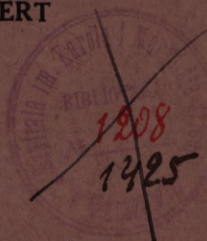


Dr. Med. STANISŁAW ENGLERT
POR.-LEK.

BIBLIOTEKA
Baptista Karola Mária
Edu. Dececi
Nr. 281



POSTACI KLINICZNE
i
LECZENIE ZGORZELI PŁUC

WARSZAWA

SKŁAD GŁÓWNY: GŁÓWNA KSIĘGARNIA WOJSKOWA

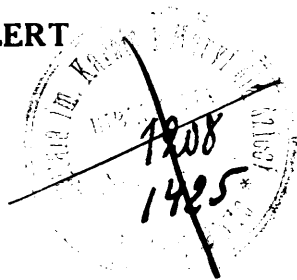
1926



www.dlibra.wim.edu.pl

Dr. Med. STANISŁAW ENGLERT
POR.-LEK.

BIBLIOTEKA
Szpitala Karola Marcini
Pia Dąbki
Nr. 281



POSTACI KLINICZNE i LECZENIE ZGORZELI PŁUC

WARSZAWA

SKŁAD GŁÓWNY: GŁÓWNA KSIĘGARNIA WOJSKOWA

1926



www.dlibra.wum.edu.pl

Odbito czcionkami Drukarni Wzorowej, Warszawa, Długa 20. Tel. 416-60.

Biblioteka Główna
WUM



www.dlibra.wum.edu.pl

Na 18-ym Zjeździe internistów francuskich w Nancy w lipcu 1925 r. Bezançon i De Jong zwrócili uwagę na ewolucję pojęcia w różniczkowaniu zgorzeli płuc: w dziale tym mieszczą się zwykle najrozmaitsze postaci, zaczynając od klasycznej gangreny Laenneca i de Bucquoy'a, kończąc na zwykłych ropieniach cuchnących i wrzodach płuc. Wszelkie zakażenia gnilne w płucach są najczęściej następstwem rozszerzenia oskrzeli, następnie zatorów septycznych płucnych, lub zakażenia powstałego drogą powietrzną (przedostanie się przez tchawicę cząsteczek pokarmowych, ropy i t. d.). Istnieją jednak postaci pierwotne, występujące na skutek osłabienia ogólnego, urazu, lub podrażnienia (gazy bojowe), często wreszcie bez widocznej przyczyny. Rist (Paryż) podaje, że zgorzel pochodzenia zatorowego nie zawsze jest następstwem sprawy gnilnej w jakimś organie, często bywa następstwem zabiegu chirurgicznego wykonanego na przewodzie pokarmowym, nawet operacji przepukliny.

Rozróżniają tu trzy postaci kliniczne.

1-o. Postać ostra. bez objawów umiejscowienia płucnego (postać zatorowa). Przebieg jej jest podobny do posocznicy, objawów umiejscowienia niema, lub zjawiają się znacznie później; czasami jedynie ból w piersiach decyduje o postawieniu rozpoznania. Jako przykład służyć może postać posocznicza z dreszczami (forme frissonnante) według Kindberga i Mauvoisin'a.

2-o. Postać ostra z objawami umiejscowienia (tak zwana płucna), jest to postać klasyczna. Jeżeli postać uprzednią przyrównamy do prosówki gruźliczej, to tę można przyrównać do serowatego zapalenia płuc, lub do suchot galopujących po krwotokach, gdyż zdarzają się przypadki z gwałtownym przebiegiem i takie, które są groźne dopiero po utworzeniu się ogniska, skąd rozsiewa się zarazek.

3-o Postać umiejscowiona z napadami okresowemi. Są to sprawy jakby nowe, rzadko dotychczas obserwowane. Ani początek, który może być podstępny, atypowy, ostry, krwotoczny, ani objawy fizykalne bardzo różnorodne, jamowe lub nie, ani obraz rentgenologiczny, zmieniający się z dnia na dzień, nie są charakterystyczne dla tej postaci, osobliwość polega jedynie na tem, że złagodnienie, zmniejszenie się sprawy ogólnie i miejscowo, pozorujące wyleczenie samoistne, nagle zostaje przerwane nowym nawrotem. Obserwowano takie nawroty w liczbie trzech, czterech, następujące po sobie co rok, dwa i trzy lata.

