powikłania, równie często przy zwężeniach, jak i przy rozszerzeniach oskrzeli występującego, a więc zapalenia płuc krupowego, zapalenia ropnego opłucnej i t. p.. Do bardziej rzadkich przyczyn nagłej śmierci zaliczamy zagięcie się tchawicy przy zwężeniach, , wywołanych znacznymi lewostronnymi wysiękami; złamanie się chrząstki tchawicowej, wskutek powolnego rozmiękczenia, wywołanego stałym uciskiem (Rose), wreszcie raptowne zatkanie się zwężonych oskrzeli przez czopy zaschniętego śluzu, co spotykałem w kilku przypadkach zwężeń przymiotowych i twardzielowych.

Rozpoznanie różniczkowe. Przy zwężeniach tchawico-oskrzelowych przedewszystkiem winniśmy rozstrzygnąć pytanie, czy mamy do czynienia ze zwężeniem ograniczonym jedynie do samej tchawicy, do samego oskrzela, lub też czy sprawa zajmuje obydwa powyższe narządy. Zwężenie samej tchawicy może być rozpoznane nie tylko na podstawie objawów, wyżej szczegółowo opisanych (szmer charakterystyczny i odpowiednio umiejscowiony, objaw GERHARDT'a i t. p.): w ogromnej większości przypadków posiadamy w wzierniku krtaniowym 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 nalewko-obrączkowych tylnych). Za pomocą lusterka nie tylko rozpoznajemy doraźnie obecność w tchawicy nowotworów, ciał obcych, spraw rozrostowych, warunkowanych przymiotem, lub twardziela i t. p., lecz nieraz, wprawdzie stosunkowo rzadko, wykrywamy i zwężenie jednego z oskrzeli głównych. O ile zaś za pomocą bezpośredniego badania oskrzeli metodą KIR-

LIAN'a, będziemy w stanie wykryć nawet głęboko znajdującą się w oskrzeli przyczynę zwężenia (nowotwór, ciała obce) — przyszłość dopiero okaże. Bezpośrednie badanie tchawicy, wykazując zwężenie, może nam nawet w postaci tego zwężenia dawać pewne wskazówki o przyczynie ucisku tego narządu. Prof. PIENIAŻEK, który specjalnie badaniu temu od wielu lat poświęca 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, uchylek gardzieli (*diverticulum*), rak gardzieli i t. p.; 2) podobne wpuklenie, lecz na znaczniejszej przestrzeni, spotykane bywa przy guzach wydłużonych, uciskających podatną część tchawicy (rak gardzieli, 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 odpowiednimi rysunkami ilustruje SCHRÖTTER w swoim znanym podręczniku chorób tchawicy. Tenże autor opisuje również przypadki, gdzie badanie za pomocą lusterka krtaniowego wykrywało w jednym z oskrzeli pulsujący wyraźnie guz; dzięki czemu rozpoznawano tętniaka 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 różnymi sposobami badania klinicznego szyi, gardzieli, 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 piersiowej (odpowiednio umiejscowiony szmer stenotyczny, osłabienie oddechu w odpowiedniej części, brak objawu GER-

HARDT'a i t. p.). Wykazanie bliższej przyczyny zwężenia oskrzela, następujące nieraz wielkie trudności, może być osiągnięte również na podstawie bardzo szczegółowego badania klinicznego narządów klatki piersiowej, z wzięciem pod uwagę szczegółem wywiadów. W rentgenoskopii zyskaliśmy w ostatnich czasach znakomity sposób badania klinicznego, pozwalający nieraz w bardzo wczesnych okresach ściśle rozpoznawać zwężenie oskrzela. Ciała obce, szczególnie metalowe, jak już w jednym z poprzednich rozdziałów wspominaliśmy, dadzą się za pomocą tej metody nie tylko 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 ściśle i we wczesnych okresach choroby rozpoznawane, 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 zwężenie oskrzela, od tętniaka aorty. Widziałem również przy rentgenoskopii wyraźnie zarysowujący się zbiór gruczołów okołoskrzelowych, uciskających oskrzela, lub też oskrzela i nerwy zwrotne i t. p.. Wogóle metoda ta nie tylko, że w wielu razach potwierdza nasze rozpoznanie, oparte na badaniu klinicznym, lecz nieraz wyjaśnić może w zupełności przyczynę zwężenia.

Z m i a n y a n a t o m o - p a t o l o g i c z n e, napotymane przy badaniu pośmiertnym u osobników, dotkniętych zwężeniem tchawico-oskrzelowym, są zależne od przyczyny zwężenia. Ze zmian, napotypanych niezależnie od spraw podstawowych, widzimy 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.

L e c z e n i e ogólne zwężeń tchawico-oskrzelowych, 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, je-

dynie stosowanie środków wzmacniających i leczenia objawowego ma rację bytu. Natomiast, zwężenia samej tchawicy, zależne od nowotworów, przymiotu lub twardzieli, dają się wielokrotnie usuwać doszczętnie, lub znakomicie się poprawiają pod wpływem leczenia czysto chirurgicznego i mechanicznego. Leczenie chirurgiczne polega na rozszczepieniu krtani (*laryngofissura*) z następczem zupełnem usunięciem nowotworu lub przerostów. Do drugiej kategorii metod zaliczamy metodyczne rozszerzanie tchawicy za pomocą odpowiednich rozszerzadeł, z pośród których największem uznaniem cieszą się rozszerzadła SCHRÖTTER'a, PIENIAŻKA, 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 chirurgii krtani; opis ich znajdzie czytelnik w wybornych pracach SCHRÖTTER'a, PIENIAŻKA, a wreszcie w podręcznikach chirurgii szczegółowej. Przy zwężeniach oskrzela prof. PIENIAŻEK stosuje również rozszerzanie za pomocą odpowiednich narzędzi, po uprzedniej tracheotomii, i otrzymuje nie raz wyniki dodatnie. BAUROWICZ w przypadku zwężenia pochodzenia twardzielowego stosował również rozszerzanie chirurgiczne. Usiłowano nawet bez uprzedniej tracheotomii, rozszerzać zwężone oskrzela pod kierunkiem lustra krtaniowego, za pomocą odpowiednich rozszerzadeł kauczukowych lub kateterów. LANDGRAF w jednym przypadku zwężenia lewego oskrzela, wywołanego tętniakiem aorty, za pomocą wprowadzania w przeciągu wielu miesięcy kateterów, znacznie choremu ułatwił oddech. 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 w wyjątkowych tylko razach, przez bardzo wprawnych lekarzy może być stosowany.

Obrażenia, rany, pęknięcie i przebicie tchawicy i oskrzeli.

Głębokie położenie tchawicy, a zwłaszcza oskrzeli, chroni te narządy od obrażeń zewnętrznych. Pomimo to jednakże, aczkol-

wiek rzadko zdarzają się przypadki podobnych obrażeń; w piśmiennictwie zanotowano ich kilkadziesiąt, jak to widać z zestawienia HOPMANN'a w zbiorowym podręczniku laryngologii, wydanym przez HEYMANN'a. Rany cięte, klute 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 bywają rozerwane, zmiażdżone. 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 wypadki zupełnego oderwania oskrzela od tchawicy. Rozerwanie tchawicy, a zwłaszcza oskrzela, nastąpić może również, bez uszkodzeń zewnętrznych, przy gwałtownym 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 wykazaną (COURTOIS), to jednakże należy mieć na widoku, że przy gwałtownym działaniu siły na klatkę piersiową występuje zazwyczaj również złamanie żeber, jest więc możliwym, 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.

O b j a y, właściwe pęknięciu tchawicy i oskrzela, o ile nie nastąpiła śmierć natychmiastowa wskutek krwotoku wewnętrznego, charakteryzują się wystąpieniem duszności i szybko w z m a g a j a c e j s i ę o d m y 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 krwiopłucie. Przy pęknięciu oskrzela zazwyczaj powstaje jednocześnie odma piersiowa (*pneumothorax*), którą spostrzegamy i przy pęknięciu tchawicy, jeżeli nastąpiło złamanie żeber i przedziurawienie opłucnej.

Jednocześnie z powyższymi objawami występuje 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 tracheotomii). Naturalnie, i w tych szczęśliwych przypadkach spotykamy różne ciężkie następstwa, głównie zwężenia. Zwężenie występuje nadto jako następstwo pewnej odrębnej kategorii obrażeń tchawicy i oskrzeli głównych, mianowicie o p a r z e ń wskutek wdechania zbyt gorącej pary, lub gazów żrących (amoniak, brom i t. p.), albo wskutek aspiracji żrących płynów (roczyn ługu, kwas karbолоwy i t. p.). Wprawdzie przy obrażeniach, o których mowa, przeważa objawy ze strony krtani, jednakże w niektórych razach dotkniętą bywa i tchawica, a nawet oskrzela główne. Sam spostrzegalem przypadek, kiedy wskutek otrucia przypadkowego mocnym rozczynek chlorku cynku wystąpiło przypalenie strun głosowych i tchawicy, co doskonale za pomocą wziernika krtaniowego można było stwierdzić; mocne zaś napady kaszlu pozwalały wnioskować, że część płynu dostała się i do oskrzeli. Przypadek skończył się śmiertelnie. Badanie jednakże pośmiertne dokonaniem być nie mogło.

Leczenie ran i pęknięć tchawicy wkracza w dziedzinę chirurgii (podwiązanie naczyń, zeszywanie rany tchawicy, możebna tracheotomia). Wewnętrznie stosujemy środki pobudzające i wzmacniające.

Przedziurawienie oskrzela.

Oprócz przyczyn urazowych, wyżej opisanych, do których dołączyć również należy i ciała obce, szczególnie ostre, przedziu-

rawienie 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 szczególnie 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 szczęśliwym, szczególnie u ludzi z klasy biedniejszej. Co rocznie widuję takie przypadki w szpitalu. Przedziurawienie zazwyczaj następuje nagle, wśród mocnej duszności i kaszlu, chory wyrzuca ogromne ilości ropnego lub ropnocuchnącego płynu. W niektórych razach masowe wydzielanie odbywa się w ciągu kilku godzin lub doby, poczem chory doświadcza znakomitej ulgi w oddechaniu 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 kategorii wypadków, które opiszemy szczegółowo w chorobach opłucnej, płyn zbiera się znowu, co zależy od zasklepienia się zbyt małego otworu w oskrzeli.

Rozpoznanie tej kategorii przebieć oskrzela, o ile jest łatwym i prostym w przypadkach, gdzieśmy uprzednio chorego badali, o tyle bywa trudnym, a nieraz nawet niemożliwym 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 ropnocuchnącego oskrzeli, nieraz odmy piersiowej ograniczonej (*pncumothorax*, 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 winieniem dodać, że w ogromnej większości przypadków, jak wyżej zaznaczyłem, przebiecie oskrzela występuje nagle, a chory przedtem nie doświadcza żadnych wyraźniejszych zmian w swoim 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 przez otocze-

nie przy oddechaniu chorych może być zauważony. Zjawisko to, na które w swoim czasie zwrócił uwagę TRAUBE, zależy prawdopodobnie od dyfuzji do płuc cuchnących produktów ropy przy powolnem przebijaniu się płynu do oskrzeli.

Raki przelyku, zwolna rozpadające się, mogą również czasem przebijać tchawicę, jako też i oskrzela. Przebicie to następuje samodzielnie, nieraz zaś bywa wywołane przez nieostrożne, w okresie poczynającego się rozpadu dokonywane sondowanie przelyku 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 płwociną, objawami fizykalnymi (rżenia 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 kategorii, 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, szczególnie wobec niedokładnych w tym okresie choroby danych anamnestycznych. Obok uwzględnienia wszystkich danych klinicznych i wywiadów rozpoznanie ułatwić może jeszcze ostrożne sondowanie przelyku. W niektórych wyjątkowych przypadkach może być stosowaną metoda GERHARDT'a, polegająca na tem, że przez wprowadzony zgłębnik przelykowy wyciągamy powietrze i określamy jego ilość; duża ilość powietrza ma przemawiać za obecnością przebiccia przelyku do oskrzela. Metoda ta jednakże jest zbyt skomplikowana i trudna do stosowania, a tembardziej zbyteczna, że ściśle badanie kliniczne w większości przypadków jest w stanie do dokładnego rozpoznania doprowadzić, a nawet i miejsce przebiccia 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 wypadkach pęknięcie worka może odbywać się powoli: w przeciągu kilku dni i dłużej wystę-

pować może mniej lub więcej obfite krwiopłucie, zanim nastąpi śmiertelny krwotok. Spostrzegalem i opisałem dwa podobne przypadki („Medycyna“ 1877 r.), w których krwiopłucie nasuwało podejrzenie gruźlicy. Analogiczny 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) uległe zse-rowaceniowi i rozmięczeniu gruczoły oskrzelowe, 2) ropnie śródpiersia, 3) zapalenia ropne kręgów szyjowych i piersiowych, uchyłki przełyku i t. d.. Co się tyczy tych ostatnich, to podług ZIEMSEN'a ich zawartość ropiasta ma się przebijać naprzód do śródpiersia, a następnie ogniska posokowate, leżące blisko rozdwojenia tchawicy, przebijają się do oskrzeli, wytwarzając w ten sposób rodzaj zatoki oskrzelowo-przełykowej. Rozwijają się następnie zapalenie ropne oskrzeli z obfitem wyrzucaniem cuchnącej ropnej płwociny; ognisko pierwotne może nawet uleść w ten sposób zablężnieniu. Częściej jednakże wchłaniana do płuc zawartość wywołuje wtórne zgorzelinowe zapalenie płuc z zejściem niepomysłnem. ZIEMSEN również opisuje przypadek, gdzie uchyłek, przebity do oskrzela płuca gruźliczego, wytworzył rodzaj kanału, komunikującego łoż z jamą gruźliczą. Rozpoznanie tych rodzajów przebic oskrzela (gruczoły, ropnie śródpiersia, uchyłki) przedstawia z punktu klinicznego wielkie trudności; sprawę jedynie podejrzewać, a rzadko napewno rozpoznawać możemy.

Uchyłki tchawico-oskrzelowe (*Diverticula*).

O uchyłkach tchawicy więcej powiedzieć może anatomo-patolog, niż klinicista, 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

¹⁾ „Przyczynek do rozpoznania tętniaków aorty“. „Gazeta Lekarska 1897 r.

²⁾ „O miejscowych rozszerzeniach (uchyłkach) tchawicy“ „Pam. Tow. Lek.“ 1897 r. Zesz. III.

szczegółowo sprawy te na podstawie własnych badań autora zostały opracowane. PRZEWOSKI rozróżnia dwa typy rozszerzeń tchawicy. Pierwszy typ stanowią uchyłki o szerokim otworze wchodowym, przedstawiające się w postaci poprzecznych, rynienkowatych, żłobkowatych zagłębień, które przeważnie zajmują znaczną część szerokości tylnej ściany tchawicy. Typ drugi (uchyłki kolbowate), o wązkim otworze wchodowym, nazywa autor — wązkoszyjowymi. Zajmują one głównie średnią część tchawicy, a wychodzą zwykle z prawej strony, na granicy ściany błoniastej i chrzęstnej. Przy badaniu uchyłków żłobkowatych, o szerokim otworze wchodowym PRZEWOSKI doszedł do wniosków, 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 uchyłku zanikają pęczki podłużnych włókien sprężystych i gładkie włókna mięsne, od których w wysokim stopniu zależy wytrzymałość ścian tchawicy. temu zanikowi więc należy przypisać wypuklenie się ścian. Zanik zależy jeszcze po części od chronicznej sprawy zapalnej i od nadmiernego podnoszenia się ciśnienia powietrza w tchawicy podczas ciągłego kaszlu. Uchyłki woreczkowate, o wąskiej szyjce, uważane są dotychczas za zmienione i rozciągnięte gruczoły śluzowe tchawicy. Zapalenie chroniczne błony śluzowej dróg oddechowych wraz z towarzyszącym kaszlem, prowadząc do rozlanego rozszerzenia tchawicy, stanowi również przyczynę wązkoszyjowego wypuklenia 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 którymi 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 wypukła 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) napotykanne były jako następstwa różnych spraw zapalnych śródpiersia; w jednym przypadku, przyczyną uchyłka było zwapnienie i następnie skurczenie się gruczołów okołoskrzelowych. W przypadku IMMERMANN'a uchyłek głównego prawego oskrzela 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 Prozesse in Mediastinum. Deut. Archiv f. kl. Med. B. XVI 1875 r.

