

BIBLIOTEKA
Szpitala Karola Marii
Dla Dzieci
Nr. 1134



Serya XV.

Zeszyt 8.

ODCZYTY KLINICZNE,

WYDAWANE PRZEZ

REDAKCJE GAZETY LEKARSKIEJ.

N 476.

ROZPOZNANIE I LECZENIE
wysiękowego zapalenia opłucnej.

Napisał

Dr. med. Alfred Sokołowski.

Cena pojedynczego zeszytu 30 kop.

Cena 12 zeszytów, wydanych w ciągu jednego roku, 3 rb.

WARSZAWA.

Druk K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.

1903.

Biblioteka Główna
MUW

Дозволено Цензурою.
Варшава, 2 Октября 1903 г.

Sbiblioteka Główna
WUM



www.dlibra.wum.edu.pl

BIBLIOTEKA
Szpitala Karola Nowak
1134

ROZPOZNANIE I LECZENIE wysiękowego zapalenia opłucnej.

Napisał

Dr. med. Alfred Sokołowski.

Ostre wysiękowe zapalenie opłucnej w typowych postaciach przedstawia wyraźne i charakterystyczne objawy przedmiotowe (stłumienie, osłabiony oddech, przemieszczenie narządów i t. p.), które w połączeniu jeszcze z charakterystycznymi objawami podmiotowymi (ból, duszność), ostrym i gorączkowym przebiegiem choroby, pozwolą lekarzowi, starannie badającemu chorego, orientującemu się choćby jako tako w całokształcie tychże objawów, z łatwością rozeznąć w mowie będącą sprawę. Wątpliwości rodzić się mogą najczęściej w pierwszych dniach choroby, kiedy nieznaczny jeszcze wysięk nie daje całości typowych objawów, a przede wszystkim wielce charakterystycznego stłumienia odgłosu opukowego i osłabienia drżenia klatki piersiowej.

W okresie tym bardzo pomocnym rozpoznawczym momentem przy wysiękach lewostronnych będzie już od pierwszych dni nieraz jasno występujące stopniowe przytłumienie t. zw. przestrzeni półksiężycowej TRAUBE'go. Trudniej już nieco rozpoznać poczynające się wysięki prawostronne. W niektórych jednak przypadkach pomocnym w danym razie okaże się objaw, wskazany przez ROSENBACH'a i BIEGAŃSKIEGO, a mianowicie powiększenie stłumienia serca w wymiarze poprzecznym, zależne, jak sądzi BIEGAŃSKI,

od wczesnego bardzo kurczenia się przy prawostronnem zapaleniu opłucnej średniego płatu prawego płuca i odkrywania tym sposobem serca. Objaw ten, podług BIEGAŃSKIEGO, występuje nieraz już wówczas, kiedy niema jeszcze żadnego stłumienia, zależnego od wysięku; jedynie tylko przy obecności starych zrostów, unieruchamiających średni płat płuca, objaw ten spostrzegać się nie daje.

Powszechnie w podręcznikach omawiane bywa szczegółowo różniczkowe rozpoznanie pomiędzy zapaleniem ostrem opłucnej a ostrem płatowem zapaleniem płuc. Rzeczywiście, w praktyce dosyć często spostrzegamy szczególnie przez niewprawnych jeszcze lekarzy popełniany tego rodzaju błąd, przedewszystkiem zaś w tych przypadkach zapalenia opłucnej, kiedy duży wysięk daje na znacznej przestrzeni stłumienie i wyraźny oddech oskrzelowy. Dokładne zbadanie chorego i krytyczna ocena objawów pozwolą uniknąć powyższego błędu. Nie powtarzając na tem miejscu wszystkich cech, właściwych znacznym wysiękom opłucnej, nadmienię tylko, że wytyczne punkty rozpoznawcze obu tych spraw stanowić będą: 1) o wiele obszerniejsze stłumienie przy wysiękach, aniżeli w zapaleniu płuc, w którym ogranicza się ono do figury płatu, wyjątkowo tylko przekraczając ją; 2) w zapaleniu płuc występuje typowy oddech i brzmienie oskrzelowe, podczas gdy przy wysiękach bywa albo brak oddechu, albo też wydech oskrzelowy z głębi słyszalny, egofonia, a przedewszystkiem wielce charakterystyczne dla wysięków osłabione drżenie ścian klatki piersiowej, a natomiast dla zapalenia płuc w dalszym przebiegu liczne i coraz bardziej charakteru dźwięcznego nabierające rżężenia. Naturalnie, uzupełniają jeszcze różniczkowe rozpoznanie właściwe dla wysięków większych objawy przesunięcia niektórych narządów, rozszerzenia klatki piersiowej, a dla zapalenia płuc najtypowszy jego objaw, t. j. lepka, rdzawa płwocina. W zapaleniach płuc t. zw. masowych (GRANCHER) możliwe jest nieraz rozeznanie ich jako wysięk. W tych jednak razach brak oddechu i osłabienie głosu znika po kilkakrotnem mocnem odkaszlnięciu i wykrztuszeniu czopka włóknistego, a zjawia się wtedy typowy oddech oskrzelowy. Wreszcie innych drobiazgowych cech zapalenia, a bardziej

jeszcze nietypowych jego postaci nie możemy bliżej na tem miejscu rozierać, powyższe bowiem najgłówniejsze objawy pozwolą w większości przypadków wysiękowe zapalenie opłucnej należycie rozpoznać.

Pewne wątpliwości rozpoznawcze natomiast może nieraz nasunąć postać ostrego przekrwienia płuc o charakterze płucno-opłucnowym, a opisywana szczegółowo przez autorów francuskich, której symptomatologię bliżej skreśliłem w moim podręczniku, w rozdziale o przekrwieniu płuc (T. II, str. 11). W tej postaci, stosunkowo rzadkiej, której początek bywa ostry z towarzyszeniem dreszczów i gorączki, zjawia się z początku choroby nieznaczne stłumienie, osłabienie drżenia klatki piersiowej, a nawet egofonia—słowem wszelkie objawy ograniczonego wysięku opłucnej. Objawy powyższe zazwyczaj ustępują w ciągu kilku dni, a dla mnie przynajmniej, podobnie, jak inne jeszcze przez autorów francuskich wyodrębniane postaci zapalenia opłucnej, przedstawiają prawdopodobnie raczej sprawy lekkie zapaleń płucno-opłucnowych, aniżeli rzeczywistych przekrwień.

Mocne i rozległe zrosty opłucnej po przebytych przed wielu miesiącami i dawniej zapaleniach wysiękowych opłucnej mogą nieraz dawać pochop do rozpoznawania jeszcze istniejącego wysięku w jamie opłucnej. Rozpoznanie ich bywa nieraz dosyć trudne. Nadmienię tu tylko, że podstawę rozpoznania stanowić będą wywiady, wykazujące przebyte ongi zapalenie opłucnej, zupełny brak gorączki, wciągnięcie częściowe, szczególnie w dolnym odcinku, odpowiedniej strony klatki piersiowej, nieruchomość jej częściowa przy głębokim oddechu. Co się zaś tyczy stłumienia i osłabionego oddechu, t. j. objawów, na zasadzie których można by przypuszczać obecność wysięku, to należy zaznaczyć, że stłumienie zazwyczaj bywa niezbyt wybitne, nieprawidłowe, a oddech i głos nieznacznie osłabione. Przy mocnych łącznotkankowych zrostach JACCOUD podaje jako objaw rozpoznawczy tę okoliczność, że podczas głębokiego oddechu przestrzenie dolne międzyżebrowe wyraźnie zapadają, a same żebra wciągane zostają w kierunku linii pośrodkowej ciała. Przy wysięku zaś płynnym, jak wiadomo, ruch odpowiedniej dolnej części klatki piersiowej bywa

znacznie ograniczony lub nawet zniesiony. Objaw ów podług mnie daje się w klinice spostrzegać jednak wyjątkowo rzadko i musi dotyczyć chyba bardzo grubych zrostów.

Prześcieki opłucnej (*transsudatum pleurae*) mogą również nastrożać wątpliwości rozpoznawcze, tembardziej, że dają niemal te same objawy fizykalne, co i wysięki surowicze. Odróżniamy je jednak od wysięków zapalnych po tem, że są najczęściej obustronne, nie towarzyszy im gorączka, występują w cierpieniach, przedstawiających najczęściej ogólne lub miejscowe zaburzenia w krążeniu (wady serca, sprawy w śródpiersiu, cierpienie nerek i t. p.). Wreszcie prześciek przedstawia odrębne właściwości, odróżniające go od płynu surowiczego (nieznaczny ciężar właściwy, mała ilość białka i t. p.). W klinice jednak napotykamy pewien szereg przypadków, w których mimo najściślejszego badania nasunie się zawsze wątpliwość, czy mamy do czynienia ze sprawą wysiękową opłucnej, czy też z innego rodzaju sprawą chorobową. Niektóre więc przypadki nietypowego zapalenia płuc, wysięki otorbione, nowotwory płuc lub śródpiersia, promienica, bąblowiec płuc i opłucnej, wysięki podprzeponowe i t. p. sprawy stanowić będą właśnie owe przypadki, które nie mogą być jedynie na podstawie badania fizykalnego stanowczo rozpoznane.

W tych razach musimy uciec się do jeszcze jednej metody rozpoznawczej, t. j. do t. zw. próbnego przekłucia klatki piersiowej, dokonywanego za pomocą znanej powszechnie strzykawki PRAVAZ'a, a jeszcze lepiej za pomocą *ad hoc* zbudowanych szprycek, opatrzonych w dłuższe i grubsze igły, z nieco większą objętością samego cylindra. Przekłucie próbne, które zostało wprowadzone i spopularyzowane głównie przez GERHARDT'a już przeszło od 20-^u lat w Niemczech, stanowi przy rozpoznawaniu wysięków opłucnej obok badania fizykalnego niejako jeden z najistotniejszych sposobów badania: stwierdza ono nie tylko obecność wysięku, ale zarazem daje poznać jego charakter. Tą metodą jesteśmy w stanie w wątpliwych przypadkach, o których wyżej wspominaliśmy, w ciągu kilku niemal sekund stwierdzić obecność i charakter wysięku, badanie zaś chemiczne i mikroskopowe (cytodyagnostyka wyjaśni z całą nieraz ścisłością nawet jego etyologię. Metoda

ta prosta i łatwa również u nas w ostatnich latach została powszechnie w praktyce lekarskiej wprowadzona w użycie. Należy ją jednak stosować przy zapaleniach opłucnej w pierwszych okresach choroby jedynie w tych przypadkach, w których mamy wątpliwości rozpoznawcze, wyżej przez nas wzmiankowane: czy mamy do czynienia rzeczywiście ze sprawą wysiękową, czy też sprawą chorobową innego rodzaju (ropień płuc, nowotwór i t. p.); albo w tych przypadkach, w których przy istniejącym wysięku podejrzewamy ropny lub ropno-cuchnący jego charakter. Od wczesnego bowiem rozpoznania tego rodzaju wysięków zależy wybór odpowiednich zabiegów leczniczych.

Próbno przekłucie wskazane będzie w późniejszych okresach choroby, kiedy podejrzewamy ropne przeistoczenie się wysięku, lub też kiedy wysięk surowiczy ulega bardzo powolnemu wchłanianiu i mamy zamiar sztucznie go wypuścić. Wreszcie zawsze należy dokonywać próbnego przekłucia w wysiękach starych, otorbionych, a przedewszystkiem w tych przypadkach, w których mimo ścisłego badania za pomocą metod fizykalnych pozostają stale wątpliwości rozpoznawcze. Dotyczy to szczególnie tych przypadków, w których rozpoznanie waha się między nowotworem śródpiersia a ograniczonym wysiękiem, jako też przy wysiękach wtórnych, zależnych od promienicy lub bąblowca płuc. W tych razach za pomocą próbnego przekłucia nie tylko wykrywamy obecność płynu, lecz również badanie mikroskopowe płynu wyjaśnia prawdziwą istotę nieraz przez długi czas zagadkowego cierpienia. Przekłucie próbne, które, jak dopiero wspominałem, stanowi w klinice niezwykle doniosłą rozpoznawczą metodę badania, należy ograniczyć w użyciu do ściśle oznaczonych, a wyżej przeze mnie sformułowanych wskazań. W ostatnich bowiem latach widuje się nieraz pewne pod tym względem, że się tak wyrażę, nadużycie tej metody: bywa ona stosowaną w tych przypadkach, w których poniekąd zaniedbane ściśle zbadanie chorego niechybnie doprowadziłoby do rzeczywistego rozpoznania bez uciekania się do próbnego przekłucia (np. w ostrym płatowym zapaleniu płuc, nawet zapaleniu płuc ogniskowem o postaci rzekomo płatowej i t. p.)

przez co sprawiamy niepotrzebnie ból choremu, dyskredytując przytem tak ważną metodę rozpoznawczą.

