

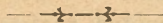


OSTRY ROPOTOK JAMY SZCZĘKOWEJ.

(*Empyema antri Highmori acutum*).

Opisał

Władysław Wróblewski.



W pracy niniejszej mam zamiar zwrócić uwagę na cierpienie bardzo częste o przykrym dla chorego przebiegu i o następstwach nieraz bardzo poważnych. Sprawa ta, rzadko dotychczas opisywana, zbyt mało bywa uwzględniana, być może dlatego, że chorzy nią dotknięci rzadko udają się w odpowiednim czasie po poradę do lekarza.

W każdym prawie podręczniku chorób nosa znaleźć można wzmiankę o ostrych ropotokach jam obocznych, występujących bądź to w następstwie ostrego nieżytu nosa, bądź też jako powikłanie po zabiegach operacyjnych lub po przebytych chorobach zakaźnych.

To też okoliczność skłania mię do opisanie ropotoku ostrego jamy szczękowej na podstawie własnego doświadczenia.

Nie będę tutaj opisywał wszystkich przezemnie spostrzeganych przypadków tego cierpienia; ograniczę się na przedstawieniu kilku tylko obserwacji, które przebieg kliniczny tej choroby we właściwym postawię świetle.

I. B. W. zgłosił się do mnie d. 16. IV. 1896 r. z powodu zatkania nozdrza lewego. Przy badaniu stwierdziłem polipowate zwyrodnienie muszli średniej lewej, która wypełniała prawie całkowicie światło nozdrza. Nazajutrz muszla usuniętą została za pomocą pętlicy galwanokaustycznej. Gojenie szło prawidłowo aż do piątego dnia po operacji. Wtedy to wystąpiły bóle strzykające w twarzy, oku i głowie po stronie lewej i bardzo obfita wydzielina ropna z lewego nozdrza. Objawy te poprzedzały dreszcze i podniesienie ciepłoty ciała w dniu poprzednim.

Badanie wykazało bardzo obfite ropienie w okolicy odjętej muszli i zupełne zaciemnienie policzka i oka lewego przy prześwietlaniu, t. j. przy włożeniu lampki elektrycznej do jamy ustnej.

Nie ulegało wątpliwości, że miałem do czynienia z ostrym ropotokiem jamy szczękowej. Za powód tego pogorszenia chory podaje przeziębienie, gdyż całe rano dnia poprzedniego jeździł konno i przemokł do nitki.

101738120

Z-140191

WV W9570 1899

Akc. z l. 2024 nr 212

W ciągu 10 dni sprawa zakończyła się zupełnem wyzdrowieniem; nawrotu choroby nie było; drożność nosa została przywróconą.

II. J. N., lat 28, zgłosił się do mnie d. 5. XI. 1897 r. z zapytaniem czy ma się poddać operacyi otwarcia jamy szczękowej, którą mu zalecono jako jedyny sposób wyleczenia. Obawę przed operacją chory uzasadnia zdaniem innego lekarza, który uważał chloroformowanie w tym przypadku za przeciwskazane ze względu na stan serca.

Choroba trwająca od tygodnia, poprzedzona gorączką, polegała na silnym bólu oka i policzka prawego, jakoteż na nader obfitym wypływie ropnym z nozdrza prawego.

Przy badaniu zauważyłem w nozdrzu prawem muszle bardzo powiększone, pulchne, czerwone i nieomal tonące w ropie; drożność zupełnie zniesiona. W nozdrzu lewem muszle nieco przekrwione, drożność zupełna, wydzieliny żadnej. W gardzieli nieżyt przewlekły. W jamie noso-gardzielowej sporo ropy na ścianie tylnej, dużo na nozdrzu tylnem prawem i nieco na stropie. Większość zębów popsuta oddawna.

Prześwietlanie wykazuje zupełne zaciemnienie policzka i oka prawego, jaskrawo odbijające od strony lewej, różowo przeświecającej.