Dychawica oskrzelowa.

(Asthma bronchiale).

ROZDZIAŁ XVI.

Treść. Rys historyczny nauki o patogenezie astmy. Różne jej teorye. Etiologia. Objawy szczegółowe. Opis napadu astmatycznego. Przebieg i odmiany napadu. Katar oskrzelowy i własności płwociny astmatycznej. Odmiany kliniczne astmy. Przebieg. Rozpoznanie różniczkowe. Rokowanie. Leczenie. Zapobieganie. Leczenie napadu. Ogólne metody, stosowane przy leczeniu astmy. Astma letnia (Heufieber), jej patogeneza, objawy, przebieg i leczenie.

Astma oskrzelowa stanowi typową nerwicę dróg oddechowych, charakteryzującą się występującymi 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 mówiąc, zaliczoną 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 opisywaną 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 etiologię, stanowiło przedmiot niezwykle zajmujący umysły wszystkich niemal pierwszorzędných lekarzy ubiegłego wieku; śmiało rzec można, że rzadko któremu cierpieniu dróg oddechowych poświęcono tak wielką liczbę prac, nie tylko z dziedziny kliniki lecz i w ostatnich kilku dziesiątkach lat z patologii do-

świadczalnej. Nic dziwnego, że praca pierwszorzędných umysłów nie była bezowocną. Dziś śmiało powiedzieć możemy, że nie tylko klinika, lecz i etyologia astmy oskrzelowej jest niezwykle ściśle i dokładnie poznana, a chaos, panujący niemal do ostatnich czasów w poglądach na to cierpienie, ustąpił miejsce jasno sformułowanemu o niem pojęciu. Astma oskrzelowa uważana jest dzisiaj za cierpienie czysto nerwowe.

W historii rozwoju pojęć o astmie oskrzelowej znajdujemy interesujący fakt, że pierwszy z autorów, który ją szczegółowo, w połowie XVII wieku opisał, słynny lekarz i anatom angielski WILLIS, uważał ją za cierpienie pochodzenia nerwowego, a nawet określał bliżej, jako skurcz oskrzelowy (*dispnœ convulsiva*). Na poparcie swoich poglądów przytacza również wynik badania pośmiertnego, przy którym żadnych zmian w narządach, a szczególnie w płucach nie znalazł: „*Cadaver apertum exhibuit, viscera omnia sana, praesertim pulmones.*“ Znakomity również klinicysta francuski LAENNEC, opisując astmę, z niezwykłą, a właściwą sobie 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 altération primitive et spontanée de l'influence nerveuse*). Widzimy, że określenie to LAENNEC'A w zupełności odpowiada dzisiejszemu pogładowi na astmę. Jednakże potrzeba było wielu dziesiątków lat, całych setek prac, najróżnorodniejszych teorii i poglądów, aby pojęcie to ogólnie ustalić. Szczipłość miejsca nie pozwala na rozpatrywanie tutaj tych teorii; zostały one szczegółowo rozebrane w bardzo licznych pracach, a bardzo krytycznie i umiejętnie zestawione przez SÉE'go ¹⁾, A. FRAENKEL'a ²⁾, GOLUBOS'a ³⁾, BRÜGELMANN'a ⁴⁾ i wielu innych. Tutaj wspomnimy tylko o najważniejszych teoriach.

Po wykazaniu przez LONGET'a i VOLKMANN'a zależności unerwienia mięśni oskrzelowych (wykrytych w r. 1828 przez REISSESEN'A) od nerwu błędnego, ROMBERG, na podstawie powyższego faktu, astmę oskrzelową uważał za skurcz mięśni oskrzelowych,

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.

a pojęcie to, zawdzięczając różnorodnym pracom klinicznym, szczególnie zaś pracy BERGSON'a w Niemczech i słynnego klinicysty francuskiego TROUSSEAU'a, zostało szybko rozpowszechnione wśród ogółu lekarskiego. Dopiero w roku 1854 wystąpił WINTRICH z zupełnie nową teorią, powtarzając bowiem doświadczenia LONGET'a i VOLKMANN'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 szczególnie obniżenia przepony, stale spotykanego przy napadzie astmy oskrzelowej. Według WINTRICH'a istota astmy polega nie na skurczu oskrzelików, lecz na tonicznym skurczu całej przepony, wywołującym jej znaczne obniżenie, a wskutek tego czasowe rozdęcie i obniżenie płuc. Teoria 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 istotą astmy stanowi skurcz mięśni oskrzelowych. Starał się przytem wyjaśnić przyczynę chwilowego rozdęcia pęcherzyków płucnych, utrzymując, że następuje ono wskutek utrudnionego wydechu, warunkowanego skurczem oskrzelików. Powietrze w pęcherzykach zostaje jakby uwięzione; pęcherzyki rozszerzają się coraz bardziej, gdyż stale przy wdechu pewna część powietrza przedostać się do nich może; przy wydechu zaś powietrze nie wychodzi zupełnie. Teoria ta przyjmowała naturalnie, jako fakt, możliwość skurczu oskrzelików pod wpływem podrażnienia nerwu błędnego, a jakkolwiek niektórzy następnii autorowie, szczególnie zaś RIEGEL, starali się znowu teorię skurczu obalić, to jednakże prace doświadczalne ostatnich lat (EINHOVEN, BEER, FRANÇOIS-FRANK) dowiodły ze wszelką stanowczością możliwość skurczu oskrzeli. Tem samem teoria BIERMER'a, a właściwie mówiąc WILLIS'a i LAENNEC'a w zupełności została potwierdzoną. FR. FRANK wykazał nawet, że nie tylko podrażnienie nerwu błędnego, ale i trójdzielnego (błona śluzowa nosa) wywołuje skurcz oskrzeli. Teoria skurczu oskrzelowego nie wyjaśniała nam jednak faktu, stale napotykanego przy napadach astmy oskrzelowej, t.j. kataru w połączeniu z wydzieliną; aczkolwiek już LAENNEC, zwrócił nań uwagę i czynił go zale-

znym od układu nerwowego. Bliższe badania tej kwestyi przez niektórych autorów, a szczególnie przez WEBER'a, STÖRCK'a i innych doprowadziły do wytworzenia nowej teoryi astmy, według której istota cierpienia polega na ostrem podrażnieniu nerwów naczynio-ruchowych oskrzeli z następczem mocnym przekrwieniem i wydzieliną, zatykającą oskrzeliki i wywołującą wtórnie skurcz oskrzelowy. Teorya ta zdawała się zyskiwać jeszcze większe uznanie z chwilą wykrycia przez LEYDEN'a w wydzielinie oskrzelowej kryształów (poprzednio już opisywanych przez CHARCOT'a). Kryształy te miały, podług LEYDEN'a, 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 LEYDEN'a. Niedługo potem CURSCHMANN wykrywa w płwocinie astmatyków włókna spiralne i przypisuje im związek z astmą: według niego istota astmy polega na niezwykle ostrym katarze najdrobniejszych oskrzelików (*bronchiolitis exsudativa acutissima*), przy którym występuje tam że wypocina niemal specyficzna, zawierająca stale włókna spiralne, warunkująca zatkanie oskrzeli z wszystkimi objawami właściwymi astmie. Naturalnie, i ta teorya jest zbyt jednostronna, gdyż podobnie jak kryształy, tak i włókna CURSCHMANN'a napotyka się przy 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 wydzieliny oskrzelowej albo wcale niema, lub wydziela się w nieznacznej ilości.

Tak się przedstawiają w krótkości główne teorye, dotyczące patogenezy astmy. Która z tych teoryi jest najbliższa prawdy, na to, zdaje się, najsluszniej odpowiada BRISSEAUD¹⁾, twierdząc, że wedle wszelkiego prawdopodobieństwa obie teorye, t. j. teorya skurczu oskrzelików (BIERMER'a), jako też teorya skurczu mięśni wdychowych (WINTRICH i BAMBERGER); każda z nich w odpowiednim przypadku daje dostateczne wyjaśnienie patogenezy choroby.

W klinice bowiem widzimy przypadki, w których mamy do czynienia.

¹⁾ Asthme Charcot-Bouchard. *Traité de Médecine*, I IV.

nia 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 towarzyszącymi zaburzeniami naczynio-wydzielniczymi (*vaso-secretoires*) błony śluzowej dróg oddechowych.

Istotna więc przyczyna cierpienia pozostaje dotychczas ciemną; objawy bowiem skurczu, powstałe na drodze zwrotnej, objaśnione być mogą tylko stanem nadmiernego pobudzenia ośrodków oddechowych, położonych, jak wiadomo, w rdzeniu przedłużonym,—(*asthme pneumo-bulbaires*, autorów francuskich) (SÉE). Co stanowi istotną przyczynę tego nadmiernego pobudzenia ośrodka, pozostaje to dla nas, podobnie jak przy innych nerwicach ogólnych (płasawica, epilepsja, migrena i t. p.), z którymi astma oskrzelowa ma pewne powinowactwo kliniczne, dotychczas niewyjaśnione. Ograniczyć się musimy do przyjęcia tak zwanego usposobienia nerwowego, przy którym 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 fizjologii doświadczalnej. Anatomia 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 płuc¹⁾ i wykrył w drobnych oskrzelikach wielką ilość włókien spiralnych, a nadto ogromną ilość zluszczo-

¹⁾ Zur Pathologie des Bronchialasthma, 1900 r., Deut. M. Woch. № 17.

nego nabłonka słupkowego. Komórki nabłonkowe były duże, z dobrze zachowanymi jądrami, najdrobniejsze naczynia oskrzelowe i płucne były mocno przekrwione; w niektórych miejscach znajdowały się wyraźne wynaczynienia; w ścianach oskrzelików 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 nie tylko drobne, lecz i grubsze oskrzela napełnione gęstym śluzem. Powyższe zmiany FRAENKEL określa, jako katar złuszczeniowy znacznego natężenia; aczkolwiek sprawy tej kategorii występują i przy innych cierpieniach oskrzeli, to jednakże FR. zaznacza, że tak obfite łuszczenie się nabłonka spotykał jedynie przy astmie oskrzelowej. Inne zmiany, wykryte przy badaniach pośmiertnych, nie przedstawiały dla powyższej sprawy nic charakterystycznego.

Jeżeli z punktu widzenia etyologicznego 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 astma oskrzelowa, podobnie jak i inne nerwice, może być przez pewne osobniki odziedziczona. 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 ściśle. 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 kategorii przypadków, co jednogłośnie zaznaczają wszyscy autorowie, u osobników, dotkniętych astmą, istniało w rodzinie bliższej, lub dalszej usposobienie nie tylko do astmy, lecz do różnorodnych nerwic, jak migreny, neurasteryi, histeryi, a nawet epilepsyi. Spostrzegłem również u niektórych astmatyków współcześnie istniejące powyższe cierpienia, szczególnie neurastenię u mężczyzn, a histeryę u kobiet. To samo mogą

powiedzieć o rachityzmie i skrofułach, które różni autorowie uważają za moment, usposabiający do astmy. Znane również są fakty, że osobniki, dotknięte w młodości jedną z nerwic (np. histeryą), 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 współlistnienie usposobienia artrytycznego i astmy uważają za niezbyt częste. Ja u moich astmatyków usposobienie artrytyczne spotykałem 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 dzieci 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 następujące: 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 większość spostrzeganych chorych byli to ludzie średnio zamożni. Między innymi astmę spostrzegłem w 13 przypadkach u kupców; w 6-u obywateli wiejskich, w 6-u oficerów, 8-u uczniów gimnazjum; 3-ch u subjektów handlo-

¹⁾ Patrz pracę moją „O stosunku spraw artrytycznych do chorób piersiowych“ Gaz. Lek., 1900 r.

wych, w 3-u lekarzy, w 1-u nauczyciela, w 2-u urzędników, w 1-u gorzelanego, w 1-u elektrotechnika i t. p..

Obok tych ogólnych danych etiologicznych 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 etiologii 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 szczególnie dawniejszych autorów, którzy zaliczali do astmy najrozmaitsze cierpienia, nie mogą być brane w rachubę. Cierpienie to bowiem, jak słusznie zaznaczył SÉE, ma swoje dla każdego osobnika odrębne środowisko atmosferyczne. Niektórzy astmatycy czują się 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 wolnym od napadów jedynie w najwyższych górskich stacjach klimatycznych Szwajcaryi; 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'HELMONT doznawał napadów astmy ilekroć razy przyjechał do Brukseli. Obserwuję dotychczas stale 20-kilkoletnią pannę, mieszkającą w Warszawie, która doznaje napadu po wyjeździe na wieś w okolicę Wilanowa; wystarcza powrót do Warszawy, żeby napad astmatyczny ustąpił. Fakty powyższe przemawiają stanowczo za pewnym wpływem autosugestyi 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 przestachu, ciężkiego zmartwienia i innych wpływów psychicznych.

Co się tyczy w wpływu pór roku, na astmatyków, to pod tym względem nie spostrzegamy również jakiegoś stałego określonego prawidła. Moje spostrzeżenia, zdaje się, przemawiają za tem, (podobne przypuszczenia wypowiadają również niektórzy inni autorowie), że napady astmatyczne częściej występują w lecie. Znam od lat kilku pewną astmatyczkę, która miewa napady jedynie w lecie, natomiast inni chorzy miewają je głównie zimą.

Szerokość geograficzna miejscowości, klimat północny, czy południowy, nie odgrywają też 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 astmatyka, 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 Riwierę: jedna z pacjentek wkrótce musiała powrócić ztamąd do Warszawy wskutek napadów, występujących coraz gwałtowniej.

Co się tyczy, t. z w. przeziębienia i jego wpływu na powstawanie napadów astmy, to podobnie jak w etiologii zapalenia 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 katar oskrzeli ostry; przebiegł on jednak normalnie i nie pociągnął 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 więcej, o ile sądzę, usposabiają do powstania

suchych katarów oskrzeli, aniżeli do prawdziwej astmy. Niektóre jednakże rodzaje subtelných 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 podobne osobniki z chwilą wejścia do miejsca, gdzie była rozcierana, nieraz przed kilkoma nawet dniami, ipekakuana, doświadczały 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 doświadczać nawet wywołać u siebie napad astmatyczny, występujący po upływie 2—3 minut od chwili wdechania 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, Anglii 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 wdechania 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 przy wejściu do stodoły, gdzie młynkowano zboże. Znany klinicysta francuski TROUSSEAU, autor niezwykle cennej pracy o astmie, dostał pierwszego mocnego napadu dusznicy przy mierzaniu owsa w stajni.

Z innych momentów, usposabiających do astmy, wspomnieć winiśmy o cięży, podczas której, jak to sam w jednym przypadku spostrzegalem, mogą wystąpić napady typowej astmy ustę-

pujące 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 klimakteryjnym; 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 charakter ataków duszności histerycznej, aniżeli istotnej astmy oskrzelowej.

