

**O postępowaniu przy zatkaniach tchawicy
i oskrzeli przez błony rzekome, występujących
w przebiegu krupu po tracheotomii.**

(Wykład miany w Tow. lek. krak.)

Podał

docent Dr. Pieniążek.

~~~~~

Krup należy bezsprzecznie do najcięższych chorób wieku dziecięcego, tak, że jeżeli w innych nagminnie występujących mówi się o procencie śmiertelności i podług niego ciężkość epidemii ocenia, to tu przy całym wysiłku sztuki lekarskiej dopiero o procencie wyzdrowienia mowa być może. Nie chcę przeczyć możności samoistnego wyzdrowienia w krupie, zdarza się ono jednak równie jak i formy krupu poślone wyjątkowo tylko. W obec takiej choroby sędzę, że każdy nabytek terapeutyczny, który może mieć pozytywną wartość, powinien być pożądanym, jakkolwiekby wartość ta mała nawet była. Pierwszym takim środkiem pozytywnej choć małej wartości są środki wymiotne. Zwykle sprawiają one w początku choroby ulgę, ale chwilową tylko, zdarzają się jednak przypadki, lubo bardzo rzadkie, gdzie skutek ich jest trwałym. Ilość chorych dzieci środkami wymiotnymi wyratowana sędzę, że więcej niż 1—2% nie wynosi. Stanowczy postępowanie w terapii krupu stanowi tracheotomia, ta bowiem

Z-140467

Akce. Zl. 2024...nr. 215

140240-4730

WVB P6140

sama przez się ratuje może 15%—20% chorych, chociaż bywają epidemie tak złośliwe, że i tą operacją nie wiele uratować można. W najlepszym jednak razie działanie lekarza na samą tracheotomię się nie kończy, ale po jej wykonaniu ma on jeszcze pole przez odpowiednie postępowanie usuwać grożące w dalszym przebiegu choroby niebezpieczeństwa, a w ten sposób zwiększenia jeszcze przypadków wyzdrowienia do 30—40%. O temto postępowaniu po tracheotomii mówić tu zamierzam, aby przedłożyć pod sąd i krytykę kolegów to co sam pod tym względem stosuję, a czemu, mojem zdaniem, uratowanie kilku dzieci w bardzo ciężkich przypadkach zawdzięczam. Pozwólcie Panowie, że skreślę przytém w krótkości główne typy przebiegu téj choroby po tracheotomii wraz ze stosowném w nich postępowaniem. 1) Za najłżejszą formę uważać musimy tę, gdzie po tracheotomii błony krupowe nie szerzą się na tchawicę w tym stopniu, aby w nią powtórne zwężenie pod kaniulą wywołać mogły. Przypadki te uratowane są przez samą tracheotomię, po której prócz oczyszczania kaniuli wewnętrznej uważać tylko należy na ranę i za pomocą inhalacyj zapobiegać możliwemu zaschnięciu śluzu w tchawicy lub oblepieniu nim końca kaniuli. Wydzielina tu jest śluzowo ropna, mająca jednak czasem dążność do zasychania. 2) Druga forma jest ta, gdzie po tracheotomii błony krupowe przechodzą na tchawicę w takiej ilości, że pod kaniulą powtórne zwężenie sprawiają; zwykle znajdują się one w tchawicy już podczas tracheotomii, potem zaś szerzą się dalej i grubieją. Często poprzedza je wydzielina śluzowo ropna, mająca wielką do zasychania skłonność. Zwężenie występuje tu zwykle przy szerokiej tchawicy, t. j. u starszych dzieci, na bifurkacyi, przy węższej tchawicy już w samym przebiegu jej rury blisko końca kaniuli. Jeżeli zwężenie tak powstałe jest mierne, dziecko jako tako choć z trudem oddychać może, jeżeli jednak dojdzie wyższego stopnia, wtedy grozi zaduszeniem, wymaga więc sztucznej pomocy. Tu znowu przychodzą środki wymiotne, których użycie jednak ograniczone jest, tém, że zwężenie takie raz usunięte szybko wraca, gdyż