Czasami postać rzeczywiście przewlekła, gdzie ropienie płucne nigdy nie uzewnętrznia się, przybiera charakter cuchnący. Jest to postać, którą należy zaliczać do

działu zwykłych ropni płuc. Powikłaniem opłucnowym są przeważnie wysięki ropne, częste zwłaszcza w zgorzelach pochodzenia zatokowego o ogniskach podopłucnowych. Objawy ogólne, zjawienie się płwociny nieobfitej, często rdzawej, wyprzedzają objawy opłucnowe niekompletne, gdzie jedynie najczęstszym i stałym objawem jest stłumienie opukowe. Często ma się do czynienia z samoistnym ropniakiem, powstającym przez wyziew (exhalaison).

Etienne, Hanriot i Pellé (Nancy) wskazują, że częstym punktem wyjścia dla zgorzeli płuc jest przelyk. Devé (Rouen) zwraca uwagę, że zwłaszcza uchyłki przelyku są częstym powodem zgorzeli płucnej, szczególnie u starców (sam spotkał się z trzema takimi przypadkami na 26 przypadków zgorzeli płuc u starców).

Rokowanie jest zawsze poważne, kończy się jednak pomyślnie przy zastosowaniu szerokiej i wczesnej interwencji.

Autorzy francuscy nie odróżniają postaci oskrzelowej, gdyż cuchnące zapalenie oskrzeli jest następstwem jedynie zatrzymania wydzieliny i rozkładu przez florę bakteryjną (prątki okrężnicowe, beztlenowce, paciorkowce, wrzecionowce), a nie zgorzeli płuc.

Spółistnienie gangreny z gruźlicą zdarza się rzadko, cytowane są przypadki zgorzeli powierzchownej ściany oskrzeli i jam, jednak rzadko zjawia się zgorzel prawdziwa u chorego gruźliczego. Jaquerod (Lyesin) podaje, że bywa to jednakowoż w warunkach następujących: 1-o niektórzy chorzy na gruźlicę z ogniskiem stałym, umiejscowionym (kawerna) z wydzieloną obfitującą w drobnoustroje wtórne lecz nie prątkujący, często podlegają procesom zgorzelinowym przejściowym umiejscowionym w sąsiedztwie jamy. Powikłanie to może trwać kilka tygodni, mogą być nawroty, lecz nigdy nie można stwierdzić obecności prątków. 2-o. Chorzy na gruźlicę miewają często, po wyzdrowieniu, sprawy zgorzelinowe umiejscowione po stronie chorej. 3-o Pewien osobnik, chociaż dobrowolnie zastrzyknął sobie podskórnie czystą i zjadliwą hodowlę prątków Kocha, nie dostał gruźlicy, lecz w dwa lata później zmarł na galopującą zgorzel płuca, nigdy nie prątkując. Te trzy rodzaje spraw pozwalają na postawienie następującej hipotezy: produkty rozpadu prątków Kocha wytwarzają pewne ciała toksyczne bez specjalnego odczynu morfologicznego ze strony tkanki, mogące wywołać pod pewnym wpływem (gnicie, zakażenie wtórne i t. d.) zgorzel. Wiadomo, że Gameleia dowiódł, że bakcyle zabite mogą wywołać procesy tej kategorii (nécro-tuberculose).

Dawniej opierano rozpoznanie zgorzeli płuc przeważnie na stwierdzeniu obecności płwociny cuchnącej i znalezieniu w niej produktów martwiczych, dziś rozpoznanie musi być uzupełnione przez badanie cytologiczne i bakterjologiczne. Czynnikiem zasadniczym jest twierdzenie obecności olbrzymiej ilości bakterij różnopościowych wśród zniszczonych tkanek, lub obecności wrzecionowców albo krętków. Krwotoki i krwista płwocina są też ważnymi składnikami rozpoznania.

