

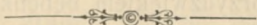
WF P662 z 1899

Z KAZUISTYKI SZPITALNEJ.

PODAŁ

Dr. Józef Piotrowski.

Wartan



Jak wiadomo, zapalenie opłucny uważamy dzisiaj za wyraz zakażenia ustroju. Niema prawie choroby zakaźnej, do której nie mogłoby się dołączyć zapalenie opłucny. Po za t. zw. reumatycznymi zapaleniami tej błony surowiczej zakażenie najczęściej idzie od płuc, z sąsiedztwa, wogóle per continguitatem. Nie dziwnego, że w tym względzie największe znaczenie etyologiczne mają gruźlica i zapalenie płuc włóknikowe. Zajęcie opłucny w krupowym zapaleniu płuc należy do częstych i ogólnie stwierdzonych objawów. Możemy tu odróżnić trzy sposoby występowania tych objawów: 1) pleuritis występuje z pneumonią mniej więcej jednocześnie (pleuropneumonia), albo też 2) pojawia się następnie już w okresie rekonwalescencji (pleuritis metapneumonica), wreszcie 3) czasami zakażenie pneumokokowe, nie wywołując zapalenia płuc, lokalizuje się w opłucny, jako pleuritis pneumococcica.

Pod względem anatomo patologicznym takie zapalenia przybierają najrozmaitsze natężenia i przejścia, począwszy od przekrwienia, którego jeszcze nie uważamy za powikłanie, aż do wysięku o charakterze mniej lub więcej ropnym; sprawy te więc mogą obejmować wszystkie zwykłe formy wytworów zapalnych (pleuritis fibrinosa, serosa, haemorrhagica i purulenta). Te wysięki ropne, podług staty-

Z-138510

1360028130

akc. z l. 2023 nr. 480

styki E. Aufrechta z $1\frac{1}{2}$ tysiąca wypadków krupowego zapalenia płuc, wypadają w odsetkach 1.6%. Takie rzeczy zależą zapewne od jakiejś chwilowej *właściwości* (niezwykłej siły) *zurazka*. Na sali 32-iej w szpitalu Dzieciątka Jezus zdarzyły się w roku zeszłym prawie równocześnie dwa przypadki tego rodzaju, które poniżej przedstawiam w krótkości.

Jan P., lat 17, uczeń felczerski, zachorował nagle 12/V 1898 z rana: parokrotne dreszcze i ból głowy, następnie w nocy miał wymioty żółciowe, a nazajutrz przyłączył się i ból w prawej piersi. Badany 14/V skarży się przedewszystkiem na ból głowy. Od początku choroby leży w łóżku i kaszle, głównie rano, plując niewiele. Apetytu niema, stolec zaparty. Dawniej w dzieciństwie przebywał ajkoby varicellae, zresztą był zdrow.

Status praesens. Budowa dobra, odżywianie średnie, cera zwykła. P. 108 (dicrotus). R. 32. Temperatura gorączkowa. Język bardzo obłożony.

Przy ruchach oddechowych *prawa* połowa klatki piersiowej bierze mniej udziału od lewej. W dolnych częściach prawego płuca względne stłumienie (z przydźwiękiem bębnowym), a granica płucnego odgłosu o jedno żebro wyżej w porównaniu z lewym.

Granice lewego płuca normalne, oddech pęcherzykowy, trochę zaostrzony.

Nad prawem płucem szmer oddechowy wogóle osłabiony. Na poziomie sutki od przodu ku bokowi wydech czasami wpada w oskrzelowy z bronchofonią; gdzieś tam drobne rżenia wilgotne. Drżenie z przodu i z boku nieco wzmożone, ale nad ostatnimi żebrami zwłaszcza ku tyłowi, naodwrot, osłabione; tamże aegophonia.

Plwocina pienista, lepka, w jednym miejscu krwawa.

Tony serca czyste, — nad aortą i pulmonalis drugie tony wzmożnione.

Śledziona i wątroba nie wyczuwają się.

Brzuch na ucisk czuły, bez bliższego umiejscowienia. Niektóre nerwy także nadezuły, jak peronei, niektóre międzyżebrowe, głównie z lewej strony, z tejsze — łopatkowy i plex. cervico-brachialis. — Za pomocą próbnego przekłucia wyciągnięto z pod kąta łopatki pełną szprykę płynu ropnego, jasno-żółtego z zielonawym odcieniem. Płyn ten pod mikroskopem wykazuje ogromną ilość ciałek ropnych, przedstawiających się na barwionych preparatach, jako wielojądrowe leukocyty (80%); niewiele przytem widać, przeważnie większych rozmiarów, jednójadrowych ciałek. Na tychże zrzadka udaje się dojrzeć drobne kokki i diplokokki.

