

CYSTOZUSAN LETOKOLT EMPYEMA, TÜDŐGENNYEDÉST UTÁNZÓ BRONCHORRHOEAVAL*

Nagy A.

A tüdő és a mellhártya anatómiai és patológiai egységének ismeretében nem meglepő, hogy mindennapi észleléseink közé tartozik a tüdő megbetegedéseinek csatlakozó pleuritis éppúgy, mint a kiterjedt mellhártyakéregesedést kísérő tüdőfibrozis és hörgtágulat. A beteg pleura néha egészen különleges képet ad: utánozhat valamely radiológiailag jól meghatározható képletet, vagy „semmire se” hasonlítva okoz komoly diagnosztikai nehézséget, s a kóros árnyék valódi természetét csak a közvetlen észlelés (próbapunkció, sebészi feltárás) tisztázza.

Közlésre szánt esetünkben a pleuritis felismerése egyben a tüdőgennyedésekre jellemző bőséges és bűzös váladékkürítés szokatlan kórzármazásának megfejtését is jelentette.

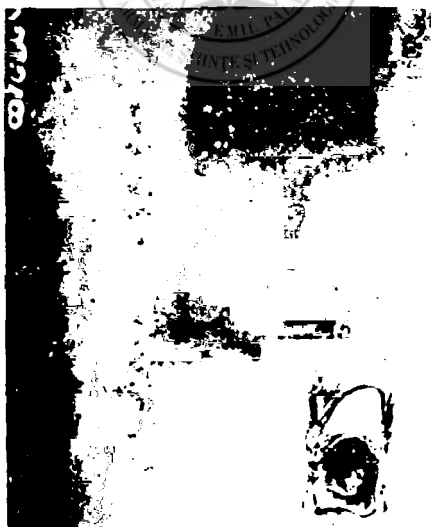
H. C. 48 éves férfibeteget 1984. október 25-én vettük fel klinikánkra (kórlap sz. 648/1984). Foglalkozása lakatos. Kórelőzményében 40 évvel ezelőtt lezajlott j.o. mellhártyalob szerepelt. Jelen betegsége szeptember derekán kezdődött mellkasi fájdalmakkal, lázzal, elesettséggel. Belgyógyászati osztályon ápolták j.o. bazális tüdőgyulladás és társult pleuritis kórismével. Tetracyklint kapott és többször próbálkoztak mellkascsapolással, eredménytelenül. Három hét után „javult” állapotban távozott, otthonra Erythromycin-kezelést írtak elő. A beteg otthonában tíz napig tartózkodott, ezalatt láza naponta 39 fok körül ingadozott, kínzó köhögés lépett fel bő köpetürítéssel, általános állapota súlyosbodott. Mert a zárójelentésben tüdőtumor gyanúja is szerepelt, klinikánkra utalták. Felvételekor igen meggyötört, sápadt beteget látunk, lázas, köhögési rohamai vannak, köpetét teleshájjal, hányásszerűen üríti. A savós küllemű, enyhén bűzös, üledéket alig tartalmazó köpet napi mennyisége 1000 ml. Fizikális vizsgálattal az egész jobb mellkasfél tompult kopogtatási hangot ad, hátul kifejezett tomulattal; a hallgatóság itt gyengült légzést jelez. Más szervek részéről kóros eltérést nem észlelünk. Mellkas rgt: a nyílirányú felvételen (1. ábra) enyhén beszűkült jobb mellkasfél látható, a

* Elhangzott az OTT Tüdőgyógyászati Szakosztályának 1984. december 6-1. ülésén.

NAGY A.: CYSTOZUSAN LETOKOLT EMPYEMA, TÜDOGENNYEDEST
UTANZÓ BRONCHORRHOEÁVAL



1. ábra



2. ábra

ŃAGY A.: CYSTOZUSAN LĚTOKOLT EMPYĚMA, TUDĚGENNYĚDĚST
UTANZO BRONCHORRHOEVAL



4. ábra

sinus phrenicocostalist kitöltő és a mellkasfal mentén felfelé néhány cm-nyire követhető kalluszárnyékkal. A mellkasfél közepén férfiökölnyi. lágyrész intenzitású, a kallusztól függetlennek tetsző, belső szélével a hilst érintő, élesen körülhatárolt, tojás alakú, inhomogén árnyék helyezkedik el, amely az oldalirányú képen a hátsó falhoz fekvő egynemű, élesszélű, ugyancsak ovoid képlet, a letokolt izzadmány jellegzetességei nélkül. A P-A és oldalirányú rétegfelvétel (2., 3. ábra) rögblabdát idéző cisztózus képet mutat, hörgők pneumogramjától kísértén — ez utóbbi nyilirányban a felső szélén kettős kontúrúnak tünteti fel a lerít tömlőárnyéket. Tuberkulin-próba: negatív. Casoni-próba: negatív. Laboratóriumi vizsgálatok: vvt.-süllyedés 100 132; vvt.-szám 3800000; fvs. 9400: Hgl 81⁰/₀; vércukor 75 mg⁰/₀; SGOT 65 mE/ml; SGPT 10 mE/ml; szérumszfehérje 7,28 g⁰/₀; albumin 62⁰/₀; α_1 glob. 3⁰/₀, α_2 glob. 10⁰/₀, β -glob. 8⁰/₀, γ -glob. 17⁰/₀; köpet: Koch-negatív.

