

WV S449kr 1892

KRUP CZY DYFTERYT NOSA?

(*Rhinitis fibrinosa, aut diphtheritica?*)

[Rzecz czytana na posiedzeniu Warszawsk. Towarzystwa Lekarsk. w dniu 7 Czerwca 1892 roku].

Napisał

D-r Jan Sędziak,

b. asystent przy oddziale chorób gardłanych i płucnych w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

Przypadek, który w ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegać wspólnie z kol. WRÓBLEWSKIM, zasługuje zarówno pod względem klinicznym, jako też etjologicznym, na bliższą uwagę. Daje mi on przytem sposobność omówienia w ogólnych zarysach kwestyi etjologii błonicy, tak, jak ona obecnie stoi, a w której tak wiele jest jeszcze stron ciemnych, nierozjaśnionych, że wspomnę tu tylko stosunek właściwej błonicy do krupu nosa i krtani, *pharyngitidis fibrinosae chr.*, t. zw. *anginae follicularis et scarlatinosa* etc.

Przypadek dotyczy jednego z kol. C., lat 31 mającego, który w dniu 28 Stycznia r. b., goliąc się u fryzjera, został skaleczony brzytwą w brodę. Chory na przypadek ten mało zwracał uwagi i tegoż dnia jeszcze przyjmował licznych chorych ambulatoryjnych. Wyraźnie jednak zaznacza, że niejednokrotnie dotykał palcami miejsca skaleczonego, które ostatecznie coraz gorszy zaczęło przyjmować wygląd. Oto, jak opisuje stan owej ranki kol. KOPYTOWSKI, który miał ją sposobność oglądać w parę dni po skaleczeniu: na brodzie więcej po stronie prawej na parę ctm. poniżej wargi dolnej znajduje się owrzodzenie wielkości dużej soczewicy o brzegach wywrotconych, nieregularnych, wydzielających nieznačajną ilość krwawej surowicy. Środek owrzodzenia pokryty rozpadem żółto-szarawej barwy, konsystencyja ciastowata. Wogóle, dodać tu należy, że wygląd ten mocno zaniepokoił kol. KOPYTOWSKIEGO. Owrzodzenie traktowano jodoformem i pokryto wata, która mocno przylegała do wilgotnego strupa. Powoli chory zaczął doznawać pewnego osłabienia, ogólnego rozłamania, dreszczyków, jednocześnie zaś, a było to 27 Lutego, [a więc w 5 dni po skaleczeniu], poraz pierwszy zauważył wypływ ostry z nosa, mianowicie z prawej strony. W ciągu 2 następnych dni chory czuł się coraz gorzej, wyraźnie już wystąpiły dreszcze i gorączka, pomimo to nie zaniebyszał zajęć swych i chodził na wizyty. Owrzodzenie na brodzie przedstawiało mniej więcej ten sam charakter, przylączyło się tylko obrzmienie, na ucisk bolesne, gruczołu limfatycznego z prawej strony szyi.

Dnia 5 Lutego, a więc w tydzień po skaleczeniu, ciepłota wykazywała rano 38,5° C., wieczorem zaś 39,0° C. Cały ten dzień chory przeleżał w łóżku. Tego samego dnia rano chory zauważył, że prawa połowa nosa jest zupełnie dla powietrza niedrożna, całkowicie będąc wypełnioną błonami, o czem w lustrze doskonale mógł się sam przekonać.

Błony te zaniepokoiły chorego i to go głównie zmusiło do położenia się do łóżka, oraz do zasięgnięcia porady specjalistów. Wieczorem tegoż dnia widziałem chorego wspólnie z kol. WRÓBLEWSKIM. Znaleźliśmy wówczas: stan ogólny niezły, jakkolwiek ciepłota znacznie podniesiona

2-138478

133 3446 560

Akc. z l. 2023 nr. 470

[39,00 C.], tętno przyspieszone, pełne. Poniżej dolnej wargi ze strony prawej wilgotny strup z przyschniętym doń kawałkiem waty, gruczoł szyjowy chłonny również po stronie prawej nieco obrzmiały i na ucisk bolesny. Wejście do nosa, głównie ze strony prawej, jakoteż i odpowiednia część wargi górnej mocno zaczerwienione, obrzmiałe, z bolesnymi nadżarciami (*excoriationes*), wskutek obficie wyciekającego z prawej połowy nosa płynu surowiczego, gryzącego. Prawa połowa nosa zupełnie dla powietrza niedrożna. Już gołem okiem widać, że zatkanie to jest warunkowane błonami szarawo-białawymi, kapiącymi się w wydzielinie surowiczej. Przy badaniu wzornikiem nosowym, nb. bardzo bolesnym, widać, że błony te dość grube wypęniają nietylko dolny odcinek nosa [muszle dolne, odpowiednią część przegrody], lecz rozszerzają się i na *pars olfactoria*, powodując najzupełniejszą jej niedrożność. W niektórych tylko miejscach błony te są mniej wyraźne i wtedy przekonać się można, że błona śluzowa jest mocno zaczerwieniona i obrzmiała. Żadnych jednak zmian większych [owrzodzeń] nie przedstawia. Lewa połowa nosa, z wyjątkiem umiarkowanego zaczerwienienia i obrzmienia, nie wykazuje żadnych poważniejszych zmian. A ni śladu błon. Badając nos od tyłu lusterkiem (*rhinoscopia post.*), co dość trudnem się okazało, skonstatowano zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej, zwłaszcza po stronie prawej, muszel i trabiki EUSTACHIJUSZA; wyraźnych błon jednak nie dało się zauważyć. W gardzieli znaleźliśmy umiarkowane zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej zwłaszcza w okolicy migdałków, na których tu i owdzie porozrzucane w małej ilości białawe punkciki, odpowiadające kryptom, można było zauważyć (*angina s. tonsillitis follicularis*). Lekki ból przy łykaniu. Zresztą łykanie niezłe, stolec prawidłowy.

Po naradzie z kol. WRÓBLEWSKIM zaleciliśmy: miejscowo czopki [tampony z waty] z balsmem peruwiańskim na wpół z gliceryną, zasypywanie chorej, oraz zdrowej [oddzielną dmuchawką] połowy nosa i jamy nosogardzielowej [również i od strony jamy ustnej] proszkiem antyseptycznym [aristol i jodol w równych częściach, z dodatkiem niewielkiej ilości mentolu]. Do płukania salol, a wewnętrznie olej ryecynowy i chininę gr. X. Na drugi dzień [6. II.] ciepłota znacznie spadła [38,20 C.], stan ogólny o wiele lepszy. Po oleju kilka płynnych stolców i wymioty. Chininy chorey nie brał. W dniu 7. II. ciepłota 38,00 C. Zdjęto poraz pierwszy część błonki [do badań bakteriologicznych, o których poniżej], co dało się wykonać z łatwością bez krwawienia. Po raz drugi w parę dni podczas narady, na której uczestniczyli oprócz nas, t. j. mnie i kol. WRÓBLEWSKIEGO, jeszcze D-r SOKOŁOWSKI i HEWELKE [którzy kilkakrotnie jeszcze mieli sposobność chorego wspólnie z nami obserwować], jakoteż Dziekan BRODOWSKI, zdjęto w tymże celu błonkę pincetką wyjąłową. Tym razem zdjęcie błony niezwykle grubej, mięsistej połączone było z niewielkim krwawieniem; błona śluzowa pod błoną okazała się mocno zaczerwienioną, obrzmiałą, poważniejszych jednak na niej zmian [owrzodzeń i t. d.] nie można było zauważyć. W ciągu następnego tygodnia ciepłota była prawie prawidłowa [parę tylko razy jeszcze podnosiła się do 38,00 C.], stan ogólny niezły, chorey jednak leży w łóżku. Błony, przy stosowaniu czopków z balsmem peruwiańskim, wydzielają się wraz z niemi z łatwością [jedną z większych, grubą, mięsistą włożono do alkoholu dla badań drobnowidzowych]; odnawiają się jednak za każdym razem; zwłaszcza uporeczywie trzymają się one *regionis olfactoriae*. W przedniej części *septi cartilaginosa*, wolnej już od błon rzekomych, widać niewielką płaską wyniosłość, okrągłą, w przeciwieństwie około 5 cm. mającą, koloru białawo-szarawego, na dotyk [sondą] niebolesną, konsystencji chrząstkowatej. Kol. WRÓBLEWSKI, który chorego zna oddawna, zaznacza, że narodziła się [rodzaj chrząstki—*chondroma*] już oddawna zauważył i nawet proponował doszczętne usunięcie jej [galwanokauterem]. Jak chorey zaznacza, narodziła ta zawsze go niepokoiła i była powodem częstego dłubania palcem w prawej dziurce nosa. Druga [lewa] połowa nosa stale zdrowa, błon nie zawiera. W jamie noso-gardzielowej obrzmienie i zaczerwienienie zredukowały się do minimum. Owrzodzenie zaczyna się oczyszczać, pokrywać zdrową ziarniną, obrzęk gruczołu szyjowego zupełnie ustąpił, bólu nie ma przy dotykaniu. Łykanie dobre, w gardzieli poprzednie zmiany (*tonsillitis follicularis*) znikły. Natomiast chorey zaczyna się skarżyć na lekki ból [strzykanie] w uchu prawem. Szumu jednak, ani upośledzonego słuchu nie ma. Okolica prawej torebki EUSTACHIJUSZA nie przedstawia żadnych wybitniejszych zmian. Błona bębnekowa prawidłowa. Choremu zalecono rezorecyne z kokainą, oraz wysypywanie jamy noso-gardzielowej od strony ust powyższym proszkiem antyseptycznym.