Co się tyczy samego narzędzia, to, jak już wyżej wzmiankowałem, należy używać igieł grubszych i dłuższych. Strzykawka COLLIN'a, którą w tym celu zwykle się posiłkuje, ma igły długości 5 cm., zawiera zaś 4 cm. sześć.. Tłok winien bardzo ściśle przylegać do ścian cylindra. Igły grubsze są bezwarunkowo potrzebne; zbyt bowiem cienkie, które się widuje przy zwykłych strzykawkach, używanych do wstrzykiwań podskórnych, nieraz nie są w stanie przebić grubych zrostów; mogą nawet ulec złamaniu i uwięzieniu głęboko w międzyżebżu (co również widywałem), z łatwością zgiąć się i stępić o samo żebro. Wreszcie zbyt wąskie światło cienkiej igły łatwo może być zatkane przez skrzep w przypadkach wysięków o charakterze mocno włóknikowym lub ropnym i dać pozornie ujemny wynik przekłucia. Wydobycie przez przekłucie dostatecznej ilości wysięku (4 do 5 cm³) jest również w celu rozpoznawczym niezbędne; jedynie bowiem przy takiej ilości może być dokonane badanie chemiczne i bakteryologiczne. Zdarza się również i to, że płyn, otrzymany w bardzo niewielkiej ilości, robi wrażenie płynu surowiczego i przejrzystego, dopiero w większej ilości okaże się jego zmętnienie, zależne od poczynającej się sprawy ropienia.

Przed dokonaniem przekłucia pamiętać zawsze należy, że strzykawka, *resp.* igła powinna być dokładnie odkażona za pomocą gotowania (najlepiej w probówce). Dezynfekcyja bowiem za pomocą płynów odkażających jest niewystarczająca, a przytem np. roztwór kwasu karbolowego, pozostały w igle, ścina białko w wysięku, dając płyn, robiący wrażenie wysięku ropnego. Miejsce na skórze, w którym ma być dokonane przekłucie próbne, winno być starannie obmyte, najlepiej spirytusem lub eterem.

Co się tyczy wyboru miejsca, w którym należy wykonać przekłucie klatki piersiowej, to w każdym przypadku rozstrzygają właściwości danej sprawy. Przy wysiękach np. otorbionych w górnym odcinku klatki piersiowej należy wykonać przekłucie w międzyżebżu, odpowiadającym najwyraźniejszemu stłumieniu, naturalnie pamiętając przy wyjątkowych tego rodzaju wysiękach le-

wostronnych o topografii serca i wielkich naczyń. W ogromnej jednak większości przypadków przekłucia próbnego dokonywać będziemy w dolnych odcinkach klatki piersiowej, w których wysięki gromadzą się naprzód i w największej ilości. I tutaj należy wykonywać przekłucie w miejscu najwyraźniejszego stłumienia, o ile można najniżej. Najpraktyczniej dokonywać go w linii pachowej w 5-em lub 6-em międzyżebżu, jak to pierwszy zalecał SEDILLOT; inni znowu autorowie kłują jeszcze niżej, między 6-em a 7-em żebrem, a nawet w 8-em międzyżebżu (DIEULAFOY), lub też w tychże przestrzeniach między linią pachową tylną a kątem łopatki. W tych bowiem miejscach przestrzenie międzyżebrowe są najszersze, pokryte najcieńszą warstwą mięśniową i tłuszczową; przytem i z punktu widzenia psychicznego, szczególnie u kobiet i dzieci, okolice te mają to znaczenie, że chory nie widzi chwili wdrażania igły, co go nieraz przejmuje strachem, pobudza do ruchów mimowolnych, uniemożliwiających nieraz wykonanie rękoczynu.

Dokonanie przekłucia o ile można w najniższych odcinkach klatki piersiowej ma tę wielką doniosłość, że nieraz, jak to bywa przy świeżych wysiękach ropnych, w górnych warstwach płyn może być jeszcze zupełnie przezroczysty, podczas gdy w dolnych jest już zupełnie mętny.

Po dokonaniem przekłucia należy znowu dokładnie obmyć miejsce nakłute i nakleić na nie kawałek plastra lepkiego i, co samo z siebie wynika, igłę i strzykawkę poddać znowu gruntownemu odkażeniu. Z tego rodzaju ostrożnością dokonane próbne przekłucie stanowi zupełnie niewinny a mało bolesny rękoczyn lekarski. Podnoszone zaś pierwotnie przeciw przekłuciu próbnemu zarzuty, jakoby na skutek tego zabiegu wysięki pierwotne surowicze przechodziły w ropne, okazały się zupełnie bezpodstawnymi. Jeżeli nawet takie przeistoczenie miało miejsce, to dotyczyło przypadków, w których wysięki surowicze z natury samej sprawy przechodziły w ropne.

Naturalnie *a priori* nie można bynajmniej odrzucać i tej możliwości, że wskutek zakażenia przez igłę nieczystą może wystąpić ropne, a nawet cuchnące przeistoczenie uprzednio surowiczego wysięku. Możliwość ta jednak wobec dziś powszechnie stosowa-

nej aseptyki przy najdrobniejszych zabiegach, zdaje się winna być zupełnie wykluczoną i nie stanowić zarzutu dla tak doniosłej metody rozpoznawczej.

Z objawów nienormalnych, mogących wystąpić przy przekłuciu próbnym, musimy wspomnieć: 1) o krwawieniu, które nieraz występuje z ukłutego miejsca wskutek zadrażnienia żyłki lub nawet jakiejś drobnej tętniczki; krwawienie jednak tego rodzaju przy zastosowaniu ucisku z waty lub też *collodium* zwykle szybko daje się wstrzymać; 2) na miejscu ukłucia występuje nieraz dość żywy ból szerzący się wzdłuż międzyżebrza, jako następstwo zranienia drobnej gałązki nerwu międzyżebrowego; ból ten jednak w ciągu kilku godzin pod wpływem ciepłego okładu ustępuje; 3) po przekłuciu klatki piersiowej z wynikiem ujemnym, jeżeli w rzeczywistości wysięku nie było, igła, wdrążywszy w płuco zdrowe lub też chorobowo zmienione, może powodować bezpośrednio nieznaczne krwiopłucie. Bardzo obszernie w tym kierunku doświadczenia autorów, jakoteż i moje osobiste spostrzeżenia, doprowadziły do wniosku, że takie podrażnienie płuca przebiega bez złych następstw, a krwiopłucie ogranicza się tylko kilkakrotnem wykrztuszeniem krwi.

L e c z e n i e .

O leczeniu zapobiegawczem ostrego zapalenia opłucnej powiedzieć mogę to samo, co bliżej szczegółowo rozebrałem w T. II mego Podręcznika, w rozdziale, poświęconym leczeniu ostrego włóknikowego zapalenia płuc. Mianowicie, o ile w miarę wprowadzania w życie wielkich reform w dziedzinie higieny społecznej zmniejsza się natężenie wielu chorób zakaźnych (tyfus, cholera, dysenterya, nawet gruźlica i t. p.), o tyle ostre zapalenie włóknikowe płuc i opłucnej bynajmniej nie zmniejsza się. Widocznie więc istnieją jeszcze inne warunki, sprzyjające powstawaniu obu tych rodzajów ostrych zapaleń dróg oddechowych natury zakaźnej. Stąd też profilaktyka ogólna w powyższych cierpieniach nie może odgrywać żadnej wybitniejszej roli, tembardziej jeszcze, że przy zapaleniu opłucnej brak wszelkiej wydzieliny z dróg oddechowych, którą możnaby posądzić o wpływ na szerzenie się sprawy. Również

i doświadczenie kliniczne nie wykazuje, aby zapalenie opłucnej mogło udzielać się drugiemu osobnikowi lub szerzyć się w rodzaju epidemii domowej. Zapobieganie więc rozwojowi w mowie będącego cierpienia dotyczyć będzie jedynie t. zw. profilaktyki indywidualnej, polegającej na uodparnianiu za pomocą poprawy ogólnego odżywiania, hartowania i t. p. szczególnie wątłych i do gruźlicy usposobionych osobników, a pośrednią tą drogą być może wpłynie na ograniczenie zapadania tego rodzaju osobników wogóle na cierpienia dróg oddechowych, a tem samem i na zapalenie opłucnej. Bliższe szczegóły, dotyczące uodparniania w tym kierunku podałem w T. I mojego Podręcznika. Nadmienię tutaj, że przede wszystkim powinniśmy się starać o zwalczanie panujących przesądów co do szkodliwości świeżego powietrza, jako też przesadnej obawy t. zw. zaziębienia się,—o staranne przewietrzanie mieszkań, hartowanie skóry za pomocą zimnych obmywań i kąpiei, o używanie ruchu na świeżem powietrzu, gimnastyki i t. p.. Zapalenie opłucnej występuje dość często u osobników, usposobionych do reumatyzmu mięśniowego lub stawowego. Zwalczanie więc tego usposobienia równie za pomocą higieniczno-dyetycznych środków, jak suche mieszkanie, ruch, hartowanie skóry, odpowiednia dyeta,—również wpływać może na ograniczenie u tego rodzaju osobników skłonności do powstawania tych zapaleń.

Przy leczeniu właściwego, już rozwiniętego ostrego zapalenia opłucnej przede wszystkim należy przyjąć za prawidło, aby choremu przy najnniejszych oznakach zapalenia tego narządu (kłucie w boku, lekkie tarcie i t. p.) natychmiast zalecić położenie się do łóżka. Jest to jeden z nadzwyczaj ważnych środków; wielokrotnie bowiem zapalenie opłucnej powstaje skrycie, a chorzy przez długi czas już ze zgromadzonym wysiękiem, nawet gorączkując, chodzą i zajmują się zwykłymi swojemi sprawami. Doświadczenie zaś poucza, że w tych właśnie przypadkach bezwzględny spokój, ograniczający ruchy opłucnej, wpływa często na ograniczenie i wstrzymanie dalszego rozwoju sprawy wysiękowej. Chory więc winien leżeć w łóżku, zachowując względny spokój tak długo, dopóki nie tylko gorączka, ale wogóle sprawa

wysiękowa nie ustąpi i wysięk nie ulegnie przynajmniej w znacznej ilości wchłonięciu. I tutaj doświadczenie autorów, jako też i moje osobiste stwierdziło, że nieraz chorzy po zbyt wczesnem wstaniu z łóżka zaczęli na nowo gorączkować, a wysięk począł przybierać. Należy więc w każdym przypadku ostrego zapalenia opłucnej uprzedzić chorego i jego otoczenie, że choroba jego będzie wymagała kilkotygodniowego (4–5 tygodni) bezwarunkowego leżenia w łóżku i że w tym tylko razie można liczyć na szybsze i pomyślne zakończenie sprawy. Że chory, leżący w łóżku, winien zachowywać ogólne przepisy higieniczne, a więc leżeć w obszernym, dobrze przewietrzanym pokoju, nie obawiać się częstego przewietrzania, unikać liczego i częstego odwiedzania,— nad tem nie będę się zbyt rozwodził, przepisy te bowiem będą jednakowe z temi ogólnymi higienicznymi wskazaniem, które szczegółowo rozebrałem w T. II mojego Podręcznika, mówiąc o leczeniu ostrego zapalenia płuc. Zaakcentuję tu tylko jeszcze raz, że dbanie o staranne przewietrzanie pokoju chorego ma stanowić najważniejsze zadanie lekarza, który siłą odpowiedniej argumentacji powinien przekonać otoczenie i zwalczyć jego w tym kierunku opór. Zastosowanie się do tego zalecenia niezwykle korzystnie oddziałuje na stan podmiotowy chorego; wskutek bowiem częstego przewietrzania pokoju lub jeszcze lepiej wskutek stałego napływu świeżego powietrza chory odczuwa znaczną ulgę w duszności, która stanowi jeden z najgłośniejszych objawów podmiotowych choroby. Należy również zalecić choremu, szczególnie w ciągu pierwszego tygodnia choroby, niemal zupełne milczenie; rozmowa bowiem, a szczególnie dłuższa, wywołuje stale u chorych wzmożoną duszność i zwiększa ból w boku.