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. Spostrzegalem niedawno 40-kilkoletnią kobietę, dotkniętą od bardzo wielu lat powtarzającymi 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 etyologicznego należy rozpatryć nieco obszerniej kwestyę 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 częstymi napadami astmy oskrzelowej, stopniowo wzmagającymi się w natę-

¹⁾ Patrz pracę moją „Skryte postaci suchot płucnych“. Odczyty kliniczne 1898 r.

zeniu i częstości, po usunięciu polipów napady w zupełności ustały. Znałem ową historyczną pacjentkę, żonę jednego z lekarzy w Gryfii; 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. Wśród 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 niezwykle zainteresowanie w świecie lekarskim, i odtąd zaczęto bardzo szczegółowo badać i leczyć ryнологicznie każdego astmatyka. Ogłoszono wiele prac, które zdawały się ustalać pogląd o zależności astmy od cierpień nosa i o skuteczności leczenia ryno-chirurgicznego tej sprawy. Trzeźwa jednakże obserwacja doprowadziła wkrótce do rozczarowania; przekonano się bowiem na stosunkowo bardzo ogromnym materiale, 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 innymi 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 rozrośniętych 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 już przed laty 8-iu

sprawę tę poruszył w odczycie, wypowiedzianym w Tow. Lekarskiem w 1894 r. kolega ARNSTEIN¹⁾, który na podstawie dziesięciu przypadków astmy oskrzelowej, bezskutecznie ryno-chirurgicznie leczonej, wypowiedział słuszne uwagi krytyczne co do tej metody leczniczej. W dyskusyi, która się wówczas wywiązała, ostrzegałem przed zbyt dużym entuzjazmem do ryno-chirurgicznego leczenia astmy, podając w wątpliwość wielki procent 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 i 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 rezultat był zupełnie ujemny. Sprawa stosunku cierpień jamy nosowej do astmy oskrzelowej, jakoteż wyniki i wskazania do ryno-chirurgicznego leczenia były przedmiotem, szczególnie w Anglii, bardzo licznych publikacji i rozpraw w towarzystwach lekarskich. Sądzę, że nie będzie zbyt cennym, jeżeli na zakończenie niniejszego, może nieco przydługiego rozdziału, podam wyniki dyskusyi nad tą kwestyą, odbytej w roku 1899, w Towarzystwie Laryngologicznem Londyńskim²⁾. 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 napady astmy mogą być wywołane przez cierpienie nosa. Liczba jednak przypadków wyleczeń astmy po usunięciu zmian w nosie jest niesłychanie małą stosunkowo do olbrzymiej liczby dokonanych rękoczynów. Wszystkie przypadki astmy, leczone chirurgicznie S. dzieli na 3 kategorie:

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.

²⁾ Internationales Centralblatt f. Laryngologie und Rhinologie. T. XVI, 1900 str. 361.

1) przypadki, w których rezultat dodatni był trwały; liczba tych przypadków jest niezwykle małą; 2) dość liczne przypadki, w których nastąpiła czasowa poprawa; 3) przypadki, w których rezultatu nie osiągnięto; procent tej kategorii przypadków jest bardzo duży. Z wnioskami tak doświadczonego autora, jakim jest SEMON, sądzę, że każdy bezstronny lekarz zgodzić się może. Poleczają one, że za pomocą operacyi w niektórych przypadkach ulgę astmatykom przynieść jesteśmy w stanie, lecz zarazem ostrzegają, że poprawy zazwyczaj bywają tylko czasowe.

O b j a w y. Z punktu widzenia symptomatologicznego podstawowym objawem astmy oskrzelowej jest n a p a d a s t m a t y c z n y, 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 gwałtownego 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 rżenie, umiejscowione w okolicy mostka. Obok duszności, stale trwającej, dominującym objawem jest wielki p r z e s t r a c h chorego, który nie jest w stanie zdać sobie sprawy z tego, co się z nim stało. Uczucie 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 gło-

sem kilka słów wypowiedzieć, co w początkach napadu było prawie niemożliwe. To poczucie poprawy i uspokojenia występuje najczęściej pod wpływem uspokajającego leczenia, zastosowanego odrazu, lub też sugestyi 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; rżenia świszczące, słyszalne dobrze przez samego chorego, stają się bardziej wyraźne i mogą być słyszalne przez innych zdaleka. Kaszel, z początku suchy, krótki, wzmacnia się; wreszcie wśród wielkiego wysiłku, chory zaczyna wyrzucać nieco przezroczystej, szklistej płwociny i odrazu czuje, że mu się robi lepiej. Jeszcze po upływie pewnego czasu, jednej lub dwóch godzin już 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 częstszego 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 bła 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 pozycyi. Najczęściej siedzą przykurczeni, z łokciami opartymi na udach, lub na stoliku; ramiona mocno odchyłone od tułowiu, głowa nachylona ku przodowi, lub nieraz ku dołowi podana. Mięśnie szyjowe są zazwyczaj mocno naprężone. Klatka piersiowa rozszerzona, przyjmuje wyraźny typ klatki wydechowej; przepona bywa skurczona, stoi nisko, typ oddechania piersiowy, okolica podbrzuszna zapadnięta. Liczba oddechów jednakże najczęściej nie jest zwiększoną; są one głębokie i niezbyt

częste; chyba w początkach napadu, przy uczuciu strachu chory przyspiesza oddech, sądząc, że w ten sposób sprawi sobie ulgę. Puls bywa drobny, miękki, nieraz nierówny. Przy obserwacji typu oddechania 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, szczególnie u chudych osobników, dają się wyraźnie namacać skurczone mięśnie dodatkowe wdechowe: (*mm. scaleni, sterno-cleido mastoid.*) i t. d.). 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 bębniasty, przypominając dane wypukowe, otrzymywane u chorych, dotkniętych wysokim stopniem rozedmy. Przy wysłuchiwaniu klatki piersiowej słychać z przodu i z tyłu oddech, pokryty świszczącymi rżeniami, słyszalnymi nawet zdaleka. Wysłuchując się jednak bliżej, można z łatwością zauważyć, że świszczenie cienie, przeciągłe dotyczy aktu wydechowego, co odpowiada temu faktowi, iż duszność ma charakter czysto wydechowy. Oddech świszczący różni się jednak od tych świstów, które słyszymy przy 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 ustąpywaniem napadu oddech ten stenotyczny staje się coraz mniej wyraźnym, nieraz daje się wyraźnie wybadać, jak skurecz ustępuje częściowo. Wreszcie po ustąpieniu właściwego skurczu i odzyskaniu przez przeponę normalnego położenia, przy oddechu już niemal swobodnym, daje się przy wysłuchiwaniu stwierdzić obecność rżeń świszczących w dolnych częściach klatki piersiowej, które już nie mają charakteru skurczowego, lecz jednakowo są wyraźne przy wdechu, jak i wydechu, przypominając zjawiska, słyszalne przy ostrym katarze grubych i cienkich oskrzeli.

Przebieg i odmiany napadu. Nawet ciężkie napady zazwyczaj nie trwają dłużej nad godzin kilka; poczem, jak

wyżej opisałem, po przespaniu się, chory czuje się niezle. 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, obiektywny 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 przestrah, a ztąd pozornie mniejsze natężenie napadu. W niektórych przypadkach sprawa ogranicza się do dwóch lub trzech napadów, co noc się powtarzających, po czym chory powraca, i to nawet dość szybko, do normalnego stanu. U niektórych jednakże chorych napady powtarzają się 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 *p e r y o d y c z n o ś ć*. W danej seryi 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 autosugestyi, 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 *t y p n i e r e g u l a r n y*, występują naprzemian dniem, lub nocą, trwając dłużej, lub krócej.

Napady astmatyczne, jak wyżej zaznaczyłem, w większości przypadków występują nagle bez jakichkolwiek zwiastunów. Niektórzy jednak chorzy, a szczególnie doświadczający od dłuższego czasu napadów, opowiadają, że mogą na pewien czas przed tem przewidzieć zbliżający się atak. Niektórzy podają, że napad poprzedzany bywa dławieniem w gardzieli, 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 niedawno spostrzegać w moim gabinecie lekarskim 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 umiarkowanie przekrwioną, muszle wcale niezbrzęknięte, 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 sędzę, prawdopodobnie było zależne od podrażnienia nerwu trójdzielnego, rozgałęziającego się w błonie śluzowej nosa.

W ogromnej większości przypadków w przebiegu typowego napadu astmy występują objawy kataru oskrzeli pochodzenia naczynio-wydzielniczego z wydaleniem wielce charakterystycznej płwociny. 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 płwocina, zwykle pod koniec napadu, sprowadzając choremu pewną ulgę, to jednak chorzy, czując ciągle rżenia suche w piersiach, domagają się stale od lekarza czegoś, co ułatwiłoby im odpluwanie. Wydalanie płwociny z początku bywa bardzo skąpe i w niektórych przypadkach stale na tym stopniu pozostaje; u większości jednak chorych wzrasta się nieco na drugi dzień po napadzie, nieraz nawet staje się dość obfitem, zmniejszając się, a nawet wstrzymując znowu raptownie z nastąpieniem drugiego napadu. Zazwyczaj po ukończeniu seryi napadów, płwocina, a z nią i kaszel ustępuje szybko, chorzy zaś, jak poprzednio, nie czują żadnych zaburzeń ze strony dróg oddecho-

wych. W przypadkach astmy, od wielu lat trwającej, z często powtarzającymi 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 przy 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 wydaloną; 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 kłaczkki. Już przy badaniu za pomocą lupy widzieć można, że kłaczkki te składają się z drobnutkich, spiralnych, poskręcanych nitczek; przy większem powiększeniu znajdujemy w nich przedewszystkiem w ogromnej ilości drobnutkie kryształki, wykryte poraz pierwszy przez LEYDEN'a, a znane już przedtem CHARCOT'owi i opisywane powszechnie pod nazwą kryształów CHARCOT-LEYDEN'a. Kryształy te, jak to pokazują drugostronnie załączony rysunek, przedstawiają się jako niewielkie igielkowate, ostro zakończone ośmiościany (oktaedry), a są właściwie podwójnemi heksagonalnemi piramidami. Badanie chemiczne wykazało, że rozpuszczają się łatwo w wodzie gorącej, kwasach mineralnych i płynach zasadowych, z trudnością zaś w wodzie zimnej, eterze i alkoholu. Barwią się łatwo eozyną i innymi barwnikami. Wielkość ich bywa bardzo rozmaita; nieraz są one nie większe od średnicy ciała 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 już wyżej zaznaczyliśmy, wykryto wkrótce, że nie zawsze w plwocinie astmatycznej kryształy te znaleźć można. Nieraz znowu znajdowano je w plwocinach lub wydzielinach, ze sprawą astmatyczną nic wspólnego nie mających (gruźlica, polipy nosowe). Co do sposobu powstawania 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 zluszczonego na-

blonka migawkowego, oraz niemal stale w mniej lub większej ilości ciała eozynofilowe, których pochodzenie dotychczas również nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione. Niektórzy autorowie przypuszczają, że pochodzą one ze krwi, w której je u astmatyków wykrywano (GABRYSZEWSKI). FRAENKEL¹⁾ w ostatniej swojej pracy utrzymuje, że mógł na preparatach płuca astmatyka dokładnie widzieć przejście ciałek eozynofilowych z tkanki otaczającej do ściany oskrzelików. Widział je także



w świetle drobnych naczyń i żył, jako też w tkance mięśniowej i otoczce naczyń. NOORDEN²⁾, jak również FRAENKEL opisują jeszcze w płwocinie astmatyków komórki hemosyderynowe („Hemosiderinzellen“). Są to komórki nabłonkowe lub białe ciała krwi, zawierające w protoplazmie barwnik krwi. Mają one według NOORDEN'a pochodzić z drobnych wylewów krwi, które następują nieraz podczas napadów astmy, nadając płwocinie zabar-

1) Deutsche klinik — 4 Liefer. 1901.

2) Klinische Mediz. t. 20. 1892

wienie różowawe. Wreszcie w płwocinie astmatycznej wykrywamy, już również wspomniane, włókna spiralne CURSCHMANN'a. Są to drobnutkie niteczki śluzu, zwinięte spiralnie, różnej wielkości, wewnątrz nieraz puste (patrz rysunek obok). Napotykanne bywają nieraz w bardzo znacznej liczbie. 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, w sposób mechaniczny, wskutek skurczu oskrzelików i ztąd powstałego zwężenia światła oskrzeli; śluz, zawarty w przepelnionych i skurczonych oskrzelikach, wskutek tego skurczu i ruchu powietrza ma przyjmować owe charakterystyczne postaci. FRAENKEL miał możność podobne tworzenie się spirali stwierdzić na wyżej wspomnianych preparatach. Obok powyższych tworów, w płwocinie astmatyków wykrywane były również drobne odlewy włóknikowe, przypominające podobne odlewy, napotykanne przy zapaleniu oskrzeli włóknikowem — *bronchitis fibrinosa* (patrz wyżej rozdział VIII). FRAENKEL, zaznaczając to 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 płwociny 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 płwocinie kryształów CHARCOT-LEYDEN'a i włókiem CURSCHMANN'a przypomina w pewnym stopniu płwocinę w przebiegu astmy oskrzelowej¹⁾, a sam przypadek z punktu widzenia klinicznego przedstawia również pewną analogię do astmy. Sądzę więc, że nie ulega kwestyi, iż obie te sprawy z punktu widzenia ogólnie patologicznego mają pewne pokrewieństwa.“

Tak się przedstawia w większości przypadków płwocina astmatyczna. Naturalnie, w zależności od pojedynczego przypadku, znajdujemy mniej lub więcej wyraźny zbiór owych typowych

¹⁾ Patrz bliższe szczegóły w tejże pracy, pomieszczonej w Gaz. Lekar., 1895 r.

jej części składowych. Każda z tych części składowych, t. j. kryształ, włókna spiralne, lub ciała eozynofilowe, nie może stanowić sama przez się dla płwociny astmatycznej nie patognomicznego, występować bowiem mogą przy innych sprawach. Razem jednakże wzięte są wielce charakteryczne dla płwociny astmatycznej. Czy jednakże li tylko z obecności takiej płwociny można poznawać astmę oskrzelową, a przedewszystkiem jej skryte postaci, jak to chcą niektórzy autorowie, nie śmiałym twierdzić. Astma bowiem oskrzelowa nie tylko w typowych, lecz i mniej wyraźnych postaciach, posiada zbiór nader charakterystycznych objawów klinicznych, a badanie płwociny, z jej wyżej skreślonymi cechami, da nam jeszcze jeden więcej objaw, pozwalający sprawę dokładnie rozpoznać.