Mocz nieobfity, stężony, ciężar gat. 1024, odczyn kwaśny, białka ślady.

15/V. Stłumienie odgłosu wypukowego ponad dolną tępością prawie zginęło. Szmer oddechowy pod pachą na poziomie sutki (jak wczoraj) czasami, szczególnie przy głębokim wdechu i kaszlu, przyjmuje charakter oskrzelowy; tamże rzadkie trzeszczenia i wzmożone drżenie.

16/V. P. 84. R. 24. Ani trzeszczeń, ani oddechu oskrzelowego nigdzie nie słyhać. W okolicy prawej sutki zaostrzony oddech i wzmożone drżenie.

18/V. Tępość o 1 ctm. niżej od początkowego stanu. Wydobyta za pomocą przekłucia u dołu pod łopatką ciecz (pół szpryki), zarówno makroskopowo, jak i mikroskopowo, robi wrażenie surowiczopropnej. Jest żółtawą, mętną, nie krzepnie; zawiera już daleko mniej leukocytów wogóle, a wielojądrowych w stosunku do limfocytów w szczególności; ostatnie licznie przeważają.

Dość dużo czerwonych krążków.

19/V. Stan bezgorączkowy. Mocz przeszedł 1½ litra, barwy ciemnej; mętnawy, kwaśny, o ciężarze gat. 1018, białka nie zawiera ani śladu. Wypukowe granice prawego płuca u dołu zaledwie na 1 ctm. wyżej normy.

21/V. Przekłucie (w temże miejscu, co poprzednio) dało parę kropel mętnego płynu, w którym prawie wyłącznie okazały się erytrocyty. Nie znać już różnic wypukowych, ani oddechowych między obiema połowami klatki piersiowej.

22/V. Suchy kaszel. *Periostitis alveolaris* (przeszło bez ropienia).

23/V. Chory skarży się na ból w krzyżu. Nerwy lędźwiowe czułe na ucisk, głównie lewostronne. Ból ten po paru dniach ustąpił.

27/V. Wypisany w pełni rekonwalescencji.

Hodowle agarowe w termostacie z wysięku, dobytego dn. 14/V wykazały z dwóch probówek tylko w jednej i to po 2-ch dniach delikatny rozlany nalot z mikrokokków, przeważnie dwoiniek. Hodowle te, przeszczepione na agar i żelatynę w temperaturze pokojowej bardzo powoli się rozwijają i nie rozpuszczają żelatyny.

Hodowle z następnych przekłuć próbnych (dn. 18/V i 21/V) wypadły zupełnie ujemnie.

W powyższym przypadku, pomijając nietypowy przebieg choroby, chcę zatrzymać się tylko i zwrócić uwagę czytelnika na ów wysięk w opłucnej, przedstawiający, niewątpliwie, wszelkie cechy ropy.

Z podanej na początku klasyfikacy zajęcia opłucny w związku z zapaleniem płuc wynika, że przypadek nasz nie da się, właściwie mówiąc, ściśle pomieścić w jeden z tamtych poddziałów: należy on i do 1-jej i do 2-jej formy. Rozbierając mianowicie wszystkie objawy kliniczne, możemy się nań w ten sposób zapatrywać, że chory obok poronnej postaci pneumonii miał jednocześnie ropne zapalenie opłucny, z dziwnie łagodnym i szybkim przebiegiem.

Ropny ten wysięk opłucny, będący w niewielkiej coprawda ilości, wessał się całkowicie. Czy i w jakim stopniu mogło na to wpłynąć przekucie próbne, trudno byłoby przesądzać, faktem jest natomiast powolna *metamorfoza ropy, przemieniającej się w płyn o charakterze coraz bardziej krwawym i surowiczym*. Ciąłka ropne ustępują z pola (giną?), a zjawiają się duże limfocyty oraz erytrodyty, i wreszcie wszystko przechodzi bez śladu, następuje zupełna *restitutio ad integrum functionem et valetudinem completam*.

W opisanym przypadku możnaby się nawet spierać o to, czy naprawdę była tam pneumonia, a jeżeli była, to jakiego mianowicie pochodzenia, albo też czy nie mieliśmy do czynienia z *zakażeniem mieszanem*. W każdym razie wyniki badania bakteriologicznego nie dostarczyły nam bynajmniej dowodu, że było to czyste zakażenie pneumokokkowe (t. zw. „pneumococcie“ francuskich autorów). Dodatnie wyniki hodowli, otrzymane po za termostatem, każą domyślać się jakiejś domieszki.