Co się tyczy diety, to pokarmy, wogóle mówiąc, powinny być lekko-strawne, a prototypem pożywienia, szczególnie w okresie gorączkowym choroby, jest mleko i jego przetwory (kefir, kawa mleczna, herbata mleczna i t. p.). W okresie późniejszym, t. j. w chwili poczynającego się wysięku, obok mleka odrazu zalecana być winna dieta pożywna mieszana (mięso, jajka, potrawy mączne i t. p.), dążąca, szczególnie u wątłych i do gruźlicy usposobionych osobników, do t. zw. forsownego odżywiania. Odżywianie

to forsowne winno być stosowane nawet w tych przypadkach, w których chorzy nieco gorączkują; naturalnie, o ile gorączka bywa wyższą lub bardziej stałą, przewaga pozostaje zawsze po stronie pokarmów płynnych i mlecznych. Używanie napojów wyskokowych, podobnie jak i w ostrem zapaleniu włóknikowem płuc, uważam za zupełnie zbyteczne.

Przechodząc do leczenia farmaceutycznego zapalenia opłucnej, przedewszystkiem zaznaczyć należy, że historycznie leczenie tego cierpienia wiąże się poniekąd z leczeniem ostrego włóknikowego zapalenia płuc. Obadwa te bowiem cierpienia dopiero w ostatnich dziesiątkach lat przy postępie dyagnostyki fizycznej zaczęto ściśle różniczkować. Stąd też i różnorodne metody lecznicze, a szczególnie upusty krwi, kalomel i t. p., w zapaleniu płuc stosowane, zalecano i w celu leczenia ostrego zapalenia opłucnej. Stosowanie ich nie wykazało żadnego swoistego wpływu na przebieg ostrego zapalenia opłucnej, a większość zalecanych środków została w ostatnich czasach, i słusznie, zupełnie zaniechana.

W ostatnich 2-ach dziesiątkach lat, idąc głównie za zaleceniem autorów niemieckich (FIEDLER, AUFRECHT i inni), zaczęto powszechnie i u nas stosować w leczeniu zapaleń opłucnej przetwory salicylowe, jako to: salicylan sodu, salipirynę, a w ostatnich czasach aspirynę. Szczególniej *natrium salicylicum* zaczęto uważać niemal za lek swoisty, stosując go od początku rozwoju sprawy zapalnej w dozach gramowych, trzy do czterech razy dziennie. Przy tego rodzaju terapii miano osiągać wielce pomyślne wyniki, polegające przedewszystkiem na złagodzeniu i skróceniu przebiegu sprawy, podobnie jak to oddawna spostrzeżono przy leczeniu tymże przetworem ostrego reumatyzmu stawowego. Co się tyczy mojego osobistego doświadczenia, to muszę zaznaczyć na mocy stosunkowo dużego materiału, że nie podzielałbym owego entuzjastycznego poglądu autorów niemieckich, a w zupełności zgodziłbym się z poglądem autorów francuskich, jako też i UNVERRICHT'a, którzy widzą w salicylu jedynie wyborny lek objawowy. W rzeczywistości bowiem stosowanie jego w ostrem zapaleniu opłucnej wywołuje znaczne złagodzenie objawów, szczególnie bó-

lu i duszności, co naturalnie stanowi wielce ważne terapeutyczne zadanie. Środka tego jednakże dla jego własności ujemnie działających na serce nie należy stosować u ludzi starych i osobników uprzednio wycieńczonych, a wogóle nie podawać go w zbyt wielkich dawkach. Ja przynajmniej zalecam go zazwyczaj po 0,5 do 0,6 na dawkę 3 do 4 razy dziennie. W tej samej dozie zalecam i aspirynę, która działa nieco łagodniej, nie wywołując zaburzeń ze strony żołądka, które często pociąga za sobą użycie salicylanu sodu

Jako leki swoiste stosowali również w ostatnich latach, szczególnie włoscy autorowie, odpowiednie surowice. Wyniki jednakże tej metody okazały się, podobnie jak w ostrem zapaleniu płuc, niezbyt zachęcającymi. To samo da się powiedzieć i o próbach stosowania podskórnie samego wysięku, wydobytego z opłucnej chorego, przyczem niektórzy autorowie (GILBERT) mieli otrzymać wyniki wielce pomyślne.

Wobec więc ujemnych wyników leczenia swoistego ostrego zapalenia opłucnej pozostanie nam obok zabiegów higieniczno-dietetycznych jedynie leczenie objawowe. I tak: w pierwszych dniach choroby przy bólu żywym u osobników młodych i pełnokrwistych możemy zalecić, nieraz z wielką korzyścią dla chorych, miejscowe upusty krwi, pod postacią baniek ciętych, a jeszcze lepiej kilku pijawek, przystawionych do boku chorego. Środki te, usuwające szybko mocne przekrwienie, które towarzyszy pierwszemu okresowi sprawy wysiękowej, łagodzą nieraz ból znakomicie, zmniejszają duszność, wpływając przez to uspakajająco na stan ogólny chorego. U osobników wątłych lub starych stosować należy stałe okłady gorące, lub tak zwany powszechnie PRIESSNITZ'owski okład, które to zabiegi wpływają również łagodząco na wyżej wzmiankowane objawy.

Natomiast zimne okłady, a szczególnie lodowe, zalecane przez niektórych autorów niemieckich, wyjątkowo tylko łagodzą ból i w zapaleniu opłucnej nie są dobrze znoszone przez większość chorych. Przy bólu bardzo gwałtownym, szczególnie jeśli ten wywołuje bezsenność i mocny niepokój, nie należy się wahać nawet przy mocnej gorączce z zastosowaniem środków koją-

cych, a przede wszystkim morfiny pod postacią podskórnego wstrzyknięcia w dawce średniej (0,01) zależnie od wieku i ogólnego stanu chorego. Nieraz ból gwałtowny łagodnieje po iniekcji, a przez to i duszność zmniejsza się znacznie: chorzy zasypiają spokojnie, stan ogólny ich się poprawia i objawy wyczerpania ustępują. Wstrzykiwanie to można nieraz z korzyścią dla chorych i kilka dni z rzędu, a szczególnie wieczorem, stosować. U niektórych chorych występują od początku choroby, nieraz nawet przy obecności stosunkowo niewielkiego wysięku, objawy niedomogi sercowej, zdradzającej się szybkim, mocno przyspieszonym i miękkim tętnem. Tenże objaw zazwyczaj występuje w późniejszym okresie choroby przy wysiękach większych, głównie lewostronnych, uciskających i przesuwających znacznie serce i całe śródpiersie. W tych razach zalecane bywały oddawna środki, regulujące i podniecające działalność serca, to jest grupa leków nasercowych (naparstnica, kofeina, kamfora i t. p.). Wogóle leki te przy wysiękach niewielkich w początkach choroby mogą wywierać nieraz wielce pożyteczny wpływ, regulując upośledzone krążenie przez podniecenie działalności serca. Przy wysiękach jednakże większych, a nawet i mniejszych, powodujących wyraźne objawy stałej i stopniowo postępującej niedomogi mięśnia sercowego, środki tej grupy wywołują efekt tylko przemijający, a nieraz nawet i żaden. Stąd też i użycie ich dłuższe ponad dni kilka bywa bezcelowe, a nawet nieraz szkodliwe. Objawy, zależne od ucisku wysięku na serce i płuca, wymagają bezwarunkowo sztucznego usunięcia wysięku przy pomocy nakłucia klatki piersiowej (*thoracocentesis*) i aspirowania płynu.

Metoda ta stanowi w przypadkach ostrego zapalenia płucnej nie tylko leczenie objawowe, lecz wielokrotnie nawet leczenie podstawowe, radykalne.

Dlatego też musimy ją bliżej opisać. Aczkolwiek już od bardzo dawna leczono wysięki płucnej za pomocą przecięcia klatki piersiowej, to jednak metodę tę stosowano przede wszystkim do usuwania wysięków ropnych, co niżej jeszcze szczegółowo omówić nam wypadnie. Wysięki surowicze dopiero pierwszy Trousseau w połowie zeszłego wieku zaczął metodycznie tą drogą usuwać,

a otrzymawszy wyniki wielce pomyślne, sformułował nawet bardzo ścisłe i do dziś dnia w zupełności uzasadnione wskazania do tego zabiegu. Uczniowie i następcy TROUSSEAU: DIEULAFOY, POTAIN, HARDY i inni we Francyi, w Niemczech FIEDLER, GERHARDT, FUERBRINGER i inni, w dalszym ciągu opracowywali metodę, upraszczali technikę i narzędzia, wprowadziwszy wreszcie do ogólnego użytku ten rękoczyn, który dziś, spopularyzowany wśród ogółu lekarzy, stanowi jedną z najznakomitszych zdobyczy terapeutycznych ubiegłego wieku w zastosowaniu do leczenia wysięków opłucnej. I u nas w ciągu ubiegłych trzydziestu lat zajmowano się również szczegółowo tą metodą, a prace WSZEBORA, DUNINA, CHEŁMONSKIEGO i innych przyczyniły się również do jej spopularyzowania.

Co się tyczy narzędzi i techniki operacyjnej, to aczkolwiek jest ona wogóle powszechnie znana, uważam jednak za właściwe pokrótce o niej wspomnieć, opierając się przedewszystkiem na mojem osobistem, dość obszernem pod tym względem doświadczeniu. Powszechnie używane są dwa rodzaje przyrządów. Pierwszy rodzaj to zwykły trójgraniec; do pochwy trójgrańca przystosowana jest z boku rurka gumowa około metra długości, zamknięta odpowiedniem zaciskadłem; po przekłuciu klatki, wyjęciu igły i zamknięciu kranika rurkę gumową opuszcza się nadół i pogrąża w naczynie z wodą lub z płynem odkażającym. Tym sposobem wytwarza się przyrząd lewarowy, który działa powoli i stale, usuwając z opłucnej pewną ilość wysięku. Przez naciśnięcie rurki gumowej można w każdej chwili przerwać odpływ wysięku. Obniżając zaś naczynie z wodą, w którą pogrążona jest rurka, możemy zwiększyć siłę odpływu wysięku. Pogrążenie rurki w naczyniu (najlepiej w wysokim cylindrze szklanym) zapobiega przedostaniu się przez rurkę przy kaszlu (chwilowej przerwie wypływu wysięku) powietrza do jamy opłucnej i następczemu powstaniu odmy piersiowej. Przyrządu tego istnieje wiele różnorodnych odmian, przeważnie stosowanych przez lekarzy w Niemczech. Niektórzy nawet używają wprost grubej i długiej igły, podobnej do igły, używanej przy próbnem przekłuciu, z przymocowaną do końca rurką. Igła zostaje w jamie opłucnej podczas całego aktu wypuszczania

pływu. Może ona jednak czasem z łatwością zranić rozszerzające się płuco. Aczkolwiek więc przyrząd ten jest najprostszej budowy i najłatwiejszy w użyciu, to jednak z powyższego względu nie można go zalecać i o wiele praktyczniej stosować wyżej wzmiankowane typy przyrządów.