blony krupowe szybko się odnawiają, a wreszcie często coraz niżej schodzą, ciągle zaś powtarzanie środków wymiotnych spowodziłoby tylko wyczerpanie sił dziecka, przytém skutek ich niepewny słabnie jeszcze w miarę ich powtarzania. Więcój osiągnąć tu można za pomocą inhalacyj, które już zaraz po tracheotomii są stósowne, aby wysychaniu wydzieliny zapobiedz. Ciepło pary ułatwia oddzielenie się błon, a płyn skroplony pobudza do kaszlu, tém samém do ich wykrztuszenia. Przy silniejszym zwężeniu można wbrzygiwać płyny za pomocą pulweryzatora lub téż wpuszczać kroplami w celu pobudzenia kaszlu, a wreszcie piórkiem tchawicę drażnić. Środki do inhalacyj lub wbrzygiwań używane, czy *Natr. boricum*, czy *Aq. calcis*, *Acid. lacticum v. boricum*, *resorcyn* itp., sędzę, że stoją na równi, głównie tu chodzi o mechaniczne drażnienie do kaszlu, przez który jedynie blony oderwać się mogą. Zdarzy się nieraz, że blony oderwane w większej ilości zwinięte w kłębek nagle zatkną kaniulę, cechuje się to natychmiastowém zatamowaniem wydechu. Wtedy kaniulę wyjąć należy natychmiast a dziecko zwykle cały kłębek zwiniętych błon wyrzuci. Jeżeliby to nie nastąpiło, wyjąć takowy należy w sposób niżej podany. W ten sposób czekać można, dopóki trwają dość silne oddechy i tętno znacznie nie osłabnie. Jeżeli jednak wyż wymienione środki okażą się bezskuteczne, a dziecku zagraża zaduszenie, wtedy mechanicznie blony usunąć należy. Dokonać tego można przez aspiracyję rurkami Weinlechnera, albo téż kateterami elastycznymi, które są pod tym względem dogodniejsze, bo podatne. To téż używałem zwykle do aspiracyi kateterów elastycznych a nawet Nélatonowskich, bądź całkowitych, bądź téż z obciętym końcem. Cały kateter łatwiej przez zwężenie w samą tchawicę przesunąć i w razie potrzeby sztuczne oddechania przezeń stósować, kateter zaś z obciętym końcem pozwala odskrobać blony od ścian tchawicy i wciągnąć w otwór. W ten sposób można zwężenie w samą tchawicę usunąć. Prócz tego można także przeprowadzić dłuższą kaniulę, np. Königa, przez miejsce zwężone, dopóki zwężenie nie jest zbyt wielkie i w ten sposób za-

bezpieczyc się od jego wzmagania się, ale nie od przesuwania się niżej. Zamiast kaniuli Königa używam równej długości kateteru elastycznego z obciętym końcem przymocowanego do tasiemki. U małych dzieci używałem w tym samym celu kateteru Nélatona, który mi się okazał dość elastycznym, aby nie był zgniecionym, używam go także i do aspirowania. Co do możliwości zgniecenia kateteru w samej ranie przez chrząstkę obrączkową, zwykle od 3go dnia po operacyi obawa ta nie zachodzi, nawet u kateterów Nélatonowskich, gdyż części te już zastosowały się do kształtu kaniuli. W ten sposób jesteśmy panami sytuacji aż do podziału tchawicy, cóż jednak robić, jeżeli zwężenie jeszcze niżej schodzi, a inhalacje, wbryzgiwania płynu itp. skutku nie osiągają? Tu aspiracja nie pomoże, w takim więc razie i w ogóle, gdy mnie kateter zawodzi, uciekam się do Schröterowskiej pincety krtaniowej, której obecnie i w zwężeniu w samej rurze tchawicy używam. Wprowadzam ją do tchawicy przez ranę z tak ułożonemi szczypczykami, żeby się nie na boki, lecz ku przodowi i tyłowi rozwierały, w ten sposób nie obawiam się uchwycić za klin podziałowy tchawicy. Następnie wsuwam w głąb rozwarłszy ją, oddzielając przez to błony krupowe od ścian i uchwyciwszy ich kłębek wyjmuję. Czasem za jednym, czasem za kilku razami udaje mi się oswobodzić tchawicę. Jeżeli się to działanie na nieoddechającym już dziecku rozpocznie, należy się spieszyć i zdobywszy drogę dla powietrza zaraz stósować sztuczne oddechanie; z drugiej strony wydobyć błon na dziecku, które już ustało oddechać, jest łatwiejszem. To, co tu podaję, twierdząc na podstawie doświadczenia, nieraz bowiem zdarzyło mi się wyciągać błony na dziecku już asfiktycznem, kładę też nacisk na to, aby szybko usunąć przeszkodę, t. j. błony i sztuczne oddechanie jak najprędzej i wytrwale potem stósować niezrażając się, jeżeli nie odrazu dziecko do siebie przychodzi. Jeżeli zwężenie przesuwają się poniżej, t. j. na początek oskrzeli głównych, można przy odpowiedniem wygięciu ciała na jeden lub drugi bok wprowadzić pincetę przy odpowiedniem jej wygięciu do prawego lub lewego