Począwszy od 14 Lutego, stan bezgorączkowy, chorey zaczyna wstawać z łóżka, osłabienie jednak dość znaczne. Błony w prawej połowie nosa stale się wytwarzają, coraz jednak słabiej

i przeważnie tylko w *regio olfactoria*. Krwawień z nosa od początku choroby nie było ani razu. Ponieważ balsam peruwiański spływał do jamy noso-gardzielowej i wywoływał tam silne podrażnienie [kaszel i t. p.], zamieniono no go na masę z rezoreyny (+*zincum oxydatum* +*ac. boricum*+*lanolinum*). Zасыpywania, acz rzadsze, w dalszym ciągu. Strzykanie w uchu coraz mniejsze. Owrzodzenie na brodzie zagoiło się. Dnia 18 Lutego z pewną trudnością usunąłem mostek błoniasty, między przegrodę nosa i średnią muszlą, który przedstawiał skłonność do zrostu (*synechia*); następnego dnia zaś ostatnią błonkę, która pod postacią wentyla zwieszała się z przegrody nosa. Stan ogólny coraz lepszy, tak, że chory poraz pierwszy 19 Lutego, t. j. w 3 tygodnie po prawdopodobnem zakażeniu [skaleczenie na brodzie], a w 2 po wyraźnem zajęciu nosa [błony] wyszedł na miasto. Jeszcze przez kilka dni chorego obserwowałem, żadnych jednak absolutnie zmian ani w nosie, ani jamie noso-gardzielowej i gardzieli [żadnych porażeń], jakoteż w uchu nie byłem w stanie wykryć. Stosunkowo najdłużej prześladowały chorego strzykania w prawem uchu [czasami zaś wlewem]. Winienem tu dodać jeszcze, że mocz był kilkakrotnie badany z rezultatem jednak ujemnym.

Obecnie powiem słów parę o badaniach bakteryjologicznych, jakie w danym przypadku przeprowadziłem. Jak już wspominałem w historii choroby, 3-go, a następnie 5-go dnia część błonki z nosa wyjąłem wypalonymi w płomieniu lampki spirytusowej kleszczykami, rozartłem ją między dwoma szkiełkami pokrywkowemi [co dosyć trudno dało się wykonać ze względu na znaczną zbitość błony], poczem zwykłym sposobem przygotowałem i zabarwiłem płynem LOEFFLER'a (*methylenblau* + KOH) na laseczniki błonicowe, jakoteż i metodą WEIGERT'a na włóknik. Ten ostatni znalazłem obok leukocytów, oraz koków w różnorodnych postaciach; natomiast laseczników KLEBS-LOEFFLER'a nie znaleziono. Toż samo i w błonie rzekomej, którą po stwardnieniu w spirytusie zatopiłem w parafinie [metodą PRZEWOSKIEGO]. Część błonki zaszczerpiono na żelatynie, przyczem jednak rezultat był ujemny. drugą zaś na agar-agarze [rysowa powierzchnia], przyczem w parę dni rozwinęły się [w termostacie przy ciepłocie 37° C.] hodowle, charakterystyczne dla *staphylococcus pyogenes aureus* [Dziekan BRODOWSKI]. Pod drobnowidzem barwione metodą KUEHN'Ego (*methylenblau* + kwas karbolowy) wykazały koki w kupkach. Dalsze badania wykonałem w pracowni bakteryjologicznej szpitala Dzieciątka Jezus pod kierunkiem D-ra JAKOWSKIEGO, zarządzającego pracownią, oraz przy pomocy kol. DOBROWOLSKIEGO.

Z poprzedniej hodowli część w zwykły sposób przeszczepiłem na nowy grunt [agar-agar] i otrzymałem hodowle „*staphylococcus pyogenes aureus*“ w jednej i *albus* w drugiej próbówce. Dokonałem również szczepień na płytkach z tym samym rezultatem. Jednem słowem, laseczników KLEBS-LOEFFLER'a ani śladu, natomiast wszędzie i zawsze *staphylococcus pyogenes*. Nie poprzestając na tem, dokonałem szczepienia na śwince morskiej, mianowicie część czystej, świeżej hodowli wprowadzałem do jam nosowych, obrażając jednocześnie za pomocą tejże igły platynowej błonę śluzową jam. Przeprowadziłem więc doświadczenie mniej więcej analogiczne do tych, jakie LIEVEN wykonał w ostatnich czasach nad *rhinitis fibrinosa*, a o których w innem miejscu jeszcze szczegółowo wspomnę. Z wyjątkiem jednak lekkiego zaczerwienienia po stronie prawej, żadnych innych zmian [*resp.* tworzenia się błon] nie można było zauważyć. Również i objawów ogólnych było brak zupełnie: świnka morska pozostała zdrową. Tym sposobem rezultat szczepienia był z jednej strony ujemny, gdyż nie otrzymaliśmy

wysięku włóknikowego na błonie śluzowej nosa [LIEVEN], z drugiej jednak strony dodatni, gdyż żadnych absolutnie objawów dyfterytu u świnki morskiej nie można było zauważyć.

Obecnie wypada nam zastanowić się, z czem mieliśmy w danym przypadku do czynienia—z krupem (*rhinitis fibrinosa*), czy też z dyfterytem nosa, gdyż o tych dwóch cierpieniach może tu być tylko mowa? Zanim jednakże odpowiem na to pytanie, będę się starał rozstrzygnąć, czy wogóle „croup“ nosa, jako oddzielna postać chorobowa — cierpienie nie wspólne z dyfterytem nie mające — ma rację bytu, czy też „croup“ i dyfteryt nosa są jednym i tem samem cierpieniem, zależnem od jednej i tej samej przyczyny? Dla rozstrzygnięcia tej kwestyi, nie słychanie dla lekarza-praktyka ważnej, gdyż zarówno rokowanie, jako też leczenie tego cierpienia od tego zależy, musimy rozpatrzyć ją z trojakiego punktu widzenia: klinicznego, etyologicznego i anatomicznego. Zaczniemy od pierwszego.

