

(Iz sanatorija Središnjeg zavoda za socijalno osiguranje Brcstovac,
šef liječnik Dr. Stanko D u j m u š i ć).

PRIM. DR. BORIS ŽIVKOVIĆ:

PERFORACIJA PLUĆA I PENICILLIN

Premda Penicillin nema nekog naročitog djelovanja na Kochov bacil, ipak postoji stanovito indikacijono područje za njegovu upotrebu i u ftizeoterapiji. U današnjem modernom liječenju plućne tuberkuloze raznim aktivnim metodama, kao što su pneumotoraks, torakoplastika, pneumoliza, endotorakalna pneumoliza i pleuroliza očito je, da su unatoč svih mjera opreznosti ipak česte vanjske infekcije tako tretiranih slučajeva. I upravo kod tih sekundarnom infekcijom kompliciranih slučajeva može nam Penicillin učiniti neizmjerne usluge, jer odstranjenjem sekundarne infekcije povisuje se broj izlječenih navedenim metodama. Ovdje ću opisati slučaj, kod kojega smo prvi put u našem sanatoriju upotrijebili u terapiji Penicilin i postigli vanredan rezultat.

M. P. 42 godine star, stolar iz Zagreba primljen u liječenje 7. jula 1945. Anamneza: otac umro od tuberkuloze. U djetinjstvu imao ospice. Prije 8 godina bolovao na bubrežima. Sadašnja bolest počela prije mjesec dana s bolovima ispod lijeve lopatice, kašljem i znojenjem. Liječničkim pregledom nađen otvoreni proces lijevog pluća. Temperatura do 38 C. Apetit osrednji, stolica i mokrenje u redu. Ne puši, ne pije. Venerična infekcija: prije 9 godina gonoreja.

Opći status pri primitku: nizak, dobro razvijen i ugojen. Status localis pri primitku: fizikalnim pregledom nađe se nad lijevim plućem bronhijalno disanje, krupni, vlažni i zvučni hropci u gornjem dijelu. Rentgenski se ustanovi lijevo infraklavikularno kao manja jabuka velika sjena, neoštro konturirana sa centralnim prosvjetljenjem veličine oraha. Tjelesna temperatura uz jutarnje remisije penje se pod veče do 37,6 C. Sputum Koch pozitivan. Sedimentacija krvi po Westergrenu 1. sat 50, 2. sat 75.

U daljem toku temperatura ostaje tjednima na visini oko 38 C. sa povremenim porastom do 38,8 C. Zato se još čeka sa aplikacijom pneumotoraksa. Kasnije temperatura litički pada i 3. augusta je dnevni maksimum na 37 C. Tada se dne 7. augusta insuflira lijevo prvi put 300 ccm zraka, pa rezultira inkompletan pneumotoraks s adhezijama na gornjem lobusu. Kolaps je ipak priličan i pneumotoraks se nastavlja s namjerom, da se kasnije kompletira izvršenjem operacije paljenja priraslica po Jacobaeusu.

Međutim već poslije prve insuflacije skače temperatura iznad 38 do 39 C, pa se očekuje eksudat, koji se zaista pojavljuje poslije pete insuflacije u visini od 3 prsta. Eksudat brzo raste, pa se 12. septembra zbog simptoma kompresije i potiskivanja srca eksudatom mora evakuirati 700 ccm bistrog eksudata. Uz to se daje intrapleuralno 30 ccm Oleum Paraffini, jer pluća počima bazalno, lateralno adherirati.