Przyrządami lewarowymi w prosty sposób można wypuszczać duże wysięki, które, jak wiadomo, wytwarzają dodatnie ciśnienie, stopniowo zmniejszające się w miarę ubywania płynu. Przyjdzie więc chwila, podczas wypuszczania, w której ciśnienie dodatnie spada do zera, a nawet staje się ujemne, a wówczas wypływ ustaje, a część wysięku pozostaje w jamie. Stąd też przy wysiękach bardzo dużych, gdzie idzie nam o usunięcie tylko części wysięku, dokonać się to da wybornie za pomocą przyrządu lewarowego. Natomiast w razie niezbyt wielkich wysięków, a szczególnie otorbionych, przy których, jak to wykazały badania FUEBRINGER'a, może odrazu istnieć ciśnienie dodatnie bardzo nieznaczne, przechodzące szybko w ujemne, za pomocą tych przyrządów nie jesteśmy w stanie usunąć pożądanej ilości wysięku i w tych razach musimy uciec się do drugiej kategorii przyrządów, zwanych powszechnie aspiratorami, a zastosowanych po raz pierwszy przez francuskiego klinicystę DIEULAFOY'a.

Tego rodzaju przyrządy, również bardzo rozmaitych odmian, składają się z dwóch części: 1) z trójgrańca (igła z pochwą) z przymocowaną do niego z boku odpowiednią nasadką, na którą nakładana bywa odpowiedniej długości rurka gumowa, czyli z przyrządu mniej więcej podobnego do przyrządu wyżej opisanego, i 2) ze zbiornika szklanego (rodzaj butelki), w którym za pomocą odpowiedniej pompki ssącej rozrzedzaniem bywa powietrze dożądanego stopnia. Po przekłuciu klatki trójgrańcem rurkę gumową łączymy ze zbiornikiem za pomocą odpowiedniego kranika, a wówczas wysięk aspiruje się powoli do wytworzonej względnej próżni w zbiorniku. Z chwilą ustania lub zmniejszenia się wypływu kranik, łączący rurkę gumową ze zbiornikiem, zamykamy, znowu rozrzedzamy powietrze w zbiorniku, do którego po utworzeniu kranika wysięk napływa ponownie. W ten sposób na-

leży postępować aż do chwili wypuszczenia pożądanej ilości wysięku.

Najlepszym tego rodzaju przyrządem jest znany powszechnie aspirator POTAIN'a, którym wyłącznie się posługuję w praktyce szpitalnej, jakoteż i prywatnej. Przyrząd ten, szczególnie oryginalny francuski, śmiało powiedzieć można, stanowi idealny przyrząd: działa niezawodnie i pewnie, posiada trójgranicę rozmaitej wielkości, dające się łatwo zastosować w każdym przypadku. Spełnia on przytem funkcję podwójną. W wysiękach bowiem dużych i świeżych, stojących, jak wyżej wzmiankowałem, pod ciśnieniem dodatniem, trójgranicę wraz z rurką gumową możemy użyć jako przyrząd lewarowy, stawiając zbiornik nizko na ziemi, podczas gdy chory znajduje się w pozycji siedzącej, a dopiero z chwilą przerwania wypływu możemy posiłkować się przyrządem dodatkowym, aspiracyjnym. Przy wysiękach niewielkich, przez długi czas niewchłaniających się, przy wysiękach otorbionych odrazu posiłkować się musimy przyrządem podwójnym. Inne przyrządy tego samego typu uważam za zbyt cenne bliżej opisywać; stanowią one li tylko modyfikacje przyrządu pierwotnego DIEULAFOY'a lub POTAIN'a.

Co się tyczy techniki wypuszczania płynu z jamy opłucnej, to czynność ta rozpada się na dwa pojedyncze momenty: 1) przekłucie klatki trójgranicem (w którym to celu używać należy najlepiej średniego numeru); przytem stosujemy te same zasady i ostrożności, jakie wyżej skreśliliśmy przy wykonywaniu próbnego przekłucia; dokonywany bowiem tej samej czynności, z tą tylko różnicą, że igła, używana przy przekłuciu, mającym na celu wypuszczenie płynu, jest nieco grubsza; a więc zachowujemy zasady, dotyczące odkażenia igły i miejsca na skórze, podlegającej ukłuciu. Miejsca nakłucia wybieramy również te same, najlepiej między 5-m lub 6-em a 7-em żebrzem w linii pachowej przedniej lub tylnej. Znieczulenie skóry wogóle bywa zbyt cenne, jednakże u wrażliwych osobników możemy w tym celu użyć chlorku etylu, co uważam za słuszniejsze, aniżeli, jak niektórzy autorowie zalecają, wstrzykiwanie podskórne morfiny. W większości jednak przypadków oczyszczenie skóry eterem samo przez się wywołuje w pewnym stopniu

znieczulenie skóry. Miejsce nakłucia winno być ściśle określone wskazicielem lewej ręki, aby podczas ruchów oddechowych wejść wprost w międzyżebro, a nie nakłuć żebra. Nakłucie powinno się odbywać w kierunku poziomym, a nie ukośnym, aby nie zranić tętniczki międzyżebrowej, przebiegającej na dolnym brzegu żebra. Po wejściu igły do jamy opłucnej, co wybornie daje się odczuwać i o czem doskonale przekonywamy się na zasadzie swobodnych ruchów igły w wolnej przestrzeni, wyjmujemy trójgraniec, szybko zamykamy kranik pochwy, a otwieramy kranik, łączący rurkę gumową ze zbiornikiem; wówczas płyn odrazu zaczyna napływać do butelki. Należy z początku używać bardzo słabego stopnia rozrzedzenia powietrza (12 do 20 poruszeń tłoka pompki), a w razie wypływu swobodnego i obfitego nie należy już rozrzedzać powietrza, chyba dopiero wówczas, jeżeli przyływ zmniejsza się lub ustaje przed wypuszczeniem dostatecznej ilości wysięku. Zdarzyć się jednak może, że wypływ odrazu sam przerywa się, pomimo że przed chwilą wysięk płynął obfitym strumieniem. Ma to miejsce wówczas, kiedy rurka zatka się skrzepem włóknikowym. Wtedy za pomocą odpowiedniego przetykadła, dodawanego do aparatu POTAIN'a, należy rurkę przetknąć, a płyn znowu zacznie swobodnie wypływać. Najwłaściwiej jest po wypuszczeniu 500—600 cm³. na kilka minut przerwać wypływ wysięku w celu doprowadzenia ciśnienia wewnątrzpiersiowego do pewnej równowagi. Po wypuszczeniu następnej podobnej ilości znowu należy przeczekać kilka minut. Przerwę również należy robić, niezależnie od ilości wydobytego płynu, jeżeli zjawia się u chorego niepożądane objawy, jako to: tętno drobne, uczucie zaciśnięcia w piersiach, zawrót głowy, zemdlenie, suchy męczący kaszel, połączony z uczuciem duszenia lub, co gorzej, z wykrztuszeniem pianistej lub pianisto-krwawej plwociny. Wznówić zaś dalsze wypuszczanie należy (jeżeli ku temu mamy naglące wskazania) dopiero po ustąpieniu powyższych objawów. Nieraz nawet przy podobnych objawach, a szczególnie ostatnim, przerwać trzeba wypuszczanie w zupełności. Zachowując powyższe ostrożności, t. j. stopniowe i z małą siłą aspiracyjną wykonywane opróżnienie, jesteśmy w stanie w ciągu 20 do 30 minut wypuścić zupełnie bezpiecznie żadaną ilość wysięku; a chorego, który

podczas wykonywania zabiegu, co jest najstosowniejsze, znajdował się w pozycji siedzącej, po uprzednim opatrzeniu miejsca ukłutego (przyłożenie gazy jodoformowej i nalepienie lepkiego plastra) układamy spokojnie w łóżku. Lekkie obandażowanie klatki piersiowej, w ciągu pierwszej doby stosowane, dopełni całego zabiegu; choremu zalecamy po rękoczynie lekki środek podniecający (kieliszek wina, herbatę z winem), a następnie, w razie mocniejszego bólu w miejscu ukłucia lub w razie kaszlu męczącego, niewielką dawkę środka kojącego (kodeina i t. p.).

Co się tyczy pytania, w jakiej ilości wysięk ma być wypuszczony, to pod tym względem istniały dawniej różne poglądy. Wogóle przy wielkich wysiękach starano się wypuścić o ile można więcej, nie przerywać wypływu, dopóki ten odbywał się swobodnie, lub dopóki nie występowała jakaś poboczna wyżej wzmiankowana przeszkoda (duszność, kaszel i t. p.). W ostatnich jednak czasach autorowie ogólnie się zgadzają, że nawet przy dużych wysiękach nie należy wypuszczać większych ilości; doświadczenie bowiem wykazało, że po wypuszczeniu nawet nieraz bardzo nieznacznej ilości następuje szybkie samowolne wchłanianie wysięku, który przedtem przez długi czas uporczywie pozostawał, nie wykazując nawet najmniejszej skłonności do samoistnego wchłaniania. Widocznie więc już część wypuszczonego płynu działa oswobadzająco na układ krwionośny, a szczególnie chłonny, uciśnięty przez wysięk, ułatwiając tym sposobem jego sprawność chłonną. Wogóle mówiąc, przy wysiękach średniej wielkości dostateczne będzie wypuszczenie 1000 do 1500 cm³; przy większych 1500–2000 cm³. stanowić będzie zawsze dostateczną ilość. Ja przynajmniej nigdy nie wypuszczam większych ilości i uważam za właściwe w przypadkach, w których wysięk nie ulega następnie samodzielnemu wchłonięciu, ponowić wypuszczenie wysięku w tej samej lub nieco mniejszej ilości po upływie 7 do 10 dni.

Wpływ dokonanego nakłucia i wypuszczenia danej ilości płynu bywa w większości przypadków niemal natychmiastowy, niesłychanie dobroczynny dla chorego na zapalenie opłucnej wysiękowe. Przedewszystkiem więc zmniejsza się duszność, co nieraz dokładnie chory zaznacza w miarę wypuszczania wysięku, a co stwier

dzamy dowodnie za pomocą opukiwania klatki piersiowej; zmniejsza się lub ustępuje sinica, tętno staje się pełniejsze, a serce przy lewostronnych wysiękach powraca powoli do swego normalnego położenia. Wpływ torakocentezy na oddech zaznacza się widocznie nawet w tych przypadkach, w których przy istniejących wielkich wysiękach wypuszczenie średniej ilości płynu (1000 cm³) wywołuje bardzo nieznaczne opuszczenie się granicy stłumienia. Oswobodzenie jednakże od ucisku serca i naczyń w tego rodzaju przypadkach wyjaśnia nam ten wpływ dobroczynny wypuszczenia nawet stosunkowo niewielkiej ilości wysięku. W większości jednak przypadków, szczególnie przy wysiękach średniej wielkości, dopiero w kilka godzin chorzy doznają znacznej ulgi, co przeważnie po przebytej spokojnie nocy wyraźnie zaznaczają. Jednocześnie ilość dotychczas skąpego moczu wzmagą się znacznie. W ogromnej większości przypadków, w których sprawa dotyczy pierwotnych wysięków płucnej, następuje stopniowa, nieraz bardzo szybka poprawa i znikanie wszystkich objawów chorobowych wskutek postępującego na drodze samodzielnej wchłaniania wysięku. Nawet w przypadkach wysięków wtórnych (gruźlica, rak i t. p.), w których wchłanianie nie występuje, lecz przeciwnie, wysięk mniej lub bardziej szybko znowu się zbiera, wywołując ponowne objawy ucisku, powtórne wypuszczenia wywołują zawsze dla chorego ten sam pożądany wpływ do tego stopnia że chorzy usilnie domagają się przy wzmagającej się duszności powtórzenia wypuszczenia wysięku.