Do roku 1877, t. j. do ogłoszenia przez HARTMANN'a pracy: „*Ueber Croup der Nasenschleimhaut (rhinitis fibrinosa)*“ (1), nie rozróżniano krupu od dyfterytu nosa. Również i w podręcznikach dla chorób nosa przed tym okresem [a nawet jeszcze i w parę lat później] wydanych [MACKENZIE-SEMON] (2), MOLDENHAUER'a (3), MOURE'a (4), wreszcie VOLTOLINI'ego (5) nie znajdujemy obu tych spraw chorobowych od siebie oddzielonych. W nowszych natomiast podręcznikach—np. w doskonałych SCHECH'a (6) i JURASZ'a (7) — krupowi nosa (*rhinitis crouposa s. fibrinosa*) poświęcono już oddzielne rozdziały. SCHECH np. zaliczył tę formę do działu t. zw. *rhinitis exsudativa*, uważając ją za cierpienie niezakaźne — po prostu, jako wyższy stopień zapalenia, warunkowany nadmiernem drażnieniem błony śluzowej nosa. Do wyodrębnienia tej postaci chorobowej, oraz oddzielenia jej z ogólnej grupy „dyfterytu“ przyczyniły się całe szeregi obserwacji, z różnych stron i przez różnych autorów ogłoszone wkrótce po publikacji HARTMANN'a. Dla ścisłości historycznej muszę nadmienić, że właściwie jeszcze przed HARTMANN'em, bo w roku 1882 B. FRAENKEL, znany laryngolog Berliński, (8) spostrzegał przypadek „*rhinitidis fibrinosae simplicis*“. W tymże roku SCHULLER ogłosił przypadek tego cierpienia u 5-tygodniowego dziecka, JOHNSTON zaś niewłaściwie zatytułowany przez siebie przypadek „*Primary nasal diphtheria*“. W roku 1883 HENOCH spostrzegał to cierpienie u 8-letniej córki TRAUBE'ego [patrz pracę LIEVEN'a]. Zdaje się również, że i MONTI w r. 1884 zwracał uwagę na *rhinitis fibrinosa*. MAJOR zaś w r. 1885 opisał jeden przypadek tego cierpienia. W każdym jednak razie HARTMANN'owi, znanemu otyjatrze i rynologowi berlińskiemu, należy się zasługa, że przez ogłoszenie w r. 1887 sześciu spostrzeganych przez siebie przypadków krupu nosa [wszystkie u dzieci] pierwszy dał bodziec do pilniejszego zbadania tej kwestyi. Wkrótce potem, gdyż w tymże jeszcze roku, MOLDENHAUER [z Lipska] (10) opisał 3 przypadki tego cierpienia. Również w r. 1887 SEIFERT [z Würzburga] (11) ogłosił pracę: „o krupie błony śluzowej“. W dalszym ciągu ogłaszali przypadki tego cierpienia następujący jeszcze autorowie [w porządku chronologicznym]. RYERSON (12) w r. 1887 [1 przypadek], BRESGEN (13), BISCHOFSWERDER (14)—[3 przyp.] w r. 1888. GLUCK (15), GLUECKSMANN (16), którzy cierpienie to obrał za przedmiot do swej rozprawy [1 przyp.]; dalej po raz wtóry SEIFERT (17) — 3 przyp., z tych—jeden u dorosłego [26-letni mężczyzna],

POTTER (18), który utrzymuje, że krup nosa spostrzegał u 2% u dzieci. Dalej ASHURT, SCHMIDTHUISEN, CHAPIN (19) — 2 przyp. w r. 1889, RAULIN (51) — 4 przypadki, BAUMGARTEN (20)—2 przypadki w r. 1890, TOWNSEND (21)—1 przypadek. Po raz drugi POTTER [1 przyp. — u 67-letniego mężczyzny]. HUNT z Liverpoolu (22) opisał w końcu zeszłego roku jedyny w Anglii spostrzegany przypadek tego cierpienia u osoby dorosłej [żona lekarza]. Dalej w ostatnich już czasach pisali w kwestyi krupu nosa LEEMAN (23) — 2 przyp., NEWCOMB (24)—2 przyp., wreszcie JURASZ [2 przyp.] i SCHECH [3 przyp.].

Jak widzimy, liczba autorów, piszących o krupie nosa, jako o samodzielnej postaci chorobowej, jest dosyć znaczna. W pośród powyżej przytoczonych nazwisk spotykamy bardzo wybitnych specjalistów, że wspomnę tu tylko: SCHECH'a, HARTMANN'a, MOLDENHAUER'a, B. FRAENKEL'a, SEIFERT'a, JURASZ'a i wielu innych. Ilość spostrzeganych ściśle przypadków *rhinitidis fibrinosae* jest również dość pokaźną, wynosi ona już kilka dziesiątków.

Zdaje się więc, że przynajmniej z klinicznego punktu widzenia jesteśmy najzupełniej uprawnieni do oddzielenia od ogólnej grupy „dyfterytu“ krupu nosa i do uważania go za cierpienie samodzielne, nie wspólnego z dyfterytem nie mające. To jest pogląd, obecnie przez wszystkich niemal koryfeuszów rynologii przyjęty.

JURASZ, również jeden z najlepszych współczesnych znawców chorób nosa, tak się wyraża na str. 19 (*l. c.*): „*Der Croup der Nasenschleimhaut ist mit der Diphtherie nicht zu verwechseln und muss als eine Krankheit sui generis beobachtet werden*“. SCHECH, jak już wspomniałem, również krup oddziela od dyfterytu nosa, uważając go za wyższy stopień sprawy zapalnej. Ten sam pogląd wypowiadają BISCHOFSWERDER, LIEVEN i SEIFERT. SCHEINMANN w dyskusji nad odczytem BAGIŃSKIEGO: „*Zur Aethiologie der Diphtherie*“ [w Berlińskim Towarzystwie Lekarskim w roku bieżącym] w następujący sposób motywuje słuszność poglądów co do samodzielności t. zw. krupu nosa. Przedewszystkiem, mówi on, jest to cierpienie *par excellence* łagodne, czego dowodzi wyraźnie miejscowy charakter cierpienia: całemi mianowicie tygodniami wytwarzają się błony rzekome na błonie śluzowej nosa, przyczem nie jest znany w literaturze ani jeden przypadek, gdzieby błony te rozszerzały się na krtani i tchawicę. Znane są nawet takie przypadki [i to nierzadkie, np. dwa MOLDENHAUER'a, HUNT'a, POTTER'a, JURASZ'a po jednym], gdzie błony wytwarzały się tylko z jednej strony nosa w ciągu całego przebiegu *rhinitidis fibrinosae*. Drugim momentem, przemawiającym za łagodnością tego cierpienia, jest brak zupełny, lub małe stosunkowo zaburzenia w stanie ogólnym. Ważnem jest, że dotychczas nie posiadamy w literaturze ani jednego przypadku tego cierpienia, gdzieby przyszło do ciężkich objawów ogólnych, przemawiających za ogólnem zakażeniem ustroju. Nie opisano dotąd przypadków, powikłanych następstwami cierpieniami innych narządów [np. nerek], lub takich, w których istniałyby następce porażenia [np. podniebienia miękkiego]. Również nie dowiedziono dotąd, by *rhinitis fibrinosa* było cierpieniem zaraźliwym [przeciwnie SCHECH, RAULIN utrzymują, że jest absolutnie niewinnem], lub żeby wywołało ciężką błonicę. Na zasadzie powyższych rozumowań, SCHEINMANN również przychodzi do wniosku, że

,t. zw. *croup* nosa nie stoi w żadnym związku ze sprawą błonicową, czyli że jest on cierpieniem *sui generis*.

