

Leczenie gruźliczego zapalenia ucha w XIX i początkach XX stulecia

The treatment of ear tuberculosis in XIX and the beginning of XX centuries

ANDRZEJ KIERZEK

ul. Rozbrat 5 m. 6, 50-334 Wrocław

Do połowy XIX wieku leczenie gruźliczego zapalenia ucha było skrajnie konserwatywne. Potem zaczęto stosować środki antyseptyczne, najczęściej jodoform i balsam peruwiański, stężone kwasy, łyżeczkowanie ziarniny. W końcu XIX wieku próbowano modnej wówczas tuberkuliny wynalezionej przez Roberta Kocha; tę metodę później zdyskredytowano. Stosowano także światłolecznictwo, szczególnie promienie ultrafioletowe. Renesans przeżywało leczenie klimatyczne gruźlicy. Próbowano, bez efektu, promieni Roentgena i radu. W początkach XX wieku zaczęto na szeroką skalę stosować leczenie operacyjne, niekiedy bardzo radykalne, uwzględniając stan ogólny pacjenta i rozległość zmian w płucach.

Otorinolaryngologia, 2005, 4(3), 121-124

Słowa kluczowe: historia medycyny, historia otorinolaryngologii, gruźlica ucha

The treatment of ear tuberculosis till the half of XIX century was extremely conservative. Afterwards, the disease was treated by antiseptic drugs, such as iodoform, balsam of Peru, concentrated acids, and curretage of the granulations. The attempts to use tuberculine, discovered by Robert Koch and very popular at the end of XIX Century, to treat ear tuberculosis were later abandoned. The phototherapy, especially using ultraviolet rays was also employed. X ray and radium treatments were also attempted at that time, but without success. Surgical treatment, sometimes very radical, taking into consideration patient's general condition and the severity of the pulmonary lesions, has been implemented at the beginning of XX Century.

Otorinolaryngologia, 2005, 4(3), 121-124

Key words: history of medicine, history of otorhinolaryngology, tuberculosis of ear

Do początków XIX wieku leczenie gruźlicy ucha było skrajnie konserwatywne, graniczące z terapeutycznym nihilizmem. Następne lata pokazały, że różnorodność poglądów na leczenie tej choroby, jak różnorodność środków w tym schorzeniu stosowanych, były wymownym dowodem trudności w leczeniu. Te czynniki w pewnym stopniu stanowiły uzasadnienie, dlaczego wśród otologów istniało takie zniechęcenie do czynniejszej terapii. Zdaniem ówczesnych lekarzy walka z tą chorobą opierać się powinna na wszystkich dostępnych środkach, zaczynając od wskazówek higieniczno-dietetycznych, a na leczeniu operacyjnym kończąc.

W pewnych postaciach z mniejszym lub większym skutkiem stosowano proste leki antyseptyczne, stężone kwasy, podobnie jak w leczeniu spraw ropnych nieswoistych. Najczęściej aplikowano jodoform we wszystkich postaciach, balsam peruwiański, pyoktanicę, mieszaninę gliceryny z alkoholem lub karbolem, kwas trójchłoroctowy, kwas mlekowy. Alfred Denker radził kwas borny zmieszany z równą ilością jodoformu lub 1% jodu w postaci jodiny. Jod podawano także często doustnie. Guranowski nie przeceniał znaczenia jodoformu w tej