Wypuszczenie płynu podług wyżej wyłożonych prawideł stanowi zabieg łatwy, a dla chorego, wogóle mówiąc, nie przedstawia żadnych szkodliwych następstw. W literaturze ubiegłych kilku dziesiątków lat napotykaemy opis całego szeregu różnorodnych mniej lub bardziej ciężkich powikłań, a nawet śmiertelnego zejścia przy dokonywaniu tego rękoczynu. Najczęściej zaznaczali, szczególnie francuscy autorowie, zjawianie się podczas wypuszczania wysięku lub wkrótce potem duszności, połączonej niekiedy z wypływaniem nieraz znacznej ilości pienisto-krwawej wydzieliny lub czysto białkowego płynu; podobny płyn wydobywał się nieraz w ogromnej ilości (od 1 do 2 litrów), co trwało czasem kilka godzin

i kończyło się nawet zejściem śmiertelnem. Objaw ten, nazwany *expectoration albumineuse*, stanowił w swoim czasie przedmiot bardzo szczegółowych dyskusji i poszukiwań, które doprowadziły do wniosku, że płynów pochodził od ostrego obrzęku płuc, warunkowanego nagłym oswobodzeniem naczyń płucnych od długotrwałego na nich ucisku. Że wyjaśnienie to jest słuszne, przekonywa nas fakt, iż powyższe objawy występowały w owe czasy, kiedy starano się wypuścić o ile można najszybciej najwięcej wysięku. W ostatnich zaś latach przy zachowaniu warunków, o których wyżej była mowa, to jest wypuszczaniu niewielkiej ilości wysięku i do tego stopniowo, wogóle powikłanie to występuje coraz rzadziej. Ja przynajmniej osobiście w ciągu ubiegłych lat 20-tu ani w szpitalnej, ani w prywatnej praktyce, nie bacząc na to, że sam robiłem lub byłem obecny przy setkach wypuszczeń wysięku, tego rodzaju powikłania w typowej postaci nie widziałem. Jedynie spostrzegłem, i to zaledwie w kilku przypadkach, podczas samego wypuszczania wysięku zjawienie się suchego kaszlu z następczem wykrztuszeniem nieznacznej ilości pianistej płwociny. Wystarczało jednak przerwanie natychmiastowe zabiegu, podanie choremu środka podniecającego, aby kaszel i wykrztuszanie ustały, a chorzy bardzo szybko uspokajali się w zupełności. Liczni autorowie zaznaczają również te same spostrzeżenia. Np. FIEDLER w 300, a FRENTZEL nawet w 400 przypadkach dokonywania tego zabiegu nie widzieli żadnego groźnego powikłania. Również spostrzegano dawniej przypadki raptownej ciężkiej zapaści, a nawet śmierci bez uprzedniego obrzęku, sprawy zatorowe w rozmaitych narządach (w mózgu, tętnicy udowej i t. p.). Widziano również porażenia połowiczne lub częściowe (*monoplegia*) nie tylko wskutek zatorów, lecz powstałe na drodze zwrotnej. Szczególniej u kobiet spostrzega no także podczas lub w następstwie zabiegu napady hysteryczne lub epileptyczne, przejściowy szal (*delirium*) i t. p.. U grucielicznych znowu chorych, przeważnie dotkniętych znacznymi zmianami rozpadowemi (jamy), widziano nieraz po dokonaniem wypuszczeniu wysięku mniej lub bardziej obfite krwioplucie. Wogóle jednakże wszystkie powyższe powikłania należą, podobnie jak wy-

żej wzmiankowane obrzęki, do powikłań, na szczęście, obecnie wyjątkowo rzadkich.

Uważałem jednak za właściwe wspomnieć o nich, aczkolwiek sam żadnego z powyższych groźnych powikłań nie spostrzegąłem. Jedynie od czasu do czasu napotykałem lekkie przypadłości, jako to: kaszel suchy, nieznaczne i chwilowe zemdlenie, ból żywy w okolicy uklucia i t. p. przechodziły szybko i bez szkody dla chorego.

Skreśliwszy szczegółowo technikę i postępowanie przy wykonywania przekłucia klatki piersiowej, należy nam obecnie bliżej sformułować, w którym okresie wysiękowego zapalenia opłucnej i przy jakich objawach należy uciec się do tego wielce dla chorego dobroczynnego zabiegu, czyli określić bliżej t. zw. w s k a z a n i a do torakocentezy. I pod tym względem panowały w ciągu ubiegłych kilku dziesiątków lat rozmaite a nieraz nawet zupełnie sprzeczne poglądy autorów. Jedni bowiem, gorliwi zwolennicy tego zabiegu, widzieli niemal w każdym przypadku i w każdym okresie choroby wskazania do wypuszczania wysięku, nawet wielokroć powtarzanego, uważając zabieg ten już nie za objawowe, lecz niemal za podstawowe leczenie; przeciwnie, inni ograniczali wskazania do przypadków najcięższych i objawów najgroźniejszych. Wreszcie inni jeszcze wręcz odmawiali skuteczności przekłuciu w przebiegu sprawy wysiękowej, twierdząc nawet, że zabieg ten prędzej szkodę, aniżeli pożytek organizmowi przynosi. Przypadki nagłej śmierci i ciężkie powikłania, wyżej opisane, jako też przypadki, w których uprzednio surowicze wysięki po dokonaniem wypuszczeniu przechodziły w ropne, co, jak dalsze badania, szczególnie drobnowidzowe, wykazały, występuje jedynie w tych przypadkach, w których już przedtem istniała tendencja doropienia, podawano za argumenty, przemawiające za szkodliwością tego zabiegu. Z szeregiem jednak lat, a szczególnie z wprowadzeniem metodycznego badania bakteryologicznego i drobnowidzowego wysięków, przekonano się, jak to już wyżej wzmiankowałem, że wysięki, nieraz pozornie czysto surowicze, odrazu zawierają w sobie dużą ilość białych ciałek, z czego napewno można wnosić o przeistaczaniu się ich w ropne, lub o gruźliczem zejściu sprawy przy obecności gruźliczych pasożytów, lub dodatniego wyniku szczepienia. Powoli za-

rzuty powyższe zaczęły stopniowo upadać, a dziś większość autorów niemal jednoznacznie doszła do pewnych ściśle sformułowanych wskazań, a rzecz szczególniejsza, niemal identycznych z temi, które TROUSSEAU wypowiedział już przed laty czterdziestu.

Podstawowe i najważniejsze wskazanie do leczenia operacyjnego stanowić będą: 1) wystąpienie u chorego, dotkniętego ostrem surowiczem zapaleniem opłucnej, objawów, zagrażających bezpośrednio życiu, a więc mocnej duszności w połączeniu z sinicą i szybko rozwijającą się niedomogą sercową. W przypadkach tej kategorii, w t. zw. gwałtownych zapaleniach opłucnej (*pleuritis acutissima*), już nieraz w pierwszych dniach choroby występują powyższe groźne objawy, a z rozwojem ich niezależnie od dnia choroby i wysokiej gorączki należy natychmiastowo dokonać przekłucia i wypuścić, zależnie od wielkości wysięku, 1 do 2 litrów płynu; podobnem postępowaniem nie tylko często ratujemy doraźnie życie chorego, lecz w większości przypadków po wypuszczeniu płynu w dalszym ciągu choroba przebiega łagodnie. Podobne groźne objawy występują również, jak to kilkakrotnie widziałem, stanowiąc wskazanie do natychmiastowego wypuszczenia, przy raptownem zgromadzeniu się wysięku w drugiej opłucnej w przypadkach, w których zapalenie w pierwotnie dotkniętej opłucnej przebiegało dość normalnie z wysiękiem średniej wielkości. Wreszcie i przy wszelkich innych rodzajach wysięków surowicznych, powstających w sposób przewlekły (gruźlicze, w chorobach nerek, serca, w nowotworach i t. p.), wskazanie to istnieć będzie tam, gdzie zwiększający się nadmiernie wysięk będzie wywoływał bezpośrednio zagrażające życiu chorego objawy.

2) Drugie wskazanie do bezwłocznego wypuszczenia wysięku stanowić będą wysięki nadmierne wielkie (zajmujące całą jamę opłucnej), szczególnie zaś umiejscowione w opłucnej lewej i znacznie przemieszczające serce i narządy śródpiersia. Doświadczenie bowiem kliniczne poucza, że większość przypadków nagłej śmierci w ostrem surowiczem zapaleniu opłucnej występuje przy tego rodzaju wysiękach. Stąd też słusznie oddawna autorowie francuscy (TROUSSEAU, DIEULAFOY i inni) zwracali

uwagę lekarzy, upominając ich, aby w tych razach nie zwlekali z wypuszczeniem wysięgu, nie bacząc na dzień choroby i gorączkę, a nawet nie kierowali się podmiotowym uczuciem chorych, t. j. brakiem większej duszności. W istocie bowiem uderza nieraz obecność stosunkowo niewielkiej duszności przy bardzo dużych wysiękach. Sam przypominam sobie wielce smutny wypadek z chorą 30-kilkoletnią osobą, dotkniętą dużym lewostronnym wysiękiem, u której przy badaniu wieczorem wraz z kilku innymi lekarzami odłożyliśmy dokonanie wypuszczenia płynu do dnia następnego ze względu na niewielką duszność i dobre tętno; a jednakże chora zmarła nagle w nocy; jest to dla mnie niezapomniany przykład zgubnych skutków odkładania wypuszczenia wysięgu przy jego nadmiernej ilości.

3) Trzecie wreszcie, i do tego najcięższe wskazanie stanowią będąc wysięki średniej wielkości, nie ulegające normalnemu wchłanianiu po kilkotygodniowym przebiegu sprawy. Trudno ściśle określić, w którym właśnie tygodniu dokonaniem być winno wypuszczenie wysięgu: czy w końcu drugiego, czy trzeciego lub później. Ja osobiście jednakże, szczególnie u osobników wątłych, a bardziej jeszcze skłonnych do gruźlicy, podzielałam w zupełności zapatrywanie tych autorów, którzy radzą wypuszczać nie ulegające wessaniu wysięki u chorych, nie gorączkujących wcale lub gorączkujących bardzo nieznacznie, o ile można wcześniej, t. j. najlepiej w ciągu 3-go tygodnia choroby. Wypuszczenie bowiem nawet niewielkiej ilości płynu, jak to już wielokrotnie zaznaczyliśmy, z jednej strony pobudza do wchłaniania pozostałej ilości wysięgu, a powtóre, co jest najważniejsze, przez długi czas (całe tygodnie, a nawet miesiące) pozostała ilość płynu, uciskając płuca, robi je coraz mniej podatnymi do zupełnego powolnego rozdęcia; wreszcie w tych razach organizujący się wysięk wywołuje rozwój mocnych zrostów, ograniczających następnie działalność oddechową płuc. Momenty powyższe w wysokim stopniu stanowią niekorzystne warunki dla płuca, uspasabiając chorych tej kategorii do rozwoju w przyszłości sprawy gruźliczej, co widzujemy, niestety, tak często.

Torakocenteza z wyżej wyłożonego względu stanowi jeden z najdzielniejszych środków, stosowanych w przebiegu ostrego za-

palenia opłucnej. Zabieg ten, chociaż niejednokrotnie nawet i życie chorym ocala, jest jednak tylko środkiem objawowym: usuwa groźne niebezpieczeństwo, skraca przebieg choroby, a często nawet pobudza pozostałe ilości wysięku do normalnego wchłonięcia. Pod tym ostatnim względem aspiracja, jako środek, pobudzający wchłanianie, stoi o całe niebo wyżej od szeregu rozmaitych leków wewnętrznych, a przede wszystkim zewnętrznych, od wieków aż po dzień dzisiejszy stosowanych. Mam tu na myśli przede wszystkim wezykatorye, jodynowanie, różnorodne plastry (pryszczące, emetykowe, sublimatowe i t. p.), których właściwość pobudzania do wchłaniania wysięków jest wielce problematyczna, a szkoda, wywołana przez nie dla organizmu, bywa nieraz bardzo wyraźną. Pomijam już niezwykłą bolesność, wywołaną przez tego rodzaju zewnętrzne środki u chorych, już i tak zboleiałych i wyczerpanych samą chorobą, odznaczającą się mocnym i upartym bólem. Nadmienię zaś, że wielokrotnie widywałem u nich głębokie i mocno ropiejące wrzody na skórze z następczem zapaleniem, a nawet różą, przez wiele tygodni trwającą, a jednak bez wywołania wpływu na wchłanianie wysięku; spostrzegałem także objawy podrażnienia dróg moczowych, a nawet białkomocz w następstwie dużych i długo przykładanych wezykatoryi.