Zdaje się więc z powyższego najmniejszej nie ulegać wątpliwości, że z punktu widzenia klinicznego t. zw. *croup* nosa, czyli jak go powszechnie nazywają *rhinitis fibrinosa*, lub [rzadziej] *pseudo-membranacea*, ma najzupełniejszą rację bytu i jako oddzielna postać chorobowa oddzielnie również winna być w specjalnych traktowaną podręcznikach.

Tyle co do strony klinicznej danej kwestyi. Zobaczmy teraz, jak się przedstawia taż kwestyja z punktu widzenia etyologicznego. Z konieczności muszę tu tem miejscu potrącić o kwestyję ogólniejszej natury, kwestyję bardzo ważną będącą zresztą obecnie na porządku dziennym, mianowicie o „etyjologiję dyfterytu“.

Jeszcze w r. 1883 KLEBS ogłosił [doniesienie to jednak było niepewnem], że jakoby mu się udało wykryć zarazek swoisty dla błonicy. Dopiero jednak w roku następnym [1884] LOEFFLER dowiódł, że odrębny lasecznik jest przyczyną dyfterytu. Odtąd i nazywają go lasecznikiem (*bacillus*) KLEBS-LOEFFLER'a lub po prostu LOEFFLER'a. Do roku jednak 1890 kwestyja zarazka błonicowego nie była jeszcze stanowczo w znaczeniu dodatniem rozstrzygniętą, dopiero od następnych prac, zwłaszcza francuzkich autorów ROUX i YERSIN'a [z instytutu PASTEUR'a] (44), po części zaś niemieckich, jako to: KOLISKO i PALTAUF'a, BRIEGER'a i FRAENKEL'a i wielu innych, którzy pierwotne doniesienie LOEFFLER'a potwierdzili, kwestyję etyologii dyfterytu należy uważać za ostatecznie wyjaśnioną: lasecznik LOEFFLER'a jest niewątpliwie zarazkiem swoistym dla błonicy [KARLIŃSKI (52)]. Zdaje się, że trudno by było obecnie o tem wątpić, zwłaszcza po potwierdzających doniesieniach SMITH'a (25), LÉFÈVRE'a (26), STRUEBING'a (27), MOREL'a (28), SPRONEK'a (29), ESPINE'a i MARIGNAC'a (30) i wielu innych. Zresztą przemawiają tu lepiej cyfry. I tak:

1) PRUDDON (31)	na 316 przyp. błonicy w 302 znalazł lasecz. LOEFF'a.					
2) BAGIŃSKY (<i>l. c.</i>)	154	„	„	118	„	„
3) RITTER (<i>l. c.</i>)	113	„	„	66	„	„
4) BECK	52	„	„	52	„	„
5) PALTAUF i KOLISKO	50	„	„	50	„	„
6) ESCHERICH (32)	22	„	„	22	„	„
7) KLEIN	22	„	„	22	„	„
8) LOEFFLER	32	„	„	20	„	„
9) TANGL (33)	18	„	„	18	„	„
10) ZARNIKO	20	„	„	18	„	„
11) ORTMANN	16	„	„	15	„	„
12) ROUX i YERSIN	15	„	„	15	„	„
13) BABES	14	„	„	14	„	„
14) HOFMANN	8	„	„	8	„	„
15) SOERENSEN	10	„	„	7	„	„
16) GUTTMANN	8	„	„	6	„	„

Czyli że 16-tu autorów na 860 przypadków błonicy w 753 znajdowali laseczniki LOEFFLER'a, cyfry, o ile się zdaje, bardzo wymownie przemawiające za

swoistością laseczników przez LOEFFLER'a wykrytych. Dodać tu należy, że nie we wszystkich przypadkach, w których były dokonywane powyższe badania, istniały objawy typowe dla błonicy, przeciwnie były tam i przypadki lżejsze, dalej t. zw. *angina follicularis* i t. d., tak, że na podstawie powyższego należy obecnie uważać za fakt niezbity, że tam tylko, gdzie badanie bakteryjologiczne wykazuje obecność laseczników KLEBS-LOEFFLER'a, mamy prawo mówić o rzeczywistej błonicy, w przeciwnym zaś razie będą to postaci chorobowe, nie z dyfterytem wspólnego nie mające.

Zanim o tych ostatnich szczegółowiej powiem, wspomnę tu tylko nawiasowo o ciekawych badaniach bakteryjologicznych, jakie TROJE wykonał w 29 przypadkach błonicy ciężkiej, zakończonej śmiercią. Znajdował on mianowicie stale streptokoki w wydzielinie błon śluzowych dróg oddechowych, w 13 zaś przypadkach znalazł on je również i we krwi serca i śledzionie.

Do spraw, które nie mają, o ile się zdaje, nic wspólnego z błonicą właściwą, należą przedewszystkiem lżejsze przypadki dyfterytu, które BĄGIŃSKI, idąc za radą francuzkich autorów, niezbyt szczęśliwie nazywa „difteroidami“; na 154 przypadki w 36 lżejszych autor ten znalazł tylko *staphylococcus* i *streptococcus pyogenes*. Są to, zdaje się, te postaci, o których u nas pisał również w r. 1888 CZAJKOWSKI [z Charkowa] (34). Dalej należy tu również zajęcie gardzieli przy szkarlatynie [niesłusznie dyfterytem szkarlatynowym nazywany — a które HENOCZ dawniej jeszcze nazwał „Scharlach - Necrose. HEUBNER przypuszcza tu coś w rodzaju zgorzeli koagulacyjnej WEIGERT'a]. BĄGIŃSKI w ostatnich czasach, zajmując się tą kwestyją, oddziela tę sprawę od błonicy na tej zasadzie, że ani razu nie znajdował laseczników LOEFFLER'a, stale zaś koki. Tegoż zdania są HENOCZ, ROTTER i GUTTMANN, wreszcie sam LOEFFLER, który cierpienie to nazywa pseudo-dyfterytem, czyniąc je zależnem od obecności paciorkowca. Również i t. zw. *angina (tonsillitis) follicularis* [właściwie *lacunaris*, gdyż sprawa jedynie do krypt się ogranicza, folikuly zaś są niezajęte], zdaje się również nie mieć nic wspólnego z błonicą właściwą, jak tego dowodzą przynajmniej badania B. FRAENKEL'a, RITTER'a [na 31 przypadków tego cierpienia nie znalazł ani razu laseczników LOEFFLER'a], wreszcie SENDTNER'a (35), jakkolwiek SOKOŁOWSKI i DMOCHOWSKI (36) na podstawie badań anatomo-patologicznych utrzymują, że cierpienie to, dla którego proponują nazwę: „*tonsillitis lacunaris pseudo-membranacea*“, jest tylko słabszą odmianą dyfterytu. Kwestyja to bardzo ważna dla lekarza-praktyka ze względu na rokowanie i leczenie [izolacyja] i wymaga dalszych, przedewszystkiem bakteryjologicznych badań, które mam zamiar przeprowadzić w niedalekiej przyszłości. „*Es ist noch viel zu thun in der Aetiologie der Diphtherie*“ — mówi słusznie GUTTMANN w dyskusyi nad wielokrotnie już wspomnianym odczytem BĄGIŃSKIEGO. Tyczy się to przedewszystkiem spraw wysiękowych w nosie, gardle i krtani (*rhinitis*, *pharyngitis* i *laryngitis fibrinosa*), co do których zdania autorów są jeszcze podzielone, czy mianowicie sprawy te znajdują się w jakim związku genetycznym z błonicą, lub też są to samodzielne *sui generis* cierpienia, nie wspólnego z dyfterytem nie mające? Zaczniemy od t. zw. „krupu nosa“ jako cierpienia najwięcej nas obchodzącego.