Poslije evakuacije uz nadalje visoku temperaturu eksudat ponovno raste. Dne 19. septembra nastupa jača dispnoa, a srce je jako potisnuto u desno. Sumnja se na perforaciju pluća, pa se eksuflira 300 ccm zraka. Zbog jake dispnoe mora se i idućih dana eksuflirati najprije 600 ccm, zatim još 340 ccm zraka. Pacijent jako kašlje i izbacuje obilno gnojan eksudat, što potvrđuje, da se radi zaista o pleuropulmonalnoj fistuli. Nadalje ima jake bolove u prsima lijevo, koji na Cibalgin i Dolantin jedva malo popuste. Opće stanje je teško alterirano: zbog bolova ne spava, zbog povraćanja ne može ništa jesti, teško diše i mnogo kašlje izbacujući gnoj. Dne 25. i 29. septembra izvadi se punkcijom svaki put po jedna litra gustog gnoja i ispere pleuralna šupljina sa 1‰ Rivanolom i fiziološkom otopinom. Uz to pacijent dobiva dnevno: 5 ccm Prontosila intramuskularno 2 puta po 20 ccm glukoze sa 2 ccm Coramina intravenozno i 5 ccm Oleum Camphoratum subcutano. Dnevno se mora eksuflirati od 300 do 1100 ccm zraka, a između 5. i 17. oktobra ponove se još četiri puta punkcije i lavacije pri čemu ima svaki put oko jedna litra gnoja. Gnoj kod punkcije jako zaudara, a isto tako i onaj ekspektorirani. U pneumotoraksu ne da se eksuflacijom više postići negativan pritisak nego samo do nule. Uz to se na jednom mjestu toraksa lateralno, gdje su bile vršene punkcije, pojavljuje mala vanjska fistula, na koju također izlazi nešto gnoja, a okolina fistule je upaljena i jače edematozna.

Unatoč punkcija sa lavacijama, parenteralnog davanja sulfamida (per os ne može zbog povraćanja) i tri put dnevno davnih cardiaca, ipak srce postepeno popušta i dne 20. oktobra imamo sliku cardiovascularne insuficijencije: koža, sluznice i sklere su blijedo-žute-voštane boje, pacijent je stalno obliiven hladnim znojem, zbog slabosti ne može više ekspektorirati, nego se čuje uz dispnoično disanje hroptanje, noge su edematozne, temperatura je kritički pala sa 39 na 37 C, a puls je preko 120 u minuti i jedva se pipa. Premda je pacijent pri svijesti, kako je to često kod tuberkuloze do zadnjeg časa, ipak smatramo stanje agonalnim, o čemu izvještavamo familiju. Nastavljamo dosadanjom terapijom i uz to se odlučujemo, da prvi put u našem zavodu pokušamo aplicirati Penicillin.

Zauzimanjem njegovog liječnika uspijemo smjesta nabaviti 500.000 jedinica toga preparata i dne 22. oktobra u potpuno beznadnom stanju

pacijentu se evakuira gnoj iz pleure uz lavaciju Rivanolom i daje kroz pet dana dnevno po 100.000 jedinica Penicillina i to polovina intrapleuralno, a polovina intramuskularno. Ostalu terapiju nastavljamo kao do sada.

Već idućeg dana se pacijent bolje osjeća, nema bolova, frekvencija i kvaliteta pulsa se popravlja, fistula se na toraksu pomalo zatvara, a edema na nogama nestaje. Još se jednom 25. oktobra punktira i ispere pleura, ali ovaj puta nije to više smrdljivi gnoj nego zamućeni eksudat bez foetora. Naročito napominjem, da smo do sada uz intrapleuralno davanje Penicillina aplicirali ga i intramuskularno, a prije aplikacije ispirali pleuru Rivanolom. Sve to zato, jer nismo još posjedovali nikakove literature o Penicillinu. Međutim nam je uspjele istu dobiti. Potaknuti dosadanjim uspjehom naručimo još jedan milijun jedinica Penicillina i apliciramo kroz daljnjih deset dana, ali ovaj puta bez prethodne lavacije dezinfektornim sredstvom, koje oslabljuje djelovanje Penicillina i svu količinu dajemo samo intrapleuralno.

Pacijent se upravo očigledno oporavlja. Temperatura, koja je nakon oporavka kardio-vaskularnog aparata bila opet porasla do 38 C, sada litički pada, a s njom paralelno pada i frekvencija pulsa, pa se nakon mjesec dana obje nalaze na normalni. Još se jednom izvadi 100 ccm i jednom 400 ccm eksudata, a zatim se on prestaje stvarati, dok pleuralna šupljina postepeno obliterira.

