

ΕΛΛΗΝΙΚ

ΑΔΕΛΦΗ

ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΝ

ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ

ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥ.

ΧΩΝ

ΕΛΛΗΝΙ

ΔΩΝ

ΝΟΣΟΚΟ-

ΜΩΝ

ΥΓΙΑΣ



ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΣ ΑΔΕΛΦΗ

ΔΙΜΗΝΙΑΙΟΝ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΝ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ ΕΛΛΗΝΙΔΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ
(Πύργος Ἀθηνῶν (Γ' Κτίριον) 11:1α, Ἀθήναι 610)

●
Ἔτησίᾳ Συνδρομῇ Περιοδικοῦ, διὰ τὸ ἐσωτερικὸν δρχ. 50
» διὰ τὸ ἐξωτερικὸν \$ 3
Τιμὴ τεύχους δρχ. 10
●

Ἐπεύθυνος ἐκδόσεως
ΑΝΔΡΟΜΑΧΗ ΖΑΦΕΙΡΙΟΥ, Θεραπευτήριον «Εὐαγγελισμός»,
Ἐψηλάντου 45 - 47, Ἀθήναι Τ.Τ. 140.

Τύποις: Μ. καὶ Ν. Ἀθανασοπούλου, Ρήγα Παλαμῆδη 5, Τηλ. 3219306

Προϊστάμενος τοῦ Τυπογραφείου:
Ἀθανάσιος Ἀθανασόπουλος, Ρήγα Παλαμῆδη 5

Ἡ διεύθυνσις ἐπιφυλάσσει εἰς ἑαυτὴν πάντοτε τὸ δικαίωμα νὰ μὴ δημοσιεύῃ
ἢ νὰ συντέμνη κατὰ τὴν κρίσιν τῆς οἰονδήποτε χειρόγραφον.
Χειρόγραφα δὲν ἐπιστρέφονται.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | Σελίς |
|---|-------|
| Κωνσταντῖνος Γεωργακόπουλος | 2 |
| Ὁ ἄρρωστος καὶ τὸ στενὸν περιβάλλον του | 6 |
| Σύγχρονη θεραπευτικὴ ἀντιμετώπισις ἐγκαυμάτων | 12 |
| Ἐγιεινὴ τῶν ἄκρων ποδιῶν | 17 |
| Τὰ βασικὰ χαρακτηριστικὰ τοῦ Ἐλληνικοῦ Πολιτισμοῦ καὶ ἡ σημασία αὐτῶν σήμερα | 22 |
| Ὁ ἀλκοολισμὸς ὡς νόσος | 25 |
| Χαιρετισμὸς | 30 |
| Ἐπουργεῖον Κοινωνικῶν Ἐπηρεσιῶν | 31 |
| Δημοσιεύσεις - Ἀνακοινώσεις | 32 |

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΙΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ

Κιολξίδου Σοφία

Προϊσταμένη Χειρουργικῆς Κλινικῆς
Γενικὸν Νοσοκομεῖον Ξάνθης

Ἡ θεραπεία τῶν ἐγκαυμάτων ἀποτελεῖ πρόβλημα τοῦ ὁποίου ἡ ὀρθή ἀντιμετώπι-
σις ἡμπορεῖ γὰ ἐλαττώσῃ τὸ ποσοστὸν θνη-
σιμότητος καὶ τῶν δημιουργημένων ἀνα-
πηριῶν καὶ παραμορφώσεων. Διὰ τὸν σκο-
πὸν αὐτὸν ἔχουν δημιουργηθῆ εἰς τὰ πλέον
ιατρικῶς ὀργανωμένα κράτη εἰδικὰ κέντρα
θεραπείας ἐγκαυμάτων εἰς τὰ ὁποῖα ἐφαρ-
μόζονται αἱ τελειώτεροι μέθοδοι θεραπείας
ὑπὸ εἰδικευμένου ἱατρικοῦ καὶ νοσηλευτι-
κοῦ προσωπικοῦ πρὸς ἐπίτευξιν ἱκανοποι-
ητικῶν ἀποτελεσμάτων. Ἡ συχνότης ἐμφα-
νίσεως ἐγκαυμάτων εἰς τὰς διαφόρους
ὁμάδας ἡλικιῶν εἶναι διάφορος καὶ ἔχει
ὡς ἀκολούθως:

α) Βρέφη ἡλικίας μικροτέρας τοῦ ἐνὸς
ἔτους. Τὰ ἐγκαύματα εἰς τὴν ἡλικίαν αὐ-
τὴν εἶναι ἀσυνήθη καὶ συνήθως ὀφείλονται
εἰς τὴν ἀμέλειαν τῶν συνοδῶν.

