

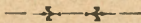


Dublet

Z KLINIKI PEDIATRYCZNEJ W „HÔPITAL DES ENFANTS MALADES“ W PARYŻU.

PRZYCZYNEK DO ROZPOZNAWANIA
PRZEROSTU GRUCZOŁÓW CHŁONNYCH OKOŁOSKRZELOWYCH U DZIECI,
O OBJAWIE SMITH'A.

Podał

Józef Brudziński.

Obrzmienie gruczołów okołoskrzelowych spotyka się nader często w wieku dziecięcym, rozpoznanie jednak wczesne tego cierpienia, nim wystąpią objawy uciskowe, przedstawia, jak dotąd, wielkie trudności. Zdania różnych autorów są zgodne w tym względzie. HENOCH uważa rozpoznanie obrzmienia gruczołów okołoskrzelowych za życia jako nader niepewne. Nie przypisuje on wielkiego znaczenia stłumieniu odgłosu opukowego około górnego wewnętrznego kąta łopatki z obu stron z tyłu. Tego samego zdania jest BAGINSKY, GERHARDT, SEIFERT, LEWIS SMITH i wielu innych autorów angielskich i niemieckich. BIEGAŃSKI sądzi, że objawy, otrzymane za pomocą bezpośredniego fizykalnego badania, nie mają w sobie nic właściwego, same przez się nie mają żadnego znaczenia rozpoznawczego, zdarzyć się bowiem mogą w równym stopniu przy chorobach miąższu płucnego. Klinicyści francuscy przypisują większą wagę objawom, otrzymanym za pomocą bezpośredniego badania fizykalnego.

Obecność stłumienia na przestrzeni międzyłopatkowej, w miejscu, odpowiadającem położeniu gruczołów, szmer oddechowy oskrzelowy na tym samym poziomie, stłumienie odgłosu opukowego na rękojeści mostka z przodu, wreszcie osłabienie szmeru oddechowego po jednej stronie z zachowaniem normalnego

WŚ B888pd 1900/s

Z-138506

136 06 22 670

Ak. z. 2023 nr 480

odgłosu opukowego — są to objawy, uważane przez autorów francuskich za nader cenne przy rozpoznaniu obrzmienia gruczołów okołoskrzelowych u dzieci (*adénopathie trachéobronchique* autorów francuskich).

W literaturze jednak tego przedmiotu znajdujemy objaw wczesnego rozpoznania obrzmienia gruczołów okołoskrzelowych, podany przez klinicystę angielskiego EUSTACE SMITH'a, opisany w roku 1875 w „*The Lancet*“. Objaw ten nie został poddany odpowiedniej ocenie przez innych autorów. Znajdujemy w całej literaturze zaledwie dwie wzmianki, stwierdzające prawdziwość tego objawu, nie rozstrząsające jednak jego wartości rozpoznawczej. O istnieniu objawu tego dowiedziałem się i nauczyłem się posługiwać się nim podczas pobytu na klinice prof. ESCHERICH'a w Gracu, który posługiwał się tym objawem przy stawianiu rozpoznania obrzmienia gruczołów oskrzelowych. Jak dotąd i z jego kliniki nie wyszła żadna praca w tym przedmiocie. Wobec tak zupełnego zapomnienia o objawie, który jednak zasługuje przynajmniej na sprawdzenie, uważałem za odpowiednie podjąć badania w tym względzie.

Dzięki uprzejmości prof. MARFAN'a mogłem przeprowadzić odpowiednie badania na klinice pediatrycznej w Hôpital des Enfants Malades w Paryżu. Objaw ten na klinice nie był znany.

Na czem polega wzmiankowany objaw? Gdy się przechyli głowę dziecka mocno w tył tak, by twarz była w położeniu poziomem, a oczy zwrócone były ku sufitowi, słyszeć się daje w przypadkach obrzmienia gruczołów okołoskrzelowych szmer żylny w okolicy rękojęści mostka różnego natężenia, w zależności od wielkości gruczołów. Gdy głowa powraca do pozycji zwykłej, szmer znika.

SMITH daje następujące wyjaśnienie objawu, zaobserwowanego przez niego. Przez przechylenie silne głowy w tył pociągniętą jest do góry tchawica, a wraz z nią i gruczoły, znajdujące się w miejscu podziału tchawicy, co sprawia, że żyła bezimienna lewa, która przechodzi poprzecznie poza rękojęścią mostka, zostaje uciśniętą pomiędzy gruczołami powiększonymi i mostkiem. W przypadkach, w których objaw ten spostrzegano, stwierdzano niekiedy przytłumienie odgłosu opukowego na rękojęści mostka, co już wzbudzało podejrzenie obrzmienia gruczołów oskrzelowych. Obecność wzmiankowanego szmeru żylnego uważa SMITH za potwierdzenie tego podejrzenia.