jednostce chorobowej. Twierdził, że leczenie klimatyczne obok dezynfekcji ucha wystarczało zupełnie w postaciach lżejszych, gdyż przede wszystkim w poprawie stanu ogólnego upatrywał poprawę stanu miejscowego. Victor Urbantschicht (ur. 1847), znany otiatra wiedeński sądził, „że wszelkie wysiłki leczenia uporczywej otorrhoeae będą bezskuteczne, dopóki chory nie będzie w dobrych warunkach klimatycznych”. Głabisz, lekarz poznański sądził, że wszelkie zabiegi lecznicze w gruźliczym zapaleniu ucha środkowego będą wtedy miały sens, gdy „organizm będzie miał odporność przeciwko jadom laseczników gruźliczych albo jeśli będzie w możności taką odporność w sobie wytworzyć”. Po przejściu sprawy chorobowej na okostną jamy bębenkowej lub na kosteczki słuchowe, po usunięciu ognisk patologicznych, zdaniem Ludwika Guranowskiego (1853-1926), warszawskiego lekarza chorób uszu (ryc. 1), po wyskrobaniu ostrą łyżeczką spróchniałych kosteczek lub dostępnej ziarniny oraz innych zmian patologicznych szczególnie na górnej ścianie jamy bębenkowej, w kątach i zagłębieniach niedostępnych dla narzędzi, stanowiących miejsce nawrotów choroby – należało dokonywać wlewek



Ryc. 1. Ludwik Guranowski (1853-1926)

kwasu mlekowego. Nie zawsze uzyskiwano jednak efekt pozytywny. Łagodniej działały takie środki, jak *natrium tetraboricum*, *zincum sozojodolicum*. Nacieki i owrzodzenia toczniowe usuwano operacyjnie, rozlane nacieczenia niszczone żegadłem galwanicznym lub elektrokoagulacją [1].

W połowie drugiej dekady XX stulecia zaczęto wracać do tuberkuliny, wynalezionej przez Roberta Kocha i tak ochoczo stosowanej w początkach lat 90. XIX wieku. Jak wiadomo, po okresie wstępnej krótkiej euforii, środek ten wszedł w okres zupełnego zapomnienia. Dyskredytacja tej metody przez takie sławy światowej otologii, jak Dagobert Schwabach (ur. 1846), Hermann H. Schwartz (1837-1910), Friedrich Bezold (1842-1908) sprawiła, że powszechnie unikano tego preparatu, nie wspominając nawet o nim w aktualnych wówczas podręcznikach chorób uszu. Nieśmiałe głosy Joachima A. Voosa, starające się wskrzesić tę metodę przeszły bez echa. Zrehabilitować ten środek w oczach otiatrów starał się Cemach, opierając się o dane terapeutyczne dużego własnego klinicznego materiału. Stosował tzw. tuberkulomucynę, preparat wynaleziony przez Weleminsky'ego, oparty „na kilkuletni(m) i systematyczn(ym) obrabianiu kultur laseczników”, wprowadzony do terapii gruźlicy płuc w 1912 r. przez Pachnera z dobrym klinicznym rezultatem. Cemach przeprowadzał swoje próby w przypadkach gruźlicy ucha rozpoznanej histologicznie. Tuberkulomucynę stosował nie tylko w celach terapeutycznych, ale i diagnostycznych. Wstrzykując świeży 2% roztwór leku w przedramię, otrzymywało się rezultat dodatni, jeżeli występował odczyn ogólny, manifestujący się podniesieniem się ciepłoty ciała w granicach 37,5-38°C, oraz miejscowy w postaci zaczerwienienia w miejscu wstrzyknięcia o średnicy 2-3 cm. Niejednokrotnie nie wszystkie te odczyny występowały jedno-

cześniej o jednakowym nasileniu. W miarę powtarzania iniekcji, objawy ogólne i miejscowe traciły na swojej sile. Terapię, zdaniem Cemacha, należało prowadzić do uzyskania znacznej poprawy. Oskar Brieger (ur. 1864) z Wrocławia, dokonując przeglądu medycznej literatury dot. leczenia tuberkuliną, tylko w 10 przypadkach spotkał się z poprawą. Frithjof Leegaard (ur. 1874) z Bergen, mając na uwadze powikłania po iniekcjach tuberkuliny, zaczął stosować ją miejscowo w postaci kropli do jamy pooperacyjnej „stopniowo podwyższając nasycenie”, mniemając, że w ten sposób osiągnie miejscowe przekrwienie; spodziewał się także działania ogólnego. Zastanawiał się, czy dodatni wynik leczenia należy przypisać tuberkulinie, czy wcześniej wykonanej operacji. Cemach, niezbyt zachęcające rezultaty kładł na karb albo nieodpowiedniego preparatu albo zbyt wysokiego dawkowania; twierdził, „że leczenie tuberkuliną jest sztuką, którą mozolnie tylko zdobyć można”. Leczeniu łatwiej poddawały się zapalenia ropne błony śluzowej ucha środkowego, mniej natomiast sprawy toczące się w kości. Zamenhof radził tę metodę wypróbować na większym klinicznym materiale [2].

