7518
XIII S.
B 14418
Bz 58610
641410 II
17.
5,-

7518 XIII

Kilka uwag o leczeniu ropnego zapalenia ucha środkowego.

Napisał

Dr. Stefan Schoengut.

Artykuł K. Koehlera p. t.: *Czy leczenie suche przy otitis media purulenta ma racyę bytu?*, zamieszczony w *Nowinach lekarskich* 1893., zeszyt 10, zachęca mnie do wypowiedzenia kilku uwag, tyczących się roztrząsanego tamże przedmiotu. Autor wymienionego artykułu powiada, że każde zapalenie ucha środkowego ma swoiste cechy i, że wybór środka musi być dla każdego przypadku z osobna zastósowany. Na to można tylko zgodzić się, jak również przyznać trzeba, że używanie środków sproszkowanych a nierozpuszczalnych w ogóle nie daje tu dobrych wyników. Z nich dermatol, jako bardzo osuszający, w kilku przypadkach okazał mi się nawet wprost szkodliwym tak, że zarzuciłem go zupełnie. Inaczej, mojem zdaniem, rzecz ma się z kwasem borowym sproszkowanym, który K. widocznie potępia w jednym rzędzie z nierozpuszczalnymi środkami. Co do tego leku, następujące uczyniłem spostrzeżenia: stósowanie go w postaci bardzo miałkiego proszku w ostrych zapaleniach ropnych ucha środkowego daje prawie zawsze lepsze wyniki od

wszystkich innych tu zalecanych środków. Należy tylko uwzględniać pewne okoliczności; i tak n. p. nie używać kw. borowego bezpośrednio po przebiciu błony bębenkowej, kiedy zazwyczaj jeszcze utrzymują się gwałtowne, ostre objawy. Gdy otwór w błonie jest zbyt mały, również zaniechać trzeba tego leczenia; chociaż w niektórych przypadkach nastąpić może z innych powodów konieczność sztucznego rozszerzenia otworu perforacyjnego, poczem znów ze skutkiem wdmuchiwać można kwas borowy. Tak więc w pewnych okresach ostrego ropnego zapalenia środek ten okazał mi się najcenniejszym lekiem. Co do przewlekłego ropotoku, to w formach niepowikłanych kwas borowy, co najmniej, nie gorsze od innych oddaje usługi; a jeśli często nie prowadzi do szybkiego wyleczenia, to przyczyna tkwi raczej w uporczywości choroby, która i pod wpływem innych, czy stałych czy płynnych leków niełatwo ustępuje. Stósowawszy najrozmaitsze sposoby leczenia w całym szeregu przypadków, wróciłem znów do kwasu borowego sproszkowanego, słusznie zalecanego przez Bezolda. Jasną jest rzeczą, że tam, gdzie na tle przewlekłego ropienia wytworzyły się ziarniny, polipy albo *caries* szerzy się, po tym sposobie leczenia niczego spodziewać się nie można i stósować tu będziemy jużto przyżegania chlorkiem żelaza, jużto zabiegi chirurgiczne i t. d. Również leczenie spraw przewlekłych na tle gruźliczem lub kiłowem będzie wymagać innych modyfikacyj. Przekroczyłoby ramy tych moich uwag rozwodzenie się nad tym przedmiotem.

Działanie sproszkowanego kwasu borowego tłomaczyć możnaby w ten sposób, że jako ciało powoli rozpuszczające się działa przez czas dłuższy, tworząc z wydzieliną roztczyny. Nigdy nie dostrzegłem, żeby kwas borowy w miernej ilości każdym razem wdmuchiwany, utrudniał lub tamował odpływ wydzieliny, jak to kol. K. podaje o środkach nierozpuszczalnych. Oczywiście nie należy go stósować w takiej ilości, żeby cały przewód zewnętrzny był nim wypełniony. Przypadki, w których ucho nie znosi kwasu borowego, stósowanego przy uwzględnieniu powyższych okoliczności i gdzie

wzmaga się szum i następuje zajęcie głowy, należą według mych spostrzeżeń do wielkich rzadkości. Wiadomo, że małe ilości kwasu borowego nawet dłuższy czas pozostawać mogą w uchu nie wywołując żadnych złych następstw [1]).