Szmer ten żylny nie może być wywołany przez ucisk grasicy (*thymus*), gdyż gruczoł ten znajduje się tuż poza mostkiem z przodu od pni żylnych, powiększone zaś gruczoły okołoskrzelowe są poza pniami żylnymi. Guz, położony z przodu pni żylnych, nie może spowodować ucisku tychże, gdy głowa zostanie w tył przechyloną. Według SMITH'a, szmer ten żylny powstaje we wszystkich przypadkach przerostu gruczołów chłonnych okołoskrzelowych, pod warunkiem, że są wolne; gdy wskutek zrostów są unieruchomione w pewnej odległości od mostka, nie mogą się wzniesć do góry i wywołać ucisku. SMITH przytacza przypadek, w którym szmer żylny nie powstawał za życia pomimo obecności stłumienia odgłosu opukowego; przy badaniu pośmiertnem stwierdzono grupy gruczołów okołoskrzelowych, znacznie powiększonych, lecz zupełnie unieruchomionych wskutek zrostów.

SMITH uważa objaw, podany przez siebie, za objaw nader wczesny przerostu gruczołów okołoskrzelowych u dzieci, który poprzedza stłumienie odgłosu opukowego na rękojęści mostka, nie mówiąc już o objawach uciskowych na pnie żyłne, drogi oddechowe i nerwy, które to objawy występują nader późno.

W badaniach moich mogłem stwierdzić prawdziwość faktu, zaobserwowanego przez SMITH'a: w niektórych przypadkach, przy przechyleniu w tył głowy dziecka, powstaje szmer zmiennego natężenia, niekiedy nader wyraźny. Zanim przystąpię do kwestyi, jak często się objaw ten spotyka i jakie posiada znaczenie rozpoznawcze, parę słów poświęcić muszę kwestyi sposobu i warunków badania. Objaw, opisany przez SMITH'a, jest w niektórych przypadkach nader wyraźny, w innych trzeba się uważnie i dłużej wsłuchiwać, by stwierdzić jego istnienie; fakt ten pozostaje w zależności od stopnia przerostu gruczołów. Przeszkadza badaniu okoliczność, iż trudno jest otrzymać u dzieci przerwę w oddechaniu, przeciwnie sam fakt przechylenia głowy wywołuje niezmiernie przyspieszone oddechanie, połączone u niektórych dzieci z płaczem; pewną rolę odgrywa tu i ciśnienie, wywierane przez stetoskop, które jest jednak nieuniknione, chyba że się używa stetoskopu amerykańskiego o dwu rurkach, instrumentu, nadającego się bardzo dobrze do badania dzieci. Przy pewnej wprawie w szukaniu wzmiankowanego objawu przezwycięża się te trudności. Szmer oddechowy, nawet przy bardzo przyspieszonym oddechaniu, odróżnia się od wzmiankowanego szmeru, który jest ciągłym, swoją peryodycznością. Szmer przy objawie SMITH'a zbliża się pod tym względem do szmeru w postaci buczenia w żyłach szyjowych [*Nonnengeräusch* autorów niemieckich, *bruit du diable* autorów francuskich], lecz jest on daleko słabszym. Niekiedy szmer ten nie daje się słyszeć od razu, lecz dopiero po kilku minutach pozostawiania głowy w tyłopochyleniu. Mogłoby powstać pytanie, czy szmer ten nie przenosi się z żył szyjowych, lecz buczenie jest zjawiskiem dość rzadkiem przed okresem pokwitania, a w podobnych wypadkach szmer słyszećby się dawał i przy pozycji zwykłej głowy, co miało miejsce w dwóch przypadkach, spostrzeganych przez nas. W przypadkach tych stwierdziłem istnienie szmeru na poziomie rękojęści mostka przed przechyleniem głowy w tył, przy badaniu żył szyjowych szmer buczenia. Jeden przypadek szczególnie jest ciekawy: mały chłopiec z chorobą WERLHOF'a, z wyraźną niedokrwistością [na zasadzie badania krwi]; szmer na rękojęści mostka przy zwykłym położeniu głowy, szmer buczenia w żyłach szyjowych nader wyraźny. Przeciwnie, w przypadkach, w których stwierdzałem obecność objawu SMITH'a, szmer odnośny istniał jedynie przy tyłopochyleniu głowy, nie stwierdziłem też ani razu w tych przypadkach istnienia szmeru buczenia w żyłach szyjowych.