Odmiany kliniczne astmy. Wielu autorów, za przykładem TROUSEAU, starało się rozróżnić rozmaite postaci astmy: nerwowe, idyopatyczne, kataralne, refleksyjne, esencyalne i t. p., podziały te jednak przy krytycznem rozpatrzeniu i zestawieniu z temi formami, które widzujemy w praktyce, wydają mi się zbyt schematycznymi i sztucznymi. 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 płwocinie, jak to zresztą wyżej wzmiankowaliśmy. Nieraz objawy kataralne bywają bardzo wybitne, trwają dosyć długo, a innym razem kaszel bywa nieznaczny, krótkotrwały, płwocina skąpa. Niekiedy mamy do czynienia z wyraźnymi i to stale powtarzającymi się zwiastunami napadu; u innych osobników 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 najlepszem wydaje mi się podział astmy na trzy kategorie. Do pierwszej należą przypadki, w których mniej lub więcej silne napady nie pozostawiają po sobie żadnego wyraźniejszego zaburzenia w organizmie, a chorzy po ustąpieniu napadu czują się zupełnie dobrze i są w stanie oddawać się swoim zwykłym zajęciom. Przy padki te dotyczą przeważnie ludzi młodych i dzieci. Do drugiej kategorii zaliczamy przypadki, w których i po ustąpieniu napa-

du 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 kategorii zaliczyć należy astmatyków starszych; kobiety w okresach klimakterycznych i osobniki wysoko, szczególnie dziedzicznie, neuropatycznie usposobione. Trzecią kategorię stanowią astmy chroniczne. Są to przypadki stałej duszności, napady astmy mają mniejsze natężenie. Przypadki tej kategorii, 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; tej kategorii chorych w pewnym okresie kaszel, połączony z mniejszem lub większem odpluwaniem, staje się stałym. Dusznosc, właściwa rozedmie, występuje przy wysiłkach fizycznych, lub nieraz nawet i w nocy. Od czasu do czasu jednakże występują prawdziwe napady astmy ze zwykłymi, klasycznymi jej objawami. Do tej kategorii 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 widzujemy w tej kategorii chorych u osobników neuropatycznie usposobionych, a powstanie prawdziwych napadów astmy oskrzelowej, jako aktu odruchowego, możemy wytłómaczyć sobie na podstawie wyżej wspomnianych doświadczeń FRANÇOIS-FRANK'a, które wykazały, że nie tylko podrażnienie gałązek nerwu błędnego i trójdzielnego, lecz nawet podrażnienie wsierdzia i aorty może wywołać skurez 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 SALTER'a, 19 dotyczyło dzieci do lat 10 (COMBY ¹⁾) widział nawet klasyczny napad u 6-cio tygo-

¹⁾ Traité des maladies de l'enfance. T. 2 1897 r.

dniowego dziecka. Odrębność przebiegu astmy u dzieci polega na tem, że napady występują pod maską ostrego kataru oskrzeli z towarzyszeniem nawet nieznacznej gorączki (38° — $38,5^{\circ}$). 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 peryodyczności, jak u dorosłych. Z początku są częstsze, powoli jednakże stają się coraz rzadszymi, 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 zrzędu chłopczyka wątłego, u którego w 5-tym czy też 6-tym roku życia, co kilka miesięcy, występowała wśród mocnej gorączki wielka duszność z towarzyszeniem bardzo nieznacznego kaszlu; w klatce piersiowej wykrywałem rżenia, 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 francuzcy nazywają *astmą bolesną* (*asthme douloureux*). Odnacza 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 u jednej z chorych moich spostrzegałem. Chora umiejscowiła 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 stenokardyi, a nie astmy. Bardzo być może, że sprawy te u ludzi starszych mogą istnieć współcześnie, t. j. do napadu stenokardyi może się dołączać astma, lub też odwrotnie. Autorowie francuzcy 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 szczególnie 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. sensacyi, które nazwałbym raczej sensacyami nerastenicznymi, aniżeli napadami astmy.

Przebieg. Już wyżej kilkakrotnie wspomnieliśmy, że przebieg astmy bywa dwojaki: u jednej kategorii chorych astma po kilku napadach, a nieraz jednym gwałtownym, nie zjawia się już więcej. Niekiedy szczególnie u dzieci, lub osobników młodszych, ustępuje ona po kilku latach. W drugiej kategorii 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 chroniczną. Przebieg takiej astmy bywa zazwyczaj bardzo 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 epidemii influenzy, przy objawach ostrej niedomogi serca. Autorowie francuzcy, 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, stenokardyi 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 usposobienie artrytyczne. Wogóle o astmie powiedzieć można to, co i o innych nerwicach ogólnych,

że u pewnej kategorii osobników, szczególnie 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, szczególnie przy często powtarzających się napadach, chorzy marnieją, wyglądają nietylko anemicznie, ale i charłaczko, na co składają się bezsenne noce, brak apetytu, i ciągły stan przygnębienia psychicznego. Niektórzy z nich wpadają nawet powoli w ciężką neurastenię; inni stają się prawdziwymi hypochondrykami i maniakami, ustawicznie zmieniają miejsce pobytu, wędrują z jednego uzdrowiska do drugiego, szukają ciągle nowych metod leczniczych, a wreszcie wpadają najczęściej w ręce szarlatanów, którzy, wyzyskawszy ich materyalnie, doprowadzają stan psychiczny do ostatecznej ruiny. Niektórzy astmatycy dostają nawet prawdziwej psychozy.

Rozpoznanie pierwszego napadu astmatycznego przedstawia nieraz pewne trudności, szczególnie 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 wskazując nawet środki, które jemu ulgę w napadzie sprowadzają. Przy rozpoznawaniu wątpliwego napadu astmy, lub też przy orzeczeniu o istocie już ukończonego napadu kierować się lekarz winien dokładnem zbadaniem całego organizmu, a dopiero przy 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, jedynie 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 po-

winien 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, nawet podobne nietypowe postaci pozwolą rozeznąć. Kierować się zawsze należy charakterem duszności i uprzednim stanem zdrowia pacjenta; w wielu wątpliwych przypadkach przy rozpoznaniu może być pomocnem badanie płwociny, jeżeli w niej znajdziemy charakterystyczne wyżej opisane składniki. Nie sądziłbym jednak, aby, jak twierdzą w ostatnich czasach niektórzy autorowie, badanie w takich razach płwociny 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.

Przy rozpoznaniu różniczkowem astmy należy jeszcze pamiętać, że bywają stany patologiczne, wielce podobne do duszniczy oskrzelowej, sprawy, które od dawien dawna ogólnie pod nazwą astmy nietylko przez publiczność, ale i przez lekarzy określane bywają. Te formy t. zw. wrzekomej astmy należy nam obecnie pokrótce rozpatrzyć i wskazać cechy rozpoznawcze, które umożliwiają ich odróżnienie 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 i wydechowej. Ten sam charakter posiadają i wysłuchać się nieraz dające suche rżenia, które najczęściej występują w częściach dolno-tylnych klatki piersiowej, przyjmując w większości przypadków charakter rżeń obrzękowych. Liczba oddechów w przeciwstawieniu do astmy oskrzelowej bywa znacznie zwiększona. Tętno bywa miękkie, 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, przemieszczające 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 obecności natomiast objawów właściwych astmie oskrzelowej.

2. *Astma nerkowa (asthma uraemicum)* charakteryzuje się również dusznością, lecz ciągłą, nienapadową, zwiększającą się tylko w czasie napadu mocznicy. Występujące jednocześnie wymioty, ból głowy, tętno twarde, serce duże, a co najważniejsza, białkomocz, jakoteż wywiady, mówiące o stopniowym chudnięciu 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 od razu 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 duszniczy oskrzelowej. Astma dyspeptyczna występuje przeważnie u osobników starszych, otyłych, z rozszerzonym znacznie żołądkiem. Niestrawność, a przedewszystkiem przepełnienie żołądka na noc może u takich ludzi wywołać wśród nocy napad mocnej duszności, podczas której jednak oddech bywa bardzo przyspieszony, tętno bardzo szybkie i miękkie, nieraz ledwie wyczuwalne; występuje skłonność do znużenia, lub nawet omdlenia chwilowe; jednym 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 etyologii astmy oskrzelowej, bywa nieraz podobna do astmy nerwowej. Występuje ona u nas wyjątkowo rzadko, (natomiast często w Anglii i Ameryce Północnej), w porze sianozęcia lub dojrzewania roślin trawiastych. Objawy jej dotyczą przeważnie górnego odcinka dróg oddechowych, a mianowicie

występuje podrażnienie błony śluzowej nosa, gardzieli i krta- ni z napadami mocnego kichania, chrypki i kaszlu gardzie- lowego; jednocześnie przyłącza się ostre zapalenie łącnic, z mocnem łzawieniem i światłowstrętem. Sprawie towarzyszy nieraz gorączka. Choroba ciągnie się długo, często całe tygodnie, wywołując ogólne rozbicie i osłabienie; nieraz bywa ciężką, ob- łożną. Zmiany często zstępują na tchawicę i oskrzela, wywołuj-ąc tu ostry katar z mocną dusznością, a nieraz napady istotnej astmy z typową dusznością wydechową. Choroba przeciąga się długo, trwa przecięciowo nie mniej od 6-ciu tygodni, pozostawia-jąc po sobie wielką wrażliwość i usposobienie do rokrocznych na- wrotów w odpowiedniej porze roku. U niektórych chorych spra- wa stale ogranicza się do nosa i łącnic (najczęściej u dzieci).

5. Duszność pochodzenia noso-gardzielo- wego (*asthma pharyngo-nasale*). Jak to już wyżej szczegóło- wo opisałem, niektóre sprawy patologiczne jamy noso-gardzielowej (polipy, przerosty muszli, wyrosła adenoidalne) mogą wywoływać odruchowe napady istotnej astmy oskrzelowej. W większości jednak przypadków duszność u takich chorych, a szczegól- niej u dzieci, dotkniętych wyrosłami adenoidalnymi, ma zupeł- nie inny charakter, aniżeli prawdziwa astma. Występuje ona prawie zawsze w nocy: dziecko zrywa się ze snu z uczuciem niepokoju, duszności, mającej charakter duszności przeważnie wde- chowej; jednocześnie występuje suchy męczący kaszel, jeszcze bardziej ową duszność wzmagający. Po pewnym czasie dziecko najczęściej wyrzuca nieco zaschniętej płwociny, a kaszel i duszność ustępują powoli. Przyczyna tych duszności najczęściej leży w za- schniętej płwocinie, przylegającej ściśle do ścian gardzieli, lub do jej stropu. Podobną duszność, zależną od zasychania wydzie- liny, widzimy i w suchych postaciach kataru tchawicy i oskrzeli. Przy znacznie rozwiniętych wyrosłach u dzieci nocne napady duszności możnaby sobie tłómaczyć zatruciem kwasem węglanym, przy bardzo niedostatecznem oddechaniu ustami, a jednocześnie zupełnie zniesionem oddechaniu nosem. Szczególniej, jeśli dziecko śpi w ciasnej, gorącej, źle przewietrzanej sypialni, nagromadzenie się w organizmie kwasu węglanego i innych produktów niedostate- cznego utlenienia może wywołać, podobnie jak w mocznicy, napady duszności odruchowe, które z chwilą przebudzenia się dziecka i nastąpienia oddechów głębokich ustępują powoli.

6. Niektóre cierpienia krtani, a przedewszystkiem samodzielne porażenie mięśni nalewko-obraczkowych tylnych (*paralysis muscutorum crico-arytaenoideorum post.*), występujące peryodycznie pod postacią mocnych napadów duszności, mogą dać również powód do błędnego rozpoznania napadu astmy oskrzelowej. Przy 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 wzmocnionymi ruchami okolicy krtani; same już te objawy pozwolą uważać *a priori* krtani za siedlisko duszności, co ostatecznie potwierdza badanie za pomocą wziernika krtaniowego, dające charakterystyczny obraz krtani; a wywiady i szczegółowe badanie chorej wykrywa tu zwykle histeryę. 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 z łatwością od astmy oskrzelowej dadzą się odróżnić.

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, a 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 pożytywane napady duszności, zależnej od cierpienia gruczołów oskrzelowych i okołotchawicowych (*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 limfatycznych, przeważnie szyjowych, oraz inne objawy zółzów, rachityczna budowa klatki, nieraz gorączka naprowadzić mogą na właściwe rozpoznanie.

R o k o w a n i e 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 rozedną 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 pojedynczym przypadku. Wogóle nadzieja pomyślnego zakończenia sprawy jest tem lepszą, im osobnik jest młodszy, a napady rzadsze. U ludzi starszych, lub w tych wypadkach, gdy napady trwają długo i powtarzają się często, wyleczenie zupełnie 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 koło błędne, w którym napady astmy zmieniają się stopniowo w inne, również ciężkie przejawy neurastenii, o których wyżej szczegółowo mówiliśmy (hypochondria, obawa miejsca i t. d.).

L e c z e n i e. Przeglądając w monografiach rozdziały poświęcone leczeniu astmy oskrzelowej, uderza nas niesłychana liczba zalecanych przeciw temu cierpieniu środków, do najróżnorodniejszych a nieraz zupełnie sprzecznych. grup farmakologicznych należących. Zwraca uwagę również i ta okoliczność, że każdy z autorów zaleca inny, w swoim mniemaniu skuteczny przeciw astmie środek. Obok tej terapii, 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, osiągnane bywają 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 empiryę, wypróbowane bowiem metody najracjonalniejsze w większości przypadków albo zupełnie zawodziły, albo sprowadzały za ledwie 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 przede wszystkim na celu usunięcie napadu astmatycznego. Napad taki jest sprawą czysto nerwową, pochodzenia kurczowego, ztąd też wskazane są przy nim 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 pierwszym miejscu wymienimy morfinę, którą należy zawsze stosować przy mocnym napadzie, najlepiej podskórnie, w śmiałej dawce 0,006—0,015, zależnie od wieku i konstytucyi chorego. Małe dawki nie pomagają, większych obawiać się nie należy, gdyż astmatycy, nawet starsi, znoszą je zazwyczaj dobrze. Gdzie jest przeciwskazanie (stosunkowo bardzo rzadko) do użycia morfiny, tam skutecznie działa chloral, użyty do wewnątrz, lub w postaci lewatyw, w dawce 1,0—2,0, również zależnie od wieku i konstytucyi 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 wdechania mylnitritu (5—10 kropel), piridyny (kilkanaście kropel wylać na spodek i wdechać, środek niepewny), wstrzykiwania podskórne atropiny samej, lub z dodatkiem morfiny. Z liczby wzmiankowanych oraz wielu innych środków, z własnego doświadczenia poleciłbym mógł morfinę, która znoszona bywa bardzo dobrze i wywołuje zazwyczaj pożądany skutek. Stosowanie jednakże tego środka, przy powtarzających się napadach może być szkodliwym,

ze względu na możność przyzwyczajania 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 wzięć, 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 wchodzi przeważnie liście *Stramonii*, *Belladonae*, *Lobellii*, nieraz z domieszką opium, jodu, *kalii jodati*, *Hyoscyami* i t. p.. Środki te używane bywają również pod postacią 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*“, amerykański środek „*Himrod's pulver*“ i t. p.. U nas cieszy się od wielu lat popularnością drogi specyfik francuski, zwany „*poudre Cléry*“, rzeczywiście niektórym chorym 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
Aq. destil. 20,0

MDS. Posypać szczyptę na gorącą blachę, do wdechania.

Inny proszek, popularny w Niemczech, t. zw. *pulvis anti-asthmaticus Fischer'i*, ma skład:

Rp. Fol. Stramonii 250,0
Flor. Meliloti 25,0
Kalii nitrici 50,0
Aq. 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 Francyi t. zw. „*Cigarettes pectorales d'Espic*“; mają one skład następujący:

Rp. Folior. Belladonae 60,0
„ *Hyoscyami*
„ *Stramonii* āā 30,0
Seminis Phelandri 10,0
Extr. Opii 3,0
Aq. Laurocerasi q. s. (około 2 objętości)

Macera folia et semina per horas 12 et exprime, solve tum Extract. opii, deinde chartam bibulam liquore imbuc. ac probe sicca, ut exinde conficiantur cigaretae.

Jednym z powyższych środków lub podobnymi innymi zazwyczaj chorzy usuwają napady lekkiej duszności. Działanie tych środków często bywa oparte na sugestyi. Chory bowiem jest tak przekonany, że *poudre Cléry* lub inny podobny środek napad mu usunie, iż nieraz pierwsze wdechnięcie dymu powraca mu oddech swobodny.