W owych czasach, wobec niedostatku skutecznych metod leczenia tej chorobowej jednostki, szeroko stosowano promienie ultrafioletowe, tak naturalne, jak i sztuczne. „Na siłę leczniczą słońca górskiego” zwracał uwagę m.in. Roller. Głabisz ze smutkiem konstatawał, że „(h)elioterapię górską można (było) przeprowadzać niestety tylko u ludzi uprzywilejowanych (;) dla pozostałych biednych i najbiedniejszych górskie słońce było...nieziszczalnem marzeniem”. Jego zdaniem, słońce nizinne nie dawało tak zbawiennych efektów. Badania Langleya i Kische dowiodły, że „siłę leczniczą” przypisywać należało także promieniom podczerwonym i czerwonym. U 8 chorych operowanych z powodu gruźliczego zapalenia ucha środkowego Głabisz zalecał weteranowanie. „Chorzy prawie cały dzień leżeli na słońcu”. U 7 z nich nastąpiło zupełne wyleczenie. Dobre wyniki po kilkumiesięcznej helioterapii Głabisz uzyskał także u dwojga dzieci po wydfutowaniu wyrostka sutkowego. Dodatkowo leczenie słońcem wpływało na szybszą epidermizację jamy pooperacyjnej.

Głabisz twierdził, że skonstruowana przez Maxa Hugona Bacha (1859-1940) lampa kwarcowa powodowała penetrację promieni ultrafioletowych do głębokości 1 mm, zatem wg pomysłu Kische skonstruowano tzw. aparat tlenowo-acetylenowy, który dostarczał także promieni ciepłych. Cemach jednak zdecydowanie nad wszelkie aparaty przedkładał naturalne promienie słoneczne. Strandberg sądził, że w wielu przypadkach doszczętna operacja ucha środkowego konieczna była tylko w wyjątkowych przypadkach, zwykle wystarczała zwykła trepanacja wyrostka z następowym naświetlaniem promieniami ultrafioletowymi, np. lampą Finsena. Głabisz słusznie polemizował z takim stanowiskiem, sądząc,

że „stoi (ono) w zupełnej sprzeczności z zasadami, któremi... kieruje... (się) przy wskazaniach operacyjnych środkowego ucha” [3].

Oprócz promieni ultrafioletowych, stosowano promienie Roentgena i rad. Wyniki jednak nie mogły zadowalać. Poprawa dotyczyła jedynie powierzchownych owrzodzeń lub ran pooperacyjnych. Brieger podał tylko dwa przypadki gruźlicy o ciężkim przebiegu, które uległy poprawie po naświetlaniach promieniami Roentgena. Naśladowców nie znajdowała preferowana przez Mucka metoda wytwarzania przekrwienia biernego metodą Biehra [4].

Wielu klinicystów w gruźlicy ucha przez długie lata hołdowało zasadzie „*noli me tangere*”. Victor Urbantschicht i Gustav Alexander z Wiednia, A. Schuller przestrzegali przed możliwością generalizacji procesu chorobowego w przypadkach gruźlicy ucha pierwotnej lub przy istnieniu niewiadomego ogniska. Zamenhof nie podzielał tej ostrożności, widząc sens w postępowaniu operacyjnym. Operując w oddziale otolaryngologicznym Leopolda Lublinera (1863-1937), ordynatora pierwszego w Warszawie Oddziału Otolaryngologicznego w Szpitalu Starozakonnych, nie tylko nie spostrzegał pogorszeń, ale i stwierdzał, że przebieg choroby stawał się bardziej przewlekły i łagodny. Podobne zdanie prezentował Guranowski. Mimo panującego przekonania, że wszelkie operacje przyczyniają się do uogólnienia choroby, uważał je za celowe; na ogół zapobiegały one powikłaniom wprost zagrażającym życiu chorych, m.in. zakrzepom zatok żylnych mózgowia, posocznicom, ropnicom, ropniom mózgu [5].