β) Βρέφη ἡλικίας 1—3 ἐτῶν. Ἐγκαύ-
ματα ἐκ ζέοντος ὕδατος, γάλακτος ἢ ἄλ-
λων ὑγρῶν εἶναι τὰ πλέον συνηθισμένα,
καὶ ὀφείλονται εἰς τὴν μὴ λήψιν προφυλα-
κτικῶν μέτρων καὶ τὴν ἄγνοιαν τοῦ κιν-
δύνου. Εἶναι μερικοῦ πάχους δέρματος καὶ
ἡ πρόγνωσις των εἶναι εὐνοϊκῆ.

γ) Παιδιὰ ἡλικίας 10—15 ἐτῶν. Τὰ
ἐγκαύματα εἰς τὴν ἡλικίαν αὐτὴν εἶναι
ἀσυνήθη.

ε) Ἐνήλικες 15—65 ἐτῶν. Εἰς αὐτὴν
τὴν ὁμάδα ἡλικιῶν τὰ ἐγκαύματα ὀφείλονται

συνήθως εἰς ἐργατικά ἀτυχήματα ἀπο-
τελοῦν δὲ τὸ ἥμισυ τοῦ συνολικοῦ ἀριθμοῦ
ἐγκαυμάτων, ἐξ αὐτῶν δὲ τὸ ἥμισυ ἀνή-
κουν εἰς ἄρρενας.

στ) Ἡλικιωμένα ἄτομα ἄνω τῶν 65
ἐτῶν. Ἡ πρόγνωσις τῶν ἐγκαυμάτων εἰς
τὴν ἡλικίαν αὐτὴν εἶναι κακὴ διότι ἡ κά-
κωσις ἀφορᾷ ὅλον τὸ πάχος τοῦ δέρματος.

ζ) Οἱ ἐπιληπτικοὶ ἀποτελοῦν εἰδικὸν
πρόβλημα διότι κατὰ τὴν περίοδον τῆς
ἀπωλείας τῆς συνειδήσεώς των εἶναι δυ-
νατὸν γὰ ἔλθουν εἰς παρατεταμένην ἐπαφήν
μετὰ τινος θερμοῦ ἀντικειμένου τοῦ δημι-
ουργουμένου ἐγκαύματος ὄντος βαρυτάτης
μορφῆς. Ἡ διαίρεσις τῶν ἐγκαυμάτων σή-
μερον γίνεται εἰς:

1) Μερικοῦ πάχους δέρματος.

2) Ὀλικοῦ πάχους δέρματος.

3) Μικτὰ ἐγκαύματα εἰς τὰ ὁποῖα ὑπάρ-
χουν περιοχαὶ βλάβης μερικοῦ πάχους
δέρματος καὶ βλάβης ὀλικοῦ πάχους δέρ-
ματος. Συνήθως ἡ διάκρισις τῶν βλαβῶν
εἶναι δυσχερῆς τὰς πρώτας ἡμέρας καὶ
καθίσταται δὲ ἐμφανῆς κατὰ τὴν 14ην
ἕως 21ην ἡμέραν, ὅτε τὰ μὲν μερικοῦ πά-
χους δέρματος ἐγκαύματα ἐπουλοῦνται, τὰ
δὲ ὀλικοῦ πάχους δέρματος τοιαῦτα ἐσχα-
ροποιοῦνται.

Σημασίαν ἐπίσης διὰ τὴν ἐκτίμησιν τῆς
βαρύτητος τοῦ ἐγκαύματος ἔχει ἡ ἔκτασις
αὐτοῦ. Γενικῶς ἐγκαύματα τὰ ὁποῖα κα-