Po usunięciu napadu należy pomyśleć o zadośćuczynieniu drugiemu wskazaniu lekarskiemu, szczególnie w ciężkich postaciach astmy, mianowicie o usunięciu nagromadzonej, lepkiej wydzieliny z oskrzeli, czyli o leczeniu następczego kataru *astmatycznego*. U niektórych chorych, jak mówiliśmy, okres poastmatyczny ustępuje szybko; u innych, a szczególnie starszych, dotkniętych wtórną rozedmą, katar i duszność trwają dłużej. W celu ułatwienia wydalania płwociny zalecane tu by-

wają różne środki wykrztuśne. Z grupy tych leków zasługuje na szczególniejszą uwagę jedynie jodek potasu. Zalecam go zwykle nazajutrz po ustąpieniu napadu, w dawkach stosunkowo niewielkich. Przekonałem się bowiem, że zalecanie w tych okresach, zwyczajem szczególniejszej francuskich autorów, dużych dawek, wywołuje wprost przeciwny efekt: wzmacnia duszność i utrudnia wydalanie płwociny. 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 natr.-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 naczynio-wydzielniczym 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, re-sorbeyca wtórna produktów zapalnych i t. p.) nie są dotychczas należycie jasno z punktu widzenia farmakologicznego wyjaśnione. 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, szczególniejszej francuskich (S^É) do uważania jodu za środek niemal specyficzny przy astmie, a użycie jego metodyczne całymi 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 takim, które szczególniejszej 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 powoduje pogorszenie, sprowadzając objawy chronicznego otrucia jodem. W przypadkach, w których dobrze bywa znoszony i gdzie można przypuszczać (co zresztą bardzo trudno *à priori* osądzić), że działa uspokajająco, a nawet zmniejsza częstość napadów, tam zalecam jod 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 na padów. We Francyi długo cieszyło się uznaniem, a nawet obecnie jeszcze bywa stosowane leczenie arszenikiem, lub jego przetworami (woda *Bourboule Eaux du Mont-Dore*), w ciągu miesięcy, a nawet 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, wybitnym neurastenikom z upośledzonym łaknieniem. Przepisuję arszenik pod postacią znanych rozczyńców: FOWLER'a lub PEARSON'a, wód żelazisto-arszenikowych (*Levico, Roncegno*), lub w następującej postaci:

Rp. Acidi arsenicosi 0,03

Extr. Belladonnae 0,15

Extr. et pulv. Liquiritiae q. s.

ut. f. pillulae № 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 miligramu) 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

kuracyi terpentyną, żelazem, chininą, azotanem srebra, bromem, strychniną i t. p..

Z ogólnolecniczych metod zalecane bywa leczenie hydropatyczne. Cieszy się ono pewnem uznaniem i może być skutecznem u osobników odpornych, o wybitnych objawach neurastenii. Stosowane być winno tylko w odpowiednio urządzonej zakładzie hydropatycznym. Leczenie to jednakże nie musi dawać zbyt dodatnich wyników, gdyż zakłady wodolecznicze bardzo niechętnie astmatyków przyjmują na kurację.

Natomiast o wiele korzystniejszem i często skutecznem, szczególnie w astmach chronicznych, wiktanych rozedmą i katarrem wtórnym, okazuje się leczenie klimatyczne. Pobyt nad morzem, lub też w niewysoko położonych miejscowościach górskich, z łagodnym klimatem (Gleichenberg, Ems, Reichenhall, Szczawnica, zimą Mentona i t. p.), sprowadza znaczną poprawę, nieraz na długo zabezpieczając 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 hydropatya 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 stacyach klimatycznych (np. St. Moritz w Szwajcaryi), inni zaś skierowani temże przeze mnie, dostawali gwałtownych napadów i szybko w doliny wracać musieli. Niektórzy wybornie czują się nad morzem, inni nie znoszą go wcale. U tej kategorii chorych (astmatyków-neurasteników) zasługuje na uwagę stosowanie metody psychicznego leczenia. Powstały też nawet w ostatnich czasach w Niemczech oddzielne zakłady dla leczenia astmatyków. Jestem najmocniej przekonany, że w dobrze urządzonej zakładzie dla chorób nerwowych dałoby się najprędzej wyleczyć tę kategorię 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 (hydroterapia, elektroterapia, gimnastyka,

wdrożenie chorych do lekkiej pracy i zajęcia), a wreszcie od czasu do czasu suggestyi, a nawet hypnotyzmu, może o wiele korzystniej wpłynąć przy leczeniu takich chorych, aniżeli dotychczas szablonowo stosowane metody i powtarzanie zdania, że leczenie zapobiegawcze astmy polega na wzmacnianiu i uodpornianiu ustroju nerwowego.

Że przy leczeniu zapobiegawczem astmatyków usuwanie momentów, mogących usposabiać do powstawania napadów astmy, jako to: usuwanie polipów nosowych, lub wyrosli adenoidalnych, leczenie zaburzeń macicy, chronicznych niestrawności, katarów oskrzeli, artrytyzmu i t. p., za pomocą odpowiednich metod leczniczych i higienicznych, stanowi podstawowe wskazanie profilaktyczne, o tem, zdaje się, zbytecznem będzie szerzej się rozwodzić.

Astma letnia (sienna) (*Catarrhus aestivus*—*Heufieber*, *Heuasthma*, choroba Bostock'a, *Astme de foin*, *Rhinobronchite spasmodique*, *Hay-fever etc.*).

Lekarz angielski BOSTOCK opisał w 1819 roku spostrzegane na sobie i niektórych pacjentach swoich zagadkowe pod wielu względami cierpienie, polegające na perjodycznem, rokrocznie u tych samych osobników występującem w miesiącach letnich niezwykle mocnem podrażnieniu błony śluzowej łącznicy, nosa, gardzieli 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 Anglii, o wiele rzadziej we Francji, Niemczech i innych 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.

Etyologia i patogenеза. Pomimo bardzo licznych badań, podjętych od czasów Bostock'a przez wielu, szczególnie amerykańskich i angielskich autorów, patogenеза sprawy tej nie została jeszcze należycie wyświełoną i do dziś dnia stale zajmuje

w patologii dość nieokreślone stanowisko. Jedni bowiem autorowie opisują ją w rozdziale chorób nosa, inni w rozdziałach astmy oskrzelowej, lub nerwie odruchowych; inni wreszcie uważają sprawę tę za cierpienia czysto zakaźnej natury. Co się tyczy etyologii tego cierpienia, to i pod tym względem autorowie trzymają się różnych poglądów; prawie każdy z nich uważa inny moment etyologiczny za podstawowy dla danej sprawy. Wymienimy tutaj główne tylko etyologiczne dane. 1) Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że istnieje pewne w wysokim stopniu indywidualne, a nawet rasowe usposobienie do tej choroby. Anglicy, a szczególnie 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 nerwowe dziedziczne, podług jednych autorów, lub też artretyczne podług innych, szczególnie francuskich, ma odgrywać niepoślednią rolę w etyologii tego cierpienia. 3) W ostatnich dwudziestu latach, podobnie jak i etyologii astmy oskrzelowej, zwrócono szczególniejszą uwagę na cierpienie jam nosowych. Niektórzy autorowie, szczególnie 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 cierpienia nosowych, uważając ją za nerwicę odruchową pochodzenia nosowego. Inni jednak autorowie związku tego dopatrzeć się nie mogli, nie wynajdując u pewnej grupy chorych żadnych wyraźniejszych zmian w nosie, lub też nie mogąc osiągnąć żadnej poprawy przy 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 więc 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 Anglii i Ameryce przez wielu autorów (szczególniej BLAKLEY'a) zdawały się z początku doprowadzać do wniosku, że istotnie pyłek roślin, szczególnie 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 etyologiczną pyłku kwiatowego, choćby dla tej prostej przyczyny, że cierpienie to występuje przeważnie w miastach, a nie wsiach, gdzie właśnie gromadzi się latek, 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 tej sprawy. Oprócz pyłku kwiatowego u tychże osobników wpływ swój wywiera również pył uliczny, nadmierne natężenie światła słonecznego i wiele innych dokładnie jeszcze dotychczas niezbadanych czynników. 5) Wreszcie wielu autorów, poczynając od słynnego fizyologa HELMHOLTZ'a, który będąc dotknięty tem cierpieniem, szczegółowo je badał, przypuszcza, że astma letnia jest chorobą zakaźną, wywoływaną przez swoiste pasożyty, które za pomocą pyłku kwiatowego dostają się do organizmu. 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 wybitnymi objawami nerwowymi, dowodzącymi 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 odpowiednie, podobnie jak w zimnicy, do powstawania i szerzenia się właściwego czynnika, t. j. pasożyta. Wszystkie zaś inne czynniki (pyłek kwiatowy i t. p.) mogą stanowić tylko dodatkowe, pośrednie momenty etyologiczne.

Z zestawienia powyższych poglądów widzimy, że nie jesteśmy w stanie obecnie dać należytego wyjaśnienia, dotyczącego etyologii danej sprawy, która przedstawia jednak dla nas pewne dość

znaczne powinowactwo etyologiczne, a nawet kliniczne z astmą oskrzelową. W obu bowiem chorobach podstawą bezsporną cierpienia jest usposobienie neuropatyczne danych osobników, następnie jednakowe również czynniki mogą wywoływać 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.

Przebieg kliniczny astmy letniej przedstawia się pod dwiema głównymi postaciami: 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 oczu 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 (wieczne nasilenia nie przekraczają 38,5—39,0°), uczucie ogólnego rozbitcia, brak apetytu, bóle w krzyżu i t. p. objawy ogólnego podrażnienia nerwowego. W dalszym ciągu sprawa przechodzi na błonę śluzową gardzieli, tchawicy i oskrzeli; występują objawy właściwe ostrym katarom tych okolic, a więc uczucie zasychania i drapania w gardzieli, chrypka i ból w okolicy krtani, ciągłe odchrząkiwanie, kaszel suchy, męczący, a wreszcie uczucie duszności, które niekiedy dochodzi do powstawania, szczególnie w nocy, napadów prawdziwej astmy oskrzelowej. W ciągu dni kilku lub kilkunastu wszystkie powyższe objawy słabną w natężeniu: uczucie podrażnienia zmniejsza się, kichanie staje się rzadsze; natomiast zjawia się z nosa obfita śluzoropna wydzielina, kaszel zaś, zmniejszając się w natężeniu, zaczyna stopniowo przyjmować charakter kaszlu miękkiego, właściwego katarowi grubych i średnich oskrzeli z obfitą wydzieliną śluzoropną. To samo da się powie-

dzień 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 się napady duszności, zjawiające się nie tylko w nocy, lecz i w ciągu dnia. Naturalnie i w 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 od 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 wzmaganie się objawów, które nieraz słabną w swem natężeniu pod wieczór z ochłodzeniem się powietrza. Niekiedy nawet po zupełnem ustąpieniu choroby po jakimś 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 szczególnie powikłania pod postacią głębszego zajęcia dróg oddechowych, występuwać mają w astmie letniej stosunkowo 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 osobniki aż do późnej starości, t. j. w ciągu kilkudziesięciu lat, co rok, stale w lecie zapadały na tę chorobę, która przebiegała u nich z jednakowymi, podobnymi do poprzednich lat, 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 szczególnie 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 mi i wypowiadały swoje zdziwienie, że właśnie upał letni stale im szkodzi, doświadczały bowiem owych napadów nietylko w mieście, ale nawet podczas pobytu na świeżem 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 szczególnie na względzie momenty etyologiczne tej sprawy.

Rozpoznanie choroby, bardzo typowej z jej nagłego powstania, objawów i przebiegu, nie powinno w większości przypadków przedstawiać jakichkolwiek poważniejszych trudności. W początkach rozwoju sprawy, naturalnie podczas lata powstałej, można ją zmieszać z odrą; pojawienie się jednak w ciągu 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 szczególnie pobyt nad morzem, lub też dłuższa podróż morską, mają w niektórych przypadkach, choć jednak nie zawsze, zapobiedz 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, używanych w Anglii i Ameryce, nie osiągnięto dotychczas jakichkolwiek dodatnich wyników; najkorzystniej jeszcze działać mają chinina i antypyrina, obok stosowania odpowiedniego higieniczno-dyetycznego leczenia.

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 przede wszystkim zalecać środki, działające łagodnie i uspokajająco

na błonę śluzową nosa: np. maść boromentolową, pulweryzacje alkaliczne z domieszką kokainy, wdmuchiwanie bismutu z kokainą lub mentolem i t. p.. Podstawę jednak leczenia stanowią będą stanowczo ogólne środki higieniczno dyetetyczne: zmiana miejscowości, stosowanie metod, wzmacniających odporność i ustrój nerwowy chorych (pobyty w górach, hydroterapia, wewnętrzne przetwory arsenikowe i t. p.).

— —————

Koklusz, Krztusiec.

Tussis convulsiva. Pertussis.

ROZDZIAŁ XVII.

Treść. Koklusz jako choroba natury zakaźnej; powody, dla których pomieszczaną bywa w rozdziale chorób dróg oddechowych. Określenie choroby. Rys historyczny jej rozwoju. Etiologia i patogeniza koklusu. Objawy koklusu. Opis napadu i jego odmiany. Zmiany anatomo-patologiczne. Rozpoznanie. Powikłania, zejście i rokowanie. Leczenie ogólne i miejscowe.

Jakkolwiek najmniejszej dziś nie ulega wątpliwości, że koklusz jest chorobą zakaźną, epidemiczną, wywołaną przez swoisty, dotychczas jeszcze niezupełnie ściśle określony pasożyt, 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 (BOUCHARDCHARCOT). Przyczynę 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 koklusu bez kaszlu, duszności i tak zwanych ataków kokluszowych. Inne choroby zakaźne (np. tyfus i grypa), choć nieraz przebiegają z jasno wyrażonymi i przeważającymi objawami ze strony dróg oddechowych, to jednak w poszczególnych nieraz przypadkach, a nawet i w całych epi-

demiach tych chorób zaburzenia ze strony dróg oddechowych bywają bardzo nieznaczne, lub też wcale nie istnieją.

Z powyższego względu w niniejszej pracy pomieszczam rozdział o kokluszu, podobnie do tego jak uczyniłem z astmą, która, choć przedstawia czystą nerwicę, jednak z powodu stale towarzyszących jej objawów ze strony dróg oddechowych, powszechnie opisywaną bywa w podręcznikach tej kategorii chorób.

Określenie. Pod nazwą kokluszu rozumiemy chorobę zakaźną, swoistą, wielce zaraźliwą, przebiegającą pod postacią ostrego kataru dróg oddechowych z objawami wielce charakterystycznych t. zw. napadów kokluszowych.

Patogeneza i etyologia sprawy.

Pojęcie kokluszu, jako choroby zaraźliwej jasno przedstawiali sobie już najdawniejsi autorowie, jako to: BAILLON, lekarz francuzki z XVI stulecia, WILLIS i SYDENHAM z XVIII. Znakiem zaś lekarz angielski CULLEN z XVIII wieku stanowczo uważa koklusz jako chorobę zaraźliwą, określając ją następującymi wielce charakterystycznymi słowami: „*Morbus contagiosus; tussis convulsiva strangulans cum inspiratione sonora iterata, saepe vomitus*“. Koklusz więc musiał panować w Europie od niepamiętnych czasów; zdaje się, że choroba znana już była GALLEN'owi, a niektórzy pisarze średniowieczni, aczkolwiek niejasną, podają o niej wzmiankę. Dopiero, poczynając od XVI wieku, mamy dokładne dane i opisy różnych wielkich epidemii kokluszu, panujących w Europie w XVI, XVII, XVIII wieku. Niektóre z nich, a szczególnie epidemia, panująca we Francji w 1557 roku, odznaczały się niezwykłą gwałtownością i przebiegły w ciągu kilku lat całą niemal Europę, powodując znaczną śmiertelność wśród dzieci. Również szerokie rozmiary przybrała epidemia kokluszu w połowie XVIII wieku w Europie, szczególnie złośliwie w Anglii i Szwecji. Podczas tej epidemii, trwającej od 1749—1764, podług ROSEN'a, który szczegółowo ją opisał, miało umrzeć w tych krajach 40000 dzieci. W ubiegłym stuleciu koklusz rozszerzył się na całą Europę, powodując niemal co kilka lat, szczególnie w wielkich miastach Zachodu, znaczną śmiertelność, przeważnie wśród małych dzieci. Wreszcie w ostatnich dzie-

siątkach 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 procent śmiertelności w rubrykach koklusz. 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. Brytanii w 1876 roku zmarło przeszło 10000 osób. Liczba ta odpowiada mniej więcej przeciętnie stałej rocznej liczbie zmarłych na koklusz, podanych przez tamtejsze ścisłe statystyki. W stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej liczba zmarłych na koklusz jest również znaczną, wynosi bowiem w ciągu 20-tu lat, t. j. od 1880—1900 r. przeciętnie około 10 tysięcy. Co się zaś tyczy Warszawy, to zdołaliśmy zebrać następujące dane:

Statystyka śmiertelności koklusz w Warszawie:

Rok.	Il. śmierci.	Odsetka.	Rok.	Il. śmierci.	Odsetka.
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

Statystyka koklusz w szpitalu dla dzieci przy ul. Aleksandrya:

Rok.	Chorzy na kokl.	Ogólna il. chorych szpital.	Rok.	Chorzy na kokl.	Ogólna il. 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

Statystyka koklusu w Żydowskim szpitalu dla dzieci:

Rok.	Il. w. kokl.	Il. og. ch. wew.	Rok.	Il. w. kokl.	Il. 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 koklusu w zakładzie dla dzieci Dr. Bączkiewicza.