Glabisz na pierwszym miejscu stawiał leczenie operacyjne, lecz w takim pojęciu, aby przez zabieg utorować sobie drogę do dalszego leczenia miejscowego. Zabieg operacyjny nie był więc zakończeniem, lecz wstępem do dalszego racjonalnego leczenia. Operatorzy zdawali sobie sprawę, że przez tzw. operację radykalną nie można było usunąć wszystkich gruźliczych ognisk.

Leon Zamenhof (1875-1934), asystent Lublinera, twierdził, że istniały odmienne wskazania w stosunku do przypadków z objawami ostrymi, zagrażającymi możliwością groźnych powikłań, odmienne w przypadkach przewlekłych. Wskazania stanowiły: obecność martwaków mogących czynić znaczne spustoszenie w strukturach ucha ze śmiertelnymi krwotokami włącznie, znaczne objawy zapalne wyrostka sutkowego, które najczęściej były wynikiem zakażeń mieszanych oraz postępująca martwica ucha środkowego. W przypadkach ostrych decydowano się zazwyczaj na operację, gdy chory z powodu gruźlicy innych narządów miał mało szans na pomyślne zejście, o ile stan chorego tej nadziei bezwzględnie nie odbierał. Inną trzeba było podjąć decyzję w postaciach przewlekłych. Wtedy operacja miała charakter bar-

dziej profilaktyczny. Wśród otiatrów przeważało stanowisko, aby zachowywać się wyczekująco aż do pojawienia się „pierwszych objawów ostrzejszej natury”, jakkolwiek niektórzy lekarze uważali za celowe operacje w przypadkach, w których innych ognisk gruźliczych nie znajdowano, a stan ogólny był zadowalający. Wskazania do operacji w gruźlicy ucha zasadniczo nie różniły się od wskazań przy stanach ropnych pochodzenia nieswoistego. Do operacji, zdaniem Głabisza, najbardziej nadawały się postaci zapalenia zgorzelinowego oraz „z odczynem gąbczastym”. Obowiązywała zasada, aby operować jak najradykalniej, aby pacjenta nie narażać na powtórny zabieg. Zdarzały się jednak przypadki, w których operacja prowadziła do pogorszenia stanu ogólnego i poważniejszych powikłań. Urbantschicht przedstawił trzy przypadki, nie wykazujące przed operacją objawów „gruźlicy otwartej”, które jednak pojawiły się po operacji, sprowadzając zejście śmiertelne. Bezwzględnym, wg Guranowskiego, przeciwwskazaniem były rozległe zmiany martwicze kości skalistej przy rozległym procesie płucnym i złym stanie ogólnym [6].

Przy ograniczonej gruźlicy błony bębenkowej można było wyciąć część błony lub wypalić ją galwanokautycznie żegadłem. Przy zajęciu wyrostka sutkowego należało ostrą łyżeczką jak najskrupulatniej usunąć masy rozpadowe oraz ziarninę, zwykle wypełniającą cały wyrostek. W przypadkach zaniedbanych operacja metodą Schwartzego zwykle nie wystarczała i trzeba było uciekać się do operacji metodą Stackego. Po operacji wydtutowania wyrostka w początkowym okresie – dobrze unaczyniona ziarnina czyniła wrażenie normalnej. W miarę wypełniania się jamy pooperacyjnej ziarniną, zwracały uwagę pojawiające się jamki, do których prowadziły otwory niewielkich rozmiarów. Wobec skrycie przebiegającej sprawy w wyrostku, najczęściej dochodziło do tak rozległych i głębokich zniszczeń, że o doszczętnym usunięciu wszystkich ognisk mowy być nie mogło. Hermann Schwartze (1837-1910), Johann Habermann (ur. 1849), Anton von Troeltsch (1829-1890) i inni dowodzili, że istniały liczne przypadki, w których mimo pozornej poprawy po trepanacji wyrostka, kończyły się one śmiercią wskutek gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Nie wszystkie jednak statystyki były przerażające. Leegaard na 25 operowanych, w żadnym przypadku nie obserwował zejścia śmiertelnego, Glabisz na 14 – także nie spotkał powikłań [7].