Z góry wyznać muszę, że jeszcze brak tu odpowiednich, ścisłych, na szeroką skalę przeprowadzonych badań bakteriologicznych, lecz i te, jakie istnieją, więcej przemawiają za tem, że jest to cierpienie *sui generis*, jak to już ze strony klinicznej jest dowiedzionem; z wyjątkiem bowiem dwóch publikacyj, mianowicie BAGIŃSKIEGO [3 przypadki], i CONCERTI'ego [z Rzymu (37)], który u dwumiesięcznego chłopca z zajęciem nosa obustronnem przy pierwszym badaniu nie znalazł laseczników LOEFFLER'a, w 15 dni później jednak udało mu się je wykryć, większość autorów, jako to: B. FRAENKEL [w 2 przypadkach], SCHEINMANN, LEYDEN, HUNT, wreszcie SEIFERT, który w jednym przypadku krupu nosa znalazł rodzaj koków [identyczny, o ile się zdaje, z tym, jaki LIEVEN otrzymał], otrzymywali stale w swych badaniach ujemne rezultaty, t. j. ani śladu laseczników LOEFFLER'a. Należy tu, zdaniem mojem, odróżniać przypadki przewlekłego dyfterytu nosa, na co w ostatnich czasach zaczynają zwracać uwagę. I tak np. w N-rze 2 z roku bieżącego w *Monat. f. Ohrenheil.* znajduje się streszczenie pracy nieznanego francuzkiego autora, pod tytułem „*Diphtherie chronique du nez*“, w której są przytoczone dwa następujące spostrzeżenia: 1) Dziecko chore na błonicę nosa w ciągu 2 miesięcy. Że nie był to krup, dowiódł fakt, że zaraziło ono czworo domowników i że po wyzdrowieniu nastąpiło porażenie gardzieli i krtani. W drugim przypadku w kilka miesięcy dopiero znaleziono lasecznik LOEFFLER'a w błonach z nosa pochodzących. Zdaje się, że przypadek CONCERTI'ego kwalifikuje się do tej kategorii. Następnie w pracy SCHMIEGOŁOW'a [z Kopenhagi (53)], w tymże roku [1892] ogłoszonej, znajdujemy wzmiankę o publikacyi HOLT'a, który pod tytułem „*abscrete nasal diphtheria*“ opisuje przypadki błonicy nosa u dzieci bez wytwarzania się błon, natomiast z ropną wydzieliną i krwawieniem z nosa z przebiegiem przewlekłym [w jednym przypadku po 29 dniach nastąpiło zejście śmiertelne przy objawach ogólnych obrzeków].

Wracając do etylogii krupu nosa, nie od rzeczy będzie wspomnieć, że w ostatnich czasach przeprowadził w tym kierunku doświadczalne badania LIEVEN [z Würzburga] (38), i otrzymał bardzo interesujące rezultaty. I tak, autor ten przedewszystkiem z błony rzekomej, powstałej w nosie po galwanokaustycznym przypalaniu [jest to tak nazwana przez SEIFERT'a — *rhinitis fibrinosa s. cruposa secundria*], wychodował specjalny rodzaj koka, jakkolwiek zbliżony do *staphylococcus pyogenes aureus*, różniący się jednak od niego pod pewnemi względami [hodowle, szczepienia]. Owóż ten „*coccus*“ autor próbował szczepić na błonie śluzowej nosa u ludzi w 7 przypadkach, przytem przy zdrowej błonie śluzowej nosa rezultat był ujemny, toż samo i przy zmienionej pod wpływem wewnętrznego użycia jodku potasu. natomiast po zastosowaniu na błonę śluzową nosa kwasu trójchlorooctowego, po następnej odpadnięciu strupa, wtarta czysta hodowla owego koka, wywoływała za każdym razem [4 przyp.] typowy obraz krupu nosa. Również typowe błony rzekome występowały na błonie śluzowej nosa u dzieci [w 3 przyp.], dotkniętych *rhinitide hypersecretoria ieczemana nasi*. Niemniej interesujące są badania, jakie MAGGIOEA i GRADENIGO z Turynu (39) przeprowadzili nad błonami rzekomymi, powstającymi zazwyczaj po galwanokaustycznych przypaleniach w nosie. Znaleźli oni mianowicie „*staphylococcus pyogenes aureus*“. Przypuszczają, że gron-

kowiec ropotwórczy złocisty już przed operacją tam się znajdował i że on to właśnie jest przyczyną wytwarzania się tych błon. Pogląd, któremu nie można odmówić pewnej cechy prawdopodobieństwa.

Jak widzimy z powyższego, niesłuchanie ważna ta w znaczeniu praktycznem kwestyja, jaką jest etylogija krupu nosa, nie może być obecnie jeszcze uważaną za rozstrzygniętą, jakkolwiek i zestawiska etylogicznego, podobnie jak i klinicznego [co już dowiedliśmy powyżej], więcej danych przemawia za samodzielnością tej sprawy chorobowej. Od przyszłych naturalnie badań, zwłaszcza bakteriologicznych, spodziewać się należy rozstrzygnięcia ostatecznego tej kwestyi. Potrzeba tylko dobrej woli ze strony tych, którzy ze sprawami podobnemi mają do czynienia. Potrzeba tylko, by klinicyści byli choć trochę obeznani z badaniem bakteriologicznem, co przy obecnem stanie nauki powinno po prostu obowiązywać każdego lekarza-praktyka. Słusznie mówi BAGINSKY na zakończenie dyskusyi nad swoim odczytem: „*ich möchte meinen, dass nach den rasch fortschreitenden Ereignissen der jüngsten Epoche die Zeit nicht fernliegt, wo die bacteriologische Untersuchung am Krankenbett, ebenso wie die Auscultation und Percussion, ebenso wie die chemische Harnuntersuchung, wie die microscopische Untersuchung der Secrete und Excrete eine echte klinische Untersuchungsmethode geworden ist*“.

Podobnie, jak *rhinitis fibrinosa s. crouposa*, zaczynają w ostatnich czasach wyodrębność *pharyngitidem fibrinosam* i t. d., czyli, jak ją w przeciwstawieniu do błonicy nazywają: *angina crouposa benigna*. Pierwszy, zdaje się, przypadek tego cierpienia ogłosił jeszcze przed kilkunastu laty B. FRAENKEL. Dalej BAMBERGER, STUEMPELL, HENOCH i SCHECH, który tej sprawie chorobowej, jako jednej z odmian *pharyngitidis exsudativae*, poświęcił oddzielny rozdział w doskonałym swoim podręczniku dla chorób nosa i gardła. W r. 1891 ONODI z Buda-Pesztu (40) ogłosił niezwykle interesujący przypadek tego cierpienia u 30-letniego lekarza, które się ciągnęło z przerwami przez 2 lata. Włóknikowy charakter błon był wykazany metodą WEIGERT'a, zaś odpowiednie badanie bakteriologiczne nie wykryło laseczników LOEFFLER'a, tylko mikrokoki. W ostatnich czasach kwestyją tą obszernie zajął się HAJEK (41), asystent prof. SCHNITZLER'a w Wiedniu. Spostrzegał on 5 przypadków *pharyngitidis fibrinosae*. Niektóre z nich przebiegały z gorączką, wszystkie jednak łagodnie. W żadnym przypadku autor nie był w stanie wykryć KLEBS-LOEFFLER'owskich laseczników, stale zaś wykrywał albo *staphylococcus pyogenes aureus*, albo *streptococcus pyogenes*. Cierpienie to trwało raz krócej [kilka dni], drugi raz dłużej [kilka tygodni]. Częste powroty cierpienia. Autor nie uważa tego cierpienia tylko za wyższy stopień zwykłego zapalenia błony śluzowej gardzieli, gdyż często przy bardzo rozległem tworzeniu się błon zaczerwienie błony śluzowej było nieznaczne. Prawdopodobnie indywidualność gra tu pewną rolę. Autor ten spodziewa się od dalszych prac w tym kierunku wyjaśnienia tej kwestyi. I znowu mimowoli przychodzą na myśl słowa GUTTMANN'a: „*es ist noch viel zuthun in der Aethiologie der Diphtherie*“. Podobnie, jakeśmy to i przy krupie nosa zaznaczyli, że należy cierpienie to odróżniać od przewlekłej błonicy nosa, z którą nie ma nic wspólnego, tak i t. zw. *pharyngitis fibrinosa chronica* nie należy identyfikować z przewlekłym dypfterytem gardzieli. Francuzi, mianowicie CADET DE GASSICOUR, nazwali tę po-

