

# GAZETA LEKARSKA.

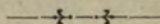
## I. O T. Z. OSTRYCH ROPNIACH PRZEGRODY NOSA

(*abscessus acuti septi narium*).

Napisał

**Władysław Wróblewski,**

lekarz ambulatoryum dla chorób gardła i nosa w szpitalu Ewangelickim w Warszawie.



Przystępując do opisanja tej sprawy chorobowej, mam przedewszystkiem na celu obznajmienie z nią ogółu lekarzy-praktyków, gdyż, jak się kilkokrotnie przekonałem, nie bywa ona właściwie rozpoznawaną, a tembardziej leczoną. Cierpienie to znane jest pod bardzo różnemi nazwami, jako to: *haematoma septi narium abscedens*, *perichondritis septi narium idiopathica*, *acuta*, albo z dodatkami *sic dicta*, *erysipelas mucosae septi abscedens*, *phlegmone acutum*, *l'abcès chaud de la cloison nasale* i t. p.. Wszystkie zaś te nazwy oznaczają jedno i to samo, t. j. nagromadzenie się ropy pod błoną śluzową *resp.* ochręstną przegrody nosa. Nie ulega wątpliwości, że nagromadzenie się ropy w tym razie jest tylko następstwem różnych chorób lub wpływów mechanicznych. Ponieważ atoli sprawa ta wywołuje zawsze jednakowe objawy podmiotowe i przedmiotowe; ponieważ wymaga zawsze jednakowego, tylko chirurgicznego leczenia: przeto zbyt liczne jest nadawanie jej tylu rozmaitych nazw, określających przyczyny wywołujące lub też stany przejściowe (*haematoma*).

Z tego też powodu, podzielaając w zupełności zdanie KUTTNER'a <sup>1)</sup> „*a priori fit determinatio*“, sędzę, że istotę tej sprawy najdokładniej określa najprostsza nazwa: *abscessus septi*. Wszystkie zaś inne określenia, które sprowadziły już tyle bezcelowych, czysto akademickich sporów, nie mających najmniejszego znaczenia praktycznego, należałoby raz na zawsze porzucić.

Ropnie przegrody nosa mogą być ostre [szybko powstające i przebiegające] lub też przewlekłe, następcze i t. d..

W pracy niniejszej mam zamiar mówić tylko o ropniach ostrych.

Najczęstszą przyczyną powstawania ostrych ropni przegrody nosa jest uraz [uderzenie w nos, upadek na nos i t. p.]. Że ropnie tego pochodzenia są bardzo częste, na to się wszyscy autorowie zgadzają; do rzadkich natomiast zaliczają przypadki ropni, powstałych z innych przyczyn [np. w przebiegu róży,

<sup>1)</sup> Die so genannte idiopathische acute Perichondritis der Nasenscheidewand von D-r KUTTNER. Archiv f. Laryng. Prof. B. FRÄNKEL'a. Tom II, str. 76.

ospy, tyfusu i t. p.], a nadewszystko te, w których nie można wykryć żadnej widocznej przyczyny. Jedni nazywają je samoistnymi, inni ropniami z przeziębienia (*e frigore*)<sup>1)</sup>.

Według moich spostrzeżeń, ani jedno, ani drugie do rzadkości nie należą. SCHECH<sup>2)</sup> i RÉTHI<sup>3)</sup> uważają za najczęstszą przyczynę tych ropni zakażenie różą (*streptococcus Fehleiseni*). HERZFELD<sup>4)</sup> opisuje jeden przypadek róży błony śluzowej przegrody z przejściem w ropienie.

HAJEK, szczepiąc zwierzętom *streptococcum erysipelatis*, wywoływał zapalenie tkanki łącznej i ropienie.

Przyczyną tych ropni może być również i wąglik (*anthrax benignus*)<sup>5)</sup>.

Dość rzadką przyczynę powstawania ropni przegrody stanowią operacje wewnątrz-nosowe. Jeden taki przypadek opisał LEDERMANN: tu ropień powstał po wypłowaniu listwy chrzęstnej na przegrodzie<sup>6)</sup>.

Mechanizm powstawania ropni urazowych jest następujący: po uderzeniu w nos<sup>7)</sup> powstaje krwotok częścią na zewnątrz [może go i nie być nawet], częścią pomiędzy ochręstną i chrząstką przegrody; błona śluzowa unosi się, zazwyczaj z obu stron jednakowo, wytwarzając guzy wypełnione krwią; w tym to mianowicie przejściowym okresie odpowiednią być by mogła nazwa krwisteku (*haematoma*), gdyby nie to, że, jak nam z doświadczenia wiadomo, zawartość ta zmienia się szybko w ropę, a obumarcie chrząstki (*necrosis*) następuje niekiedy już w kilka godzin<sup>8)</sup>.

Dla tego też do rzeczywistych rzadkości należą prawdziwe krwisteki, t. j. stany, w których po wylewie krwi pozostawała ona w ciągu dłuższego czasu jako taka<sup>9)</sup>, lub uległa zupełnemu wessaniu<sup>10)</sup>. LACARRET opisuje przypadek, w którym w 5 tygodni po uderzeniu w nos znalazł u dziewczynki 11-letniej dwa symetryczne, niebolesne guzy o zawartości bladoróżowej, jasnej, przyczem chrząstka okazała się nieuszkodzoną. Cytuje on również przypadek z kliniki Gou-

---

<sup>1)</sup> I. MOURE. Abcès aigu de la cloison des fosses nasales. Revue mens. de laryng. etc. 1888 str. 445.

<sup>2)</sup> SCHECH. Die Krankheiten der Nase etc., str. 242.

<sup>3)</sup> RÉTHI. Die Krankh. d. Nase etc. 1892, str. 79.

<sup>4)</sup> HERZFELD. Rhinolog. Mittheilungen. Monatschr. f. Ohrenheilkunde etc. 1894. Nr. 9.

<sup>5)</sup> Spostrzegąłem i operowałem kilka przypadków ropni, w nosie powstałych skutkiem wągliku (*anthrax benignus*); w każdym z nich jednak ropnie były na skrzydłach nosa i dlatego opisu ich tutaj nie przytaczam.