Tętniaki łuku aorty, które mogłyby dać stłumienie odgłosu opukowego na mostku i szmer w tem miejscu, są za wielką rzadkością u dzieci, by się z nimi liczyć. Przy badaniu dzieci na objaw SMITH'a trzeba mocno przechylić głowę dziecka w tył, by rzeczywiście wzniesienie się do góry tchawicy wraz z gruczołami, a w skutek tego ucisk na żyłę bezimienną mógł mieć miejsce. Parę razy zdarzyło mi się zanotować rezultat ujemny badania w przypadkach, w których

badanie następne, podjęte w lepszych warunkach, wykazywało obecność objawu SMITH'a. Zwracać również należy uwagę, by stetoskop nie odstawał częścią swą powierzchnią od powierzchni skóry, co łatwo stać się może przy tak niezwyklej ekstensyi głowy dziecka; sprowadzić to może szmery sztuczne.

Badania nasze rozciągają się na 70 przypadków, wśród których stwierdziliśmy obecność objawu SMITH'a w 28. Wśród tych przypadków znajdują się dzieci w okresie zdrowienia po odrze [objaw ten był obecny u 3 dzieci na 15 badanych, w drugim przypadku u dziewczynki z *tumor albus* kolan], dziecko, dotknięte krztuścem, chłopiec ze *scrophulosis cutanea* i obrzmieniem gruczołów szyjowych, chłopiec z *malum Pottii*, dziewczynka z *coxalgia*, która miała kokluszowe napady kaszlu, dziewczynka z *peritonitis tuberculosa*. Największa liczba przypadków, w których istniał objaw SMITH'a należy do kategorii przypadków, w których obrzmienie gruczołów okołoskrzelowych mogło być podejrzewane na zasadzie objawów badania fizykalnego. Nie było objawów ucisku, lecz przytłumienie odgłosu opukowego ze szmerem pod obojczykiem prawym lub lewym, ze szmerem oddechowym zaostrozonym, niekiedy oskrzelowym. We wszystkich tych przypadkach objaw SMITH'a istniał niekiedy bardzo wyraźnie.

Przytoczę tu tylko przypadki mniej lub więcej typowe.

Chłopiec lat 4½. Obarczony dziedzicznie gruźlicą. Przed 6 miesiącami przechodził krztusiec. Obecnie *bronchitis diffusa*, przytłumienie w wierzchołku lewym z tyłu, szmer oddechowy osłabiony z tyłu do wysokości postawy płuca lewego, przytłumienie pod obojczykiem z przodu. Kaszel kokluszowy bez wydzieliny.

Chłopiec lat 4½. Od kilku miesięcy zaburzenia przewodu pokarmowego, kaszel. Stan ogólny to się polepsza, to znowu pogarsza. Od dwóch miesięcy brzuch znacznie się powiększył. Dziecko wychudzone, rzęsy długie, czarne. Brzuch duży twardy. *Ascites*. Płyn mało ruchomy. Zrostów się nie wyczuwa wyraźnie. Przytłumienie odgłosu opukowego na przestrzeni międzypłatkowej, zwłaszcza po stronie lewej. Wysłuchem stwierdzić się daje wdech zaostrozony, wydech przedłużony.

Chłopiec lat 10. Ojciec zmarł na suchoty. Dziecko przy ojcu w czasie choroby. Chory od kilku miesięcy. Kaszle z wydzieliną. Przytłumienie odgłosu opukowego w okolicy podobojczykowej lewej, stłumienie pod obojczykiem prawym, z tyłu stłumienie w wierzchołku lewym, gdzie wysłuchem stwierdza się oddech oskrzelowy, rżenia wilgotne.

Chłopiec lat 4. Ojciec umarł na suchoty. Dziecko kaszle. Stłumienie odgłosu opukowego z tyłu w wierzchołku lewym. Szmer oddechowy oskrzelowy. Z przodu przytłumienie odgłosu opukowego pod obojczykiem lewym.