Az általános állapotot súlyosan érintő betegség legfőbb tünetei (a széptikus lázmenet, a kifejezett sápadtság, a befolyásolhatatlan, kinzó köhögés, a bő és már enyhén büzös köpet ürítése) tüdőgennyedésre utaltak. Ampicillin-kezelést vezetünk be, de ez nem befolyásolta a fenti tüneteket. A napok múlva megismételt röntgen-vizsgálat alapján — a tetemes köpetürítés ellenére a cisztózus képlet nem vált hidroaerikussá — két, egymástól független betegség, nevezetesen valamely tumorális röntgenárnyéket adó megbetegedés és hörgőtágulat (pleurogén?) együttes előfordulására gondoltunk. Bronchológiai vizsgálatot a beteg állapota nem engedett meg, az exploratív toracotómia kockázatosnak és haszontalannak tűnt. Mert a letokolt izzadmány kórismétjét az előző beutalás ideje alatti sikertelen punkciók ellenére sem vethettük el teljes bizottsággal, a cisztózus képlet megcsapolását határoztuk el. Az ezúttal végzett punkcióval sűrű, zöldes-sárga, rothadt káposzta szagú genny ürült. Alapos pleuramosás után Ampicillint és Streptomycint fecskendeztünk a mellhártya-ürbe. A gennyből E. colit tenyésztettünk ki. Moglepetésünkre a tasak kiürítése után a beteg köhögése és köpetürítése nyomban megszűnt, este már láztalan volt. Újabb, egyben utolsó pleuramosást két nap múlva végeztünk, ez alkalommal már szagtalan, steril, folyékony gennyet találtunk. Két hét múlva a mellkasfelvétel csak a régi mellhártya-hegesedés képét mutatta, amely durva, vonalas árnyékaival behatol a lebenyközi résekbe is (4. ábra). A beteg panasz- és tünetmentessége megmaradt, általános állapota rohamosan javult, vvt.-süllyedése normalizálódott, gyógyulása véglegesnek bizonyult.

Megbeszélés

Betegünk pleuritisze (empyemája) évtizedekkel ezelőtt hegesedéssel gyógyult izzadmányos mellhártyagyulladás talaján keletkezett, következésképpen az ezúttal képződött folyadék ott és olyan formában helyezkedett el, ahol és ahogy a szabadon maradt mellhártya-űr azt megengedte. A tüdőt a hátsó mellkasfal felől komprimáló ciszta alakú tasak a gáorig hatolt, feltehetőleg már ott nyomást gyakorolva a régi pleuritis nyomán megszaporodott és zsugorodott kötőszövetbe ágyazott hörgőkre, amelyeknek diszlokált segmentális ágai jól követhetőek a rétegfelvételeken. A tüdő kötőszövetes elemeinek e temérdeksége, kiterjedt mellhártyakérge-

sedés mellett általában pleurogén, amint ezt már a múlt századbeli és a századfordulón élt klasszikusok is (*Biermer, Rokitansky, Korányi* és mások) bizonyították, a hörgőtágulatok kialakulásával egyetemben (1). Betegünknel hörgőtágulatra utaló klinikai tünet sem betegsége előtt, sem azután nem volt észlelhető; nem feltételezhető tehát hogy ez alkalommal egy meglévő hörgő-folyamat suppurációs fellángolásáról lenne szó. A tüdőgennyedést utánzó tünetek betegségének harmadik hetében, a hörgi kompresszió bizonyos fokán léptek fel egyre súlyosbodó jelleggel és az empyema lecsapolása után átmenet nélkül tűntek el. A köpet már enyhén bűzös volt és nagy mennyiségű, de savós küllemű és rétegződés nélküli. A hörgőváladék nagymérvű megszaporodásának lehetséges mechanikus eredetére *Burford* és *Burbank* amerikai sebészek hívták fel a figyelmet 1945-ben; mellkasi sérüléseket követően észlelték és keletkezésében fő szerepet reflektorikus bronchiolus-görcs felléptének tulajdonítanak (2). Esetünkben a hörgi kompresszió legkifejezettebben a gátorban — e közismerten reflexogén zónában — érvényesülhetett és a hörgők feltételezhető megtöretésével bizonyos fokú pangást is okozhatott. A szokatlan alakú, cisztózus empyema-tasak — mely maga is diagnosztikai problémát jelentett — így kiváltó és fenntartó oka lehetett a „nedves tüdő” (*wet lung*) fogalma alatt ismert tünetcsoportnak.

Irodalom

1. *Korányi S.*: Belorvostani előadásai. Negyedik sorozat, Singer és Wolfner Kiad., Budapest, 1912; 2. XXX Orvosi Lexikon Q—Z. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1973, 961.

A szerkesztőségbe érkezett: 1984. december 7.

A. Nagy

THORACIC EMPYEMA WITH CYSTIC ASPECT ASSOCIATED WITH CLINICAL SYMPTOMS OF PULMONARY SUPPURATION

The author presents the case of coli-pleuritis with cystic aspect in the right half of the chest, with scars of a previous pleuritis, which was associated with clinical symptoms resembling pulmonary suppuration (daily 1000 ml slightly fetid sputum coughed up, painful coughing fits, septic course of fever). The cystic empyema pouch — which in itself was a diagnostic problem — possibly caused and maintained the syndrome known as "wet lung".