<sup>6)</sup> M. D. LEDERMANN. Eine ungewöhnliche Folge einer intranasalen Operation. Centralblatt f. Laryng. 1894, str. 490.

<sup>7)</sup> FISCHENICH. [Arch. f. Lar. und Rhinol. Tom II, str. 33] słusznie zwraca uwagę, że urazy grzbietu nosa prowadzą do ropni przegrody, urazy zaś boczne, połączone niekiedy nawet ze złamaniem wyrostka nosowego górnej szczęki, nie powodują takiego skutku. Pogląd ten potwierdzić mogą na zasadzie własnych spostrzeżeń.

<sup>8)</sup> JURASZ. Die Krankh. d. Nase. 1891, str. 73.

<sup>9)</sup> LACARRET [de TOULOUSE]. Hématome de la cloison des fosses nasales. Revue mens. de laryng. et. 1894, str. 352.

<sup>10)</sup> I. B. BALL [London]. Hämatom der Nasenscheidewand. Centralblt. f. Laryng. etc. 1891, str. 244.

GENHEIM'a, opisany przez D-rą STRAZZA <sup>1)</sup>, w którym u 4-letniego dziecka po upadku na nos powstał guz jednostronny [chrząstka nie była uszkodzoną] o zawartości płynnej, mętnej, różowej (*un liquide qui n'était ni du sang ni du pus*). Ten ostatni zresztą przypadek cytuje GOUGENHEIM <sup>2)</sup> w swej pracy jako ropień nosa. Podobne przypadki opisują: LUC, PÉAN, KOEPPE, FISCHENICH. W ogóle jest ich nie wiele i dla tych tylko przypadków należałoby zatrzymać nazwę odpowiadającą rzeczywistości, t. j. *haematoma*.

Nie mogę się jednak zupełnie zgodzić na nadanie nazwy krwisteków 6 przypadkom, opisanym przez JURASZA <sup>3)</sup>; w każdym z nich bowiem była zawartość czysto ropna, a w przypadkach wczesniej operowanych ropa z domieszką krwi: były to więc ropnie. Jeżeli ropnie te, jako powstałe z wylewu krwi pod chrząstną, w myśl JURASZA, nazywać krwistekami, to zachodzi kwestya, dlaczegożby sprawę tej, jako powstałej po urazie, nie nazwać wprost *contusio nasi*?

Jedyną rzeczywistą przyczyną powstawania ropni przegrody nosa jest niewątpliwie przenikanie pasożytów ropotwórczych; jaką zaś drogą dostają się one pod błonę śluzową, *resp.* chrząstną przegrody, wskazać tego w każdym oddzielnym przypadku nie możemy, co zresztą jest dla lekarza-praktyka rzeczą dość obojętną. Często drogą przenikania pasożytów są bez wątpienia powierzchowne utraty nabłonka (*excoriations*), mogące w tem miejscu łatwo powstawać nawet przy nieco silniejszym wycieraniu nosa.

Na 14 obserwowanych przezemnie przypadków w sześciu przyczyną był uraz, w jednym—róża, w jednym—tyfus, w jednym—ospa; wreszcie w pięciu nie było widocznej przyczyny [ropnie samoistne].

**Przypadek I.** D. 2 kwietnia, 1887 r. wezwał mnie p. D., lat 55 liczący. Po przebyciu przed paru dniami róży twarzy i nosa, na którą zresztą zapadał często, wkrótce zauważył na samym brzegu nozdrza lewego jakiś guzik, przeszkadzający mu w oddechaniu. Guzik ten, jak okazało badanie, wielkości orzecha laskowego, wypełnia większą część światła nozdrza lewego, barwę posiada blado-różową, przy dotykaniu zgłębnikiem łatwo daje się ugniatać, wychodzi z chrząstnej części przegrody nosa; strona prawa przegrody bez zmian. Po przecięciu z guzika tego wypłynęła znaczna ilość dość gęstej żółtej ropy. W kilka dni zagojenie. Żadna zmiana w zewnętrznych konturach nosa nie pozostała.

**Przypadek II.** M. Z., lat 39 wieku liczący. Dnia 8 lipca 1888 r. opowiada mi, że przed 3 tygodniami podniósł się z łóżka po tyfusie i wtedy zauważył, że coś mu w nosie zawadza i zatyka, tak, że nosem oddechać nie może. Na pierwszy rzut oka wydawało się, jakoby oba nozdrza były wypełnione polipami.

<sup>1)</sup> STRAZZA. Un cas rare de tumeur de la cloison du nez. Annales des maladies de l'oreille etc. 1888, str. 666.

<sup>2)</sup> GOUGENHEIM. Verhandlungen des X Internationalen Medic. Congresses. Berlin. 1892 r., str. 21. Des abcès chauds de la cloison nasale et d'une déformation nasale concomitante et définitive.

<sup>3)</sup> L. c.

Takie też rozpoznanie było postawione przez lekarza ordynującego pierwotnie. Przy pierwszym zbadaniu wziernikiem i zgłębnikiem przekonałem się o istnieniu ropnia. Zrobiłem duże obustronne cięcia, po których wylała się znaczna ilość ropy. Większą część przegrody chrzęstnej znalazłem zniszczoną. Po wyskrobaniu, wymyciu i wytamponowaniu gazą jodoformową jamy ropnia, zagojenie nastąpiło w ciągu 8 dni, lecz nos pozostał wybitnie przyplaszczonym.

Chory ten z innego już powodu zgłosił się do mnie po poradę w kwietniu b. r., wtedy stwierdziłem co następuje: nos przypłaszczony, na grzbiecie widoczne zakłębnięcie, chrzęstna część nosa miękka, przy uciśnięciu palcem zupełnie się spłaszcza. Przedziurawienia przegrody nie ma.

**Przypadek III.** R. W., lat 18 wieku licząca. Od kilku dni zauważyła guz w nosie. Guz ten miał powstać bez żadnej widocznej przyczyny. W przedniej części przegrody nosa po stronie prawej znalazłem [21. VI. 1890] guz czerwony, chełbocący. Po przecięciu znacznie zgrubiałej błony śluzowej wypłynęło wiele żółtej ropy. Wyzdrowienie bez śladu.