Stan ogólny chorego pozostawia dużo do życzenia. Był to człowiek szczupły, nerwowy, wrażliwy, miewający napady duszniczy bolesnej. Przed 7 laty przebywał syfisz. W narządach wewnętrznych wyraźnych zmian nie zauważyłem. Leczenie polegało na położeniu chorego do łóżka, ciepłych kompresach na policzki prawy, zadaniu salolu do wewnątrz i wprowadzeniu do nosa na wacie maści z kokainą, poczem w ciągu paru dni nastąpiła znaczna ulga, gdyż bóle przeszły i ilość wypływu ropnego znacznie się zmniejszyła. Od d. 10. XI zamiast salolu podawałem jodek sodu. Wydzielina z dnia na dzień zmniejszała się i przybierała wygląd śluzo-ropny.

Dnia 19. XI. Prześwietlanie prawego policzka wykazuje nieco mniejsze zaciemnienie. Dnia 5. XII. Ropy bardzo mało; więcej śluzowej wydzieliny z nosa. Przeświecalność prawego policzka powraca.

Dnia 12. XII. Przeświecalność zupełna, ropy zupełnie niema. Jodek sodu podawano w ciągu 6 tygodni. Nawrotu cierpienia dotąd nie było; chorego widywałem kilkakrotnie.

III. Pan D., 35 lat, dobrze zbudowany, zawsze dotąd zdrowy; zgłosił się do mnie d. 26. IX. 1898 r. z powodu nadwyzwyczaj obfitego wypływu złowonnej ropy z nozdrza prawego, który po raz pierwszy zauważył przed 3-ma dniami. Ropotok ten połączony był z niezmiernym bólem w nosie, dreszczami i gorączką [w chwili badania 38,4°]. Choroba powstała nagle po przejechaniu nocą ośmiu mil drogi otwartym powozem podczas silnego wiatru.

Przy badaniu znalazłem muszlę dolną prawą czerwoną, wodnisto-obrzmiałą wypełniającą całe światło nozdrza; w nozdrzu lewem muszle zgrubiałe, przy zachowanej drożności. W gardzieli nieżyt ziarnisty, przeważnie boczny. Prześwietlanie wykazuje zupełne zaciemnienie policzka i oka prawego.

Przy zabiegach leczniczych poprzednio opisanych, zdrowienie postępowało bardzo szybko, gdyż d. 30. IX. już chory subiektywnie czuł się znacznie

lepiej; muszle mniej były wodniste i nacieczone. Prześwietlanie wykazało policzki prawy ciemnym, lecz mała smuga różowa zjawiała się już pod okiem prawem. W dalszym ciągu zamiast salolu zaleciłem jodek potasu.

Dnia 8. X. Prześwietlanie zupełne; wydzielina śluzowa, muszla dolna prawa nieco zgrubiała.

W kilka tygodni później oprócz przewlekłego nieżyty nosa, na który zresztą D. cierpiał oddawna, żadnych zmian w jamie HIGHMOR'a nie znalazłem.

IV. Dnia 26. X. 1893 r. widziałem po raz pierwszy chorego H. R. lat 34, który od dni sześciu dotknięty był ostrym nieżytem nosa z nader obfitą wydzieliną ropną z nozdrza lewego, zwłaszcza w rannych godzinach. Od lat trzech cierpiał na ropótok uszny.

Muszle nosowe z obu stron poduszkowato obrzmiałe, w nozdrzu zaś lewem u góry trochę drobnych polipów, tamże dużo ropy. Prześwietlanie wykazuje zupełne zaciemnienie policzka i oka lewego.

Przy leczeniu zwykłem [łóżko, salol, kompresy, *Ungt. cocaini*] już d. 29, X. znaczna poprawa (*kali jodatum*); d. 5. XI zaś zupełna przeświecalność; ropotok ustał, pozostał zwykły nieżyt. R. wyjechał z Warszawy na czas dłuższy.