ταλαμβάνουν 5—7% τῆς ἐπιφανείας τοῦ σώματος εἰς μικρὰ παιδιά καὶ ἐγκαύματα ποὺ καταλαμβάνουν τὸ 10—15% τῆς ἐπιφανείας τοῦ σώματος εἰς ἐνήλικας, δέον ὅπως εἰσάγονται εἰς τὰ Νοσοκομεῖα. Ἐπίσης εἰσάγονται εἰς τὸ Νοσοκομεῖον ἐγκαύματα τὰ ὁποῖα εἶναι μικροτέρας ἐκτάσεως, ἀλλὰ ἀφοροῦν εἰδικὰς περιοχάς, ὅπως εἶναι τὸ περίνεον, τὰ γεννητικὰ ὄργανα, ὀφθαλμοὶ κλπ. Ἡ ἐκτίμησις τῆς ἐκτάσεως τῶν ἐγκαυμάτων γίνεται βάσει τοῦ κανόνα τῶν 9, εἰς τὸν ὁποῖον αἱ διαφοραὶ περιοχαὶ τοῦ σώματος εἶναι ὑποδιαιρέσεις ἢ πολλαπλάσια τοῦ 9. Ἡ θεραπεία τῶν ἐγκαυμάτων ἀποβλέπει εἰς τήν:

α) Θεραπείαν τῆς καταπληξίας ἐπὶ ἐκτεταμένων ἐγκαυμάτων.

β) Συντηρητικὴν θεραπείαν ἀποσκοπούσης εἰς τήν:

- 1) Καταπολέμισιν τῆς ἐπιμολύνσεως.
- 2) Ἀφαίρεσιν τῶν ἐσχάρων καὶ
- 3) Μεταμόσχευσιν δέρματος.

Θεραπεία τῆς καταπληξίας:

Ὅλοι οἱ συγγραφεῖς συμφωνοῦν ὅτι ἐνήλικες ἀσθενεῖς τῶν ὁποίων ἡ ἐγκαυματικὴ ἐπιφάνεια εἶναι πλέον τῶν 15%, καὶ παιδιά τῶν ὁποίων ἡ ἐγκαυματικὴ ἐπιφάνεια εἶναι πλέον τῶν 10%, εὐρίσκονται εἰς κατάστασιν καταπληξίας καὶ ἔχουν ἀνάγκην εἰδικῆς θεραπείας πρὸς ἀντιμετώπισιν αὐτῆς. Εἰς τὰς εἰδικὰς μονάδας ἐγκαυμάτων εἰς τὸ Νοσοκομεῖον Pinderfield—Wakefield κλπ. οἱ ἀσθενεῖς οὗτοι εἰσάγονται καὶ νοσηλεύονται εἰς εἰδικούς θαλάμους ἀντι-SHOCK ἀγωγῆς ὑπὸ εἰδικευμένου προσωπικοῦ. Ἀμέσως μετὰ τὴν εἰσαγωγήν τοῦ ἀσθενοῦς γίνεται:

1) Ἐνδοφλέβιος χορήγησις ὑγρῶν, ἢ ὁποῖα εἶναι ἀπαραίτητος ἵνα ἀποφευχθῇ ἡ

μετάπτωσις τοῦ ἀναταξίμου SHOCK εἰς μὴ ἀνατάξιμον. Δὲν ὑπάρχει ὁμοφωνία ὡς πρὸς τὸ εἶδος καὶ τὴν ποσότητα τῶν χορηγούμενων ὑγρῶν. Οἱ Muir καὶ Barclay 1962, συνιστοῦν τὴν χορήγησιν πλάσματος διὰ τὰς πρώτας 36 ὥρας, αἱ ὁποῖαι διαιροῦνται εἰς 6 μικροτέρας περιόδους 4 ὥρῶν, 4 ὥρῶν, 4 ὥρῶν, 6 ὥρῶν, 6 ὥρῶν καὶ 12 ὥρῶν. Ἡ χορηγούμενη ποσότης πλάσματος δι' ἐκάστην περίοδον ὑπολογίζεται συμφώνως πρὸς τὸν κατωτέρω κανόνα.

Βάρος σώματος εἰς Kg r
X % ἐγκαυματικῆς ἐπιφανείας = ML χορηγούμενου πλάσματος δι' ἐκάστην χρονικὴν περίοδον.

Μετὰ τὸ πέρας ἐκάστης χρονικῆς περιόδου ἐκτιμᾶται ἡ βελτίωσις ἢ ὄχι τῆς καταστάσεως τοῦ ἀσθενοῦς, καὶ ἐπὶ μὴ βελτιώσεως αὐξάνεται ἡ ποσότης τοῦ χορηγούμενου πλάσματος.