Sądzę, że wszystkie powyższe ujemne, a nieraz i groźne dla chorych, szczególnie uprzednio wycieńczonych, objawy, powstałe na skutek wezykatoryi i t. p. pryszczycieli, powinny raz na zawsze wpłynąć na usunięcie szablonowego ich stosowania, tembardziej wobec szybkiego, mało bolesnego a skutecznego zabiegu, jakim jest aspiracja.

To samo da się powiedzieć o kąpielach słonych, parowych, suchej dyecie, o podawaniu wewnątrz jodu, środków moczopędnych i t. p. leków, których działanie w większości przypadków jest wielce problematyczne; działanie moczopędne, jak już wyżej zaznaczyliśmy, występuje wyraźnie i obficie po sztucznem usunięciu wysięku, a tem samem po oswobodzeniu pośrednim krążenia w nerkach.

Ustąpienie wysięku, czy to na drodze samodzielnego powolnego wchłaniania, czy też wskutek sztucznego wypuszczenia, zni-

knięcie gorączki i poprawa stanu ogólnego chorych nie kończy jeszcze choroby. Wykazaliśmy bowiem wyżej, że u większości chorych po przebytej sprawie wysiękowej pozostają mniej lub bardziej obszerne zrosty, ograniczające znacznie działalność oddechową płuc, jako też, że znaczny procent chorych w bliższej lub dalszej przyszłości zapada na gruźlicę płucną. Stąd też po ustąpieniu wysięku chorego nie należy uważać za wyleczonego. W tym okresie otwiera się niestety ważne pole dla leczenia ogólnie wzmacniającego, higieniczno-dyetycznego, którego celem będzie wzmocnienie nie tylko całego organizmu, lecz jednocześnie i narządu oddechowego o tyle, aby go uodpornić i uchronić od rozwoju w przyszłości gruźlicy. Ze środków, w tym celu stosowanych, na pierwszym planie, obok posilnej diety, w której potrawy mleczne odgrywać będą niepoślednią rolę, postawić należy leczenie klimatyczne *resp.* powietrzne, którego zasady szczegółowo wyłożyłem w Cz. I moich „Wykładów klinicznych o chorobach dróg oddechowych”, w rozdziale o terapii ogólnej nieżytów oskrzeli. Chorych więc po przebytem zapaleniu opłucnej należy wysyłać o ile można na dłuższy pobyt na świeże powietrze do miejscowości zdrowo położonych, najlepiej lesistych, a jednocześnie stosować leczenie mleczne, kefirowe lub kumysowe. Jeżeli to możliwe, zalecimy chorym pobyt w którejkolwiek ze stacji klimatycznych leśnych lub stepowych (Otwock, Sławuta, Pohulanka, stepy Orenburskie i t. p.), o ile rekonwalescencya wypadnie w porze wiosennej lub letniej. Nawet i w zimie nie należy wahać się wysłać chorych na wieś, a jeżeli to możliwe, zamożniejszych na Południe, do jednej ze stacji klimatycznych (Meran, Arco, Riviera, Krym Południowy i t. p.). W niektórych przypadkach, szczególnie gdzie mieliśmy do czynienia z dużymi i przez długi czas uciskającymi płuco wysiękami, doskonale da się połączyć leczenie klimatyczne z użyciem zgęszczonego powietrza (Reichenhall, Gleichenberg, Wiesbaden, Baden-Baden i t. p.), którego zasady stosowania również szczegółowo w wyżej wspomnianym rozdziale zostały wyłożone. U osobników młodych, odpornych, po przebytej sprawie wysiękowej nadaje się bardzo leczenie powietrzem górskim w jednej z klimatycznych stacji górskich o średnim wzniesieniu (Szczawnica, Zakopane,

Aussee, Interlaken, Reinerz i t. p.). Z pobytu dłuższego w tych miejscowościach widziałem nieraz zupełny powrót do zdrowia nawet u osobników, u których zachodziła obawa rozwoju gruźlicy po przebytych wsięku.

Przeciwnie, osobniki wątłe, niedokrwiste, dzieci skrofuliczne, ludzie starzy, daleko lepiej czuć się będą i prędzej przychodzą do zdrowia nad morzem (latem na wybrzeżu Bałtyku lub morza Północnego, zimą nad Adryatykiem lub morzem Śródziemnym) w jednej z licznych tam położonych leczniczo-kąpielowych miejscowości (Połąga, Kołobrzeg, Rugia, Norderney, Abbazzia, Biarritz, Nervi, Jajta i t. p.).

Leczenie klimatyczno-dyetyczne w niektórych przypadkach można połączyć, szczególnie u niektórych osobników, z użyciem przetworów żelaza, żelazo-jodowych, lub żelazo-arszenikowych (*Pill. BLANCARDI, Syr. Ferri jodati, woda Levico* i t. p.). Nawet po dłuższych klimatyczno-dyetycznych leczeniach i po powrocie do zupełnego zdrowia ludzie, którzy przebywali szczególnie cięższe zapalenie płucnej, powinni całe szeregi lat prowadzić rozumne higieniczno-dyetyczne zachowanie, od czasu do czasu kontrolować stan swoich dróg oddechowych i, o ile mieszkają w dużych miastach i w zajęciu niekorzystnym dla narządu oddechowego, powinni wyjeżdżać corocznie, najlepiej latem, na kilka tygodni na świeże powietrze i nie zaniedbywać stale w ciągu całego roku przechadzek codziennych na świeżem powietrzu, gimnastyki, a nawet różnego rodzaju niezbyt forsownego sportu (pływanie, jazda konna, welocyped i t. p.).

Leczenie ropnych wsięków płucnej.

Leczenie różnorodnych postaci ropnych zapaleń płucnej podług powszechnie dziś już przez ogół lekarzy przyjętej zasady jedynie dawać może skuteczne wyniki na drodze czysto chirurgicznej. Aczkolwiek rękoczyny podobne były znane i stosowane w praktyce lekarskiej już od czasów praojca naszej nauki, HIPPOKRATES'a, to jednakże trzeba było owego wielkiego przewrotu, wy-

wołanego przez LISTER'a ¹⁾, aby dopiero po wielu wiekach zabiegi chirurgiczne w leczeniu ropnych wysięków stały się prawdziwym dobrodziejstwem ludzkości. Słusznie bowiem genialny autor „Antyseptyki w chirurgii” sam powiada, że „mało istnieje w chirurgii tak pięknych zdobyczy, które porównałyby można z wynikami leczenia ropni opłucnej antyseptycznego w przeciwstawieniu do fatalnych rezultatów, otrzymywanych w okresie poprzednim.” Szybkie ustępowanie nieraz bardzo obfitego ropienia i przemiana ropy na płyn surowiczy, zmniejszanie się ilości wysięku z dnia na dzień, a wreszcie zasklepienie się otworu i powrót do normalnej czynności opłucnej stanowi istotny tryumf nowoczesnej nauki. Czytając bowiem wielce interesujący opis rozwoju historycznego nauki o leczeniu ropnych zapaleń opłucnej ²⁾, nie dziwimy się wcale, że jeszcze w początkach ubiegłego wieku znakomity chirurg francuski DUPUYTREN, sam zapadłszy na powyższe cierpienie, wołał, jak się przed śmiercią wyraził, umrzeć z ręki Boga, aniżeli chirurga, gdyż w ciągu swojej wielkiej i długiej działalności chirurgicznej otrzymywał li tylko ujemne wyniki z zastosowania zabiegów chirurgicznych w leczeniu ropni opłucnej.

Zanim przystąpimy do opisu używanych dzisiaj metod chirurgicznych leczenia ropni opłucnej, przedewszystkiem należy nam pokrótce rozebrać wskazania i przeciwwskazania do ich stosowania.

Wskazanie do zastosowania leczenia chirurgicznego da się dzisiaj w niezwykle prosty sposób sformułować: Wszędzie tam, gdzie przy obecności wysiękowego zapalenia opłucnej przekłucie próbne klatki wykaże obecność ropy, ogólnie biorąc, wskazane będzie wypuszczenie ropy przez dokonanie szerokiego przecięcia klatki piersiowej (*thorakotomia s. pleurotomia*)

¹⁾ W mowie LISTER'a, wypowiedzianej w r. 1890 na zjeździe lekarskim w Berlinie.

²⁾ Histoire du traitement de la pleurésie purulente par G. M. DEBOVE et M. COURTOIS-SUFFIT. Paris, 1892.

Jedyny niejako pod tym względem wyjątek od ogólnego tego pravidła stanowią będą przypadki czystych metapneumonicznych empyematów pneumokokowych, w których, jak to w części III mego Podręcznika wspomniałem, nieraz wystarcza jednorazowe opróżnienie ropy przy pomocy aspiracji, aby doszczętnie ropienie usunąć. Są to jednakże przypadki wyjątkowo rzadkie. Słusznie więc zrobimy, jeśli w podobnych razach dokonamy uprzednio opróżnienia ropy przez aspirację; jednakże przy zbieraniu się następem ropy i trwaniu gorączki przystąpić należy bezwzględnie do przecięcia klatki. Wszelkie zaś inne rodzaje ropienia, a nawet najgroźniejsze z nich, t. j. cuchnąco-septyczne, wskazywać będą bezwzględną potrzebę dokonania pleurotomii.

Co się tyczy przeciwwskazań do takiego rękoczynu, to jeszcze LAËNNEC sformułował je wybornie w następujący sposób. Przecięcie klatki piersiowej zastąpić można tylko wypuszczeniem ropy w przypadkach, w których: 1) chory jest tak osłabiony, że obawiamy się przy dokonywaniu przecięcia wystąpienia groźnego zemdlenia, a jednakże wymagalne jest natychmiastowe wypuszczenie ropy, 2) ropienie istnieje u osobnika, dotkniętego daleko pousuniętą gruźlicą płucną. Do tych podstawowych przeciwwskazań LAËNNEC'a dodać jeszcze należy przypadki, w których przy zwykłych empyematach chorzy przedstawiają objawy ostatecznego wyniszczenia, a szczególnie jeśli stwierdzimy u nich białkomocz (*albuminuria*). Istniejące jednocześnie z ropą w opłucnej powietrze, t. j. tak zw. *pyopneumothorax*, uważane dawniej, jako przeciwwskazanie do wykonania przecięcia, bynajmniej przeciwwskazania nie stanowi. Przeciwnie, szczególnie w przypadkach niegruźliczego pochodzenia, *pneumopyothorax* stanowi istotne wskazanie dla operacji radykalnej. Co się tyczy gruźlicy, to pod tym względem istotnie wielu bardzo autorów przy jej obecności, a właściwie mówiąc, w ropieniach pochodzenia gruźliczego widzi przeciwwskazanie; chirurgowie wogóle niechętnie operują tę kategorię chorych, opierając się na wynikach obszernej statystyki SCHEDE'go, który zaznaczył aż 77% śmiertelności po radykalnych operacjach, dokonywanych u chorych gruźliczych. Ja sądzę jednakże, że owe 23% zupełnie dodatnich wyników stanowi cyfrę wielce za-