Rok.	wyp. pew- ne.	w. nie- pew- ne.	M i e s i ą c e .												Ilość 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 ilości dzieci, zapadających na koklusz; śmiertelne bowiem zejście w koklusu występuje wskutek ciężkich powikłań, które podczas jednej epidemii zdarzają się częściej, a w innej rzadziej. Doświadczenie zaś poucza nas, że nawet w stosunkowo lekkich epidemiach koklusu zapada wiele dzieci, których liczbę w wielkich miastach nie da się dokładnie określić. Podczas epidemii, panującej w małych miasteczkach, lub wsiach, spostrzega nieraz, że przeważna większość dzieci, szczególnie do 5 roku życia, zapada na koklusz; zaraźliwość bowiem koklusu jest ogromna, a zarażają się wyłącznie dzieci; ztąd też koklusz słusznie jest uważany za chorobę *par excellence* wieku dziecięcego, w okresie pierwszych pięciu lat życia. Według WEST'a z liczby 1367 dzieci, dotkniętych kokluszem, jednaście miało więcej niż 10 lat wieku; według RELLIET'a i BARTEZ'a na 601 dzieci, chorych na

koklusz, tylko 14 przekroczyło rok dziesiąty. Z ogólnej liczby 557 dzieci, chorych na koklusz, spostrzegane przez COMBY'ego 118 dzieci nie miało jeszcze 2-*ch* lat, (46 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, a zupełnie wyjątkowo tylko u ludzi dorosłych. Fakt ten starano się wytłómaczyć w ten sposób, że wielu ludzi w dzieciństwie swoim przebywało koklusz, a ponieważ jednorazowe przebycie koklusza 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 epidemii nie zapada na koklusz, a nawet przebywszy wiek, że tak powiedzieć można, krytyczny dla tej choroby, t. j. dziesiąty rok życia, wyjątkowo tylko podczas wybuchu epidemii domowej zaraża się od młodszego rodzeństwa. Widocznie więc jedynie małe dzieci są wyjątkowo usposobione do zarażenia 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 kokluszowemi dziećmi, u osób zaś dorosłych, szczególnie u mężczyzn, mających jedynie pośrednią styczność z choremi dziećmi, koklusz występuje bardzo rzadko. Sam spostrzegałem kilka przypadków koklusza u osób dorosłych. Czy jednak w tych razach istotnie mamy do czynienia z kokluszem, sprawa zawsze pozostaje jeszcze wątpliwą. 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 koklusza w domu lub w danej miejscowości.

Co się tyczy płci, to powszechnie panuje przekonanie, że na koklusz zapada więcej dziewczynek niż chłopców. Również spostrzeżono, co zresztą dotyczy i innych chorób zakaźnych, że podczas panującej epidemii koklusza przedewszystkiem zapadają

dzieci wątłe, źle odżywiane, rachityczne, zolzowate, lub też dzieci z innymi chorobami ustrojowymi.

O sposobie przenoszenia się zarazka, a tem samem szerzenia się choroby, nie mamy dotychczas żadnych ścisłych danych. Doświadczenie wykazuje, że, prawdopodobnie, do szerzenia choroby przyczynia się zawierające w sobie zarazek powietrze, że choroba może udzielić 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 domowe zwierzęta, szczególnie psy, które zapadają na koklusz typowy. Zarazek kokluszowy jest bardzo odpornym na wpływy zewnętrzne. Znajdujemy opisy przypadków epidemii, powstałej po przybyciu do pewnych miejscowości po długotrwałej żegludze morskiej załogi okrętowej, wśród której znajdowała się osoba, dotknięta kokluszem (epidemie, spostrzegane w Irlandyi, na wyspie św. Heleny i t. p.). Co się tyczy wpływu klimatu i warunków terytorycznych na rozwój i szerzenie się koklusza, 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 jesien. Fakty powyższe, zdaje się tłumaczyć się tą okolicznością, że w zimie i na wiosnę dzieci, szczególnie biedniejszej ludności, przebywają w mieszkaniach dusznych, źle lub wcale nieprzewietrzanych, więc w atmosferze wogóle usposabiającej do katarów dróg oddechowych, ztąd też epidemia koklusza 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 koklusz, podobnie jak i w innych chorobach zakaźnych, odgrywa niepoślednią rolę.

Nieco wyżej wzmiankowałem, że raz przebyty koklusz zabezpiecza organizm dziecka od powtórnego zarażenia się; powtór-

ne zarażenie występuje wyjątkowo rzadko, nawet w takich razach zawsze nasuwa się wątpliwość, czy uprzednio przebyta choroba była rzeczywiście kokluszem. W samym przebiegu jeszcze istniejącego koklusz zdarza się nieraz ponowne wystąpienie choroby, czyli t. zw. recydywa. Właściwie mówiąc, podobne nawroty stanowią w większości przypadków tylko dalszy ciąg choroby, która na pewien czas przyjęła nieco łagodniejszy przebieg, aby po jakimś czasie znowu przejawiać się w typowej postaci. W innych znowu przypadkach recydywy stanowią tylko następne powikłania choroby najczęściej nieżytem drobnym oskrzeli, lub zapaleniem zrazikowym 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. W ostatnich jednakże czasach niektórzy autorowie (E. WELL i M. PÉHU)¹⁾ twierdzą, iż jedynie wstępny okres koklusz jest najbardziej zaraźliwym.

Aczkolwiek już autorowie ubiegłych wieków uważali koklusz jako chorobę, wywołaną swoistym zarazkiem, to jednakże dopiero w ostatnich trzydziestu latach, w okresie rozwoju bakterjologii, zajęto się gorliwie sprawą wynalezienia właściwego tej chorobie pasożyta. W tym celu poddawano szczegółowemu bakterjologicznemu badaniu wydzieliny nosa, gardzieli, krtani i oskrzeli dotkniętych kokluszem osobników. Badania te jednak dotychczas nie doprowadziły do zadawalniających stałych rezultatów, wyniki bowiem jednych autorów nie zgadzały się z wynikami innych. Z ogromnej liczby prac tej kategorii wspomnimy tylko niektóre. POULET pierwszy opisał jakoby swoisty dla koklusz pasożyt, który nazwał *bacterium termo*. Następnie LETZERICH i TCHARMER wykryli w płwocinie grzybek, składający się z długich nici, wśród których znajdowały się liczne okrągłe zarodniki. Grzybek ten, określając jako *ustilago maidis*, mieli stale znajdować w płwocinie kokluszowej; hodowle, szczepione zwierzętom, miały wywoływać napady kaszlu podobne do koklusz. Badania jednak innych autorów poglądów tych nie potwierdziły. To samo da się również powiedzieć o opi-

¹⁾ La Semaine Médicale № 49. 1901

sanym przez AFANASIEW'a laseczniku, nazwanym przez niego *Bacillus tussis convulsivae*. Lasecznik ten przedstawia się pod postacią bardzo krótkich laseczek (0,6--2 μ); wyhodowany na żelatynie, a następnie zaszczerpiony zwierzętom miał wywołać napady kaszlu podobne do kokluszowych, jako też zapalenie oskrzeli i zapalenie płuc zrazikowe. Badania jednak AFANASIEW'a nie zostały potwierdzone przez innych autorów. RITTER w całym szeregu prac starał się dowieść, że właściwą przyczynę kokluszki stanowi *diplococcus*, podczas gdy COHN i NEUMANN znajdowali w wydzielinie kokluszowej przeważnie rozmaite rodzaje paciorkowców. DEICHLER na zasadzie swoich badań starał się obalić poglądy poprzednich autorów, utrzymując, że istotną przyczynę kokluszki stanowi pewien rodzaj pierwotniaków (*Protozoa*). Wreszcie wspomnieć jeszcze należy o całym szeregu badań, dokonanych w tym kierunku przez CZAPLEWSKIEGO, dyrektora instytutu bakteriologicznego w Kolonii. CZAPLEWSKI znajdował stale w płwocinie kokluszowej krótki, barwiący się za pomocą metody GRAM'a lasecznik, który pod względem morfologicznym i pod względem hodowania niewiele różni się od właściwego pneumokoka. W niedalekiej zapewne przyszłości uda się wykryć istotny zarazek kokluszki, a tem samem przekonać, o ile słuszne były poglądy CZAPLEWSKIEGO i innych wyżej wspomnianych autorów. W każdym razie już dzisiaj nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przyczyną kokluszki jest jakiś, dotychczas bliżej jeszcze nieokreślony, pasożyt. Powstaje teraz pytanie, w jaki sposób działa ten pasożyt na organizm dziecka, wywołując niemal stale i zawsze typowe objawy, umiejscowione podczas całego przebiegu sprawy w narządach oddechowych, z początku w górnym ich odcinku—nosie, gardzieli i krtani, a następnie w tchawicy i oskrzelach. Zgodnie z pojęciem o chorobie zakaźnej należałoby przyjąć działanie pasożyta na ogólny ustrój, za czem również przemawiałyby dane kliniczne, jako to: zabezpieczenie organizmu od powtórnego zarażenia się po przebytej chorobie, jak to ma miejsce w większości chorób zakaźnych. Z drugiej jednak strony obecność objawów, odnoszących się li tylko do dróg oddechowych, zdawałaby się przemawiać za umiejscowieniem zarazki jedynie na błonie śluzowej dróg oddechowych. Za ostatnim poglądem przemawiają badania laryngoskopowe dzieci, dotkniętych kokluszem, dokonane przez licznych autorów (HERF, MEYER-HÜNI, STÖRK, ROSBACH i inni)

które miały wykazywać pewne zmiany w niektórych miejscach krtani, a przeważnie na tylnej jej ścianie, w okolicy między-nalewkowej. Obecność mocnego przekrwienia i obrzmienia tejże okolicy, a nawet możliwość wywołania napadu kokluszku przez dotykane zgłębnikiem obrzmiatego miejsca zdawały się przemawiać za tą teorią i pozwoliły niektórym autorom uważać koklusz za cierpienie swoiste, umiejscowione w pewnych okolicach górnego odcinka dróg oddechowych (HERF). Dalsze jednak badania nie potwierdziły tych poglądów, w wielu bowiem przypadkach kokluszku, za pomocą wziernika, nie wykrywano zmian wyraźnych (oprócz przekrwienia) w wyżej wzmiankowanych okolicach krtani; również wykazano zupełną bezskuteczność miejscowego leczenia krtani, co przemawia przeciw przyjęciu podobnego wyjaśnienia patogenezy sprawy. W ostatnich czasach niektórzy autorowie starali się wyjaśnić patogenezę kokluszku za pomocą teorii pośredniej między dwoma poprzednimi poglądami. Podług tych autorów zarazek kokluszku rzeczywiście działa początkowo li tylko miejscowo na błonę śluzową dróg oddechowych, podobnie do miejscowego działania zarazka trypra na błonę śluzową cewki moczowej. Zarazek ten sam przez się, lub prawdopodobnie przez wytworzone toksyny wywołuje podrażnienie błony śluzowej z następnym mocnym przekrwieniem, jakoteż stan nadmiernej pobudliwości gałązek nerwu błędnego, która następnie sprowadza mocne podrażnienie ośrodka 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 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 zaś razem tenże odruch może powstać z tchawicy lub oskrzeli, a wreszcie wyjaśnia nam powstawanie napadów ośrodkowego pochodzenia, np. napad kokluszku, wywołany u dziecka przestrawieniem, 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

koklusu, jako to: drgawek ogólnych, obrzmienia gruczołów okołoskrzelowych, stanu gorączkowego i t. p.. Objawy te bowiem są zupełnie analogiczne z objawami, występującymi nieraz w przebiegu trypra, który, długo pozostając chorobą miejscową, może jednak wywołać swoiste zapalenie wsierdzia, stawów i t. p..

Powyżej wygłoszona teoria, podana w ostatnich czasach przez STICKER'a¹⁾, MONTI'ego²⁾ i innych, najlepiej wyjaśnia patogenezę sprawy i wszystkie objawy, spostrzegane podczas przebiegu koklusu. O innych zaś bardzo licznych i różnorodnych teoriach, odnoszących się do patogeny koklusu, 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 okołotchawicowych i okołoskrzelowych (GUENEAU DE MUSSY), za nerwicę oddechową pochodzenia nosowego (MICHEL), za nerwicę ogólną i t. p..

Objawy koklusu. Symptomatologia.

Przebieg kliniczny koklusu przedstawia nadzwyczaj typowe objawy i zależnie od nich może być podzielonym na cztery odrębne okresy: 1. okres utajenia czyli wylegania (*stadium incubationis*), 2. okres nieżytowy (*stadium catarrhale*), 3. okres napadowy (*st. convulsivum*), 4. okres rozejścia się (*st. decrementi*). W większości przypadków w przebiegu koklusu jesteśmy w stanie odróżnić poszczególne okresy, -choć nieraz jednak okres nieżytowy bardzo szybko przechodzi w okres napadowy, a ten ostatni zaś często zupełnie niepostrzeżenie przechodzi w okres końcowy.

Okres utajenia zazwyczaj albo nie przedstawia żadnych objawów, trwa dni kilka, albo też odrazu występuje kaszel suchy, katar nosa, uczucie nieznacznego rozbicia, nawet lekka gorączka. Objawy te nie stanowią jednak nic charakterystycznego dla poczynającego się koklusu, spostrzegamy je bowiem również w początkowych okresach zwykłego nieżytu oskrzelowe-

¹⁾ D-r G. STICKER. Der Keuchusten (Nothnagel. Specielle Pathologie und Therapie—IV Bd. 1896).

²⁾ MONTI. Keuchusten—Vorträge v. Kinderheilkunde, Wien 1900.

go, jakoteż i innej zakaźnej choroby (odry, influenzy i t. p.). W okresie nieżytowym natomiast jako stały objaw występuje kaszel z początku suchy, odrazu jednak posiada już charakter kaszlu głośnego, napadowego, przeważnie w nocy. Oprócz kaszlu spostrzegamy również dość często objawy podrażnienia górnego odcinka dróg oddechowych: katar nosa, gardzieli, lekką chrypkę, a nawet nieraz nieznaczne nasilenia gorączkowe, dochodzące wieczorem do 38,5°. Okres ten trwa dni kilka, jednak może przeciągnąć się do dwóch tygodni. Powoli objawy gardzielo-nosowe zmniejszają się, natomiast napady suchego kaszlu stopniowo wzmagają się, występują już nietylko w nocy, ale również i wśród dnia, stają się bardziej upartymi, połączonymi z wymiotami, a wreszcie przyjmują charakter t. zw. zaciągania się, które stanowi przejście do właściwego okresu kokluszki, t. j. o k r e s u n a p a d o w e g o. Za objaw właściwy okresowi nieżytowemu uważają, szczególnie autorowie francuzcy, ból w okolicy mostka. Objaw ten jednak nie jest stałym i może być wykryty jedynie u starszych dzieci; oprócz tego spostrzegać się daje również i przy zwykłym zapaleniu nieżytowym oskrzeli, o czem w odpowiednim rozdziale wzmiankowaliśmy.