Ἐπὶ ἐκτεταμένων ἐγκαυμάτων, πλέον τῶν 10% τῆς ἐπιφανείας τοῦ σώματος τὸ πλάσμα ἀντικαθίσταται ὑπὸ τοῦ αἵματος διὰ τὴν 2αν καὶ 3ην χρονικὴν περίοδον, τῆς ποσότητος ὑπολογιζομένης συμφώνως πρὸς τὸν ἀνωτέρω κανόνα. Ἐπίσης τὸ πλάσμα δύναται νὰ ἀντικατασταθῇ ὑπὸ Διαλύματος Δεξτράνης, ἐνῶ ὠρισμένοι συγγραφεῖς χρησιμοποιοῦν κρυσταλλικὰ διαλύματα NaCl Jackson καὶ Cason (1966) ἢ κρυσταλλικῶν καὶ κολλοειδῶν διαλυμάτων κατὰ τὴν φόρμουλαν τοῦ Ἐδανς.

Κατὰ τὴν διάρκειαν τῆς ἀγωγῆς κατὰ τῆς καταπληξίας καὶ συγκεκριμένως κατὰ τὸ πέρας ἐκάστης χρονικῆς περιόδου γίνονται αἱ ἐξῆς παρατηρήσεις:

- 1) Παρουσία διεγέρσεων
- 2) Τὸ χρῶμα τοῦ ἀσθενοῦς

- 3) Πίεσις τοῦ αἵματος
- 4) Ποσότης ἀποβαλλομένων οὔρων
- 5) Ποσότης ἀναρροφημένων γαστρικῶν ὑγρῶν
- 6) Ἐκτίμησις αἱματοκρίτου.

Ἡ ἠλεκτρολυτικὴ ἰσορροπία εἶναι δυνατὸν γὰρ διατηρηθῆ διὰ τῆς χορηγήσεως μόνον πλάσματος μὴ οὔσης ἀπαραιτήτου τῆς χορηγήσεως κρυσταλλικῶν διαλυμάτων. Ἐπὶ μὴ δὲ ὑπάρξεως ἐμέτων χορηγοῦνται ὑγρά ἀπὸ τοῦ στόματος. Ἡ κυριώτερα ἐπιπλοκὴ κατὰ τὴν περίοδον τοῦ Shock εἶναι ἡ νεφρική ἀνεπάρκεια ἢ ὁποῖα ἐκδηλοῦται εἴτε ὡς ὀξεία ὀλιγουρία, εἴτε ὡς τελεία ἀνουρία, εἶναι δὲ πολὺ κακῆς προγνώσεως καὶ δὲν ὑποχωρεῖ οὔτε διὰ τῆς τοποθετήσεως τοῦ ἀσθενοῦς εἰς τεχνικὸν νεφρόν.

Τὸ δεῦτερον σκέλος τῆς θεραπείας τῶν ἐγκαυμάτων εἶναι ἡ φροντίς τῆς ἐγκαυματικῆς ἐπιφανείας, ἢ ὁποῖα ἀποσκοπεῖ κατὰ κύριον σκοπὸν εἰς τὴν ἀποφυγὴν τῆς ἐπιμόλυνσεως, ἢ ὁποῖα ἀποτελεῖ τὸ πλεόν σημαντικὸν καὶ ἐν πολλοῖς ἄλυτον πρόβλημα τῆς θεραπείας τῶν ἐγκαυμάτων. Τὸ ἐξίδρωμα τῆς ἐγκαυματικῆς ἐπιφανείας ἀποτελεῖ ἰδανικὸν μέσον καλλιέργειας τῶν μικροοργανισμῶν. Ἡ μόλυνσις τῆς ἐγκαυματικῆς ἐπιφανείας προκαλεῖ τὰς κάτωθι ἐπιπλοκάς:

- 1) καθυστέρησιν τῆς τοπικῆς ἐπουλώσεως.
- 2) Ἐπιζῶντα ἐπιθηλικὰ κύτταρα καταστρέφονται καὶ τὰ μερικοῦ πάχους δέρματος ἐγκαύματα μετατρέπονται εἰς ὀλικοῦ πάχους τοιαῦτα.
- 3) Τὰ δερματικὰ μοςχεύματα ἀπορρίπτονται.
- 4) Μικροβιακαὶ τοξίνοι ἀπορροφόμενοι προκαλοῦν γενικὰ συμπτώματα.
- 5) Τὰ μικρόβια δυνατὸν γὰρ προκαλέσων κυτταρίτιδα.