**Przypadek IV.** M. Ż., lat 40 wieku licząca. Przed 3 tygodniami, rąbiąc drzewo, uderzoną została w nos odłamkiem; nastąpił krwotok z nosa, bardzo znaczny obrzęk i zupełne zatkanie. Z nozdrza prawego od dni kilku wydziela się ropa. W chwili badania [5. XI. 1891 r.] zewnętrzna forma nosa niezmienniona. Błona śluzowa bardzo czerwona, kanałów nie ma, gdyż są zatkane z jednej i drugiej strony wypukłościami na przegrodzie nosa.

Wypukłości te zupełnie miękkie łatwo dają się uciskać zgłębnikiem, przyczem, uciskając lewą, otrzymujemy odpowiednio powiększenie się prawej i odwrotnie. Objaw ten, jak się o tem niejednokrotnie przekonałem, wskazuje na zniszczenie chrząstki; za tem zresztą przemawiał również zupełny brak oporu przy ucisku palcem czubka nosa.

Przy ucisku przegrody po stronie prawej wypływa żółta, płynna ropa z tylnej części wypukłości, otworu jednak znaleźć nie można. Po znieczuleniu kokainą przeprowadziłem cięcie długości 1 ctm. po stronie prawej i nieco krótsze z lewej. Z prawego cięcia wylało się z pół łyżeczki płynnej, kawowej, bardzo cuchnącej ropy, poczem chora doznała natychmiastowej ulgi. Resztki ropy wypuściłem po zgłębniku żółbkowanym. Całą jamę wyskrobałem, wymyłem, wytamponowałem gazą jodoformową, zmoczoną w 1<sup>o</sup>/<sub>oo</sub> sublimacie. Po kilku dniach nastąpiło wyzdrowienie.

**Przypadek V.** K. K., lat 5 wieku liczący. Cierpi na obrzmienie i zatkanie nosa od 3 tygodni, które powstało bez żadnej dającej się wskazać przyczyny. Zauważyłem [21. V. 1892] po obu stronach przegrody guzy symetryczne, czerwone, chełbocące. Po przecięciu wypłynęło dużo ropy. Przebieg względnie pomyślny: małe zakłębnięcie nosa.

**Przypadek VI.** Z. F., lat 6 wieku licząca. Podlegała bardzo często katarom nosa. Od tygodnia ma większy nieżyt, niż zazwyczaj. Usta otwarte. Mowa bezdźwięczna, nosowa; jest to także jeden ze stałych cha-

rakterystycznych objawów ropni przegrody nosa, *resp.* wszystkich chorób połączonych z zupełnem zatkaniem nosa.

Dnia 14. IV. 1892 r. wylała się z nosa dość znaczna ilość ropy z domieszką krwi i wtedy po raz pierwszy wezwany D-r Wisłocki prosił mnie na poradę. Znaleźliśmy skórę nosa mocno zaczerwienioną, grzbiet rozszerzony, na dotyk nos bolesny, cały powiększony. Przegroda nosowa rozszerzona, czerwona, miękka zakrywa kanały zupełnie. Stan gorączkowy 39° C.. Zrobiłem głębokie i długie cięcia po stronie lewej i nieco mniejsze po prawej; w otwór po cięciu z lewej strony wprowadziłem kawałek gazy jodoformowej, zmoczonej w sublimacie.

Dnia 17. IV. Noc niespokojna, ciepłota 38,6° C.. Zmiana gazy. Wymycie.

Dnia 19. IV. Stan bezgorączkowy, skóra nosa prawie normalna. Zmiana tamponu. W ciągu tygodnia zagojenie. Pozostało nieznaczne zakłębienie, na granicy kości nosowych właściwych i chrząstki, widoczne najczęściej z profilu.

**Przypadek VII.** A. G., lat 17 wieku liczący. Od 3 tygodni nie może oddechać nosem. Zresztą na nic się nie uskarża i żadnych chorób w tym czasie nie przebywał. Przyczyny obecnego cierpienia zupełnie podać nie umie. Urazu stanowczo nie było. Przy badaniu 11. VII. 1892 r. znalazłem zmiany następujące: nos duży, o skórze niezmienionej, zupełnie zatkany wypukłościami po obu stronach chrzęstnej przegrody, bardziej po stronie lewej [gdzie wypuklenie wychodzi aż na zewnątrz], niż po prawej. Po przecięciu wypływa bardzo dużo ropy nadzwyczaj złowonnej. Przecięcie obustronne. Wymycie. Tampon. Zagojenie w ciągu dni 10. Dość znaczne zakłębienie.

**Przypadek VIII.** E. C., lat 7 wieku liczący. Przed dwoma tygodniami upadł na nos i od tego czasu chrapie. Usta otwarte. Zgrubienie nosa i ślady siniaka na grzbiecie w okolicy kości nosowych. Przegroda nosa z obu stron wybitnie zaczerwieniona, pulchna, chełbocąca, wypełnia światło nozdrzy zupełnie. Dnia 24. IV. 1893 r. zrobiłem obustronne cięcia, po których wylało się dużo żółtej ropy. W kilka dni wyzdrowienie. Pozostało lekkie zakłębienie.

**Przypadek IX.** C. M., lat 6 wieku licząca. Przed kilkoma miesiącami upadła na nos, poczem wystąpiło obrzmienie, zamykające w ciągu dłuższego czasu światło nosa. Po odejściu ropy stopniowo nastąpiło wyzdrowienie, lecz pozostała zmiana formy nosa i to skłoniło rodziców chorej do zasięgnięcia porady. Obecnie [8. V. 1893 r.] nos charakterystycznie zapadnięty na granicy chrząstki i kości. Skrzydła znacznie rozszerzone. Przy ucisku na koniec nos spłaszcza się. Przedziurawienia przegrody nie ma.

**Przypadek X.** Z. L., lat 10 wieku licząca. Przed rokiem przebywała ospę, podczas której przyłączyło się cierpienie nosa, trwające około tygodnia; był on wówczas zupełnie zatkany, jak opowiadała chora, wystającymi, czerwonymi guzami. Po pęknięciu tych guzów wypłynęła znaczna ilość ropy, poczem drożność nosa wróciła, nos się jednak bardzo znacznie przyplaszczyl; jest on zupełnie miękki, szeroki, złamany ku dołowi na przejściu kości w chrząstkę. Przegroda nieprzedziurawiona, lecz zupełnie miękka, z powodu braku chrząstki.