Co do umiejscowienia ogniska, często znajdującego się w otoczeniu zdrowej tkanki, to może być ono jedynie wykazane za pomocą badań rentgenologicznych. Nakłucie płucne często usuwa wątpliwości. Zabieg ten jednak przedstawia niebezpieczeństwo ze względu na możliwość łatwego zakażenia kanału, lub opłucnej. Zasadnicze jest tu badanie bakterjologiczne bezpośrednie lub wysiewy płwociny: przewaga bakterij gramujemnych pozwala od razu wyciągnąć wniosek o obecności beztlenowców.

Patogeneza. Od czasu prac Veillon'a, Zuber'a, Rist'a, Guillemot'a znaczenie i rola beztlenowców są ustalone w procesach zgorzelinowych. W gangrenie płuc beztlenowce należą do typu niezarodnikujących. Zwykłym siedliskiem ich saprofitowania jest przewód pokarmowy i jamy ciała. Najbardziej stałym jest prątek rozgałęziony (b. ramosus) często z ziarnikiem smrodliwym (micrococcus foetidus) i z prątkiem kruchym (b. fragilis). Mniej stałe są b. funduliformis, b. serpens, krętki, gronkowce (staphylococcus parvulus), wspominają również o wrzecionowcach, o b. nebulosus, diplococcus reniformis i wyjątkowo o otoczkowcach gazotwórczych (b. perfringens). Do nich mogą się przyłączyć i tlenowce jak prątek okrężniczy lub odmieniec.

Uderzającą rzeczą jest potężny rozwój drobnoustrojów widoczny na preparatach histologicznych. Wszystko wskazuje na to, że ten rozwój bakteryj powoduje niszczenie tkanek, i że bakterje wspomniane są mało zjadliwe i toksyczne, a dopiero produkty białkowe, wchłonięte z ogniska rozpadowego są nadzwyczaj trujące.

Określenie ściśle flory bakteryjnej w zgorzeli płucnej jest dotychczas mało dokładne, rzadko bowiem były prowadzone badania szczegółowe w tym kierunku. Badania systematyczne w postaci przewlekłej są bardzo wskazane. Należałoby również dokładniej określić rolę wrzecionowców (Ghon i Perrin). Dzięki drobiazgowej pracy histologicznej Muttermilcha i Sègnina wiadomo, że krętki, które dostały się drogą krwionośną, już same mogą rozpocząć zgorzel — inne bakterje, coraz liczniejsze w miarę zbliżania się do warstw bardziej powierzchniowych ogniska, prowadzą dalej rozkład tkanek.

Wykrycie krętków w zapaleniu krwotocznem oskrzeli (Castellani), obecność ich w zapaleniu płuc odoskrzelowem ostrem a nawet przewlekłym, działanie dobroczynne związków arsenowych, skłaniają do przypisywania krętkom roli pierwszorzędnej w niektórych postaciach gangreny płuc. To też winny być wszczęte badania w tym kierunku przy pomocy ultramikroskopu i barwienia srebrem świeżej płwociny, równoległe do badań nad beztlenowcami, tak jak robiono to w zgorzeli gazowej przyrannej u nas i we Francji (Karwacki, Groczówna, Bichniewiczówna, Weinberg i Sègnin, Sacquéfoé).

Bozançon i Etchegoin zwracają uwagę, że krętki nie barwią się sposobem zwykłym barwnikami anilinowemi, należy używać metody barwienia srebrem (Fontana-Tribondeau) i barwienia płynem Loeffler'a. Płwocina musi być świeża, badać należy conajwyżej po upływie jednej lub półtorej godziny, ponieważ później następuje rozpuszczenie się krętków. Kłaczek płwociny należy umieścić w cieplarni o ciepłocie 29°, w płynie fizjologicznym i badać za pomocą ultramikroskopu w tym samym płynie. Rezultat 295 ich badań wskazuje, że krętków nie spotyka się w płwocinie chorych na zapalenie płuc, na zapalenie odoskrzelowe i na grypę.