V-te spostrzeżenie dotyczy pana M., dziś lat 37 liczącego, którego mam w opiece lekarskiej od lat trzynastu. Ma on tak wielką skłonność do ostrych ropotoków jamy szczękowych, że przebywał je kilkanaście razy, a występują przy okazji każdego większego kataru nosa, czemu sprzyja zajęcie jego, jako ajenta kupieckiego, większą część roku spędzającego w podróży. Ja sam spostrzegałem to cierpienie u niego 5 czy 6 razy. Bywało ono to z lewej to z prawej strony, trwało od 3 do 5 tygodni; przebieg był mniej więcej taki, jak w wyżej opisanych przypadkach. Nos, gardziel i jamy szczękowe w stanie zwykłym zgoła żadnych zmian nie przedstawiają, łatwość więc zachorowywania na ostre ropotoki jamy szczękowych można przypisać tylko anatomicznym stosunkom, ułatwiającym przechodzenie nieżyty nosa do jamy obocznych.

Po tych kilku przykładach, przechodząc do etyologii i przebiegu klinicznego ostrych ropotoków jamy HIGHMOR'a, zaznaczyć winienem, że choroba ta dokładnie opisaną została po raz pierwszy przez AVELLIS'a (*Das acute Kieferhöhlenempyem und die Frage der Selbstheilung desselben. Archiv f. Laryng. Tom IV. 1896 r.*) Jest to praca podstawowa, aczkolwiek nie wolna od usterek, wymagających sprostowania.

Ostry ropotok jamy szczękowej może być wywołany różnemi przyczynami, na pierwszym jednak miejscu postawić należy wpływ szybkich zmian ciepłoty [t. zw. przeziębienie]. Znaczenie czynnika tego występuje wyraźnie w powyżej przytoczonych spostrzeżeniach.

Ropotok towarzyszyć może ostremu nieżytowi nosa wszelkiego pochodzenia przy pewnych sprzyjających warunkach, np. przy obecności pasożytów ropotwórczych, przy pewnej anatomicznej budowie otworu, łączącego jamę szczękową z przewodem średnim nosa i t. p.

Przy tych warunkach ropotok powstawać może czasami po zupełnie nawet niewinnych zabiegach operacyjnych.

Wreszcie cierpienie to może być następstwem różnych chorób zakaźnych i wtedy ze względu na ważność podstawowej choroby mniej zwraca uwagę lekarza. To też chory udaje się do specjalisty o poradę w pełni rozwoju tej uporczywej choroby już po przejściu zakażenia [influenzy, tyfusu, zapalenia płuc i t. d.].

Wtedy zwykle już mamy do czynienia z ropotokiem przewlekłym.

Zdarza się również, że pacyenci, zasięgając porady z powodu np. cierpienia krtani, w historii choroby przytaczają bardzo dokładny opis i przebieg niezwyklego kataru nosa, o którym specjalista z wielkiem prawdopodobieństwem powiedzieć może, że był to ostry ropotok, który uległ samoistnemu wyleczeniu. Przy zwróceniu w tym kierunku jakiej takiej uwagi przekonamy się, że fakty podobne spotykają się dosyć często.

Ostre ropotoki jamy HIGHMOR'a mogą być obustronne lub jednostronne, częściej widywałem te ostatnie.

Kto raz przebył tę chorobę ma już pewną skłonność do niej, co jak mi się zdaje wypływa tylko z budowy anatomicznej, ułatwiającej przenikanie wydzieliny nosa do jamy szczękowej przez niezwykle wielki otwór. Otwór ten (*ostium maxillare*) w granicach normalnych nitkowaty, dochodzi niekiedy aż do szerokości 4-ch milimetrów według ZUCKERKANDL'a; a nadto może być również otwór dodatkowy (*ostium accessorium*). Tymi właśnie warunkami anatomicznymi objaśnić można łatwość przechodzenia spraw chorobowych z nosa do jam szczękowych. Też same jednak warunki, ułatwiając odpływ z jam, sprządzają wyleczenie, gdy tymczasem przy wązkim otworze szczękowym ropotok przechodzi zwykle w stan przewlekły i tylko za pomocą operacyi usuniętym być może.