Dnia 8. VIII. 1893 chora ta zwróciła się do mnie z powodu znacznego oszpececia. Zaleciłem odpowiednie sprężynowe uciskadło. Więcej jej nie widziałem.

**Przypadek XI.** I. S., lat 2 wieku liczący. Przed 8 tygodniami upadł na nos. Od tego czasu chrapie w nocy. Przy badaniu 8. XII. 1893 r. znalazłem nos zatkany, przy naciskaniu na koniec rozplaszcza się łatwo; widać z obu stron na przegrodzie nosa charakterystyczne wypukłości. Na operację rodzice chorego nie zgodzili się.

**Przypadek XII.** P. M., lat 56 wieku licząca, zauważyła od 2 tygodni obrzmienie nosa, które nastąpić miało bez żadnej widocznej przyczyny. Od kilku dni zupełne zatkanie nosa. Przy badaniu [31. III. 1894 r.] stwierdziłem: przegroda nosa obrzmała, chełbocąca, wypełnia w postaci dwóch czerwonych guzów oba nozdrza. Skóra nosa nacieczona; ciepłota 38,8° C. Chora przybyła do Warszawy na kilka godzin tylko i na zaproponowaną przezemnie operację stanowczo się nie zgodziła.

**Przypadek XIII.** S. R., lat 14 wieku liczący. Przed 10 dniami uderzony został nogą w nos. Od tego czasu nos zatkany; chory w nocy chrapie. W chwili badania [19. IX. 1894 r.] cały nos obrzmały, na dotyk bolesny; kanały zupełnie zatkane. Na przegrodzie nosa z obu stron w odległości pół centymetra od otworów zewnętrznych dwa symetryczne, czerwone, kuliste, spłaszczone guzy. Przy dotykaniu zgłębnikiem lewy bardziej miękki, łatwo uciska się, ściany prawego nieco odporniejsze. Zrobiłem obustronne głębokie nacięcia [gdyż w tych razach jest zawsze znaczne zgrubienie błony śluzowej] na 1 ctm. długie; z lewego leje się obfitym strumieniem żółta, gęsta ropa, z prawego mniej ropy.

Wyzdrowienie zupełne w ciągu 10 dni; pozostało bardzo nieznaczne zakłębienie.

**Przypadek XIV.** M. Z., lat 12 wieku liczący, został przed 4 tygodniami pobity, przyczem uderzono go obcasem w nos. Nos był silnie zaczerwieniony i obrzmały; na grzbiecie wytworzył się ropień, który sam pękł; gdy jednak rana nie chciała się zagoić, chory wstąpił do szpitala Św. Rocha w dniu 29. IV. 1886 roku. Wówczas znalazłem: nos nie wielki, nieco do góry zadarty; na grzbiecie nosa [na granicy kości właściwych z chrząstką] owrzodzenie o brzegach nierównych, ziarninowych, na około tego zaczerwienienie. Oba otwory nosa całkowicie zatkane znacznem obrzmieniem błony śluzowej przegrody nosa; obrzmienie to robi wrażenie jakby polipów, wystających z nozdrzy.

Dnia 30. IV. 1886, zrobiłem przecięcie obustronne guzów na przegrodzie nosa, przyczem wylało się nieco żółtej ropy. Przy badaniu zgłębnikiem owrzodzenia na grzbiecie nosa znajduję obnażoną kość.

Dnia 3. V zrobiłem podłużne cięcie na grzbiecie nosa, długie na 1½ ctm.. Ziarninę obfitą wyskrobałem ostrą łyżką.

Dnia 5. V. Obfite ropienie przez rany przegrody nosa. Zgłębnikiem znajduję długą przetokę, idącą od rany na grzbiecie wzdłuż przegrody; dolny

koniec zgłębnika wychodzi w prawym kanale nosa z przodu, gdzie dużo jest ziarniny. Po wyskrobaniu i przypaleniu ziarniny azotanem srebra ropienie ustało. Zupełne wygojenie nastąpiło 20. V. Pozostała nieznaczna, podłużna blizna na grzbiecie nosa i wybitne zapadnięcie nosa na granicy kości i chrząstek.

Wyżej wspomniałem, że ropnie urazowe powstają dość szybko z wylewów krwawych pod błoną śluzową. Urazowi towarzyszy zazwyczaj krwotok z nosa, poczem nos się zatyka, tak, że chorzy robią usiłowania wycierania go i starają się wyrzucić domniemane skrzepy krwi.

Ropienia samoistne [t. j. bez widocznej przyczyny] powstają powolniej, zwykle przy objawach ostrego nieżytu nosa; towarzyszy im kichanie, łzawienie, swędzenie w oczach i nosie, zaczerwienienie łącznicy, ból głowy, bóle rwące w nosie, a nawet stan gorączkowy. Inne wreszcie ropnie powstają tak nieznacznie, że chorzy nie są w stanie określić żadnych pierwotnych objawów. Co się zaś tyczy ropni symptomatycznych [w przebiegu ospy, tyfusu, róży i t. p.], nie zwracają one na siebie uwagi wobec ciężkich podstawowych chorób.

Do lekarza zwracają się tacy chorzy zawsze prawie z jednakowemi skargami, t. j. na zupełne zatkanie nosa [jedno lub obustronne], przyczem sami zwracają uwagę na istnienie w nosie jakichś czerwonych tworów. Twory te są zawsze prawie jednakowej czerwonej barwy, mniej lub więcej kuliste, w większości przypadków symetryczne i wypełniające całe światło nozdrza; łatwo je można widzieć bez użycia wzornika przez proste podniesienie końca nosa palcem do góry. Są one tak charakterystyczne, że kto je raz widział, a nawet tylko opis przeczytał, w rozpoznaniu pomylić się nie może. A jednak i praktyka na to wskazuje i wszyscy bez wyjątku prawie autorowie oddzielnych prac i podręczników zwracają uwagę na częste branie tych tworów za polipy nosa. Pomijając już swoistą ich czerwoną barwę, pewne pomarszczenie naciezionej błony śluzowej, co powinno wystarczyć dla rozpoznania, wszelką wątpliwość rozstrzygnie zgłębnik lub palec, którymi doskonale skonstatować można płynną zawartość, szeroką podstawę na przegrodzie nosa [gdzie polipy rzadko bywają i to zwykle na cienkich szypułkach], niemożność odsunięcia tego guza ku górze, co przy polipach zawsze jest możliwe i wreszcie pewien swoisty dla polipów połysk i przeświecalność, czego nie mają ropnie. Przy ropniach obustronnych zawsze następuje zgorzel chrząstki, o czem również przekonywa nas zgłębnik. Uciskając guz z jednej strony, otrzymujemy odpowiednie powiększenie objętości z drugiej, t. j. istnieje bezpośrednie połączenie; przekonywamy się o tem jeszcze dokładniej po otworzeniu ropni. Przy ropniach jednostronnych może zgorzeli nie być i te kończą się zawsze zupełnem wyzdrowieniem, t. j. nie zostawiają po sobie żadnych śladów zewnątrz, ani wewnątrz nosa.