Parisot i Caussade referowali sprawy leczenia zgorzeli płucnej. Dogmat nieuleczalności został ostatnio mocno zachwiany, w każdym razie wszystkie metody leczenia niejednokrotnie zawodzą, a wskazania lecznicze nastęrczają dużo wątpliwości. Rozróżniają oni leczenie za pomocą środków farmaceutycznych wprowadzanych drogą doustną, drogą lewatyw, wstrzykiwań — przy wszystkich tych metodach przenika lek do płuc w ilościach skąpych i bardzo powoli. Przez drogi oddechowe stosowano płyny oleiste za pomocą wzięwań, rozpyłań—zabiegi te jednak doprowadzają lek tylko

do oskrzeli drugiego rzędu. Wstrzykiwania leku krtaniowe, według techniki Mendela, są niedokładne, wstrzykiwania poprzez krtaniowe, według techniki laryngologów, działają jeszcze poomacku, ponieważ wstrzyknięty lek nie zawsze dostaje się do właściwego miejsca. Wstrzykiwania zaś dooskrzelowe są pewne i można przytem stosować duże dawki leku (znanych jest 19 obserwacji gangreny płucnej, według Guisez'a) wszystkie o przebiegu pomyślnym. Zwłaszcza w gangrenach ograniczonych, lub otwartych szeroko do oskrzeli, powodzenie jest pewne, szybkie i ostateczne pod warunkiem jednak, ażeby zabieg był dokonany ostrożnie i ilość płynu przeciwnielego duża.

Drogą nakłucia płucnego można igłą dostać się do chorego miejsca i zastosować lek płynny, lecz wobec możliwości bardzo łatwego zakażenia opłucnej i następnych ciężkich zaburzeń ogólnych, należy sposób ten stosować w przypadkach jedynie rozpaczliwych. Środki używane przeciw zgorzeli płucnej obejmują leki przeciwbakteryjne i przeciwnielegne. Środki balsamiczne, zwłaszcza nalewka czosnkowa (Leclerc, Loefer, Forestier i Hurrier) jako wybitny środek przeciwnielegny, które wydziela się wyłączenie przez płuca i oskrzela, oddają wielkie usługi w postaciach lżejszych i powierzchownych, mogą również być stosowane i w postaciach ostrych i rozległych. Pomiedzy lekami swoistymi na pierwszym planie stoją arsenobenzeny, stosowane od czasów obserwacji Perrina, gdzie na 80 przypadków uzyskano 42 wyzdrowień, 13 polepszeń i 25 wyników niepomyślnych. Dawki należy stosować małe od 0,15 do 0,60, lecz często. Znaczne polepszenie, dobre samopoczucie chorego, zmniejszenie się ilości płwociny nie jest stałe, ma to miejsce zwłaszcza w postaciach powierzchownych, przedewszystkiem w postaci cuchnącego zapalenia oskrzeli w obecności krętków i wrzecionowców. Leczenie ten ostatni warunek nie gwarantuje jeszcze powodzenia, i odwrotnie, inne postaci bakterjologiczne mogą pomyślnie reagować na terapię arsenową.

Na drugim miejscu należy postawić seroterapię (Dufour, Semelaigne i Ravina RATHERY i Bordet i t. d.). Autorzy ci zestawili 57 przypadków z literatury francuskiej, z których było 16 wyzdrowień, 24 polepszeń długotrwałych i 17 z wynikiem złym. Poza jedną próbą z surowicą Leclainche'a i Vallée'a i jedną z surowicą Vincent'a i Stodd'a, przeważnie były używane surowice z Instytutu Pasteura w różnych dawkach z dodatkiem surowic przeciwżółcowej, przeciw paciorkowcowej, przeciw pneumokokowej. Wstrzykiwanie śródżylnie, wobec częstych objawów wstrząsu, rzadko było stosowane. Podawanie leku drogą zastrzykiwań dopłucnych lub wlewań do odbytu też nie nadaje się, przeważnie zastrzykiwano surowice podskórnie, ponieważ sposób ten pozwala użyć dużych ilości surowicy niezbędnych dla opanowania sprawy.

Poprawa, następująca zwykle po trzech lub czterech zastrzyknięciach, może nawet doprowadzić i do wyzdrowienia, niestety, częściowego, lub często chwilowego.