We wszystkich tych przypadkach objawy, zdradzające obrzmienie gruczołów okołoskrzelowych potwierdzenie swe znalazły w obecności objawu SMITH'a i naodwrot. Objaw ten jednak stwierdziliśmy w przypadkach, w których nie było żadnych innych objawów, skłaniających do rozpoznania przerostu gruczołów okołoskrzelowych, w których jednak było podejrzenie ze względu na stan ogólny chorych i dane dziedziczne.

Chłopiec lat 5½. Matka zmarła na suchoty. Wychudzenie niezmiernie od jakiegoś czasu, apatya. Żadnych objawów ze strony płuc. Objaw SMITH'a nadszwyczaj wyraźny. Do tej samej kategorii zaliczyć należy przypadki następujące: dziewczynka z odrą z *tumor albus* kolana, druga z *peritonitis tuberculosa*, trzecia z *coxalgia*.

Na uwagę zasługuje przypadek następujący, w którym obrzmienie gruczołów okołoskrzelowych przyszło do skutku jakby w naszych oczach. Dziecko lat 5 przyjęto na klinikę z *nephritis acuta*. W kilka dni później występuje *erysipelas*, następnie dziecko przechodzi zapalenie płuc i zapalenie opłucnej wysiękowe. Pozostawało na klinice blisko dwa miesiące. Objaw SMITH'a, którego nie było w początkach, był nader wyraźny przy końcu pobytu chorego w szpitalu.

W większości przypadków, spostrzeganych przez nas, przerost gruczołów okołoskrzelowych, stwierdzony za pomocą objawu SMITH'a obok innych objawów fizykalnych lub bez nich, postawiony być musi w związku przyczynowym z gruźlicą. W innych przypadkach obrzmienie tych gruczołów zawdzięczało swe powstanie prawdopodobnie sprawie zapalnej zwykłej. Charakter gruźliczy obrzmienia gruczołów w niektórych przypadkach widoczny był ze zmian gruźliczych w płucach, w systemie kostnym, otrzewnej i t. d.

Na 70 przypadków zbadanych objaw SMITH'a stwierdziliśmy w 28, co wynosi 40%.

BABES znalazł gruźlicę gruczołów okołoskrzelowych przy badaniach pośmiertnych u dzieci w połowie przeszło przypadków, MÜLLER w 103 na 500 badań pośmiertnych u dzieci niżej lat 15. NEUMANN w 46 na 142 badania pośmiertne u dzieci.

HECKER w statystyce swej z r. 1894 podaje cyfry następujące: na 130 badań pośmiertnych u dzieci 25,5% stwierdzono zmiany gruźlicze; w tej liczbie w 90% gruźlicę gruczołów okołoskrzelowych, w 75,2% gruźlicę płuc. [Porównaj statystyki zgodne z tem RILLIET et BARTHEZ'a, SIMONDS'a, SCHWER'a i innych].

Z danych tych się okazuje, że gruźlica gruczołów okołoskrzelowych spotyka się u dzieci w 20 — 30%; naprowadza nas to na myśl, co przypuszczaliśmy zresztą już na zasadzie wrażenia klinicznego, że wśród stwierdzonych przez nas obrzmiń gruczołów okołoskrzelowych, pewna ilość nosiła charakter zwykły, nie gruźliczy. Gdy jednak często te obrzmienia przejściowe przechodzą w przewlekłe i stanowią grunt nader podatny do rozwoju sprawy gruźliczej, wczesne wykrycie tego obrzmienia stanowi fakt ważny ze względu na możliwe zabiegi lecznicze uprzedzające.

Dla poparcia badań naszych klinicznych brak nam wyników badania pośmiertnego w przypadkach, w których za życia stwierdziliśmy obecność objawu SMITH'a, mamy jednak dość danych, by uważać objaw ten, jako wywołany przez przerost gruczołów okołoskrzelowych i przez to mający znaczenie rozpoznawcze. Przemawiają za tem: obecność tego objawu jedynie w przypadkach, w których cierpienie gruczołów okołoskrzelowych może być podejrzwane; obecność tego objawu w przypadkach, w których istniały inne obja-

wy fizykalne właściwe temu cierpieniu; brak tego objawu w wielu innych sprawach chorobowych; wyłączenie przypuszczenia, że jest to szmer anemiczny, przez dane, przytoczone powyżej; dane ilościowe co do obrzmienia gruczołów okołoskrzelowych, otrzymane przy posługiwaniu się jako objawem rozpoznawczym SMITH'a, które mniej więcej zgadzają się z danymi, otrzymanymi przy badaniach pośmiertnych. Objaw SMITH'a uważać można za objaw rozpoznawczy nader wczesny, gdyż mogliśmy, posługując się nim, wykryć obrzmienie gruczołów okołoskrzelowych w przypadkach, w których nie było żadnych innych objawów fizykalnych. Wogóle objaw SMITH'a może oddać usługi przy rozpoznawaniu wczesnem przerostu gruczołów oskrzelowych.