To samo stosuje się i do następnego przypadku, zbliżonego do pierwszego zarówno co do obrazu i przebiegu choroby, jak i nawet co do wieku pacjenta i czasu zachorowania.

Konstanty K., lat 19, kowal, przybył na oddział dn. 19/V 1898 r. Przed 4-ma dniami w nocy dostał nagle dreszczów, zrana miał silny ból głowy. Pomimo tego jeszcze poszedł do kościoła (niedziela), skąd wróciwszy i czując silną gorączkę, położył się najprzód w piwnicy, potem do łóżka. Głównie czuł ból w dołku przy kaszlu i głębokim oddechu, mniej już w lewym boku i w prawej łopatce. Chory stracił siły i apetyt. Zaparcie stolca. Nieznaczny kaszel. Od onegdaj wyprysk na ustach.

Status praesens febrilis. Silna bułowa ciała, cera i odżywianie dobre. P. 92. R. 16. Język obłożony.

Obfity herpes labialis, nasalis, facialis i palpebralis (obu powiek) z prawej strony; herpes lab. sup. i palp. inf. z lewej strony.

Przy oddechania płuco *lewe* mniej się porusza.

U dołu z tyłu z tejże strony od X-go żebra odgłos wypukowy wyższy, słaby oddech oskrzelowy, bronchophonia; drżenie nieco słabsze. Przekłucie próbne dało pół szpryki mętnego, ropnego płynu, zawierającego pod mikroskopem mnóstwo ciałek wielojądrowych i dość dużo wielkich jednojądrowych.

Plwocina skąpa, pienista, dość lepka.

23/V. P. 92. R. 28. Objawy u dołu lewego płuca nieco mniejsze. Nad kątem lewej łopatki tarcie opłucny od czasu do czasu. Za to z prawej strony na wewnątrz grzebienia łopatki stłumienie, wyraźny oddech oskrzelowy, bronchophonia i krepitacje przy kaszlu. Pod pachą odgłos wypukowy z lewej strony niższy; $\frac{1}{4}$ kufła plwociny krwawej, lepkiej. Mocz mętny, o ciężarze właściwym 1022, zawiera nieco białka. Przekłucie opłucny dało zaledwie kroplę krwawego, gęstego płynu.

Objawy fizykalne nad górnym zrazem prawego płuca przez następne dwa dni jeszcze się wzmogły (pneumonia croup. sup. dextra), aż 7-go dnia choroby w nocy na 26-ty nastąpił przełom, a objawy fizykalne znacznie zmalały. Liczne trzeszczenia nad górnym prawym płatem, trochę słychać ich i u dołu lewego płuca. Już 30/V objawy fizykalne zginęły. Tętno wolne, do 40 na minutę.

1/VI. Wypisał się zdrów. P. 48.

Hodowle z wysięku na agarze w termostacie dały nazajutrz białe, ograniczony, wązki, gruby pokład, składający się z mikrokoków (przeważnie diplokoków). Przeszczepione te hodowle rosły i w żelatynie, nie rozpuszczając jej, oraz na agarze — w temperaturze pokojowej. Wzrost ich od następnego dnia — bardzo powolny.

W przypadku powyższym, w którym objawy ze strony opłucny były mniejszego natężenia, acz podobne, jak w pierwszym, musimy przypuścić, że ta sama przyczyna wywołała z lewej strony pleuritis, a z prawej pneumonię. Takie obustronne zakażenia uważamy zwykle za ciężkie, a jednak w przeciwieństwie do tego przebieg choroby był wyjątkowo pomyślny.

Ogólny stan chorego jak niemniej obfity herpes, uważany za oznakę pomyślną¹⁾, przemawiały za postawieniem dobrego rokowania, które też sprawdziło się.

Powróćmy jednak jeszcze do owego ropienia w opłucny.

¹⁾ Por. K. Zaleski. „Kilka uwag o zapaleniu płuc włóknikowem.“ Gaz. lek., 1898, № 36—38.

Kwestyę wysięków ropnych pneumonicznego pochodzenia szczegółowo przedstawił Netter ¹⁾, który też głównie zwrócił uwagę na względną łagodność tych wysięków, pomimo ich charakteru ropnego. U nas etyologię (bakteryjną) wysięków opłucny opracował Jakowski ²⁾, który między innemi przyszedł do wniosku, że empyematy, występujące przy lub po zapaleniu płuc zależą przeważnie od pneumokoków Fraenkla, najczęściej występujących w nich bez innych drobnoustrojów. „Wogóle zapalenia opłucny, zależne od pneumokoków Fraenkla, przebiegają łagodniej, niżli zależne od ropotwórczych, lub kombinacji jednych i drugich.“ Swoją drogą w jednym pneumokokowym empyemacie autor widział zejście śmiertelne skutkiem następczej zgorzeli płuc.