Odmah u početku terapije Penicillinom postale su nepotrebne eksuflacije, premda bolesnik još neko vrijeme ekspektorira gnojni eksudat. Lokalizacija same plućne fistule mora da je bila u gornjem lobusu pluća, jer je tu bio patološki proces, dakle i locus minoris resistentiae, a za to govori i okolnost, da je uvijek onda iskašljavao gnojni eksudat, pa i u sjedećem stavu, kad bi eksudat porasao do visine drugog rebra. Fistula na pluću mora da je bila srednje veličine, što možemo zaključiti po eksufliranim količinama zraka, a pred aplikaciju Penicillina mora da se povećala, jer se više ne da postići negativan tlak u pneumotoraksu.

Sadašnje stanje pacijenta, koji se još uvijek nalazi u našem zavodu je vrlo dobro. Tjelesna težina bila je kod dolaska 62 kg, zatim je za vrijeme naprijed opisanih komplikacija znatno oslabio, računamo kojih 8 kg, ali se naravno nije vagao, jer zbog općeg teškog stanja mjesecima nije napuštao postelje, te su i svi zahvati rađeni u ležećem ili polusjedećem stavu. Sada ima 65 kg, što je za njegovu visinu od 158 cm dovoljno, a još se dalje oporavlja. Sedimentacija krvi po Westergreenu, koja je bila kod dolaska 1. sat 50, 2. sat 75, poskočila je već u početku eksudata na 98—118 sada je pala na 1. sat 8, 2. sat 18.

Sputum je poslije aplikacije pneumotoraksa postao negativan i još je danas negativan.

Sadašnji rentgenski nalaz je slijedeći: lijevo u srednjem dijelu lateralno dva prsta širok plašt pneumotoraksa, koji u gornjem dijelu široko adherira a isto tako i bazalno do polovine toraksa. U dnu džepa pneumotoraksa oko jedan prst tekućine. Gornja trećina pluća posuta gustim, tvrdim, oštro ograničenim pjegama. Desno pluće b. o.

Iz svega toga vidimo, da je danas stanje stabilizirano i premda pacijent još nije sposoban za rad, on je zahvaljujući Penicillinu spašen, a ima izgleda, da će za par mjeseci moći početi vršiti lakši posao.

DR. SAVA PETKOVIĆ, urolog, Beograd:

AMBULANTNA DIJAGNOSTIKA I OCENA SPOSOBNOSTI BUBREŽNIH BOLESNIKA

Pri oceni radne sposobnosti kod bubrežnih oboljenja lekar mora biti rukovoden s jedne strane time da bolesniku pruži maksimum mogućnosti za oporavak, koji često puta traje vrlo dugo, a s druge strane da na vreme osposobi svoga bolesnika za rad, pri čemu mora znati da postoje izvesna jasno izražena oboljenja koja ipak ne zahtevaju nesposobnost, i ako se lečenje mora nastaviti. Ova druga činjenica izgleda malo neverovatna bolesnicima a nekad i lekarima, ali lekar stručnjak o istoj mora dobro voditi računa jer se inače izlaže nekorisnim izdancima.

Mi ćemo preći najpre glavne simptome bubrežnih oboljenja, a zatim neka od češćih oboljenja, i istaći one crte koje imaju specijalni značaj za lekara socijalnog osiguranja.

Odmah napominjemo da se u sumnjivim slučajevima simulacije mora mokrenje lično kontrolisati, kao i to da kod žene ne treba uzimati drugi nalaz u obzir, sem nalaza sterilno uzete mokraće (kateterom).

B i s t r a m o k r a ć a. Ako bolesnik insistira da boluje od nekog bubrežnog oboljenja a lekar pri tom nađe da je mokraća bistra, sme li onda lekar da bez daljeg oglasi tog bolesnika sposobnim? Nikako. Postoji čitav niz oboljenja bubrega gde je mokraća bistra i bez ikakvih laboratoriskih nalaza (albumen, sed.). Kamen, neoplazma, hipertenzivni nefrit i dr. mogu imati savršeno bistru mokraću i bez elemenata. Postoji čak i tuberkuloza bubrega u specijalnom slučaju kada je oboleli bubreg »isključen« (to jest ureter mu je zapušten te bubreg ne luči mokraću) gde je mokraća bez nalaza. I druga oboljenja (hidronefroza, kamen) mogu isključiti bubreg te će mokraća biti bez nalaza. U ova-