Zawartość tych guzów we wszystkich moich przypadkach była zawsze ropną<sup>1)</sup>; w całej literaturze znajduję kilka zaledwie przypadków, w których zawartość guzów była odmienną, jak np. w cytowanym powyżej przypadku LACQARRET'a i STRAZZA'y i t. d. i w przypadkach surowiczego zapalenia

<sup>1)</sup> Badania bakteriologiczne jednego zresztą przypadku w klinice GOUGENH EIM'a wyka-  
zały: *staphylococcus pyogenes albus*.

ochrzęstnej (*perichondritis serosa*) JURASZA <sup>1)</sup>. Do objawów podmiotowych ropni na przegrodzie nosa należy cały szereg objawów, cechujących zatkanie nosa, a więc: niemożność zamykania ust i oddechania nosem, wysychanie gardzieli, chrapanie we śnie, ból głowy i t. p.. Objawy tego rodzaju mogą towarzyszyć wielu innym chorobom, znoszącym drożność nosa: syfilis, polipy, gruźlica, wyrostki adenoidalne, obce ciała i t. d., z tą różnicą, że przy ropniach powstają one szybko, mają dość wyraźny początek, który zwykle chorzy oznaczyć mogą, przy innych zaś cierpieniach powstają one powoli, niepostrzeżenie.

Charakterystyczną jest również mowa takich pacjentów: bezdźwięczna, nosowa. Już po tym jednym objawie można rozpoznać, że mamy do czynienia z niedrożnością nosa, a gdy nam otoczenie chorego zaznaczy, że powstała ona niedawno, od razu przyjdzie nam na myśl ostry ropień przegrody. Mowa taka jest wybitnie różną od niewyraźnej mowy przy ropniach gardzieli, przy porażeniu lub przedziurawieniu podniebienia; opisać jednak jej niepodobna, choć są to rzeczy, które przy pewnej wprawie bardzo łatwo uchem odróżnić możemy. Wszystkie wyżej przytoczone objawy występują jaskrawiej przy ropniach obustronnych niż jednostronnych. Skóra nosa bywa często zaczerwieniona, zgrubiała, bolesna na dotyk, a zwłaszcza przy ropniach pochodzenia urazowego podczas pierwszego tygodnia choroby; później znika stopniowo odczyn zapalny i przyjmuje ona już w końcu drugiego tygodnia zwykły wygląd. Niekiedy odczyn bywa tak duży, że powoduje obrzęk twarzy i powiek, przechodzący i na policzki; tkanki są wtedy czerwone, napięte, twarde, ciastowate. Cała ta sprawa podobna jest do róży i wtedy należy przedewszystkiem mierzyć ciepłotę; brak bowiem gorączki lub nieznaczne tylko podniesienie temperatury zwróci uwagę naszą we właściwym kierunku. Drugą cechą odróżniającą jest znacznie mniejsza bolesność skóry i błony śluzowej przegrody nosa na dotyk, niż to bywa przy róży. Gdyby pomimo wyżej przytoczonych cech rozpoznawczych pozostały nam jeszcze jakie wątpliwości, łatwo je rozstrzygnąć może próbne przekłucie zwykłą sprycką PRAVAZ'a.

Jedynie racjonalnem jest leczenie ropni przegrody nosa chirurgiczne. Im prędzej i im szerzej otworzymy jamę ropnia, tem lepszy otrzymamy rezultat. Przypadki wyleczenia tej sprawy bez nacięć są tak nieliczne <sup>2)</sup>, że w każdym nowym przypadku bezwarunkowo nie wolno nam wyczekiwać wessania przy zastosowaniu li tylko inhalacji, ciepłych okładów, maści i t. d.. Zejścia zaś ropni, otwieranych zapóźno lub nie otwieranych zupełnie, są dla chorego bardzo nieprzyjemne, gdyż pozostawiają raz na zawsze oszpecenie nosa, o czem zresztą wspomnę niżej. Przystępując do operacji, należy możliwie dokładnie oczyścić pole strzykawką, tamponikami z waty i t. d. i znieczulić kokainą za pomocą pędzlowania lub włożenia do nosa na kilka minut kawałeczka waty, zmoczonego w kokainie, a jeszcze lepiej w kokainie [roztwór 10%] *ana* z antypiryną [roztwór 50%]. Następnie prowadzimy cięcie przez całą długość wypukłości ropnia od tyłu ku przodowi—przy dwustronnych z obu stron i to w dol-

<sup>1)</sup> Deutsche med. Wochenschrift. 1884. Nr. 50.

<sup>2)</sup> BALL, l. c.



nej części, w celu zapobieżenia zatrzymywaniu się ropy. Cięcie robić należy szybko, silnie i jednym pociągnięciem, pewną ręką, gdyż wszelkie poprawki, jak zresztą przy wszystkich operacjach ostre narzędziami, a tembardziej tu, gdzie chory na to patrzy, działają na niego bardzo przygnębiająco i osłabiają zaufanie do lekarza. Cięcie powinno być głębokie; błona śluzowa bowiem jest przy tych sprawach bardzo grubą, nacieczoną, a żywe krwawienie, które natychmiast powstaje, z trudnością tylko pozwoliłoby na powtórne odszukanie nie odkończonego przecięcia. Za wskazówkę służy nam w tych razach obfity strumień ropy, wylewający się z rany i ropa na nożu. Do operacji tej używam zwykle małego nożyka, jakim posiłkują się okuliści; zabezpiecza to od zranienia skórnej części nosa. W tym ostatnim celu, przy braku odpowiedniego nożyka lub też u dzieci, należy robić przecięcie przez wziernik nosowy lejkowaty VOLTOLINI'ego lub DUPLAY'a, a wtedy boczne skrzydła wziernika zabezpieczą od zranienia skórnych części nosa.