Objawy tego cierpienia zależą od nasilenia sprawy chorobowej.

Wogóle są to objawy mocnego kataru nosa, któremu towarzyszą: ogólne rozbicie, a szczególnie zajęcie głowy, nacisk, uczucie napięcia wewnątrz szczęki górnej, wypływ ropny nader obfity, niekiedy z przymieszką krwi. Wypływ ten w znacznej większości przypadków bywa jednostronnym, jednakowy tak w ciągu dnia jak i w nocy. Przy przewlekłych zaś ropotokach, jak wiadomo, wypływ zjawia się tylko z rana po wstaniu z łóżka i trwa kilka godzin, pod wieczór zaś i w nocy ustaje.

Bóle występują i w gałce ocznej strony odpowiadającej ropotokowi; czasami skarżą się chorzy na bóle strzykające w całej odpowiedniej połowie czaszki, a zwłaszcza w tyłogłowie. Bóle te zwiększają się przy wszelkich ruchach: chodzeniu, kichaniu, kaszlu, nachylaniu się i t. p.

Zupełny brak łaknienia i powonienia zawsze tu prawie nieważne miejsce.

AVELLIS odróżnia jeszcze drugą postać ostrego ropotoku o t. zw. ciężkim przebiegu, w której do powyżej przytoczonych objawów przyłącza się mniej lub więcej wysoka gorączka, apatya, światłowstręt, bredzenie, uczucie ciężkiej choroby, bardzo obfity wypływ ropny, mdłości, wymioty, utrudnienie my-

ślenia. Ciężki przebieg bywa następstwem chorób zakaźnych [np. influenza], aczkolwiek czasami występuje samodzielnie.

Przy ropotokach ostrych wpływ rzadko bywa cuchnącym, gdy tymczasem w przebiegu ropotoków przewlekłych najczęściej wydzielina bywa złowonna.

Pragnąłbym jeszcze zwrócić tutaj uwagę na jeden objaw szczegółowo opisany przez AVELLIS'a, którego w praktyce swojej nie spostrzegałem. Jest to mianowicie obrzęk policzków i powiek podczas ostrego przebiegu omawianej sprawy. Obrzęki te mają miękką konsystencję, barwę czerwoną; ustępują one bez interwencji lekarza w miarę poprawiania się zasadniczej choroby. Dla ustalenia rozpoznania koniecznem jest zbadanie nosa wziernikiem i prześwietlenie. Przy badaniu wziernikiem widzimy zwykle muszle nosowe bardzo przekrwione, pulchne, obrzmiałe, czasami w stanie obrzęku. Muszle te zazwyczaj kąpią się w ropie. Przy pewnej wprawie na podstawie wyglądu muszel i ropy można dojść do przekonania, że tutaj zachodzi nie tylko sama sprawa chorobowa w nosie, lecz że siedlisko jej głębiej się znajduje.

Rozstrzyga w tych razach stanowczo prześwietlanie, który przy ostrym ropotoku jamy HIGHMOR'a daje bez porównania pewniejsze wyniki, aniżeli przy ropotoku przewlekłym. Jeżeli przy przewlekłych ropotokach na samem prześwietlaniu rozpoznania opierać nie można, to przy ostrych jest ono zawsze, mojem zdaniem, ostatecznie decydującem. Strona zajęta ropotokiem jest tak zupełnie ciemną wraz z gałką oczną i przestrzenią podoczołową, że odbija na pierwszy rzut oka bardzo wyraźnie od strony zdrowej, jaskrawo różowej.

Pewną trudność mogłoby stanowić rozpoznanie za pomocą prześwietlania w razie obustronnego ropotoku, gdyby nie cały szereg wyżej wyliczonych, dość charakterystycznych objawów przedmiotowych i podmiotowych. Pomoże tu również każdemu lekarzowi jego osobiste doświadczenie, które mu pokaże, że obie strony są sprawą zajęte, gdyż obie nie prześwietlają się, *resp* wyglądają jak dwie ciemne plamy.