stać błonicy, która się charakteryzuje częstymi powrotami: „*diphtherie prolongée*“. HENOCH również spostrzegał przypadki błonicy gardzieli, ciągnące się 4 i więcej tygodni z powrotami. Przypadki takie obecnie już mają swoje wytłómaczenie w niezwyklej zdolności życiowej lasecznika błonicowego, tak, że nawet po t. zw. wyleczeniu błonicy LOEFFLER i inni znajdowali go w błonach śluzowych. Przy każdym powrocie z łatwością daje się wykryć.

Chciałbym tu jeszcze powiedzieć słów kilka o stosunku t. zw. pierwotnego krupu krtani, czyli, jak GOTTSTEIN (48) chętniej go nazywa: *laryngitis pseudo-membranacea*, do właściwej błonicy. HENOCH, jakoteż BOKAI (42) uważają „*laryngitidem fibrinosam*“ za cierpienie *sui generis*, samodzielne, z błonicą nic wspólnego nie mające. Natomiast SCHROETTER (49), GOTTSTEIN, jako też cała szkoła włoska z profesorami: MASSEI'm, MASINI'm, COZZOLINI'm, jako też z EGIOLI'm na czele przyjmują tylko krup krtani pochodzenia dyfterytycznego. CONCETTI (43), aczkolwiek w 3 przypadkach tego cierpienia nie znalazł laseczników KLEBS-LOEFFLER'a, również do powyższego przychyła się zdania. Nawiasem dodam, że tenże sam autor odmawia również krupowi nosa samodzielności i to na podstawie jednego przypadku! Istnieją jednak, acz nieliczne, badania, które przemawiałyby za identycznością tych dwu spraw chorobowych. I tak KLEBS i PALTAUF na klinice prof. SCHROETTER'a w Wiedniu znajdowali przy pierwotnym krupie krtani [bez zajęcia gardzieli] swoiste dla błonicy pasorzyty. Toż samo i BACIŃSKY, który w wykrztuszonej błonie po tracheotomii przy krupie znajdował laseczniczki LOEFFLER'a. Przypuszcza on, że i tu, podobnie jak przy krupie nosa [przy którym również znajdował też same bakteryje], zarazek ten może jest mniej złośliwy, wywołuje więc tylko sprawę miejscową. Na to jednak można by odpowiedzieć w ten sposób: dlaczego błona śluzowa nosa, lub krtani miałyby stanowić mniej podatne warunki dla ogólnego zakażenia, niż błona śluzowa gardzieli. ROUX i YERSIN również w 2 przypadkach pierwotnej „*laryngitidis fibrinosae*“ znajdowali laseczniczki LOEFFLER'a, toż samo d'ESPINE i MAIGNAC, wreszcie TANGL. Co się mnie osobiście tyczy, to byłbym tego zdania, że podobnie jak obok dyfterytycznego zajęcia błony śluzowej nosa i gardła, istnieje niewątpliwie sprawa odmienna, czysto miejscowa, łagodna, to jest t. zw. *rhinitis* i *pharyngitis chr. fibrinosa*, istnieją również dwie niezależne od siebie różne pod względem klinicznym i etyjologicznym sprawy chorobowe na błonie śluzowej krtani, t. j. zwykły zapalny krup (*laryngitis crouposa s. fibrinosa*) i dyfterytyczny. I dla czegoż by nie można przyjmować *rhinitis*, *pharyngitis* wreszcie *laryngitis fibrinosa*, jeżeli przyjmujemy *bronchitis*, *oesophagitis* [WAGNER, WUNDERLICH u 8-letniego chłopca, odlew włóknikowy], *gastritis* [WIDERHOFER], *angiocholitis* [KUSSMAUL], wreszcie *cholecystitis*, *urocystitis* i t. d. i t. d. *fibrinosa*.

Znaną jest również dobrze sprawa krupowa w uchu (*otitis externa crouposa s. fibrinosa*), dla której w podręcznikach dla otyjatrii [POLITZER'a] (45), oraz w najnowszy BUEKNER'a [46], prof. z Göttingen, poświęcono nawet oddzielne rozdziały. Przypadki tego, bądź co bądź, rzadkiego cierpienia, spostrzegał już GOTTSTEIN, głównie jednak prof. BEZOLD, znany specjalista w Monachjum. STEINHOFF'owi 35 przypadków [z kliniki BEZOLD'a] tego cierpienia posłużyło za przedmiot do rozprawy. U nas podobny przypadek opisał przed kilku laty GU-

RANOWSKI [47]; dotyczył on 32-letniego mężczyzny, u którego w ciągu 10 dni wytwarzały się w uchu błony. Badanie bakteryjologiczne, przeprowadzone w tym przypadku, wykazało obecność pasorzyta zielonej ropy (*bacillus pyocyaneus*).

Tym sposobem, wracając znowu do najbardziej obchodzącej nas kwestyi, powiem, że t. zw. krup nosa pod względem klinicznym, a po części i etyjologicznym jest cierpieniem samoistnem, ze sprawą błonicową absolutnie nic wspólnego nie mającem. Pozostaje nam wreszcie zobaczyć, jak na krup nosa zapatrują się anatomo-patologowie. BIRCH-HIRCHFELD na str. 50 w swoim dziele anatomii patologicznej tak mówi: „*in seltenen Fällen wird das Auftreten primärer croupösen Rhinitis als eine locale Schleimhaut - Erkrankung beobachtet*“. VIRCHOW zaś jeszcze w r. 1854 oddzielił pojęcie krupu od dyfterytu, zaliczając do pierwszych postaci wysiękowe, do ostatnich zaś te, przy których następuje zgorzel błony śluzowej. Jak przed czterdziestu kilku laty, tak i obecnie, w roku bieżącym podczas dyskusyi nad odczytem BĄGIŃSKIEGO w Berlińskim Towarzystwie Lekarskiem, wyraził VIRCHOW ten sam pogląd i to w sposób kategoryczny na tę kwestyję: krup i dyfteryt pod względem anatomicznym różnią się od siebie zasadniczo; gdy bowiem przy krupie powierzchnia błony śluzowej po usunięciu błony rzekomej okazuje się nietkniętą, przy dyfterycie przedstawia ona owrzodzenia, czyli: że krup jest cierpieniem o wiele lżejszem, aniżeli błonica, co zresztą najzupełniej się zgadza z kliniką. Nawet i wtedy, mówi VIRCHOW, gdyby się okazało [czego dotychczas nie ma], że obie te sprawy wywołane są przez jeden i ten sam zarazek [lasecznik LOEFFLER'a], nie zmieniało by to postaci rzeczy: zawsze się pozostaną dwie te sprawy anatomicznie i klinicznie różnorodnemi; „*Die aethiologische Einheit*, mówi ten autor, *folgt nicht aus der anatomischen Uebereinstimmung*“. Przy krupie mamy do czynienia z wysiękiem [błony rzekome], przy błonicy natomiast błony są to zmartwiałe i oddzielone części błony śluzowej. Sądzę, że powyższe zdanie VIRCHOW'a, największej powagi w dziedzinie anatomii patologicznej, zaważyć powinno na szali i przechylić ją na stronę samoistnego charakteru spraw krupowych wogóle, a nosa w szczególności. Tym sposobem tuszę sobie, że udało mi się przeprowadzić i rozstrzygnąć w znaczeniu dodatniem moją ideję przewodnią: że t. zw. krup nosa zarówno pod względem klinicznym, jakoteż anatomicznym i etyjologicznym jest cierpieniem samoistnem, cierpieniem *sui generis*, z właściwym dyfterytem nic wspólnego nie mającem.