6) Τὰ μικρόβια εἰσερχόμενα εἰς τὴν κυκλοφορίαν τοῦ αἵματος προκαλοῦν σηψαιμία.

Οἱ πλεόν συνήθεις μικροοργανισμοὶ οἱ προκαλοῦντες τὰς ἐπιμόλυνσεις εἶναι ὁ χρυσίζων σταφυλόκοκκος καὶ οἱ κατὰ Gram — ἀρνητικοὶ μικροοργανισμοὶ — Ψευδομονὰς ἢ Πυοκυανικὴ καὶ πρωτεύς.

Τὰ ἐγκαύματα ἀρχικῶς εἶναι στεῖρα μικροβίων, ἀλλὰ ἐπιμόλυνονται ταχέως κυρίως ἀπὸ τὰς χεῖρας καὶ ἀναπνευστικὰς ὁδοὺς τῶν παρεχόντων τὰς πρῶτας βοηθείας ἀτόμων, ὡς ἐπίσης καὶ ἐκ τῶν μὴ ἀποστειρομένων περιτυλιγμάτων. Ἐντὸς τοῦ Νοσοκομείου ἢ ἐπιμόλυνσις γίνεται ἐκ τῶν ἐπιμόλυνθέντων τραυμάτων πλησίον εὑρισκομένων ἀσθενῶν, ἢ ὑπὸ τοῦ Νοσηλευτικοῦ καὶ Ἰατρικοῦ προσωπικοῦ τὸ ὁποῖον εἶναι μικροβιοφόρον. Διὰ τὸν λόγον αὐτὸν ἢ νοσηλεία τῶν ἐγκαυμάτων εἰς τὰς εἰδικὰς μονάδας ἐπιτελεῖται ἐντὸς εἰδικῶν ὑαλοφράκτων θαλάμων ἐνὸς διὰ ἕκαστον ἀσθενήν, τὸ δὲ νοσηλευτικὸν προσωπικὸν εἶναι εἰδικὸν μὴ ἐρχόμενον εἰς ἐπαφὴν μετὰ τὰ ἄλλα τμήματα τοῦ Νοσοκομείου, μεταχειρίζονται πάντοτε δὲ αὐστηρῶς ἀσηπτικὰς μεθόδους ἀλλαγῆς τῶν ἐγκαυμάτων, τὰ ὁποῖα ὅταν εἶναι ἐκτεταμένα ἀλλάσσονται ἐντὸς εἰδικῶν θαλάμων εἰς τοὺς ὁποίους καὶ ὁ διοχετευόμενος εἰσέτι ἀήρ εἶναι ἀποστειρομένος (Νοσοκομεῖον ἀτυχημάτων Birmingham μονὰς ἐγκαυμάτων).

Εἰς ὁρισμένας μονάδας ἐπίσης τὰ ἐγκαύματα νοσηλεύονται ἐντὸς εἰδικῶν πλαστικῶν περιβλημάτων τὰ ὁποῖα περιβάλλουν τὴν κλίνη τοῦ ἀσθενοῦς. Ἡ θερμοκρασία ἐντὸς αὐτῶν διατηρεῖται σταθερὰ καὶ ὁ διοχετευόμενος ἀήρ ἀποστειρώνεται.

Ἄνοιχτὴ μέθοδος θεραπείας:

Ἡ ἐγκαυματικὴ ἐπιφάνεια ἀφίεται ἐλευ-

θέρα, όποτε σχηματίζεται έπ' αὐτῆς μετά πάροδον 12—24 ώρων στερεά έφελκίς ή όποία και άποτελεϊ τόν προστατευτικόν φραγμόν έναντίον τῆς έπιμολύνσεως τοῦ έγκαύματος. Όλη ή φροντίς άποδλέπει όπως διατηρηθῆ ό έπίπαγος ξηρός και άνευ ρωγμῶν αί όποίαί άποτελοῦν πύλη είσόδου τῶν μικροοργανισμῶν. Έπί μερικοῦ πάχους δέρματος ή στερεά έφελκίς άποπίπτει μετά 10—12 ήμέρας. Όταν ή έγκαυματική έπιφάνεια καταλαμβάνει όλόκληρον τήν περιφέρεια ενός μέλους κατά τήν συρρίκνωσιν ταύτης, είναι δυνατόν να συμπιεσθοῦν τά υποκείμενα άγγεία και να παρακωλυθῆ ή κυκλοφορία οδηγούσα μέχρι ίσχαϊμικῆς νεκρώσεως τοῦ μέλους. Γενικῶς ή άνοικτή μέθοδος έφαρμόζεται διά έγκαύματα τοῦ προσώπου και έγκαύματα τά όποία περιορίζονται εις μίαν έπιφάνειαν τοῦ κορμοῦ ή τῶν άκρων.