W moich przypadkach nigdy nie byłem zmuszony do stosowania próbnego przekłucia jamy szcząkowej w celu rozpoznawczym, gdyż po zastosowaniu sposobów badania wyżej opisanych, nigdy wątpliwości nie miałem, co do istoty cierpienia. Stosuję od lat wielu bardzo często próbne przekłucie od strony dolnego przewodu nosa, lecz tylko przy ropotokach przewlekłych; przy ostrych zaś uważam je za stanowczo przeciwwskazane i pod tym względem z AVELLIS'em zgodzić się nie mogę. Autor ten idzie tak daleko, że nie uznaje dokładnego rozpoznania ostrego ropotoku bez przekłucia próbnego. Stosował je we wszystkich swoich przypadkach z wyjątkiem siebie samego, pomimo to mógł sam u siebie rozpoznać ropotok i wyleczyć. AVELLIS stosuje próbne przekłucie nie tylko w celu rozpoznawczym, lecz i leczniczym, przyczem wygłasza zdanie, że wszystkie łżejsze przypadki kończą się przez samowyleczenie (*Spontane Heilung, Selbstheilung*), a we wszystkich stosował ten rękoczyn z następstwem przemywaniem jamy HIGHMOR'a. Może więc on mówić o swoim sposobie leczenia tego cierpienia, o wyleczalności jego wogóle, lecz nigdy o samowyleczeniu i jeden tylko z jego przypadków mogę uznać za dowód

„*Selbstheilung*“ przypadek dotyczący jego samego, w którym żadnych zabiegów nie stosował.

Dalej znowu wypowiada zdanie, że „co się tyczy ostrych ropotoków jam HIGMOR'a, to twierdzenie *ubi pus, ibi evacua* musi ulegć ograniczeniu“, a sam w każdym przypadku ropę bardzo pośpiesznie wypuszczał. Wszystko to tem dziwniej brzmi, że bezpośrednio po tem AVELLIS wyprowadza wniosek: „tylko jeżeli w ciągu 3 tygodni nie nastąpiło samowyleczenie, albo jeżeli objawy nieznośne do tego zmuszają, radzę nawet przy ostrym ropotoku przystąpić do operacji, t. j. systematycznego otworzenia jamy HIGMOR'a z następczem codziennem przemywaniem“. Jaby granicę wskazań do operacji znacznie odsunął. Ponieważ widywaliśmy ostre ropotoki, trwające po 4 do 5 tygodni i kończące się pomyślnie bez operacji, sądzić mam prawo, że przed upływem co najmniej sześciu tygodni nie należy przystępować do radykalnej operacji, o ile jakieś niezwykle okoliczności do tego nas nie zmuszą. W innem znowu miejscu powiada AVELLIS: „choć samowyleczenie ostrego ropotoku jest dość prawdopodobne, jednakże w trzech przypadkach byłem zmuszonym z powodu ciężkich objawów i bólów wielkiego natężenia przystąpić do sztucznego przemywania¹⁾. Przyczem, wydaje się samemu autorowi obojętnem, czy się przemywa od strony przewodu dolnego lub średniego w nosie, czy przez *ostium maxillare*, czy też od strony *fossae caninae* lub też od zębodołu. Nie miejsce otworu, zrobionego dla przemycia, rozstrzyga, jego zdaniem, o szybkości i stosownem leczeniu, lecz rodzaj ropotoku; nie skład chemiczny płynu gra tutaj rolę, lecz moment mechaniczny posiadać ma tutaj najważniejsze znaczenie. Rodzaj ropotoku zależy zapewne od rodzaju pasożytów, wywołujących zakażenia, choć do dziś dnia badania te nie przyniosły nic ani dla rokowania ani dla leczenia tej choroby“.