Po opróżnieniu ropnia należy przeszukać jamę jego zgłębnikiem; w razie istnienia zmartwiałych części wyskrobać ostrą łyżką, dokładnie przestrzyknąć [zwykle kwasem bornym, lub nadmanganianem potasu przy ropie złowonnej] i po przekonaniu się zgłębnikiem żłobkowanym, że nie ma więcej ropy, wytampnować gazą jodoformową, zmoczoną w roztworze 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub> sublimatu i dokładnie wyżętą. Ta ostatnia czynność nie należy do łatwych, gdyż tampon wsuwa się zwykle głębiej w nozdrze, a nie w samą jamę ropnia. Tampon taki zmieniać trzeba codziennie, aż do czasu, kiedy na nim zupełnie nie bywa ropy i kiedy zgrubienie błony śluzowej zupełnie ustąpi. Dodawać chyba nie trzeba, że przy każdym opatrunku należy nos dokładnie przemywać.

Przy wszelkich naszych usiłowaniach i umiejętności gojenie nie zawsze odpowiednio szybko postępuje, co zależy od nader łatwego sklejanja się i zra-  
stania brzegów rany, skutkiem czego bywa powtórne zbieranie się ropy. Następuje to najczęściej tym sposobem, że niewielka stosunkowo część tamponu wysuwa się z rany ropnia, poczem i cały tampon wypada z nosa; pacycenci zaś nie zgłaszają się w odpowiednim czasie.

Sposób więc M. SCHAEFFER'a <sup>1)</sup>, sądząc teoretycznie, gdyż dotąd nie działałem się nigdy zmuszonym do zastosowania go, wydaje się bardzo praktycznym. Radzi on mianowicie wycinanie kawałka błony śluzowej wraz z ochrzęstną i wyskrobywanie jamy ropnia; to powinno nas zabezpieczyć od wyżej przytoczonych niedogodności. Mniej praktyczną wydaje mi się rada TEETS'a <sup>2)</sup> wprowadzania na czas gojenia po operacji rur srebrnych z bocznymi otworkami w oba nozdrza. Wielkość ich powinna odpowiadać wielkości i formie wnętrza nosa. Rany pooperacyjne goją się nader szybko i w bardzo krótkim czasie nie pozostaje po nich najmniejszego śladu. W żadnym z moich przypadków nie pozostało przedziurawienie przegrody nosa, choć, jak to widzieliśmy, pochodziły one od bardzo różnych przyczyn; niektóre były operowane

<sup>1)</sup> *Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Bremen 15—18 September. 1890. Centrbl. f. Laryng. 1891, str. 405.*

<sup>2)</sup> *Centralblt. f. Laryng. 1894, str. 175.*

bardzo późno, inne wygoiły się bez operacji, tak, że ja widziałem tylko rezultat.

Według zaś niektórych autorów, częstem zejściem obustronnych ropni przegrody nosa bywa stałe jej przedziurawienie. MACKENZIE <sup>1)</sup> np. powiada, „rzadko tylko wyzdrowia pacjent bez stałego przedziurawienia przegrody“. Toż samo twierdzi MASSEI <sup>2)</sup>. Za nimi powtarzają inni. Uważam to jednak za ogólnik, jakich wiele istnieje do dziś dnia w nauce, powtarzany z wiarą *in verba magistri*. Że w oddzielnych przypadkach przedziurawienie takie powstać może, nie ulega wątpliwości, mianowicie wtedy, gdy nastąpi na większej przestrzeni zgorzel błony śluzowej, otaczającej jamę ropnia. Liczba przypadków, którą spostrzegałem, jest dla tej kwestyi bardzo pokaźną; MACKENZIE zaś oparł swe twierdzenie na jednym przypadku, jaki widział; nie wiele więcej spostrzegał ich MASSEI. Sądzę się więc być zupełnie upoważnionym do twierdzenia, że stałe przedziurawienie przegrody nosa może powstać jako skutek ropnia, lecz zaliczać go należy do rzadkich wyjątków.

Najważniejszym i najstalszym zejściem obustronnych ropni przegrody nosa jest pewna zmiana zewnętrznego kształtu, co w niektórych sferach towarzyskich, a zwłaszcza u kobiet, uważanem jest za wielkie nieszczęście. Polega ona na zakłębnięciu grzbietu nosa na granicy kości właściwych (*ossa nasalia*) i chrząstki a jednocześnie na rozszerzeniu się i podniesieniu ku górze skrzydeł nosa. Zniepodobnienie to najwidoczniejszym jest z profilu, a w przypadkach zaniedbanych stanowi rzeczywiście wybitne oszpecenie, którego uniknąć można przez wczesne i odpowiednie leczenie. Z chwilą bowiem otworzenia i stosownego opatrywania ropnia, przerywamy zgorzel chrząstki i dajemy jej możliwość wrócenia do normy, o ile sprawa nie była za daleko posuniętą, lub o ile zasadnicza sprawa nie stanie temu na przeszkodzie. To ostatnie zdanie mogłoby się tyczyć ropni następczych, np. przy syfilisie, gruźlicy i t. p. Oszpecenie, spowodowane ropniem przegrody, różni się wybitnie od zapadania nosa przy niezycie zanikowym (*ozuena*) lub syfilisie, gdzie zakłębnięcie takie znajduje się na granicy kości nosowych z czołową, t. j. w nasadzie nosa. Cały nos jest wtedy krótszy, skrzydła uniesione ku górze, nozdrza otwarte i zdaleka widoczne.

Podzielone są zdania co do przyczyny zniepodobnienia nosa przy ropniach przegrody. GOUGENHEIM (*l. c.*), opierając się na badaniach CHEVALLET'a <sup>3)</sup> i MOLLIERE'a, uważa nie zgorzel chrząstki za powód zakłębnięcia, lecz zwichnienie jej w miejscu przyczepu do lemiesza (*vomer*). Na poparcie swego twierdze-

<sup>1)</sup> M. MACKENZIE. Die Krankh. d. Halses und d. Nase. 1884. T. II, str. 721.