O k r e s t r z e c i, t. j. n a p a d o w y (*st. convulsivum*) jest najbardziej typowym okresem, a istotny i podstawowy objaw jego stanowi t. zw. n a p a d k o k l u s z o w y. Napad polega, jak to 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 odruchowym 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 płwociny 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 gardzieli i krtani. Dziecko używa z początku wszelkich wysiłków, aby powstrzymać zbliżający się napad: stara się głęboko nie oddechać, a nawet wstrzymuje zupełnie oddech, obawiając się, żeby raptowne przedostanie 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 ono zakrzyczy lub zapłacze w tej chwili, lub też znajduje się pod wpływem jakiegokolwiek wrażenia, np. strachu, napad wyzwala się prędzej. Jeżeli przed nadejściem napadu dziecko leży w pościeli, zrywa się wtedy raptownie, stara się schwycić za poręcz łóżka, aby mieć punkt oparcia. Wreszcie następuje skreślony już wyżej napad, trwający $\frac{1}{2}$ —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 płwociny, zawierającej śluz i komórki nabłonkowe górnego odcinka dróg oddechowych, oraz różnorodne wyżej opisane pasyżyty. 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 również często w ciągu dnia i nocy. Ilość napadów bywa wielce rozmaita: przeciętnie 20—30 napadów w ciągu doby; nieraz jednak bywa znacznie większą, dochodząc do stu, a nawet i więcej. U dzieci bardzo małych, mniej niż rok życia mających, napady zazwyczaj bywają mniej typowe, a wdech świszczący mniej wyraźnym. 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, zamieniając niejako napady kaszlu (ROGER).

Różnorodne czynniki są w stanie wywołać napad: zakrzuszenie się, szybsze połknięcie kęska pokarmowego lub płynu,

przestrach, zapach przykry, swąd, podniesienie się raptowne, bieg szybszy i t. p.. Często nawet dotknięcie okolicy krtani również może spowodować napad. Nieraz, jak to już wyżej zaznaczyłem, do wywołania napadu może pobudzić napad u innego dziecka; spostrzegać się to daje w szpitalach lub pensyonatach, gdzie bywa zgromadzonych większa ilość dzieci, dotkniętych kokluszem; z chwilą, kiedy jedno z dzieci dostanie napadu, pozostałe również niemal bezpośrednio podlegają atakowi kokluszowi. Po ustąpieniu napadu dziecko czuje się wyczerpanem, zmęczonem, najczęściej układa się do spoczynku; zdarza się jednak, że niektóre dzieci czują się mało zmęczonemi, 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.

Badanie obiektywne dziecka w chwili napadu, o ile to jest możliwem, nie wykazuje nic bardziej 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 świsty i oddech o typie niemal stenotycznym. Badanie zaś po napadzie wykazuje oddech prawidłowy, lub gdzieniegdzie porozrzucane rżenia suche i świsty. W początkach okresu napadowego odgłos płucny bywa prawidłowym, 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 przedstawia nic dla kokluszowi właściwego. W pierwszych tygodniach tego okresu same napady w przebiegu swoim nie różnią się niczem od siebie, stopniowo jednak ilość ich zmniejsza się, stają się łagodniejszymi, wreszcie choroba przechodzi w okres ostatni, t. j. o k r e s k o ń c o w y. Czas trwania okresu napadowego bywa rozmaity, zazwyczaj od 4—6 tygodni, przeciętnie 40 dni podług RILLIET'a, nieraz jednak przeciąga się do 2-ich i 3-ich miesięcy, a nawet i dłużej. W tym jednak ostatnim razie najczęściej występują jakieś poboczne powikłania.

O k r e s c z w a r t y, t. j. okres powolnego ustępowania choroby, trwa zazwyczaj 2—3 tygodni. W tym okresie napady sta-

ją 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 gwałtownymi, właściwymi okresowi poprzedniemu. Pogorszenia takie dały możność niektórym autorom do wypowiedzenia poglądu o nawrotach koklusu. Okres więc powyższy stanowi właściwie mówiąc, tylko ciąg dalszy okresu napadów, które stopniowo słabną w swem natężeniu. Pod koniec okresu czwartego występuje rzeczywisty niezbyt oskrzeli z dość obfitą, łatwo wyrzucaną plwociną. W tym okresie, również jak i w poprzednim zdarzają się różnorodne powikłania, szczególnie ze strony dróg oddechowych.

Czas trwania całej choroby przeciąga się zazwyczaj od 6—12 tygodni, zależnie od charakteru panującej epidemii, 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 koklusu: 1. łagodną, nie dłużej nad miesiąc trwającą, 2. o średnim natężeniu od 1—6 miesięcy trwającą, 3. o ciężkiem natężeniu, przeciągającą się od 3-ch miesięcy do roku i dłużej.

Zmiany anatomo-patologiczne znajduwane 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 anatomo-patologiczne, opisywane przez różnych autorów, a szczególnie przez BIERMER'a, dotyczą przeważnie błony śluzowej całego przewodu dróg oddechowych, więc stan zapalny ostry lub przewlekły błony śluzowej nosa, gardzieli, tchawicy, krtani i oskrzeli; zmiany te najwyraźniej występują w jamie nosogardzielowej, przy przejściu z gardzieli 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 oskrzelików, stany atelektatyczne w płucach, oraz ogniska zapalenia zrazikowego. Jednocześnie istnieje

rozedma płuc rozmaitego stopnia, ograniczona bądź do pojedynczych tylko zrazów, bądź też do całych płuc; zdarza się nieraz i rozedma śródmiąższowa. Zmiany te jednak nie są charakterystycznymi dla kokluszki, napotykać się bowiem dają i w innych różnorodnych sprawach. Stusznie więc już przed laty trzydziestu zauważył BIERMER, że anatomo-patologiczne zmiany pierwotne, spostrzegane w drogach oddechowych przy kokluszce, niczem nie różnią się od podobnych zmian przy odrze. Również to samo da się powiedzieć o zmianach napotykanym w innych narządach (kanał pokarmowy, ośrodki nerwowe), nie są one zależne od kokluszki, lecz od występujących podczas tej choroby wtórnych powikłań. O udziale pasożytów mówiliśmy wyżej. Nie ulega wątpliwości, że wynajdywane w płwocinie liczne chorobotwórcze pasożyty, 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 kokluszki dziecko zachowuje właściwą mu swobodę i wesołość. W przypadkach ciężkich i długotrwałych, szczególnie połączonych z wymiotami, stan ogólny szybko podupada, dzieci bledną, chudną, cera przyjmuje odcień żółtawy, twarz obrzmiewa, przypominując z wyglądu dzieci, dotknięte przewlekłą chorobą nerek. W przypadkach bardzo ciężkich, wikłanych sprawami wtórnymi, 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.

Rozpoznanie. Powikłania, rokowanie i leczenie

Rozpoznanie kokluszki o ile bywa łatwym w okresie napadowym, o tyle przedstawia wiele rzetelnych trudności w porównującym się, t. j. w okresie nieżytowym. W pierwszych dniach tego okresu rozpoznanie poczynającego się kokluszki jest

nierozumiałem, nieraz jednak staje się przypuszczalnem na zasadzie istniejącej w danej miejscowości lub domu epidemii kokluszowej, na podstawie kaszlu napadowego, występującego przeważnie w nocy, braku wyraźnych fizykalnych objawów ostrego nieżytku oskrzeli i t. p.. W każdym razie o wiele słuszniej będzie rozpoznanie ostateczne na dni kilka odłożyć, dziecko na pewien przeciąg czasu odłączyć, dopóki nie wystąpią charakterystyczne napady, które wszelkie wątpliwości usuną i rozpoznanie utrwala. 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 koklusza. Najłatwiej powstaje napad przy badaniu gardzieli wskutek ucisku nasady języka łyżeczką, albo wskutek ucisku okolicy krtani lub tchawicy. W przypadkach nietypowych napadów koklusza 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 nieżytków oskrzeli wspominałem, zależne bywają często od różnorodnych zmian w jamie nosogardzieliowej (rozrosty muszli, wyrośle i t. p.), występują przeważnie w nocy, rzadko podczas dnia, trwają przez dłuższy przeciąg czasu. Badanie zaś w tych razach jamy nosogardzieliowej ostateczne rozpoznanie ułatwi. 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 koklusza tembardziej, że nieraz nawet kończą się wymiotami. Napady te występują u dzieci nerwowych; również mają często swe źródło w różnorodnych zaburzeniach jamy nosogardzieliowej (przerosty fałd bocznych, granulacye, wyrośle i t. p.); trwają od dłuższego czasu, stale mają ten sam charakter, występują bardzo rzadko w nocy, mogą być wywołane przez dotknięcie zgłębnikiem odpowiednich części gardzieli, przedstawiając się wtedy zupełnie odmiennie od napadów kokluszowych. Kurecz głosni, również i ostry obrzękowy nieżyt krtani (*Pseudocroup*) mogą, lecz tylko pozornie, dawać powód do myl-

nego rozpoznania koklusz. Przy kurczu głośni występuje raptowny brak tchu, sztywność całego ciała, czasami w następstwie kaszel krótki, suchy. Krup fałszywy przejawia się wielce charakterystycznym 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 czym już wyżej w odpowiednim rozdziale wspominałem, napady długotrwałego suchego kaszlu męczącego, trwającego nieraz całymi godzinami bez przestanków, właściwych napadom kokluszowym. Cierpienie gruczołów okołotchawicowych i okołoskrzelowych u dzieci (*Adenopathia tracheobronchialis*) dawać może objawy, zbliżone nieco do objawów koklusz, mianowicie: napady kaszlu duszącego z wymiotami, szmerem świszczącym, słyszczanym w obu fazach oddechowych. W sprawie tej jednak da się spostrzec również powiększenie i innych gruczołów chłonnych, szczególnie szyjowych, znaczne wycieńczenie dziecka, wieczorowe nasilenia gorączki. Badanie zaś fizykalne klatki piersiowej 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 od koklusz odróżnić.

Koklusz u dorosłych, jak to już wyżej zaznaczyłem, zdarza się bardzo rzadko i daje wielce niewyraźne objawy. Napady nie są podobne do typowych napadów kokluszowych u dzieci, a występują pod postacią peryodycznych 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, histeryi ułatwi rozpoznanie. 2) Kaszel napadowy suchy, występujący u dorosłych przy różnorodnych cierpieniach gardzieli, szczególnie przy t. zw. przeze mnie złuszczającym zapaleniu migdałów (*tonsillitis desquamativa chronica*), przy sprawach granulacyjnych i przerostowych u osobników neurastenicznych i t. p. Przez dokładne jednak badanie odpowiednich narządów sprawy te z łatwością, zostają rozpoznane. Zwracam uwagę na ten rodzaj cierpienia, gdyż niejednokrotnie zdarzało mi się spostrzegać, że osobniki dorosłe, szczególnie kobiety, w których domu dzieci chorowały na koklusz, zasięgały mojej porady z powodu trwają-

cego u nich już od kilku tygodni koklusz. Tymczasem badanie wykrywało li tylko cierpienie gardzieli ze znaczną nadczułością błony śluzowej, powstałe wskutek nadmiernie wyczerpanego ustroju nerwowego bezsennymi nocami, spędzonymi nad łożkiem chorego na koklusz dziecka, a również i pewnym stopniem samopoddania (autosugestyi), przez które suchy kaszel pochodzenia gardzielowego uważano za sprawę kokluszową, nabytą od chorych dzieci. W tych razach uspokojenie chorych, zalecenie odpowiedniego leczenia gardzieli zazwyczaj napady rzekomo kokluszowe szybko usuwało.

3) Gruźlica podostrawa (*tuberculosis pulmonum subacuta*) u dorosłych, szczególnie zaś u młodych kilkonastoletnich osobników, w pierwszych tygodniach jej rozwoju powoduje napady mocnego suchego kaszlu, występujące w początkach przezważnie w nocy, a mogące dać pewne podobieństwo do koklusz, 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; pamiętając o tem, że koklusz u starszych ludzi bywa chorobą wyjątkowo rzadką. Tembardziej zmusić powinna do tego okoliczność, jeżeli w danej rodzinie istnieje usposobienie dziedziczne do gruźlicy. W ten sposób przeprowadzone badanie wykaże stale istniejące przyspieszenie tętna, wyraźne zazwyczaj nasilenie gorączki wieczorowe, 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 u jednego ze szczytów płucnych. Wszystkie te razem wzięte objawy pozwolą z łatwością rozpoznanie gruźlicy dokonać.

Powikłania koklusza występują niezwykle często przeważnie u małych i źle odżywianych dzieci; należy również zaznaczyć, że w niektórych epidemiach powikłania wogóle, a nieraz nawet tego samego charakteru, zdarzają się częściej, aniżeli w innych, lub też w pojedynczych przypadkach koklusza.

Powikłania mogą przedewszystkiem zależeć od mechanicznego wpływu mocnych napadów kaszlu na pojedyncze 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 koklusu; owrzodzenia te zazwyczaj goją się szybko, choć nieraz dojść mogą do znacznie większych rozmiarów, szczególnie u dzieci źle odżywianych. Niektórzy autorowie uważali te owrzodzenia za objaw niemal swoisty dla koklusu, spostrzegali je bowiem nawet u dzieci, nie posiadających jeszcze zębów; przypuszczali więc, że są one następstwem właściwego wyprysku. Inni zaś autorowie, szczególnie francuzcy, 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 zależnem także od gwałtownych ruchów języka, wykonywanych podczas napadu koklusu.

2) *Wymioty*, występujące dość często pod koniec napadu. W niektórych cięższych przypadkach koklusu 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 żołądkowych nerwu błędnego. Sądzę, że wymioty również mogą powstawać drogą zwrotną przy obrzęku tylnej ściany krtani, który, o czem już wyżej wzmiankowaliśmy, ma nieraz miejsce w przebiegu koklusu. 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 jej tylnej ścianie (obrzęki gruzlicze i t. p.).

3) Wskutek wzmożonego ciśnienia wewnątrz naczyniowego, warunkowanego mocnymi 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 nieznaczne krwioplucia, nawet dość obfite krwotoki oskrzelowe, których jeden ciekawy przypadek opisuje CADET de GASSICOURT¹⁾; o wiele rzadziej

¹⁾ Traité clinique de maladies de l'enfance T. II. str. 228. Paris 1887.

zdarzają się wylewy krwawe w opony mózgowie 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 szczególnie w okolicy brzucha; pęknięcie błony bębenkowej ucha, a nawet rozerwanie pęcherzyków płucnych z wytworzeniem się w następstwie odmy piersiowej (*pneumothorax*)¹⁾. W ten sposób również powstają, o czym już wyżej wzmiakowaliśmy, 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, warunkowany zastojem, nadający dziecku charakterystyczny wygląd. Wskutek bowiem wzmożonego podczas napadu ciśnienia krwi wewnątrz klatki piersiowej, odpływ żylny z prawego przedsionka bywa znacznie utrudnionym, występują więc zastoje żyłne, zwłaszcza w układzie żyły głównej górnej. Wpływ zastaju żylnego może z czasem odbić się i na prawej komorze sercowej, do czego również w znacznym stopniu przyczynia się rozwijająca się rozedma płucna. Rozszerzenie serca może nawet wywołać chwilową niedomogę serca, a przeto i powstawanie stanów zapaści (*collapsus*), spostrzeganych nieraz u dzieci przy kokluszu, o czym wspomina MALINOWSKI²⁾ 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 pokryta bywa zimnym potem. W takim stanie zapaści dziecko może pozostawać nieraz przez kilka godzin i dopiero stopniowo wraca do przytomności. BIEGAŃSKI³⁾ jednak przypuszcza, że powyższy stan zapaści zależnym 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 i oddechanie typu CHEYNE-STOCKES'a.