A jeżeli tak, to wracając się do przypadku, opisanego na wstępie, wypada mi obecnie zastanowić się nad tem, z czem właściwie mieliśmy do czynienia: z krupem, czy dyfterytem nosa, jednym słowem—rozstrzygnąć w znaczeniu dodatniem, lub ujemnem pytanie, umieszczone w nagłówku niniejszej pracy. W tym celu rozpatrzmy jeszcze raz krytycznie wszystkie objawy u naszego chorego.

Po skaleczeniu brzytwą w brodę, *resp.* zakażeniu, wywołanem bądź nieczystą brzytwą, bądź wskutek drapania nieczystym paznokciem, czego dowodem brzydki wygląd owrzodzenia, zajęcie gruczołu limfatycznego szyjowego po stronie odpowiedniej [prawej], wreszcie objawy ogólne [rozłamanie, gorączka] występują mniej więcej w tydzień potem u naszego chorego objawy ze strony

nosa i to w jednej tylko połowie [prawej], gdzie oddawna istniały zmiany na przegrodzie (*chondroma septi*). Objawy te polegały na ostrym niezycie z następczem wytwarzaniem się błon rzekomych, również tylko z jednej [prawej] strony. Jaki związek zachodził między pierwotną infekcją [na brodzie] a następczem zajęciem nosa—sprawą wysiękową? Czy wywołane były one jedną i tą samą przyczyną, *resp.* jednym i tym samym zarazkiem, lub też powstały niezależnie zupełnie od siebie? Jest to pytanie, na które absolutnie pewnej nie można dać odpowiedzi. Ja jednak osobiście skłaniam się ku pierwszemu, t. j., że ten sam zarazek, który wywołał pierwotną infekcję na brodzie [szkoda tylko, że nie było dokonane badania bakteryjologiczne wydzieliny tego pierwotnego owrzodzenia; tego jednak uczynić nie mogłem, gdyż chorego po raz pierwszy widziałem wtedy, gdy już owo owrzodzenie zaczynało się goić] czego dowodem również i zniknięcie obrzmienia gruczołu na szyi i zmniejszenie się objawów ogólnych, gorączki i t. d., ten sam więc, powtarzam, zarazek został przeszczepiony na błonę śluzową nosa przez dłubanie tymże palcem, jak to zresztą chory sam wyraźnie zaznacza, w tej połowie nosa, która od dawna stanowiła *locus minoris resistentiae* z powodu wyżej wspomnianej zmiany na przegrodzie.

Zarazkiem tym, jak się później okazało z badań bakteryjologicznych [zarówno drobnowidzowych wydzieliny i błon, jakoteż hodowli i szczepienia], był *staphylococcus pyogenes aureus* [gronkowiec ropotwórczy złocisty], który, jak to wiemy z prac doświadczalnych LIEVEN'a, a także MAGGIORA i GRADEN'ego, o których powyżej wspomniałem, zdolen jest na obrażonej błonie śluzowej nosa wytworzyć błony *resp. rhinitidem fibrinosam*. Swoistych natomiast dla błonicy laseczników KLEBS-LOEFLER'a, które wykryć zarówno w błonach [BIRCH-HIRSCHFELD], jako też i w hodowlach [szybko bardzo występujących niezwykle charakterystycznych dla tej sprawy chorobowej, BACIŃSKY], jest niesłychanie łatwo ¹⁾, w naszym przypadku nie było. Również i zaszczepienie zarazka świnie morskiej dało wynik ujemny, t. j. nie wywołało żadnych objawów, któreby za błonicą przemawiały.

Wracam do naszego przypadku: w ciągu następnych 2 tygodni od chwili ustąpienia pierwotnych objawów w jamie nosowej, błony rzekome tworzyły się stale przy stanie bezgorączkowym lub, co najwyżej, z nieznacznym podniesieniem

¹⁾ Pozwól tu sobie w paru słowach przypomnieć cechy charakterystyczne, po których sam lasecznik KLEBS-LOEFLER'a pod drobnowidzem, oraz jego hodowle dają się rozpoznać. Przedewszystkiem dla zabarwienia lasecznika błonicowego używamy specjalnego płynu LOEFFLER'a o składzie następującym: 30 ctm. sześć stężonego alkoholowego roztworu *Methylenblau* na 100 ctm. sześć. KOH—0,01% [1:10:0]. Laseczniki, tym płynem na niebiesko zabarwione, posiadają na obu końcach maczugowate zgrubienia, końce, niekiedy zaś i po środku leżące części silnie barwnik pochłaniają [spory?]. Dla hodowli używamy t. zw. surowicy krwi LOEFFLER'a [można jednak użyć i zwykłego agar-agar], której przygotowanie jest następujące: 3 części surowicy krwi oweżej i część buljonu, 1% peptonu, 0,5% NaCl, 1% cukru gronowego. Już po 12 godzinach hodowle lasecznika błonicowego przedstawiają się jako białe świecące kropelki, niekiedy blisko siebie ułożone w postaci białego wyniosłego wału [wzdłuż rysy hodowlanej]. Już po 24 godzinach kropelki te przedstawiają się jako okrągłe, wyniosłe, białe, błyszczące warstewki. Część środkowa jest wyniosłą, nieprzezroczystą, podczas gdy bliżej brzegu leżące warstwy wydatnio przeświecają. KARLIŃSKI. L. c.,

ciepłoty [do 38,2° C.]. Dodam tu nawiasowo, że przy krupie nosa brak gorączki bynajmniej nie stanowi *signum patognomicum* dla tego cierpienia, jak zgodnie utrzymują SCHECH, POTTER i inni. Cierpienie dotyczyło osobnika dorosłego, podobnie jak to miało miejsce również w przypadkach B. FRAENKEL'a, SEIFERT'a i HUNT'a [żona lekarza]. Dalej ograniczyło się ono jedynie do jednej połowy nosa [podobnie jak w przypadkach MOLDENHAUER'a, HUNT'a, POTTER'a i JURASZA], nie rozszerzając się ani na jamę nosogardzielową, ani na krtani i tchawicę. W gardzieli wprowadzie był lekki stopień t. zw. *anginae s. tonsillitidis follicularis (lacunaris)*, sprawa ta jednak bardzo szybko ustąpiła. Zresztą o tego rodzaju powikłaniu wspominają również HUNT, MOLDENHAUER, wreszcie SEIFERT [w 2 przyp.].

Jak na tę sprawę zapatrywać się należy, już wyżej obszernie wzmiankowałem. Zgodnie z badaniami RITTER'a, B. FRAENKEL'a i innych, nie ma ona nic wspólnego, o ile się zdaje, z właściwą błonicą, będąc również zależną od *staphylococcus* [po części *streptococcus pyogenes aureus*]. Dalej nie było w naszym przypadku absolutnie zajęcia gruczołów szyjowych [pierwotne obrzmienie gruczołu z prawej strony było krótkotrwałem i zależnem jedynie od sprawy na brodzie], żadnych cierpień następnych [np. nerek], żadnych wreszcie porażeń, zależnych, jak tego prace ROUX i YERSIN'a, BRIEGER'a i FRAENKEL'a zgodnie dowiodły, od działania wydzielonego przez lasecznik błonicowy ciała trującego [ptomainy].