Jeszcze kilka słów o przestrzykiwaniu ucha w ropotoku jamy bębenkowej. Kol. Koehler życzy sobie aby przestrzykiwanie ograniczyć do *minimum*, bo „każdorazowy prąd płynu uderza o ścianę błędnika a mechaniczne te urazy muszą dlań być szkodliwymi". Sądzę, że ostrożne przestrzykanie, szczególnie zaś ręką lekarza, nie może stanowić urazu. Ngidy też nie widziałem rzekomych szkód, ztąd powstających a nie znam innego sposobu, któryby wydzielinę, często w niezmiernej ilości jamę i przewód wypełniającą, mógł wydalić skutecznie. W przypadkach, gdzie już w godzinę po przestrzykaniu jama i przewód są zalane ropą, bez przestrzykiwań, i to częstych, obejść się chyba nie można. Wydzieliny nieobfitej, gęstej i lepkiej także inaczej oddalić nie potrafimy. Wkraplanie małej ilości płynu nigdy nie zdoła ucha środkowego oczyścić z produktów zapalnych, jak to kol. K. podaje. O tem łatwo każdy może się przekonać. Nie da się zaprzeczyć, że przestrzykiwać należy do pewnego stopnia wprawną ręką, lecz to przeciw pożytkowi metody bynajmniej nie przemawia. Zdarzający się czasem po przestrzykaniu chwilowy zawrót głowy (objaw ucisku na ścianę błędnika), doraźnie usunąć można przedmuchaniem ucha przez trąbkę sposobem Politzera. Ten zabieg wogóle winien grać ważną rolę w leczeniu ropotoku ucha środkowego, raz dla utrzymania drożności trąbki, po drugie dlatego, że prąd powietrza jako *vis a tergo* wydzielinę posuwa ku zewnątrz i czyni ją przystępniejszą dla prądu płynu, którym przestrzykujemy.

Kto widział wiele przypadków, w których w przebiegu ropotoku ucha środkowego wystąpiły groźne objawy, czy zadraźnienia opon mózgowych, czy rozpoczynającego się za-

---

[1]) Urbantschitsch: Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Wien. 1890. str. 320.

palenia wyrostka sutkowego i w których po 2—3 dniowych pilnych przestrzykiwaniach i po wydaleniu zatrzymanej ropy wszystkie te objawy ustąpiły, przyczem oczywiście zapalenie ucha trwać może dalej, ten chyba nie może twierdzić, „że przestrzykiwanie uszu jest wogóle przeciwwskazanem“. Na mechaniczne oddalanie wydzieliny, mojem zdaniem, wielki kłaść nacisk należy a komplikacye w rodzaju wspomnianych najłatwiej wystąpią tam, gdzie w ropotoku zaniedbuje się systematycznego oczyszczania za pomocą przestrzykiwań. Tego zaś nie możemy zrobić przez wlanie kilku kropel płynu do ucha. Wszak są przypadki szczególnie, gdzie i *antrum mastoideum* lub wyrostek zajęte, w których i przestrzykanie przewodu nie wystarcza do oczyszczenia jamy bębenkowej i gdzie uciec się trzeba do przepłukiwań kaniulą Hartmana, do jamy bębenkowej wprowadzoną lub do przepłukiwań przez trąbkę, jak to zaleca van Millingen, a wtedy dopiero otrzymać można pożądany skutek.

Kolega K. zaleca jedynie wkraplanie rozczynów leków, nie podając jakich. Bezwątpienia są przypadki nadające się do tej terapii, ale i tu bez poprzedniego przestrzykania i oczyszczenia nic nie uzyskamy. Jak bowiem ma działać lek płynny na błonę śluzową, pokrytą warstwą gęstej ropy lub oddzielonych, zmartwiałych przybłonków?

Tem mniej to jest możliwem w schorzeniach stropu jamy (*atticus*), o których słusznie mówi kol. K., że dość często towarzyszą ropotokowi. Tu wkraplanie przez niego zalecane nie może odnieść skutku, bo płyn albo wcale tam się nie dostanie, albo tylko niedostatecznie, chociażbyśmy i ucisk wywierali na *tragus*. A gdy dostanie się już i do stropu, to nie zdoła go oczyścić z wydzieliny, która właśnie w tych formach zwykła mocno przylegać i często bywa pomieszaną z masami przybłonkowemi. Jeśli się tych mas nie oddala systematycznie, może się następowo wytworzyć *cholesteatoma*. W tych przypadkach proste przestrzykanie strzykawką lub balonem także nie wystarczy; tu użyć musimy

zakrzywionych rurek Hartmana lub Politzera, któremi można skierować siłę prądu ku stropowi [1]).

Szczegółowy rozbiór różnych sposobów leczenia w różnych formach ropotoku jamy bębenkowej pozostawiam na później; wdając się w niniejszą dyskusyę chciałem jedynie zwrócić uwagę, że jakkolwiek nie można być zwolennikiem wyłącznie suchego leczenia, tak znów nie można ograniczać się wyłącznie do wkrapłań płynów, z pominięciem przestrzykiwania, które w daleko większej liczbie przypadków okaże się niezbędnem.

[1]) W tym celu podał Politzer zmyślny, lecz nieco skomplikowany przyrząd, za pomocą którego przez rotacyę zakrzywionej rurki można nadać dowolny kierunek prądowi płynu.

Biblioteka Jagiellońska

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1894. Nr. 3.

Kraków, 1894. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.