<sup>2)</sup> Prof. MASSEI. Pathologie und Therapie des Rachens, der Nasenhöhlen etc. nebersetzt von D-r FINK. 1892, T. I, str. 331.

<sup>3)</sup> M. E. CHEVALLET. Traitement des fractures du nez par l'appareil plâtré. Dissert. Lyon. 1889, str. 40. „La disjonction du cartilage au niveau de son insertion osseuse entraîne souvent avec la déviation latérale une dépression dorsale pouvant aller jusqu'à l'aplatissement complet de la pointe du nez. Le cartilage de la cloison, dans un choc dirigé d'avant en arrière, se sépare du vomer et glissant sur l'une des parois de la cloison osseuse, produit dans ce mouvement de descente la dépression dorsale que l'on constate audessous du lobule“. To stwierdzili CHETALLET i MOLLIERE na sekeyach i doświadczalnie na trupach,

nia przytacza fakt, że bardzo obszerne przedziurawienia przegrody nie powodują zakłębnięcia nosa, ani żadnej wogóle zmiany zewnętrznej. Powtórnie, wszystkie ostre ropnie przegrody uważa za urazowe, nie przywiązując wagi do zaprzeczenia pacjentów.

Inni uważają zniszczenie chrząstki za przyczynę opisanego zniepodobnienia.

Opierając się na moich spostrzeżeniach, podzielałam to ostatnie zapatrywanie. Prawda, że przy obszernych przedziurawieniach przegrody forma nosa jest niezmieniona, lecz zależy to od tego, że cały taki otwór otoczony jest chrząstką, której twardość doskonale czujemy palcem wzdłuż całego grzbietu nosa i od wnętrza widzimy i konstatujemy zgłębnikiem i na dnie i pod grzbietem; przy zakłębnięciach zaś nosa, spowodowanych ropniem, cała chrzęstna część grzbietu nosa jest miękka. Naciskając na koniec nosa, możemy go mniej lub więcej rozplaszczyc. Najdobitniej przekonałem się o tem w przypadkach II [tyfus] i X [ospa], w których cała chrząstka przegrody uległa zniszczeniu, przedziurawienia nie było, lecz zostało największe oszpecenie i nosy te zupełnie można było rozcisnąć. Też same dwa przypadki, nie licząc wielu opisanych przezemnie i przez innych autorów, zbijają zupełnie przypuszczenia Gougenheim'a co do wyłącznie urazowego pochodzenia tych ropni. Zachowanie formy nosa przy przedziurawieniach przegrody porównałbym do zachowania formy obręczy żelaznej po usunięciu ze środka jej osi i szprychów; gumowa zaś obręcz nie zachowa formy postawiona pionowo, choć zamiast szprychów zakleimy jej otwór z obu stron papierem. Tak samo i na przegrodzie błona śluzowa z obu stron wraca do normy, lecz między jej warstwami brak chrząstki, która jedynie trzymała ją w kierunku pionowym i ztąd utrata formy nosa i łatwe rozciśnięcie go palcem.

Na oszpecenie tego rodzaju zwrócił uwagę J. O. ROE <sup>1)</sup> i zaproponował wewnątrznosową plastyczną operację, której sam dokonał w kilku przypadkach z zupełnym powodzeniem. Polega ona na wycięciu z wewnętrznej powierzchni skrzydeł nosa obu stron odpowiednich kawałków tkanki, przekręconych i wszytych w uprzednio zrobione cięcia wzdłuż grzbietowego przyczepu przegrody wewnątrz nosa w miejscu, odpowiadającym zakłębnięciu. Kawałki te można również utrzymać *in situ* stale na czas jakiś zostawionymi szpilkami; na cały zaś nos nakłada Roe twardą formę dla nadania mu żądanego kształtu. W innym znowu przypadku zastosował Roe sprężynowy aparat, opierający się jednym ramieniem o dno, drugim o grzbiet nosa.

Zaznaczałem wyżej w kilku miejscach, co wszyscy zresztą autorowie jednogłośnie prawie powtarzają [MACKENZIE, ROE, ZAUFAL <sup>2)</sup> i t. d.], że łatwo uniknąć można oszpecenia nosa, jeżeli tylko ropień będzie wcześniej rozpoznany, przecięty i odpowiednio opatrywany.

Warszawa, 14. X. 1894 r.

<sup>1)</sup> M. JOHN O. ROE [de Rochester]. The correction of deformity resulting from abscess of the nasal septum. Centrblt. f. Laryng. 1894, str. 340 i Revue mens. de Lar. 1892 i 1894, str. 245.

<sup>2)</sup> Prof. ZAUFAL. Posiedz. Tow. Lek. niem. w Pradze. Revue mens. de lar. 1893, str. 667.

## II. ZAKAŻENIE KARBUNKUŁOWE, POD POSTACIĄ CHOROBY WERLHOF'A PRZEBIEGAJĄCE.

Napisali

**Józef Jaworski i Leon Nencki.**

— 1-3 —

Dnia 25 września r. b. przybyła do szpitala Ś-go Ducha S. K., 36 lat licząca, z powołania nauczycielka. Chora pochodzi z Alzacji; u nas w kraju przebywa od lat kilku. Co do przeszłości chorej pod względem zdrowia, to nadmieniam, że przed półtora rokiem podlegała operacji odjęcia rozszerzonych żył hemoroidalnych, przed dwoma laty przechodziła — jak mówi — antraks na nodze; cierpi na nawykowe zaparcie stolca i ma szczególną skłonność do wrzodzonek (*furunculosis*). W końcu czerwca r. b. w stanie zupełnego zdrowia S. K. udaje się w rodzinne strony, do Alzacji i tam przebywa do końca sierpnia. Podczas pobytu u rodziny, stan jej zdrowia nie pozostawia nic do życzenia. Bezpośrednio jednak po przyjeździe do Warszawy, a nawet już w drodze powrotnej, narzeka na ból nogi lewej, warunkowany wrzodzikiem (*je souffre d'un abcès*, jak mawiała) na wewnętrznej powierzchni kolana. Dolegliwość ta jest o tyle znaczną, że chora wskutek bólu chroma, porady jednak lekarskiej pod tym względem nie zasięga i ranę sama opatruje. W ten sposób wśród uciążliwych zajęć nauczycielki na mieście i na pensyi mijają dwadzieścia jeden dni od powrotu chorej ze stron rodzinnych. W d. 20 września S. K. udała się na zabawę taneczną. Po całonocnej rozrywce, chociaż wraca zadowolona i wesola, narzeka jednak na ogólne niedomaganie i dreszcze, których już nad ranem podczas zabawy doznała. Tegoż dnia wieczorem czuje się gorzej, a ogólne niedomaganie potęguje ból głowy i objawy niestrawności. Ciężota wynosi 38° C., tętno 100 uderzeń na minutę. Po wzięciu środka czyszczącego, chora nazajutrz, t. j. 22 września, czuje się lepiej i swych zajęć zwykłych nie przerywa. Wieczorem jednak znów gorzej.