Sam charakter błon, więcej zbliżonych do tych, jakie zazwyczaj widzujemy po operacjach galwanokaustycznych, a które SEIFERT nazywa wtórnym krupem nosa (*rhinitis fibrinosa secundaria*), ich umiejscowienie w przednim odcinku i w jednej tylko połowie nosa, stosunkowa łatwość w ich usunięciu, przyczem błona śluzowa okazuje się względnie mało zmienioną [rozpulchnioną, lecz bez owrzodzeń], dalej charakter wydzieliny z nosa, z początku surowiczej, potem śluzowej, lub śluzo-ropnej, nigdy zaś ropiastej, cuchnącej, krwawej [to ostatnie jest ważnem, znane są bowiem przypadki niewątpliwej błonicy nosa, bez błon, jedynie tylko z wydzieliną tego charakteru], wszystko to, razem wzięwszy, stanowczo na korzyść krupu, a przeciw błonicy nosa przemawia.

Cała sprawa trwała w naszym przypadku [podobnie jak i w przypadku HUNT'a] 2 tygodnie [trzy zaś, włączywszy w to okres pierwotnej infekcyi na brodzie]. Zwykle podają w podręcznikach okres ten od 8 dni do 3 tygodni [np. w SEIFERT'a przypadku, gdzie przytem nastąpił zrost dolnej muszli z przegrodą nosa, toż samo miało również miejsce w jednym przypadku RAULIN'a; w naszym przypadku również istniała tendencyja do podobnego zejścia].

Na zasadzie więc, powtarzam, powyższego, t. j. stosunkowo nieznacznych objawów ogólnych [początkowe bowiem silnie występujące objawy ogólne, rozłamanie, gorączka, jako też końcowe dość silne osłabienie, należy, zdaniem mojem, zaliczyć na karb pierwotnego zakażenia i nieszanowania się chorego w początkowych okresach choroby], dalej na zasadzie braku zajęcia gruczołów, na zasadzie występowania charakterystycznych błon rzekomych, oraz ograniczenia się tych do jednej tylko połowy nosa, do przedniego jej odcinka, na zasadzie występowania cierpienia pierwotnego u osobnika dorosłego, oraz braku wszelkich

powikłań, jakoteż braku absolutnie własności zakaźnych danego cierpienia [lekarze, z których ja niezwykłą na zarazek błonicowy odznaczam się wrażliwością i otaczający zdrowi], w końcu na zasadzie badania bakteriologicznego z ujemnym dla błonicy rezultatem, na zasadzie, powtarzam, tego wszystkiego, przyjsć musimy do przekonania, że w przypadku powyższym mieliśmy do czynienia ze sprawą krupową [a nie dyfterytyczną] nosa (*rhinitis crouposa s. fibrinosa s. pseudomembranacea*), która jednak z powodu powikłania pierwotną infekcją na brodzie utraciła nieco ze swej typowości i dlatego przedstawiała pewne trudności dyagnostyczne.

L I T E R A T U R A.

- 1) Deut. med. Woch. Nr. 29, p. 641. — 2) Die Krankheiten des Halses und der Nase. 1880 i 1884. — 3) Die Krankheiten der Nasenhöhle. 1886. — 4) Maladies des fosses nasales. 1886. — 5) Die Krankheiten der Nase. II wyd. 1888. — 6) Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. IV wyd. 1892. — 7) Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1891. — 8) Patrz dyskusyję nad odczytem BĄGIŃSKY'ego. Berl. kl. Woch. Nr. 4 i 10. 1892. — 9) Ueber Croup und Diphteritis. Wien. — 10) Ueber croupöse Entzündung der Nasenschleimhaut. Monatschr. f. Ohrenh. Nr. 9, p. 252. — 11) Ueber Croup der Nasenschleimhaut. Münch. med. Woch. Nr. 38. — 12) A case of pseudomembranous rhinitis. Nr. 7. Med. Rec. 1887. Ref. w J. C. 1887/8, p. 344. — 13) Ueber das Vorkommen croupöser Pseudomembranen in Nase und Pharynx. Deut. med. Woch. 1888. Nr. 4, p. 66. — 14) Ueber primäre Rhinitis pseudomembranacea. Arch. f. Kinderheilk. 1888. X Band. — 15) Membranous Rhinitis. N. Y. Med. Rec. 1889. Ref. J. C. 1889/90, p. 233. — 16) Ref. w J. C. 1890. Nr. 2. — 17) Ueber Rhinitis fibrinosa (crouposa). Verh. d. Congr. f. i. Med. 1889. — 18) On membraneus Rhinitis. Jour. of Laryn. Nr. 3. 1889. — 19) Pseudomembranous Rhinitis. N. Y. Med. Rec. 1889. Ref. w J. C. 1889/00. p. 234. — 20) Rhinitis und Rhino-pharyngitis fibrinosa. Med. chir. Cent. 1890. Nr. 18. — 21) A case of membranous Rhinitis. Ref. w J. C. 1891. Nr. 2. — 22) A case of croupous Rhinitis. Journ. of Lar. 1891. Nr. 12. — 23) Relations de deux cas de rhinite fibrineuse. Ref. w J. C. 1892. Nr. 4. — 24) Two cases of membranous Rhinitis. Ref. J. C. 1892. Nr. 4. — 25) Ref. w J. C. 1892. Nr. 2. — 26) Thèse de Paris. Ref. w J. C. 1891. Nr. 5. — 27) Ref. w J. C. 1892. Nr. 4. — 28) Ref. w J. C. 1891. Nr. 4. — 29) Ref. w J. C. 1891. Nr. 12. — 30) Ref. w J. C. 1820. Nr. 5. — 31) Ref. w J. C. 1892. Nr. 2. — 32) Ref. w J. C. 1890. Nr. 5. — 33) Ref. w Jour. of Laryng. Nr. 1. 1892. — 34) przyczynek do etyologii samoistnego ostrego nieżyty gardzieii (*angina catharrhalis acuta idiopathica*). Gaz. Lek. Nr. 27. 1888. — 35) Ref. w J. C. 1892. Nr. 4. — 36) przyczynek do patologii spraw zapalnych migdałków. Przegląd Lekarski. Nr. 31. 1891. — 37) Untersuchungen ueber die chronische Diphtherie der Nase vom bacteriologische Standpuncte aus. J. C. 1892. Nr. 4. — 38) Zur Aetiologie der Rhinitis fibrinosa. Münch. med. Woch. 1891. Nr. 48 i 49. — 39) Ref. w J. C. 1891. Nr. 2. — 40) Fall von Pharyngitis fibrinosa chronica [mit 2-jähriger Dauer]. Monatschr. f. Ohrenheilk. Nr. 4. 1891. — 41) Zur Kenntniß der Pharyngitis fibrinosa. J. C. 1892. Nr. 4. — 42) Ref. w J. C. 1892. Nr. 4. — 43) Bacteriologische Untersuchungen bei Croup. J. C. 1892. Nr. 4. — 44) Ref. w J. C. 1891. Nr. 2. — 45) Lehrbuch der Ohrenheilkunde. II wydanie. 1887. p. 148. — 46) Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1892. Stuttgart. — 47) Przypadek krupowego zapalenia przewodu słuchowego zewnętrznego i błony bębenkowej. Gazezeta Lekarska. 1888. Nr. 33. — 48) Die Krankheiten des Kehlkopfes. III wyd. 1890, p. 116. — 49) Vorlesungen ueber die Krankheiten des Kehlkopfes etc. 1887. II zesz. p. 79. — 50) Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 3 wyd. 1887. p. 379. — 51) Patrz pracę POTTER'a: A second note on croupous rhinitis. Rev. de Soc. dotot. et Rhin. 1892. N. 1. — 52) Patrz pracę KARLIŃSKIEGO: O obecnym stanie badań nad przyrodą błonicy gardła [dyfteryt]. Kraków. 1892. — 53) Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen. Monat. f. Ohr. I. 1892.