¹⁾ MALINOWSKI. „Odma piersiowa w przebiegu kokluszu u dzieci“. „Gazeta Lekarska“ 1887 r.

²⁾ MALINOWSKI. „Kilka uwag o krztuścu i jego powikłaniach“. „Gazeta Lekarska“ 1898 r.

³⁾ BIEGAŃSKI. „Wykład chorób zakaźnych“. T. I. str. 500. Warszawa 1900 r.

padami; powstają one bądź wskutek nadmiernego podrażnienia ośrodków nerwowych prawdopodobnie toksynami, wytwarzanymi przez pasożyty swoiste, bądź też wskutek mocnego przekrwienia tychże ośrodków, wywołanego wzmocnionem ciśnieniem krwi podczas napadu koklusz. Nieraz drgawki warunkowane bywają rozwijającą się sprawą gruźliczą 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 średniego, 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 RELLLET'a i BARTHEZ'a z 104 przypadków w 58-iu odra pojawiła się bezpośrednio po koklusz, 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 koklusza, 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 koklusza. MALINOWSKI uważa, że również i influenza podczas epidemii może przyłączyć się do koklusza.

Zejsście i następstwa koklusza i jego powikłań. W większości przypadków koklusz kończy się pomyślnie. Zejsście śmiertelne wskutek natężenia samej sprawy koklusza zdarza się bardzo rzadko. Znaczna śmiertelność wśród dzieci chorych na koklusz warunkowaną 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 niepomyślnie zejście chorego dziecka. Do tej kategorii następstw przedewszystkiem zaliczyć należy przewlekłą gruźlicę płuc, która rozwija się stosunkowo dość często w przypadkach długotrwałego koklusza, po-

wiklanego zapaleniem płuc u dzieci wątłych, zolzowatych, 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 kokluszki spotykamy rozedmę płuc. Istotnie w bardzo wielu razach od młodych osobników, dotkniętych rozedmą płuc, dowiadujemy się, że w dzieciństwie przebywali koklusz. O wiele rzadziej następstwem kokluszki bywają różnego stopnia rozszerzenia oskrzeli, które nawet po dłuższym czasie mogą zakończyć się pomyślnie. U bardzo wielu dzieci po kokluszce pozostaje skłonność do nieżytych dróg oddechowych, szczególnie nieżyty 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 ne plaque*) i t. p. U niektórych dzieci po kokluszce przez kilka miesięcy, nawet przez rok nieraz cały, zjawia się od czasu do czasu kaszel gardzielowego czy też tchawico-oskrzelowego pochodzenia, przypominający napady kokluszowe, sprawiając poniekąd wrażenie nawrotów kokluszki. Wreszcie u niektórych dzieci wątłych i w złych warunkach higieniczno-dyetyczno wychowanych, 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 kokluszki i jego powikłań wynika, że o ile u dzieci starszych i uprzednio zdrowych rokowanie bywa pomyślnie, o tyle mniej pomyślnie i nader wątpliwe przedstawia się u dzieci bardzo małych, nędźnie odżywianych, i w złych warunkach higienicznych wychowanych. Na rokowanie mogą mniej lub więcej niekorzystnie wpływać również następujące okoliczności: 1) **Natężenie epidemii** w danej miejscowości; z doświadczenia bowiem wiadomo, że jedne epidemie mają przebieg bardziej, inne zaś mniej złośliwy; w jednych stale występują różnorodnie ciężkie powikłania, w innych przeciwnie powikłania występują rzadziej lub mają łagodniejszy przebieg. 2) **Pora roku** — w późnej jesieni lub w zimie kokluszka przebiega złośliwiej, aniżeli na wiosnę lub w lecie. 3) **Rodzaj i jakość powikłań**, występujących w przebiegu lub w następstwie kokluszki. 4) **Niezastosowanie**

odpowiednich środków higieniczno-dyetycznych, 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 przy każdej chorobie zakaźnej, należy zapoznać się ze środkami, zapobiegającymi rozwojowi kokluszu, t. zw. środkami profilaktycznymi. Nie znając jednak dotychczas istoty zarazka kokluszu, ani biologicznych jego właściwości, musimy w stosowaniu pewnych środków profilaktycznych kierować się jedynie wskazówkami, otrzymanymi z doświadczenia życiowego. Wiemy, że na szybkie szerzenie się kokluszu w znacznej mierze wpływa wspólne gromadzenie się dzieci zdrowych z chorymi, a więc pobyt w szkole, ochronach, domach wychowawczych i t. p. Zarażenie się prawdopodobnie następuje przez powietrze, w którym rozpyła się wyschnięta płwocina, wyrzucana przez dzieci, dotknięte kokluszem. Za podstawowy więc i konieczny środek, zapobiegający dalszemu szerzeniu się kokluszu, należy uważać usunięcie zdrowego dziecka ze środowiska, w którym panuje koklusz i umieszczenie w miejscowości, posiadającej dobre warunki higieniczne. 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 dozorcynie winny uważać, aby chore na koklusz dzieci nie przebywały ze zdrowymi. Ze względu jednak na dodatni wpływ świeżego powietrza na przebieg kokluszu należałoby dla dzieci, dotkniętych kokluszem, wyznaczyć w ogrodach publicznych odpowiednie, odgrodzone 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 którym przebywało nawet przez czas krótki dziecko, dotknięte kokluszem, również odzież

i przedmioty, z którymi znajdowało się w styczności, powinny być poddane dokładnej dezynfekcyi.

Zalecanie różnorodnych swoistych leków, również i rozpozszechnione w ostatnich czasach we Włoszech stosowanie surowicy przeciwkokuksuszowej, mającej niby to posiadać własności zapobiegania rozwojowi koklusz, nie dało dotychczas żadnych dodatnich wyników. Jednym więc z najlepszych środków profilaktycznych 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 wyprowadzanie chorego dziecka na świeże powietrze, wogóle o zachowanie jaknajlepszych środków higienicznych, o których wspominaliśmy już poprzednio, mówiąc o stosowaniu środków profilaktycznych przy niezżytach oskrzeli. Doświadczenie bowiem poucza nas, że w przeważnej większości podlegają kokluszowi, jak i wogóle innym chorobom zakaźnym, dzieci mniej odporne, przede wszystkim zaś te, względem których bądź z niewiadomości, bądź też wskutek jakichkolwiek przesądów, zaniedbywane bywały podstawowe warunki higieniczne, szczególnie zasady, dotyczące używania świeżego powietrza.

Przystępując do wyjaśnienia sprawy właściwego leczenia koklusz, zaznaczyć przedewszystkiem winieniem, że dotychczas, pomimo ogromnej ilości środków, zalecanych przy tej chorobie nie posiadamy żadnego pewnego, przez zastosowanie którego dało by się chorobę koklusz 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 również da się powiedzieć o surowicy przeciwkokuksuszowej, stosowanej przez włoskich lekarzy; wyniki ztąd otrzymywane nie są zbyt zachęcające, a zresztą, nie mając pewnych wiadomości o samym pasożycie koklusz, nie jesteśmy w stanie naukowo wyjaśnić sobie pochodzenie surowicy przeciwkokuksuszowej, co stanowi niezbędny warunek przy otrzymywaniu odpowiednich surowic. W braku więc swoistych środków leczenie koklusz polegać powinno na stosowaniu: 1) ogólnych środków higieniczno-dyetycznych, 2) łagodzących niektóre objawy, 3) środków usuwających powikłania i ich następstwa.

Có się tyczy zabiegów higieniczno-dyetycznych, musimy zaznaczyć, że stanowią one główną podstawę leczenia koklusu i sprowadzają się przede wszystkim do umiejętnego korzystania ze świeżego powietrza. Ponieważ, wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, w powietrzu otaczającym chore na koklusz dziecko stale znajduje się zarazek, przebywanie więc w zarażonym powietrzu bywa niebezpiecznym 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 obszernie słoneczne, aby dziecko naprzemian mogło przebywać to w jednym, to zaś 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 niemożliwym. 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 przesady i nieuzasadnione obawy zaziębnienia chorego na koklusz 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 choroby koklusu, lecz również, co jest nadzwyczaj ważnem, zabezpieczymy dziecko od groźnych 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 koklusu, natomiast daje możność zawleczenia epidemii w inne okolice. Zdanie to ma za sobą pozorną tylko słuszność.

Zapewne, jeżeli pomimo zmiany miejsca pobytu, warunki higieniczne będą niedogodne, t. j. dziecko zostanie pomieszczone w niskim dusznym, źle przewietrzanym 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 higieniczne, jeżeli mieszkanie będzie obszerne, wysokie, dobrze przewietrzane, wtedy przebieg kokluszki 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 kokluszkiem dotknięte dzieci powinny być w tych razach pomieszczane w domach odosobnionych, nie powinny obcować z innymi dziećmi, a również należy przestrzegać, aby po skończonej chorobie mieszkanie i rzeczy były poddane dokładnej dezynfekcji. Oprócz leczenia powietrznego 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.). Szczególnie dotyczy to przypadków kokluszki połączonego z częstymi 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 jednoczesnym podtrzymywaniem główki, aby w ten sposób uchronić dziecko od gwałtownych wstrząszeń, powodowanych mocnymi napadami kaszlu. Po ukończonym napadzie należy, szczególnie 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 krwioobiegu, nadajemy dziecku przez pewien czas pozycję leżącą.

Przechodząc do sprawy leczenia za pomocą środków farmaceutycznych, powtórzę to, co już raz zaznaczyłem, że dotychczas nie posiadamy żadnego swoistego przeciw kokluszki środka. Z ogromnej liczby zalecanych leków przedewszystkiem wspomnę

o chininie, wprowadzonej w użycie przy kokluszu przez BINZ'a. Chinina przez długi przeciąg czasu uchodziła niemal za specyficzny środek przeciwkokluszu; do dziś dnia jeszcze niektórzy autorowie (MONTI, BIEGAŃSKI) przypisują jej w wielu przypadkach działanie wielce skuteczne, inni jednak, szczególnie autorowie francuzcy, nie uznają tej właściwości chininy, która oprócz tego ze względu na nadwyzyczajną gorycz nie daje się stosować u małych dzieci, a podawana przez dłuższy czas i w znaczniejszych dawkach sprządza nadto utratę apetytu i pobudza do wymiotów. Chinina bywa zalecaną 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
Sacchari albi āā 1.0
M. f. pulvis
Div. in part. aequal. № X

M.D.S. Co 2—3 godziny jeden proszek.

Środek ten powinien być podawany 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 *antipiriny*, 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 antipiryna jako środek, nie wywierający żadnych pobocznych na ustrój dziecka szkodliwych wpływów, może być zalecana o tyle, o ile przez stosowanie tego leku jesteśmy w stanie osiągnąć jakąkolwiek poprawę. Ze znacznego szeregu innych leków, zalecanych w ostatnich czasach fenacetyna, resorcyna, tussol, kwas karbolowy, jodofenol, pilocarpina, preparaty kwasu pikrinowego, ichtyol, fenokol, pertusina (preparat tymianu) i t. p. również okazały się po dłuższej obserwacji bezskutecznymi.

Drugą grupę środków, zalecanych w kokluszu, stanowią te, które są w stanie wpłynąć na zmniejszenie się gwałtownych na-

padów, a więc środki kojące (*nervina et narcotica*):—przetwory makowca norwija, kodeina, heroina i t. p.). Stosujemy je w rozmaity sposób: wewnątrz, pod skórę, lub też pod postacią wzięcia, wdychania, pędzlowania, wdmuchiwanie i t. p. Środki te jednakże w małych dawkach nie zmniejszają napadów kokluszowych, w większych zaś wywierają stanowczo wpływ szkodliwy nie tylko na ogólny stan, lecz również wywołują zatrzymywanie się wydzieliny w kanale oddechowym, która następnie, będąc wdychana do głębszych części 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 kropeł 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 dłuższym użyciu wywołują te same ujemne skutki, co i wyżej wzmiankowane preparaty makowca. TROUSSEAU stosował belladonę w dawce 0,005 ($\frac{1}{10}$ grana) pod postacią pigułek; jedną pigułkę dziennie u dzieci do 4-letnich, a dwie pigułki u starszych. Również można podawać belladonę pod postacią nalewki (5—10 kropeł, stosownie do wieku dziecka) proszku lub wyciągu.

Rp. Extr. Belladonae 0,5
Aq. destillat. 10.0

M.D.S. 3 razy dziennie po tyle kropeł, ile lat ma dziecko.

Woda chloralu, zalecany wewnątrz lub pod postacią ławatyw, również, podług niektórych autorów, nieraz ma dodatnio wpływać na przebieg kokluszki. 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.

Przy kokluszce stosowanie preparatów bromu w ilości 0,1—0,6 na dawkę przez wielu autorów zagranicznych, a u nas przez DYTLA, uważanem było za bardzo skuteczne. Środki te jednak często zawodzą. Niektórzy lekarze dodają jeszcze do nich

410

nalewkę z belladony. Należy
 gólowiej o t. zw. bromoformie, (94,86 bromu
 wodoru). Bromoformu poraz pierwszy zastosowany w koklusz
 przez STEPP'a, bardzo szybko zyskał wielkie uznanie. Rzeczywi-
 ście, nieraz za pomocą tego środka możemy złagodzić przebieg
 gwałtownego napadu koklusz. Podajemy go w ilości 2—6,
 a nawet dziesięciu kropel, stosownie do wieku dziecka (ile lat,
 tyle kropel) trzy razy dziennie, w łyżce wody ocukrzonęj. Ze
 względu jednak na możliwe przeliczenie się w ilości podawanych
 kropel, o wiele wygodniej przepisywać broform w następujący
 sposób:

Rp. Broformii qtt. 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 podzie-
 lone. Niektórzy autorowie, np. FEER, MARFAN, po długotrwałem
 systematycznym stosowaniu tego środka spostrzegali u chorych
 dzieci znaczną poprawę, natomiast inni nie przypisują bromoformowi
 żadnych leczniczych własności, a nawet ze względu na nie-
 jednokrotne przypadki zatrucia tym środkiem radzą zupełnie go
 zaniechać.

U dzieci nieco starszych w celu złagodzenia mocnych napa-
 dów koklusz skuteczнем nieraz bywa wdechanie chloroformu,
 nie doprowadzające jednak do stanu zupełnego uśpienia
 W tym celu kilkanaście kropel chloroformu wylewamy na chustkę-
 i przytkamy ją podczas napadu do nosa dziecka. W większości
 przypadków sposób ten wywiera dodatni wpływ na przebieg sa-
 mego napadu. Bezwarunkowo lek ten może być zalecany wy-
 jątkowo tylko podczas mocnych napadów. Również należy zwró-
 cać uwagę, aby chloroform nie pozostawić w ręku samego dziecka.

Niektórzy autorowie, o czem już wspominaliśmy, za przyczy-
 nę koklusz uważali zmiany, spostrzegane przez nich w górnym
 odcinku dróg oddechowych dotkniętych tą chorobą dzieci. Są-
 dzili więc, że przy pomocy miejscowego leczenia będą
 w stanie usunąć samą chorobę. W tym celu stosowali środki od-
 każające lub kojące pod postacią inhalacji, pulweryzacji, wdmu-