oskrzela i z nich błony usunąć. Możemy się wreszcie i za pomocą wzroku przekonać o umiejscowieniu zwężenia, jeżeli wprowadzimy do tchawicy przez ranę odpowiedni wziernik przy silném wygięciu głowy ku tyłowi. Wzierniki, jakich w tym celu używam, sąto skrócone wzierniki nosowe Zaufala. W ten sposób mogę widzieć bądźto błony nad bifurkacją, bądź tę ostatnią błonami pokrytą a oraz błony w początkach oskrzeli, bądź też te części wolne, co na zwężenie w mniejszych oskrzelach wskazuje. Wreszcie ręka wprowadzająca pincetę czuje, gdzie napotyka zwężenie. Patrząc przez wziernik mogę nakierować tułów na bok tak, iż początek jednego lub drugiego oskrzela dokładniej widzieć można, potem wyjąwszy wziernik wsuwam przy téj samej pozycji ciała dziecka pincetę, trzymając się przytém téj strony, w której oskrzele wejść zamierzam. Tak więc wyginam tułów na prawo i schodzę po ścianie lewój, aby wsunąć pincetę do oskrzela lewego i odwrotnie. Śmiało twierdzić mogę, że użyciu pincety téj w stosownej chwili zawdzięczam życie niejednego dziecka, które się już straconém być zdawało. Nie podaję dat statystycznych co do rezultatów w ogóle, gdyż te jedynie w obec wielkiej ilości przypadków mają wartość, w przeciwnym razie zanadto od przypadkowości zależą; podnieść jedynie muszę w téj metodzie, że tak jak aspiracyja kateterem pozwala usunąć błony krupowe tam, gdzie ich dziecko mimo wszelkiej pomocy wykrztusić nie zdoła, tak i pinceta daje nam środek ratunku tam, gdzie kateter nie wystarcza, pole jój działania nie kończy się bowiem na dole tchawicy, lecz na końcach oskrzeli głównych. Przytém jest ona w działaniu pewniejszą niż kateter i nie naraża lekarza tak jak aspiracyja, którą przecież trudno inaczej jak własnemi ustami odbywać. Że postępowanie to nie jest tak przykrém dla dziecka, jakby się zdawało, poucza mnie doświadczenie moje w téj mierze. Zrazu używałem pincety i kateterów prawie tylko w obec następującej asfiksyi, widząc jednak skutek téj metody zacząłem używać jój wcześniój, gdy dziecko rzuca się niespokojne z powodu duszenia się. Dzieciom takim zwykle przy tém postępowaniu

nie każe nawet rąk trzymać, a nie zdarza się, aby za pincetę chwyciły. Wreszcie zazwyczaj odchodzą błony w tej formie dość łatwo i bez krwi, co wyklucza skaleczenie. Zdarzyło mi się, że dziecko 7-letnie raz w ten sposób od duszności uwolnione, potem przy każdym napadzie samo wskazywało mi leżącą obok pincetę prosząc, abym jej użył, a rzucało się gniewnie, gdym kazał jeszcze inhalacje lub nabryzgiwania robić. Nie przeczę, że ta forma krupu wymaga dużo pracy ze strony lekarza, napady sufokacyi bowiem mogą się powtarzać po trzy i cztery razy na dobę od drugiego do 6—7 dnia po operacyi, a miałem przypadek, gdzie do dwóch tygodni bywało ich najmniej cztery dziennie, dziecko jednak wyratowane zostało. Przypadki tak częstych i długo powtarzających się powrotów sufokacyi zapewne bez tego rodzaju leczenia nie zdarzają się, gdyż wcześniej dziecko uleść im musi. Jeżeli błony krupowe schodzą na oskrzela drugorzędne i tam sprawiają zatkanie, przekonać się o tém można w ten sposób, że pincetą z łatwością i przez tchawicę i oskrzela główne przechodzi, wtedy jednak nie wiele z jej pomocą osiągnąć można. Zdarza się wprawdzie nieraz, że się uda wyciągnąć błoniastą rurkę z oskrzela głównego, która się dalej na trzy rurki odpowiednio oskrzelom drugiego rzędu rozdziela. W ten sposób uda się nieraz oswobodzić jedno a czasem oba płuca, ratunek jest tu jednak o wiele mniej pewny, a przytém należy tu być ostrożnym, aby nie uchwycić błony śluzowej w miejscach podziału oskrzeli głównych na drugorzędne. W ogóle za zasadę przyjmując należy, że im niżej zwężenie występuje, tém ostrożniej pincetą manipulować należy, a w ogóle chwycić się jej dopiero po wyczerpaniu wszelkich innych środków, jeżeli stan dziecka absolutnie czekać dłużej nie dozwala, słowem tam dopiero, gdzie już nie ma do stracenia. Wtenczas narzędzie to może oddać prawdziwe usługi. W samej tchawicy wcześniej pincety używać można. 3) Mówiąc o zstąpieniu błon krupowych do oskrzeli drugiego rzędu wspomnieć nam należy o trzeciej formie typowej, gdzie po tracheotomii dni kilka oddech się utrzymuje swobodny, a jeżeli zostaje utru-