chęcąca do podejmowania rękoczynów radykalnych i u tej kategorii nieszczęśliwych chorych. Sądzę nawet, że odsetek ów okaże się z czasem większym, o ile będziemy robili ściślejsze wskazania, a operacyi radykalnej u chorych gruźliczych dokonywali w przypadkach, w których istnieje ropienie, powstałe w przebiegu gruźlicy przewlekłej, niezależne od laseczników gruźliczych, jako sprawa interkurentna natury najczęściej streptokokowej; 2) i gruźlicze ropienia opłucnej nadawać się będą do radykalnego leczenia w tych przypadkach, w których przed ich wystąpieniem stan ogólny chorych, dotkniętych chroniczną gruźlicą płuc lub innych narządów, był względnie dobry, zmiany w płucach niezbyt rozległe i nierozpadowego charakteru, bez towarzyszącej im wybitniejszej gorączki. Natomiast we wszystkich przypadkach gruźlicy płuc daleko posuniętej z jednoczesną mocną gorączką, a bardziej jeszcze gruźliczemi zmianami w innych narządach, stanowczo ograniczyć się tylko należy na dokonaniu wypuszczenia ropy drogą aspiracyi, o ile obecność wysięku wywołuje objawy ucisku na narządy. Co się tyczy pytania, kiedy ma być dokonana pleurotomia, to pod tym względem, jeżeli tylko nie istnieje jedno z wyżej wzmiankowanych przeciwwskazań, operacya powinna być dokonana o ile można najwcześniej, najlepiej na drugi dzień po wykryciu ropnej istoty wysięku. Doświadczenie bowiem wykazało, że im wcześniej zabieg został dokonany, tem pręcej następuje wyleczenie, tem krócej trwa proces pooperacyjny. I nic dziwnego, z jednej bowiem strony długo trwające wysięki wywołują pewne zgrubienie opłucnej z wytworzeniem t. zw. błony ropnicowej (*membrana pyogenica*), niezwykle trudno i powoli gojącej się, a nieraz nawet wcale nie przestającej wydzielać ropy; powtóre, im krócej płuco bywa uciśnięte przez wysięk ropny, tem większe przedstawia warunk do prędkiego rozszerzenia się i odzyskania swojej normalnej sprawności. Przez wczesne dokonanie operacyi ochramiamy również organizm od wchłaniania pasożytów ropotwórczych do innych narządów (płuca, osierdzie i t. p.) i powstania w nich również zapałę natury ropnej lub nawet wytworzenia się ogólnego ropnego zakażenia organizmu.

Co się tyczy samej metody i techniki operacyjnej, to ta, jako wkraczająca w dziedzinę specjalnie chirurgiczną, nie może być tutaj przedmiotem szczegółowego omawiania. Nadmienię tylko, że dzisiaj operacja radykalna dokonywaną bywa w dwójaki sposób. 1) Zwykle przecięcie klatki piersiowej (*thoracotomia simplex*), polegające na zrobieniu w jednej z przestrzeni międzyżebrowych (między 6—8 międzyżebrem w linii pachowej tylnej lub łopatkowej) cięcia miękkich części, długiego na 4 do 8 cm., i następnego przecięcia obnażonej błony opłucnej z założeniem do otwartej jamy grubego drenu, ułatwiającego odpływ ropy. 2) Przecięcie klatki w połączeniu z wycięciem kawałków jednego lub dwóch żeber (*pleurotomia costalis*). Operacja ta, wprowadzona po raz pierwszy przez ESLENDER'a i nosząca nawet jego nazwę, polega na tem, że po przecięciu klatki obnażone z okostnej żebra resekowane bywają na przestrzeni 3 do 6 cm., a dopiero potem otwieramy jamę opłucnej, wypuszczamy ropę i zakładamy gruby dren. Ten drugi sposób operowania ropni opłucnej okazał się w praktyce najkorzystniejszym, otrzymujemy bowiem odrazu obszerny otwór, nie ściągający się szybko, przez który stale z łatwością odpływa wydzielina ropna; stąd też dzisiaj, szczególnie u nas, ten zabieg bywa powszechnie stosowanym. Jest to przytem operacja dość prosta, może być dokonana nawet u bardzo ciężkich chorych bez chloroformu, jedynie przy użyciu miejscowego znieczulenia sposobem SCHLEICH'a, nie wymaga więc większej liczby pomocników i może być nietylko przez fachowego chirurga, lecz i każdego lekarza praktyka, obytego jako tako z techniką chirurgiczną, z łatwością wykonana. Po dokonanej operacji zazwyczaj dawniej przepłukiwano jamę opłucnej jakimkolwiek roztworem przeciwnym. Obecnie chirurdzy zaniechali przepłukiwania w zupełności; jedynie zmieniają codziennie opatrunek, przepłukują dren, a ropa przez otwór szeroki wydalana bywa z łatwością, dzięki odpowiedniemu ułożeniu chorego.

W ogromnej większości przypadków wpływu dobroczynnego dokonanej operacji doświadcza chory doraźnie. Nietylko bowiem zaczyna oddychać swobodnie, dzięki wypuszczeniu ugniatającego płuco i serce płynu ropiastego, ale najczęściej i gorączka, przed

operacją stale istniejąca, ustępuje odrazu lub też, zmniejszając się powoli, w ciągu tygodnia lub dwóch znika zupełnie. Stan ogólny chorego poprawia się szybko: chory odzyskuje apetyt i humor, przedstawiając, szczególnie w ostro powstałych ropniach opłucnej, bardzo prędko cechy prawdziwego rekonwalescenta.

Czas, potrzebny do zagojenia rany, wywołanej przez przecięcie klatki, bywa bardzo różny. KOENIG ¹⁾ wspomina, że widział już piątego dnia zupełne zagojenie; naturalnie, są to wypadki rzadkie. U osobników jednakże młodych, dotkniętych pierwotnymi ropieniami, zagojenie zupełne występuje zazwyczaj po upływie trzech do czterech tygodni. W przypadkach, gdzie operacja radykalna późno była dokonana, gdzie płuco było długo uciśnięte, dalej u osobników uprzednio osłabionych, a bardziej jeszcze dotkniętych gruźlicą, gojenie odbywa się długo, całe miesiące nieraz. Czasem nawet wytwarzają się zatoki, a otwór opłucnej, bardzo nieznaczny, wydzielający w bardzo niewielkiej ilości ropę, istnieje czasem lata całe, wymagając powtórnych resekcji, plastycznych operacji, i t. p. czysto chirurgicznych rękoczynów, które nie mogą być tutaj szczegółowo omawiane; rękoczyny te, jak to u niektórych moich chorych widziałem, po wycięciu znacznej ilości żeber, doprowadzały do zupełnego zagojenia się rany i zupełnego rozszerzenia płuca.

Wypada mi jeszcze obecnie pokrótce nadmienić, w jaki sposób, po dokonaniem przecięcia klatki, a tem samem zupełnem zniesieniu ujemnego ciśnienia w jamie opłucnej, warunkującego, jak wiadomo, rozszerzanie się w stanie normalnym płuc, występuje ponowne zupełnie rozszerzenie się ugniecionego płuca i wypełnienie niem jamy opłucnej, do której stale przez otwór, sztucznie zrobiony, przedostaje się pewna ilość powietrza. Otóż kwestya ta była przedmiotem licznego szeregu teoretycznych i doświadczalnych prac różnorodnych autorów (ROSER, BOUVERET, SCHEDE, ROSENBACH i inni), którzy dawali w tym celu rozmaite wyjaśnienia, wy-

¹⁾ F. KOENIG. Die chirurgische Behandlung des Empyems der Pleura. Handbuch der praktischen Medizin, t. I, 1901 r.

tworzące nawet wielce skomplikowane teorie (np. ROSENBACH). Wyjaśnienie, które podaje KOENIG (l. c), wydaje mi się najbardziej prawdopodobnym. K. zaznacza przede wszystkim, że u chorego po dokonanej pleurotomii wskutek nałożonego opatrunku, właściwie mówiąc, sztuczny otwór bywa w zupełności zamkniętym, a przynajmniej znacznie zmniejszonym. Opatrunek działa na podobieństwo wentyla, który pozwala na wydalenie się powietrza, przeszkadza jednakże przedostaniu się jego zewnątrz do opłucnej przez sztuczny otwór. Tym więc sposobem wytwarza się w jamie opłucnej przy każdym wdechu chorego ciśnienie coraz mniejsze, a powietrze przedostaje się do ugniecionego płuca. Zaczyna się więc ono powoli rozszerzać; a ponieważ jednocześnie, jak to wykazały doświadczenia MARRENS'a, wytwarzają się delikatne zrosty między rozszerzającym się płucem a opłucną ścienną, płuco więc, raz rozszerzone, bywa w tej swojej pozycji stale utrzymanem, a następnie rozszerza się powoli coraz bardziej, póki nie wypełni przestrzeni. Przytem wytworzone zrosty wydłużają się, inne się znowu odrywają, wreszcie częściowo powstają nowe, wywołujące zrośnięcie ostateczne płuca z opłucną.

Co się tyczy ogólnych wyników, otrzymywanych przy leczeniu chirurgicznym ropotoków opłucnej, to pod tym względem powołać się można na bardzo obszerne zestawienie statystyczne, podane przez SCHNEDE'go. Dzieli on wszystkie operowane przypadki na: pierwotne, metapneumoniczne, wtórne, przerzutowe (metastatyczne) i przeniesione z sąsiednich narządów. Najkorzystniejsze wyniki otrzymane zostały przez różnych chirurgów w pierwotnych ropotokach, w których śmiertelność wyniosła zaledwie 8%, a okres leczenia trwał przeciętnie 66 dni. Mniej korzystne wyniki dały sprawy metapneumoniczne, w których śmiertelność wyniosła około 12%, a długość leczenia przeciętnie dni 78. Naturalnie, o wiele niekorzystniej przedstawiają się inne grupy, w których śmiertelność wyniosła przeszło 32%. W gruźlicy, jak to już wyżej wzmiankowaliśmy, wynosi ona przeszło 70%. Wogóle autorowie zgodnie podają, że długość okresu leczenia stoi w ścisłym związku z chwilą, w której, licząc od początku rozwoju sprawy, dokonana została operacja. Im wcześniejsz dokonano zabiegu

chirurgicznego, tem krócej trwa okres leczenia. Przeciętny czas zejść pomyślnych wypada między 5 a 6-ym tygodniem.

Wspomnieć tu jeszcze należy o leczeniu chirurgicznym wysięków za pomocą t. zw. metody BUELAU'a (*Heberdrainage nach BUELAU*). Metoda ta, wielce zachwalana w ostatnich latach, szczególnie przez CURSCHMANN'a i innych, odznacza się pozorną łatwością i prostotą, dostępną niemal dla każdego lekarza, i polega na tem, że po dokonaniu prostego, niezbyt szerokiego przecięcia klatki o ile można najniżej, a więc najlepiej między 6 a 7-em żebrem w linii pachowej, wprowadza się na stałe do klatki gruby i długi dren, którego dolny koniec zanurzony bywa w naczyniu z wodą, stojącym na ziemi przy łóżku chorego. Dren cały musi mieć stosowną długość (przeszło metr), a górny jego koniec odpowiednio do klatki winien być przymocowany, aby nie mógł z niej wypaść. Tym więc sposobem istnieje stały przyrząd lewarowy ssący, przez który bez przerwy w dzień i w nocy ropa sączy się powoli w naczynie. Metoda ta, za pomocą której miano osiągać stosunkowo szybko wyborne wyniki, szczególnie w Niemczech, bez uciekania się do radykalnej operacyi, o ile pozornie jest prostą, o tyle w praktyce, jak o tem sam przekonać się mogłem, napotyka rozliczne przeszkody. Przedewszystkiem bowiem może być stosowaną u ludzi dorosłych i do tego o tyle inteligentnych, aby zrozumieli dokładnie, że wynik jej korzystny osiągnięty być może jedynie przy odpowiednim wielce spokojnem leżeniu i zachowaniu różnych innych ostrożności przy ruchu, zmianach pozycyi i t. p. Dalej, dren często zatyka się skrzepami, a nieraz znowu mimo wszelkich ostrożności wypada, niedostateczny zaś odpływ powoduje gorączkę i t. p. Dostyc, że w większości przypadków, które widziałem, a co zresztą stwierdzają autorowie, uciec się trzeba było jednakże następnie do radykalnej operacyi. Metoda ta może być zastosowana z korzyścią szczególnie tam, gdzie mamy do czynienia z osobnikami, jak to wspominałem, dorosłym, inteligentnym, gdzie istnieje możność stałej dokładnej kontroli przez odpowiedni personel służbowy i lekarski (w domach zdrowia), lub u tych chorych, których stan ogólny ciężki nie pozwala na razie na dokonanie operacyi radykalnej.