W pracy niniejszej pragnąłem jedynie rzucić trochę światła na objaw pożyteczny przy rozpoznawaniu obrzmienia gruczołów oskrzelowych, a dziwnie jakoś zapomniany i nieznany. W literaturze dość obrzernej obrzmienia gruczołów oskrzelowych, którąśmy skrzętnie przejrzeni, znaleźliśmy jedynie dwie wzmianki o objawie SMITH'a [SEIFERT, DENNIG] i krótki referat *Jahrb. f. Kinderh.* z r. 1876. Nawet w najnowszej monografii o „*Adénopathie trachéo-bronchique*” ZÜBER'a w *Traité des maladies de l'enfance* [GRANCHER, MARFAN, COMBY] nie znajdujemy o objawie tym najmniejszej wzmianki, był on bowiem zupełnie nieznany autorowi, asystentowi na klinice tutejszej.

SEIFERT w najnowszym wydaniu przerobionem podręcznika chorób dzieci GERHARDT'a wzmiankuje tylko objaw SMITH'a pomiędzy innymi objawami ucisku zaznaczając słuszność spostrzeżenia SMITH'a, nie rozpatruje jednak objawu tego z punktu widzenia dyagnostyki.

DENNIG wymienia objaw ten pomiędzy innymi objawami rozpoznawczymi przerostu gruczołów okołoskrzelowych, nie zaznacza jednak zupełnie swego zdania, a nawet nadaje mu zupełnie inne znaczenie przez wzmiankę, że SMITH spostrzegał ten objaw w 2 przypadkach, gdy tymczasem autor angielski wyraźnie zaznacza w artykule swym z r. 1875 i w swym podręczniku chorób dzieci z r. 1888, że objaw ten spostrzegał w bardzo wielu przypadkach, przytacza zaś tylko dwa typowe spostrzeżenia dla ilustracyi.

Spodziewać się należy, że objaw SMITH'a będzie w literaturze francuskiej wszechstronnie rozstrząśnięty, zainteresował się nim bowiem prof. GRANCHER, prof. zaś HUTINEL dał badania odpowiednie, jako temat do rozprawy doktor-skiej, jednemu ze swych eksternów, praca więc nasza, przypomniawszy o istnieniu wzmiankowanego objawu, przyczyni się może choć pośrednio do wyświe-tlenia znaczenia rozpoznawczego tego objawu.

L I T E R A T U R A.

- 1) The Lancet II. 7. 1875. D-r EUSTACE SMITH. On the diagnosis of enlarged bronchial glands in children.
- 2) O tem samem. D-r EUSTACE SMITH. On the wasting diseases of infants and children. 1888. str. 319—321.
- 3) J. LEWIS SMITH. A treatise on the medical and surgical diseases of infancy and childhood 1897. New-York.

- 4) RILLIET et BARTHEZ. (Edition de BARTHEZ et SANNE). Traité clinique et pratique des maladies des enfants T. III. Tuberculose des ganglions bronchiques 1891.
 - 5) GRANCHER, COMBY, MARFAN etc. Traité des maladies de l'enfance. T. IV. (ZUBER).
 - 6) BIEGAŃSKI. Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. 1896. str. 204—209.
 - 7) LEUBE. Specielle Diagnose der inneren Krankheiten 1898.
 - 8) HENOC. Vorlesungen über Kinderkrankheiten 1897.
 - 9) Lehrbuch der Kinderkrankheiten von D-r CARL GERHARDT, przerobiony przez SEIFERT'a 1899. T. I. str. 139.
 - 10) BAGINSKY. Lehrbuch der Kinderkrankheiten (Erkrankungen der Bronchialdrüsen).
 - 11) Jahrbuch für Kinderheilkunde 1876. Analecta str. 193.
 - 12) DENNIG. Ueber die Tuberculose im Kindesalter. 1896.
 - 13) MUELLER. Zur Kenntniss der Kindertuberculose. 1889.
 - 14) SCHWER. Ein Beitrag zur Statistik u. Anatomie der Tuberculose im Kindesalter. Rozprawa w Kiel. 1884.
 - 15) Ten sam temat: SIMONDS. 1879. Rozprawa w Kiel.
-