Cały, tylko co przytoczony, ustęp również nie wytrzymuje krytyki. W takich bowiem trzech przypadkach mowy być nie mogło o prawdopodobieństwie samowyleczenia, gdzie przystąpiono od razu do operacji. I tu również wierzę, że autor swojemi rękoczynami chorobę usunął, lecz nie przeszła ona „*spontaneo modo*“. Zapewne, że nie miejsce otworu, zrobionego sztucznie dla przemycia jamy szczękowej, rozstrzygnęło o szybkości wyleczenia, ale też i nie rodzaj ropotoku, lecz to, że ropa z jamy została całkowicie usunięta i dezynfekcyja przeprowadzona, dopóki nie zaszły jeszcze głębokie zmiany w błonie śluzowej. Te to bowiem zmiany, daleko sięgające, przy ropotokach przewlekłych stanowią całą trudność zupełnego ich usunięcia, z powodu budowy anatomicznej jamy szczękowej udaremniają wszelkie nasze usiłowania w kierunku wyleczenia.

Jeżeli przytoczyłem tu pewne poglądy AVELLIS'a, na które zgodzić się nie mogę, to bynajmniej nie w celu odjęcia wartości jego pracy, lecz tylko w celu możliwie wszechstronnego rozświetlenia tej, bądź co bądź, nowej a inte-

¹⁾ Widocznie więc przemywanie za pomocą próbnej strzykawki uważa AVELLIS za naturalne.

resującej kwestyi. Praca AVELLIS'a pozostanie zawsze podstawową i jej tylko zawdzięczać będziemy zwrócenie w tym kierunku uwagi.

Co się tyczy leczenia, przezemnie stosowanego, to wspomniałem już o niem przy opisie spostrzeżeń. Zapatrując się na ostry ropotok jamy szczękowej, jako na chorobę zakaźną, połączoną, niezależnie od sprawy miejscowej, z mniej lub więcej wybitnymi objawami ogólnymi, leczę ją według zasad ogólnej terapii.

A więc, ponieważ mamy zwykle do czynienia z ogólnem roz biciem, dreszczami, gorączką i t. p., uważam za pierwsze wskazanie położenie się chorego do łóżka i stosowanie środków przeciwgorączkowych, napotnych (*natr. salicylicum, salol, chinina, salipiryna* i t. d.), po których zwykle bardzo szybko ciepłota obniża się. Ciepłe okłady, stosowane na twarz i głowę po stronie sprawą chorobową zajętej, uśmierzają dosyć prędko bóle i ułatwiają odpływ ropy, przez co ustępuje uczucie napięcia w szczęcie. Po ustąpieniu gorączki i bólów zalecam jodek potasu, który powodując duży odpływ śluzu, zmienia niekiedy już po 2—3 dniach wypływ ropny na śluzo-ropny, a po tygodniu na czysto śluzowy.

Wszystkie, dotąd spostrzegane przezemnie ropotoki w okresie ostrym, udało mi się tą drogą usunąć i dlatego sądzę, że w moich przypadkach może być mowa o samowyleczeniu, gdyż byłem tutaj tylko *minister naturae*, a nie magistrem jej, wystarczały mi bowiem naturalne otwory, nie uciekałem się do robienia sztucznych.

W dzisiejszych czasach, przy coraz większej skłonności do specjalizacji we wszystkich kierunkach wiedzy ludzkiej, my szczególnie powinniśmy być przede wszystkim lekarzami, a później dopiero specjalistami. Specyalność nasza, obok dokładnej znajomości ogólnej medycyny, polegać winna na bardzo wprawnem stosowaniu rękoczynów odpowiednich, nie po to jednak, aby je stosować wszędzie, gdzie się po temu sposobność zdarzy, lecz tylko i wyłącznie tam, gdzie bez nich zgoła obejść się nie można. A to tembardziej, jeżeli rękoczyn ten połączonym jest choć z kroplą krwi, choć z cieniem bólu lub niebezpieczeństwa.