Μέθοδος έπικαλύψεως :

Διά τῆς μεθόδου αὐτῆς ή έγκαυματική έπιφάνεια έπικαλύπτεται διά στρώματος γάζης, βάμβακος άπορροφητικοῦ και έπιδέσμων.

Η μέθοδος αὐτή είναι κατάλληλη διά έγκαύματα τῶν άκρων τά όποία δύνανται οὔτω να έπικαλυφθοῦν τελείως.

Διά τῆς έπικαλύψεως έπιτυγχάγεται :

1) Μηχανικός φραγμός πρὸς πρόληψιν τῆς έπιμολύνσεως διά μεταφερομένων εκ τῶν έξω μικροοργανισμῶν.

2) Άπορρόφησις τοῦ έξιδρώματος και δημιουργία ξηρᾶς έπιφανείας επί τοῦ έγκαύματος.

3) Έφαρμογή αντιμικροβιακῶν σκευασμάτων.

Πρὸς άποφυγήν έπιμολύνσεως τῆς γάζης επί τῆς έγκαυματικῆς έπιφανείας χρησι-

μοποιεῖται βαζελινομένη γάζα τύπου Galonet ή Carbonet. Πρὸς καταπολέμησιν δέ τῶν έπιμολύνσεων έφαρμόζονται επίσης επί τοῦ έγκαύματος αντιβιοτικά άλοιφαί. Αί συνηθέστερον χρησιμοποιούμεναι άλοιφαί είναι :

1) Κρέμα Sulfamylon ή όποία περιέχει 10 % P-Aminomethyl Beureue Sulfonamide και καταπολεμεῖ τήν διά τῆς Πυοκυανικῆς Ψευδομονάδος έπιμόλυνσιν. Gentimicin Cream ή όποία χρησιμοποιεῖται κατά τῆς Πυοκυανικῆς Ψευδομονάδος και τοῦ χρυσίζοντος σταφυλοκόκκου. Η συστηματική χρησιμοποίησις καταπολεμεῖ τήν διά Πυοκυανικῆς Ψευδομονάδος σηψαιμίαν.

Τὸ 1965 ό muyer και οι συνεργάται του περιέγραψαν τήν χρησιμοποίησιν διαλύματος 0,5% Νιτρικοῦ άργύρου πρὸς συνεχῆ διαδροχήν ανά τρίωρον, τῶν γαζῶν έπικαλυπτόντων τήν έγκαυματικήν έπιφάνειαν. Διά τῆς μεθόδου αὐτῆς έπιτυγχάγεται προφύλαξις εκ τῆς έπιμολύνσεως διά τῆς Πυοκυανικῆς Ψευδομονάδος.

Εἰς άσθενεῖς φέροντας όλικοῦ πάχους δέρματος έγκαύματα, έφαρμόζονται και υποστηρικτικά μέτρα τῆς γενικῆς καταστάσεως, πρὸς τόν σκοπόν αύξήσεως τῆς άντιστάσεως τοῦ οργανισμοῦ πρὸς τήν είσβολήν τῶν μικροοργανισμῶν. Τά μέτρα αὐτά είναι :

1) Μεταγγίσεις αίματος πρὸς αντιμετώπισιν τῆς άναιμίας, ή όποία αναπτύσσεται κατά τήν 3ην έβδομάδα και τήν άπώλειαν τοῦ αίματος κατά τήν άφαίρεσιν τῶν έσχάρων.

2) Διατροφή διά τῆς τροφῆς ύψιλῆς θερμιδικῆς ισχύος.

3) Χορήγησις σκευασμάτων σιδήρου και βιταμινῶν.

4) Συστηματική χορήγησις καταλλήλων αντιβιοτικῶν διά τήν αντιμετώπισιν τῆς

σηψαιμίας δια μικροοργανισμῶν θετικῶν ἢ ἀρνητικῶν κατὰ Cram.