Mechanizm działania leczniczego surowic daje pole do wielu przypuszczeń, gdyż surowica stosowana niezawsze jest swoistą względem bakterij wywołujących zgorzel. Bakterjoterapia rzadko była stosowaną, osiem razy była stosowaną zawiesina z bakterij własnych chorego (cztery wyzdrowienia, trzy polepszenia, jeden wynik zły), jeden raz szczepionka Delbet'a (chwilowe polepszenie), wogóle zabieg ten wpływa, zdaje się na powstrzymanie rozwoju zakażeń wtórnych, może więc być słusznie stosowany łącznie z seroterapią. Jest to wtedy uodpornianie mieszane, gdzie zawiesiny bakteryjne działają na tlenowce, surowica na beztlenowce (Roubier i Finance). Rist (Paryż) sądzi, że bakterjoterapia nie ma żadnego znaczenia w leczeniu zgorzeli płuc. Z na-

szych autorów Karwacki stosował bakterjoterapię w przypadkach ciężkich i licznych i uzyskał dużo wyleczeń.

Karwacki nie zgadza się z poglądem, że szczepionka nie wpływa dodatnio na beztlenowce — czynnik zasadniczy. Wysiewa on w warunkach beztlenowych płwocinę chorego i stosuje zabita hodowlę buljonową wszystkich bakteryj flory płucnej chorego. Po kilku zastrzyknięciach robi nowy posiew, gdyż skojarzenia i zjadliwość bakteryj ulegają zmianom.

Leczenie mechaniczne polega na stosowaniu odmy sztucznej i zabiegach chirurgicznych.

Forlanini pierwszy zastosował odmę sztuczną w przypadku zgorzeli płucnej. Obserwacje francuskie w liczbie dwudziestu pięciu notują piętnaście wyzdrowień, dziesięć zaś bez wyniku; statystyka P. E. Weila podaje 25% polepszeń. Nakłucie musi być zastosowane w pewnej odległości od ogniska, ciśnienie międzyopłucnowe należy zwiększać bardzo ostrożnie, ażeby uniknąć krwotoków, przerwania opłucnej przylegającej, wydalenia gwałtownego i obfitego produktów rozpadu. Często trzeba kontrolować stan płuc zapomocą prześwietlań.

Wydalanie płwociny albo wzmoże się do rozmiarów prawie jakby wymiotów, albo też zmniejsza się znacznie. Ciepłota znacznie opada, stan ogólny poprawia się dość szybko, kaszel ustaje i następuje polepszenie lub wyzdrowienie. Niepowodzenia są zwykle następstwem mocnych zrostów, niedających się określić, lub zakażenia opłucnej. Najbardziej nadają się do tego zabiegu postaci martwicowe o dużych jamach, jednostronne, niepowikłane. Przeciwwskazaniem jest zajęcie obu płuc, umiejscowienie podkorowe pociągające za sobą powstawanie zrostów, ropne zapalenie opłucnej, wreszcie umiejscowienie ognisk ropnych poza płucami — objawy wstrząsu są bardzo rzadkie.

Rist radzi stosować zabieg ten tylko na początku sprawy i dodaje, że stosowanie odmy sztucznej nie przeszkadza stosowaniu związków arsenowych i seroterapii.

Zabiegi chirurgiczne. Na Zjeździe w Moskwie (1897) Tuffier zebrał już 71 przypadków pneumotomji, z czego 42 zakończyło się wyzdrowieniem, od tego czasu liczba zabiegów tych i wyzdrowień znacznie się zwiększyła. Śmiertelność, nie biorąc pod uwagę zabiegów, czynionych in extremis, wynosi 19% (dawniej 40%). Szczególnie od czasu zastosowania radjologii zabieg ten może być stosowany z większą pewnością powodzenia. Zasada jest rozległa rezekcja żeber, pozwalająca na łatwy dostęp do schorzałej tkanki. Polepszenie, jeżeli jest, następuje bardzo powoli, częste są powikłania jak krwotoki, zakażenia, zajęcie śródpięrsia, przerzuty (mózg), zapalenie oskrzelowego płuca zdrowego. Wobec tego, że pneumotomja jest zabiegiem bardzo ciężkim, należy stosować ją dopiero wtedy, gdy wszystkie inne sposoby zawiodą, i to u osobników niewycieńczonych, gdy do ogniska łatwo się dostać. Nadają się zwłaszcza przypadki zgorzeli pochodzenia zatorowego, lub na skutek dostania się ciał obcych, oraz postaci powikłane zapaleniem ropnem opłucnej.