Ręka w rękę z leczeniem chirurgicznym iść winno i leczenie ogólne chorych, jakieśmy to już wyżej przy leczeniu surowicznych wysięków omawiali. Dbać więc należy w wysokim stopniu o dobre, a nawet forsowne odżywianie chorych, dokładne i pedantyczne przewietrzanie mieszkań, a nawet, jeśli to tylko możliwe, nie tylko latem, ale i zimą, wysłanie chorych w kilka tygodni po dokonanej operacji, zwłaszcza przy wysiękach gruźliczych, do miejsc leczniczych klimatycznych, a lepiej jeszcze sanatoryów, gdzie wyżej wzmiankowane nadzwyczaj proste opatrunki z łatwością mogą być dokonywane. Nie ulega najmniejszej kwestyi, jak o tem wielokrotnie przekonać się mogłem, że przebieg gojenia w dobrych dyetetyczno-hygienicznych warunkach o wiele bywa szybszy, aniżeli w wielkich miastach. Po zupełnem zagojeniu się sprawy dłuższy pobyt chorych na świeżem powietrzu, a co lepiej jeszcze, w górach, w miejscowościach, o których szczegółowo wspominaliśmy przy leczeniu surowicznych wysięków, ze wszech miar będzie wskazany.



ODCZYTY KLINICZNE.

82. Zachariin. O użyciu wód mineralnych. wycz.
83 i 84. Posner. Dyagnostyka chorób moczowych.

SERYA VIII.

85, 86 i 87. Gilles de la Tourette. Histerya [Cz. II]. (Wyczerpany).
88 i 89. Biernacki. Przegląd metod fizykalnych w dyagnostyce chorób serca i płuc.
90, 91 i 92. Gilles de la Tourette. Histerya [Cz. III] (Wyczerpany).
93 i 94. Posner. Leczenie chorób dróg moczowych.
95 i 96. Wassercug. O bólu i jego wartości rozpoznawczej.

SERYA IX.

97 i 98. Janowski. O znaczeniu dyagnostycznym i prognostycznym dokładnego badania tętna.
99. W. Erb. Leczenie władu rdzenia kręgowego.
100. A. Jaquet. Stanowisko lekarza wobec kwestyi alkoholizmu.
101. S. Sterling. Samożakażenie (*autoinfectio*), jako teoria patologiczna.
102 i 103. K. Rychliński. Kliniczny przebieg bezwładu postępującego.
104. A. Hoche. O rozpoznawaniu wczesnych okresów bezwładu postępującego.
105. W. Leube. O zaburzeniach przemiany materii i ich zwalczaniu.
106. W. Poten. O aseptyce rąk.
107 i 108. G. Klein. Tryper u kobiet.

SERYA X.

109, 110 i 111. M. Denucé. Choroba Pott'a.
112. M. Joseph. Choroby włosów i uwłosionej skóry głowy.
113 i 114. Sokołowski. O stosunku cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych.
115, 116 i 117. Stanisław Kamieński. O właściwościach fizyologicznych ustroju dziecięcego w stosunku do patologii i terapii. (Wyczerp.).
118. Dohrn. O postępowaniu lekarskiem w okresie łożyskowym.
119. F. Lejars. Przemywanie krwi.
120. Alfred Moll. Cierpienia oczu przy niektórych chorobach zakaźnych.

SERYA XI.

121 i 122. T. Dunin. Walka z gruźlicą.
123. M. Rejchman. O przewlekłych biegunkach, o rozpoznawaniu ich różniczkowym i leczeniu.
124. L. Rydygier. O zapaleniu otrzewnej (*peritonitis*).
125, 126 i 127. F. A. Hoffmann. Kuracje dyetyczne.

Następujący zeszyt (177) zawierać będzie:

E. Bumm. Leczenie chirurgiczne gorączki pęłogowej.

A. Theilhaber. Związek między chorobami nerwowymi a zaburzeniami w narządach pęłowych u kobiet.

128. A. Sokołowski. Allergja i choroby dróg oddechowych.
129, 130, 131 i 132. E. Fraenkel. Terapia ogólna chorób narządów pęłowych kobiecych.

SERYA XII.

133 i 134. R. Bernhardt. Choroby skóry, przez grzybki wywołane. I. Strupień (*Favus*).
135 i 136. A. Gilbert i P. Carnot. Organoterapia.
137 i 138. O. Pierling. O poronieniu.
139. E. Flatau. O zapaleniu mózgu.
140. W. A. Gluziński. O leczeniu wrzodu żołądka.
141, 142, 143 i 144. Angelo Celli. Malarya według najnowszych badań.

SERYA XIII.

145. L. Rydygier. Zasady leczenia chirurgicznego chorób żołądka.
146 i 147. A. Notthafft i A. Kollmann. Profilaktyka w chorobach dróg moczowych i narządów pęłowych (u mężczyzn).
148. F. Ahlfeld. Pochodzenie, zapobieganie i leczenie eklampsyi.
149. A. Lesage. Ostry katar żołądka i kiszek u niemowląt.
150. P. Kučera. Dzisiejszy stan nauki o przyczynach raka.
151. W. Janowski. Fizjologia i patologia ogólna wymiotów.
152 i 153. Teodor Dunin. Zasady leczenia neurostenii i histeryi.
154. Konstanty Strózewski. Leczenie bezładu tabetycznego za pomocą odpowiednich ćwiczeń.
155, 156. Wacław Sterling. Trąd.

SERYA XIV.

157, 158 i 159. W. Janowski. Semiotyka ogólna wymiotów.
160, 161. L. Bernard. Kryoskopia i jej zastosowanie w klinice.
162, 163, 164 i 165. Władysław Gajkiewicz. O zrenicy w stanie zdrowia i choroby.
166. Józef Jaworski. Surowica przeciwpaćkowcowa oraz stosowanie jej w gorączce pęłogowej.
167, 168. Franciszek Siatkour. Gruźlica kiszek ze stanowiska klinicznego.

SERYA XV.

169. C. Keller (Berlin). Pielęgowanie pęłka u noworodków w praktyce.
170. J. Courmont i V. Montagnard (Lyon). Leukocyty. Technika (Hematologia, Cytologia).
171, 172. P. Carnot. Leczenie przeciwkrwotoczne.
173, 174, 175. B. Riedel. Powstawanie, rozpoznanie i leczenie kamicy żółciowej. Cz. I.
176. A. Sokołowski. Rozpoznanie i leczenie ostrego wysiękowego zapalenia opłucnej.

Cena Odczytów: rocznie 3 rub., pojedynczy zeszyt 30 kop.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej (Hoza 50) i we wszystkich księgarniach.



1134

01134/7590

ODCZYTY

wydawa

REDAKCJE GAZET

wychodzą w odstępach miesięcznych

Dotychczas wyszły:

SERYA I.

1. Heubner. Dyfterty szkarlatyowy i jego leczenie. (Wyczerpany).
2. Struempell. Nerwice pochodzenia traumatycznego.
- 3 i 4. Loewenfeld. Nowoczesne metody leczenia neurastenii i histeryi. (Wyczerpany).
5. Duehrssen. O pomocy akuszerzyjnej w przypadkach zwężeń miednicy. (Wyczerpany).
- Schauta. O leczeniu tyłu pochylem i tyłozgięcia macicy. (Wyczerpany).
6. Herz. Gruźlica płuc u dzieci.
7. Sattler. O stosunku narządu wzroku do cierpień ogólnych organizmu.
8. Krówczyński. Leczenie trypra ostrego i przewlekłego. (Wyczerpany).
- 9 i 10. Oertel. Dyetetyczno-mechaniczne leczenie chorób serca.
11. Matlakowski. Tegoczesny sposób operowania raka sutki.
12. Unverricht. Metody terapeutyczne w medycynie wewnętrznej. (Wyczerpany).

SERYA II

13. Sokołowski. Skryte postaci suchot płucnych. (Wyczerpany).
14. Dürrssen. Leczenie krwotoków poporodowych.
15. 16 i 17. Beard. Neurastenia.
18. 19 i 20. Gajkiewicz. Syfils układu nerwowego.
11. 22 i 23. Eisenberg. Leczenie syfilisu.
24. Dunin. O habitualem zaparciu stoła. (Wyczerpany).

SERYA III.

25. Saenger. Zakażenie tryprowe u kobiet.
26. Grasset. O zawrocie głowy, zależnym od zmian w naczyniach, oraz o stwardnieniu tętnic w ogólności. (Wyczerpany).
27. Rydygler. O leczeniu ran. (Wyczerpany).
28. Struempell. O istocie i leczeniu władu rdzenia kręgowego (*tabes dorsalis*).
- Kahler. O wczesnych objawach władu rdzenia kręgowego.
29. Meynert. *Paralysis universalis progressiva*.
- 30 i 31. Kljewski. Promienica u człowieka.
34. 33. Goldflam. O przymocie rdzenia.
- 32 i Rejchman. Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej (*Cholelithiasis*).
35. Arnstein. O biegunce letniej u dzieci.
36. Nussbaum. O napięciu spraw patologicznych.

(Dalszy ciąg na poprzedniej stronie).

Wydawca D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

SERYA IV.

37. Hirschfeld. Zasady żywienia chorech.
38. Burgonzio. Technika hydroterapii.
39. Olshausen. O drgawkach porodowych.
40. Przewoski. Działalność naukowa Virchow'a.
41. Hebra. Leczenie pryszczycy.
- 42 i 43. Loewenfeld. Choroby nerwowe, na tle zaburzeń płciowych powstałe.
- 44, 45 i 46. Talamon. O zapaleniu wyrostka robaczkowego i tkanek około kieszki ślepej.
47. Kramsztyk Z. Jaskra (*glaucoma*).
48. Krajewski. O chirurgicznym leczeniu pękniętę macicy.

SERYA V.

49. A. Fraenkel i O. Vierordt. Dusznicza bolesna (Wyczerpany).
- 50, 51 i 52. Gilles de la Tourette. Histerya (Część I) (Wyczerpany).
53. Sokołowski. Leczenie klimatyczne suchot płucnych (Wyczerpany).
54. Rydygler. O sposobie chloroformowania.
- 55 i 56. Filatow. O leczeniu i rozpoznawaniu katarów kieszki u dzieci, głównie u ssawców.
57. F. Hirschfeld. Leczenie otłóści.
58. Hirschfeld. Leczenie moczówki cukrowej.
- 59 i 60. Lewison. O dyatezie moczaniowej.
61. Mintz. O zabiegach chirurgicznych w chorobach żółtąka.

SERYA VI.

62. Sokołowski. O bólu gardła.
63. Aronson. Podstawy leczenia surowicą krwi.
64. Bączkiewicz. Leczenie dyftertyu gardzieli u dzieci.
- 65, 66 i 67. M. Hirsch. Suggestya i hypnoza.
- 68 i 69. E. Biernacki. Afazyja w świetle badań współczesnych.
70. H. Nussbaum. O wpływie czynności duchowych na sprawy chorobowe.
71. F. Legueu. O chirurgicznym leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej.
72. Wł. Janowski. Obecny stan leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi.

SERYA VII.

73. Rabe. Współczesne teorie gorączki.
74. Dunin. O stanach anemicznych.
75. Schlange. O niedrożności kieszki.
- 76 i 77. Determann. Nerwice serca i naczyń.
- 78 i 79. Rydygler. O leczeniu gruźlicy stawów.
- 80 i 81. Papiewski. O karmieniu niemowląt.