Μεταμόσχευσις δέρματος:

Τὰ μερικοῦ πάχους δέρματος ἐγκαύματα συνήθως ἐπουλοῦνται κατὰ τὴν 2αν ἢ 3ην ἐβδομάδα. Αἱ ἐσχάραι περιορισμένης ἐκτάσεως ὀλικοῦ πάχους δέρματος ἐγκαυμάτων, ἰδίως ὅταν ἐντοπίζονται εἰς τὰ ἄκρα ἀφαιροῦνται τὰς πρώτας ἡμέρας καὶ ἐν συνεχείᾳ ἐκτελεῖται μεταμόσχευσις δέρματος. Εἰς τὰ ἐκτεταμένα ὅμως ἐγκαύματα ὀλικοῦ πάχους δέρματος αἱ ἐσχάραι ἀφίενται ἐπὶ τρεῖς ἐβδομάδας, ὅτε ἀποπίπτουν ἀφ' ἑαυτοῖς ἢ ἐκτέμνονται καὶ ἐν συνεχείᾳ ἐκτελεῖται μεταμόσχευσις δέρματος.

Ἐπιβιώσις:

Εἰς καλῶς ὀργανωμένας μονάδας ἐγκαυμάτων εἶναι δυνατὸν νὰ παρατηρηθῇ ἐπιβίωσις ὀρισμένων περιστατικῶν ἐγκαυμάτων 50-60% τῆς ἐπιφανείας τοῦ σώματος ἐπὶ νεαρῶν ἐνηλίκων.

Ἐπὶ ἡλικιωμένων ἀτόμων ἡ πρόγνωσις εἶναι πάντοτε βαρεῖα. Γενικῶς ἡ πρόγνωσις εἶναι βαρεῖα ἐπὶ παιδίων ὅταν τὸ ἔγκαυμα καταλαμβάνει 40% τῆς ἐπιφανείας τοῦ σώματος.

Συμπέρασμα:

Ἐξ ὧν ἀνεφέρθησαν ἀνωτέρω γίνεται ἀντιληπτὸν ὅτι ὀρθή θεραπευτικὴ ἀντιμετώπισις τῶν ἐγκαυμάτων μὲ ἐκτακτικὰ

θεραπευτικὰ ἀποτελέσματα καὶ μὲ ὑψηλὸν ποσοστὸν ἐπιβιώσεως, εἶναι δυνατὴ μόνον εἰς ὀργανωμένας μονάδας ἐπηγδρωμένας μὲ εἰδικευμένον νοσηλευτικὸν καὶ ἰατρικὸν προσωπικόν. Ἐκ τούτου ὅμως γνωρίζομεν δὲν ὑπάρχει καὶν ὑποτυπώδης τοιαύτη μονάδα ὅχι εἰς ἐπαρχιακὰς, ἀλλὰ οὔτε εἰς Κεντρικὰ Νοσοκομειακὰ Κέντρα, καὶ ἡ θεραπεία τῶν ἐγκαυμάτων εἶναι τελείως ἐμπειρικὴ ἀπὸ ἀπόψεως νοσηλείας ἰδίως. Θὰ ἠθέλαμεν λοιπὸν νὰ ἐκφράσωμεν τὴν εὐχὴν, ὅπως εἰς τὸ μέλλον δημιουργηθοῦν τοιαῦται μονάδαι, ὅχι ὡς ξεχωριστὰ συγκροτήματα, ἀλλὰ ἐντὸς τῶν δυνατοτήτων τῶν εἰδη ὑπαρχόντων Νοσοκομείων, διὰ νὰ δυνηθῶμεν νὰ προσφέρωμεν θετικὰς ὑπηρεσίας εἰς τοὺς ἐγκαυτίας ἀσθενεῖς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Artr, C. P. Reiss, E. (1957) Treatment of Burns Philadelphia: W. B. Saunders Co.
2. Evans, A. J. (1957) Experiences of a Burns Unit Review of 520 Cases Brit. Med. Journal, 2, 547
3. Evans, E. I. et Al (1952) Fluid and Electrolyte Requirements in Severe Burns. Ann. Surg. 135, 804
4. Barclay, T. L. (1967) The Management of Burns. Hosp. Medicine 13, 1138
5. Barclay, T. L. Muir, I. F. K. (1962) Burns and Their Treatment, Lloyd-Luke London.
6. Jackson, D. Casou, J. S. (1966) Proc. Second International Congress on Research in Burns 1965. Livingstone Edinburgh.