Kijewski podaje, że w Warszawskim Lazarecie Miejskim (1914 — 15) wykonano osiem zabiegów pneumotomji, z czego było sześć wyzdrowień, dwa zejścia śmiertelne.

Odklejanie opłucnej przyściennej zalecane przez Tuffiera było ostatnio zastosowane w dziesięciu przypadkach, otrzymano sześć wyzdrowień, dwa polepszenia, jeden przypadek bez wyniku i jeden przypadek śmierci. Zabieg polega na uwolnieniu opłuc-

nej ściennej od klatki piersiowej (pleurolyse) i na uciśnięciu płuca przez wprowadzenie do odklejonej przestrzeni tkanki tłuszczowej lub mięsnej, pessarja Gariela, lub poduszeczki nadymanej. Ucisk ten ma na celu wyciśnięcie przez oskrzela wydzieliny. Zabieg ten może być stosowany u chorych z postacią zgorzeli jednostronnej, zwłaszcza, jeżeli istnieje szeroki zrost opłucnej, który nie pozwoli na ewentualne otwarcie opłucnej. Ogniska zgorzeli wierzchołków płucnych najbardziej nadają się do tego zabiegu w myśl pierwotnego planu Tuffiera (apicolyse).

Stosownie do różnych postaci zgorzeli płucnej, należy stosować i różne metody zabiegów. Stan ogólny chorego wymaga starannej opieki, dobrego odżywiania, objawy poszczególne — zastosowania środków przeciwnilnych, wykrztuśnych, przeciwkrwotocznych, zależnie od wskazań indywidualnych. Współistniejąca gruźlica zmusza do pewnych ostrożności i stosowania leków obojętnych, surowic, szczepionek. Ciało obce należy usunąć, należy leczyć ognisko (jeżeli to jest możliwe), z którego powstają zatory septyczne. Rozpoznanie bakterjologiczne wskaże na konieczność zastosowania związków arsenowych w obecności krętków wrzecionowców, różnych surowic, lub szczepionek. Rodzaj postaci anatomo-klinicznej, wpływa na charakter zabiegów, a więc należy stosować zastrzykiwania śródoskrzelowe zwłaszcza w zgorzeli płata dolnego i wnęki i w zgorzelach obustronnych, co jest znów przeciwskazaniem do wykonania odmy; odmę należy stosować w zgorzeli po zapaleniu płuc, nieustępującej po lekach przeciwnilnych, surowicach i szczepionkach. Koniecznym jest zabieg chirurgiczny w przypadku zrostów opłucnej i pneumotomja, gdy ognisko jest dostępne, collapsoterapia po odklejeniu opłucnej ściennej, gdy ognisko jest niedostępne.

Z rozważań tych wynika, że niema, ściśle mówiąc, jednolitej doktryny leczniczej w zgorzeli płucnej. Conajwyżej można nakreślić pewne linje, których należy się trzymać, a więc przedewszystkiem należy stosować metody proste, stosując różne środki lekarskie, gdy to nie odniesie skutku, natenczas należy zwrócić się do zabiegów chirurgicznych, zaczynając od zastrzykiwań, a kończąc na zabiegach krwawych. Nie należy śpieszyć się i kłaść na rachunek działania leków polepszenie się sprawy, trzeba długo i konsekwentnie prowadzić kurację, ponieważ zgorzel płuc jest przede wszystkim cierpieniem podlegającym obostrzeniom i nawrotom.

Biblioteka Główna WUM

KS.1408



210000001408



www.dlibra.wum.edu.pl

SZPITAL IM. KAROLA I MARJI



B 281