Z jednej strony możemy mieć zakażenie mieszane (zarówno ropotwórczych, jak i innych drobnoustrojów) bez ropienia, z drugiej znów — nawet sam pneumococcus może wywołać ropienie (t. zw. „fakultativer Eitererreger“).

Pod tym względem ma on pokrewieństwo z lasecznikiem tyfuszowym. Świeżo spotkałem się w bieżącej literaturze niemieckiej z komunikatami o ropnem zapaleniu opłucny, wywołanem specjalnie przez laseczniki Eberth'a. Fraenkel ³⁾ widział na 500 przypadków tyfusu dwa empyematy czysto-tyfusowe, które nastąpiły też bezpośrednio po nacieczeniu pneumonicznem. W jednym z nich nastąpiło samoistnie wyzdrowienie. D. Gerhardt ⁴⁾ opisuje przypadek tyfusu, w którym na początku okresu rekonwalescencji wystąpiła obustronna pneumonia, poczem z lewej strony wytworzył się wysięk, z początku surowiczy, który w kilka dni przeszedł w czysto ropny. Od początku wyhodowano w nim wyłącznie laseczniki tyfusowe. W owym czasie chory nie miewał ani kaszlu, ani plwociny, a ropa powoli wessała się całkowicie. Przed paru laty znów zdarzył się na oddziale u nas przypadek popneumonicznego ropnia w kolanie, z którego w pracowni kol. Jakowskiego wyhodowano pneumokokki. I tutaj nastąpiło samowyleczenie.

¹⁾ Bull. et mém. de la soc. med. des hôp. de Paris, 1889; Sem médic., 1890 etc.

²⁾ Gaz. lek., 1892, № 11—12.

³⁾ Deutsche med. Woch., 1899, № 15—16, ob. str. 254.

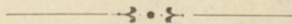
⁴⁾ „Ein Fall v. Typhusempyem mit spontaner Resorbtion.“ Mitt. a. d. Grenzgeb d. Med. u. Chir., 1899, T. V, str. 105.

Blizsze warunki takich różnic od zwykłego trybu nie są nam znane. Właśnie na skutek ogłoszonych w literaturze przypadków empyematów meta-pneumonicznych, to łagodnych, samoleczących się, to, naodwrot, bardzo nawet złośliwych, powstały różnice zapatrywań względem rokowania i leczenia resp. wskazań operacyjnych. Chodzi bowiem o wyjątek od reguły, że ropa wessać się nie może, lecz musi znaleźć ujście, które zatem należy jej nożem przyspieszyć.

Ludwik Ferdynand Bawarski ¹⁾ w obszernej swej pracy radzi w analogicznych przypadkach czekać najwyżej 3 tygodnie, poczem przystąpić do punkcji lub rezekcji, tak samo Stinzing ostrzega przed zbyt niemi zwlekaniem z operacją, a już Rosenbach doradza bezwzględnie drogę operacyjną.

Ostatnio Vierordt ²⁾ wystąpił w tej kwestyi. Zaznacza on, że empyematy pneumokokowe nie mają tendencji do przebicia się ani nazewnątrz, ani do płuca. U dzieci, jak wynika z jego spostrzeżeń, te empyematy są niebezpieczniejsze. Wogóle zaś powiada, żeby po przełomie choroby nie zwlekać z operacją i nie robić żadnej różnicy między empyematami pneumokokowymi a innemi, gdyż w przeciwnym razie ryzykujemy bardzo wiele.

Zdaje mi się jednak, że trudno w takich przypadkach stawiać obowiązujące reguły, lecz pilnie baczyć na przebieg choroby, nie przystępując natychmiast do operacji, jakby wynikało z zapatrywań Rosenbacha i Vierordta oraz wielu chirurgów. Szczegółowe rozważenie danych klinicznych (etyologia, czas trwania i przebieg, stan sił i t. p.) i wybór najodpowiedniejszej metody leczniczej stanowi właśnie sztukę lekarską w każdym poszczególnym przypadku.



¹⁾ Arch. f. kl. Med., 1892, t. 50.

²⁾ Arch. f. kl. Med., 1899, t. 64.