W czasach obecnych leczenie gruźlicy narządowej polega na stosowaniu coraz to nowszych leków tuberkulostatycznych, leczenia miejscowego. Zabiegi operacyjne winne być wykonywane z uwzględnieniem wieku chorego, ogólnego stanu zdrowia oraz postaci klinicznej. Bezwzględnym wskazaniem do chirurgicznej interwencji są ujawnione powikłania [8].

Przypisy

1. Jochmann: Beobachtungen ueber die spezifische Behandlung der Tuberkulose mit verschiedenen Tueberkulinpreparaten. Deutsch. med. Wochenschr. 1910, T. XXXVI, Nr 21, s. 975-977; L. Zamenhof: Gruźlica ucha. Med. Kron. Lek. 1917, R. LII, Nr 8, s. 97-98; Głabisz: O leczeniu gruźlicy ucha środkowego. Pol. Przeg. Oto-laryng. 1924, T. I, Z. 3-4, s. 154-155; L. Guranowski: Przypadek gruźliczego zapalenia ucha średniego. Kilka uwag w sprawach gruźliczych ucha w ogóle. Medycyna 1894, T. XXII, Nr 40, s. 794; J. Szmurło: Choroby ucha. Wilno 1933, s. 123, 205.
2. F. Weleminsky: Ueber die Bildung von Eiweiss und Mucin durch Tubercacillen. Berl. klin. Wochenschr. 1912, T. XLIX, Nr 28, s. 1320-1322; A.I. Cemach: Ueber die spezifische Behandlung der Mittelohrtuberkulose. Monatschr. f. Ohrenheilk. Laryng. Rhinol. 1916, T. L, Z. 7-8, s. 430-466; L. Zamenhof: op. cit., Nr 8, s. 98-99; Głabisz: op. cit., s. 154; Wilms: Zur diagnostischen und prognostischen Bedeutung der Pirquetscher Reaktion. Die Tuberkulintherapie bei chirurgischer Tuberkulose. Deutsch. med. Woch. 1911, T. XXXVII, Nr 36, s. 1635-1637.
3. O. Strandberg: Bemerkungen zur tuberkulösen Mittelohrentzündung und zur ihren Komplikationen mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung mit Finsenbadern. Monatschr. f. Ohrenheilk. Laryng. Rhinol. 1922, T. LVI, Z. 3, s. 187-200; Głabisz: op. cit., s. 151-154; A.J. Cemach: Die Phototherapie und ihre Bedeutung für die Ohrenheilkunde. Monatschr. f. Ohrenheilk. Laryng.-Rhinol. 1919, T. LIII, Nr 6, s. 401-419, Nr 7, s. 433-447, Nr 8, s. 519-532; O. Frankfurter: Die Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. Wien. med. Woch. 1918, T. LXVIII, Nr 28, s. 1263-1270; O. Vulpius: Sanatorium-Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. Deutsch. med. Woch. 1912, T. XXXVIII, Nr 28, s. 1336-1337.
4. L. Zamenhof: op. cit., Nr 8, s. 97; Głabisz: op. cit., s. 154.
5. L. Zamenhof: l. cit.; L. Guranowski: op. cit., s. 795.
6. L. Zamenhof: op. cit., Nr 8, s. 797-798; Głabisz: op. cit., s. 149-150.
7. B. Karbowski: Gruźlica narządu słuchowego. Pol. Przeg. Oto-laryng. 1924, T. I, Z. 3 i 4, s. 148; L. Guranowski: op. cit., s. 794-795; Głabisz: op. cit., s. 150.
8. H. Czarnecki: Gruźlica ucha (w) Otolaryngologia kliniczna, pod red. A. Zakrzewskiego. Warszawa 1981, s. 938.