dniony, to zwykle wydzieliną zaschlą klejowatą, której spore kłęбки lub rurki z tehawicy wydobyć można, a często po wyjęciu rurki dziecko je samo przy wbryzgiwaniach wyrzuca. Błony krupowe zwykle po tych klejowych dopiero się pokazują, ale są cienkie i tkwią silniej w ścianach tehawicy, tak że się trudniej odrywają. To też błony te zwykle dopiero w oskrzelach sprawiają zatkanie, które dla tego czasem czwartego dnia dopiero po tracheotomii występuje, lubo i wcześniej wystąpić może. Często zatkanie oskrzeli na oko nie przedstawia zwykłego obrazu stenozy, dziecko oddecha lekko, ale coraz słabiej, jest jak odurzone, sinieje, w końcu przestaje oddychać. Badanie płuc wykazuje w tych przypadkach, że są części, do których powietrze wcale nie dochodzi, gdy do innych dochodzi ono zupełnie łatwo. Bez tego badania możnaby cały obraz kłaść na karb dyftertycznego zakażenia. Tutaj pinceta nie już nie zdziała, wyjąwszy, jeżeli powietrze do całego jednego płuca nie dochodzi, do drugiego dochodzi łatwo. Wtenczas jest jedno główne oskrzele zatkane, pomoc więc mechaniczna może przeszkodę usunąć. Należy jednak być tu ostrożnym, cienkie błony trudniej uchwycić pincetą i trudniej je oderwać, a gdy się to uda, to rzadko w większej ilości odrazu. Ztąd też czasem pokaze się tu i wydzieliną lekko krwią zabarwioną. To jednak nie może wstrzymać od tej próby w chwili, gdy i tętno i oddech ustaje. Wreszcie przy zatkaniu oskrzeli drugorzędnych w ogóle tam, gdzie przeszkody oddechania usunąć nie można, pozostaje nam tylko utrzymywać życie przez sztuczne oddechanie, które doprowadza powietrze przynajmniej przez niezwązione jeszcze oskrzela, a nawet przez zwązione przepchać je może, przytém przez często powtarzane inhalacje, nabryzgiwania i aspiracje, przeszkadzać zlepianiu się błonek w oskrzelach i niejako łagować je powoli. Wszystko to jednak nie wiele obiecuje skutku. W każdym atoli razie można temi sposobami podtrzymywać życie, a udać się może zwrotu w przebiegu choroby doczekać. Szczególniej należy sztuczne oddechanie energicznie stosować, aby ułatwić ukwasorodnienie krwi przy zmniejszonej powierzchni płuc, do której

powietrze dochodzi, a powtóre, aby zastąpić tém kaszel, do którego dziecko wyczerpane i nieprzytomne nie jest zdolném, a który jedynie wyrzucania błon dokonać jeszcze może. W ogóle jednak formę tę równie jak przesunięcie się błon na drugorzędne oskrzela w formie poprzedniej za stan ciężki uważać musimy, tém więcej, że nie mamy środków skutecznych do działania przeciw niemu. Z opisu błon w tej formie łatwo poznać, że stanowi ona łącznik między prawdziwym krupem a dyfteryją, któreto dwie choroby w krańcowych jedynie formach stanowią różne zupełnie obrazy; pomiędzy temi obrazami napotykamy cały szereg obrazów pośrednich bliżej jednego lub drugiego krańca leżących, między któremi ściślej granicy przeprowadzić się nie da, dla czego też w niniejszym wykładzie krupu od dyfteryi nie oddzielam. 4) Ostatnią a najcięższą formę stanowią te przypadki, gdzie nie zwężenie dróg oddechowych lecz zakażenie dyfterytyczne stanowi główne niebezpieczeństwo. Sprawa wypocinowa zwykle się tu do polyku ogranicza, a jeżeli schodzi na krtan, a mianowicie na głośnię i wywołuje zwężenie jej w tym stopniu, że tracheotomii wymaga, to zwykle po wykonaniu operacyi nie sprawia zwężeń następowych, albo znacznie słabsze, a dzieci ulegają ogólnemu zakażeniu. Tu więc pomoc mechaniczna nie jest zwykle potrzebną, a nawet w razie potrzeby nieskuteczną, gdyż z innéj strony niebezpieczeństwo zagraża. Leczenie więc tych przypadków nie wchodzi w zakres obecnego wykładu.