Następnego dnia do istniejących już objawów przyłączają się bóle w stawach bardzo dotkliwe, które mają charakter wędrujący: przechodzą z jednego stawu na drugi. Chorej zalecono pozostawanie w łóżku i podano kilka prószków antypiryny. Tegoż dnia otoczenie chorej konstatuje u niej zmianę zabarwienia skóry na rękach, mianowicie niezwykłą jej czerwonosć. Ranka na nodze przez cały czas leżenia chorej zupełnie jej nie dolega.

W dniu 24 września wezwany lekarz stwierdza u chorej wyraźnie występującą plamicę krwotoczną (*morbis maculosus*) i skierowuje S. K. do naszego szpitala, gdzie i zapisaną zostaje na oddział kol. KWIETNIEWSKIEGO.

Rozpoznanie to (*morbis maculosus Werlhofi*), przez ordynującego kolegę przyjęte, zainteresowało cały personel lekarski szpitala. Każdy przeto z nas

podązał chorą obejrzeć. Między innymi chorą widzieli: prof. M. NENCKI, prof. J. KOSIŃSKI i Naczelný lekarz D-r S. ZALESKI.

Chora wzrostu więcej niż średniego, budowy silnej i kształtnej; układ kostno-mięsny rozwinięty bardzo dobrze; skóra gruba, elastyczna, nieco wilgotnawa o wyraźnie obniżonej ciepłocie. Powieki fioletowo-czarne, szczególnie prawa, łącznice oczu wypukłone w postaci pęcherzy, napełnionych czarną krwią, barwy rozróżnić nie można z powodu natrzyknięcia ciemno-fioletową krwią; w około oczodołów krwawe podbiegi podskórne barwy czerwono-fioletowej. Na twarzy rozrzucone plamy ciemno-czerwone, kształtu okrągłego. Na skórze tułowia i kończyn również wielka ilość plam krwawych różnej wielkości i kształtu. Plamy te w dolnej części brzucha, na wewnętrznej powierzchni ud, a również na powierzchni ramion i przedramion zlewają się i tworzą tym sposobem obszerne przestrzenie ciemno-czerwonej, to znów fioletowej barwy. Plamy przy ucisku palcem nie znikają. Na wewnętrznej powierzchni kolana lewego znajduje się ranka okrągła, powierzchowna, blada.

Język pokryty smołowo czarną krwią, oddech zimny, cuchnący wonią, przypominającą rozkład trupi. Mdłości i odbijanie. Brzuch wzdęty, żywa bolesność w dołku i podbrzuszu; poprzedniego dnia kilka wypróżnień płynnych krwawych, mocno cuchnących. Mocz w małej ilości, nasycony, zawiera białko [0,12%] czerwone ciała krwi i cylindry krwawe. Miesiączka od dwóch dni bardzo obfita.

Chora jest zaniepokojona swoim stanem, wyraża przypuszczenia i obawy, skarży się na dotkliwe bóle w żołądku i lędźwiach; wreszcie przy coraz zwiększającym się upadku sił, przy obniżeniu się ciepłoty poniżej normy i braku tętna, już na kilkanaście godzin przed zgonem, chora zupełnie przytomna i świadoma do końca, co się koło niej dzieje, w dniu 26 września po południu życie zakończyła.

Badanie zwłok, dokonane nazajutrz przez kol. ED. ZIELIŃSKIEGO, oprócz zmian na skórze, za życia spostrzeganych, wykazało, co następuje: znaczny rozkład zwłok względnie do czasu [niecała doba] i chłodnego dnia. Prawe płuco nieco przyrosłe do opłucnej ściennej; same płuco puszyste, blade bardzo; na lewej opłucnej drobne krwawe wybroczyny. Serce nieco powiększone, rozkurczowe, obfitujące w mazistą czarną krew; zastawki elastyczne, lśniące; aorta wązka, cienka. Śledziona powiększona, miękka; pulpę łatwo można zeszkrobać. Wątroba trochę powiększona, na jeden ctm. z pod łuku żeberowego wystaje; brzeg dolny nieco zaokrąglony; barwa zielonkawo-szara [starego brązu]. Budowa zatarta.

Nerki powiększone; istota korowa zgrubiała i zmętniała; piramidy nastrzyknięte; otoczkę zdziera się łatwo, pod nią wybroczyny krwawe. W otrzewnej liczne i duże wybroczyny krwawe, to samo zjawisko w krezkach. Na błonie śluzowej żołądka bardzo liczne podbiegnięcia krwawe, szczególnie po środku krzywizny małej; jedna z plam krwawych dochodzi tutaj 4 ctm. w średnicy. W kiszkiach znajdujemy mniej więcej te same zmiany; zajmują one przeważnie kiszkę cieką, szczególnie zaś górną część kiszki czezej. Wybroczyny krwawe tutaj są bardzo drobne, wielkości ziarenka maku w postaci kropek,

rzadko rozrzuconych. Błona śluzowa żołądka i kiszek wogóle blada, bez krwi-  
sta. Macica znacznie powiększona, twarda, mięsień zgrubiały; na bladej bło-  
nie śluzowej krew zmieszana ze śluzem. Jajniki prawidłowe.

W przypadku tym tak przebieg kliniczny, jak i badanie pośmiertne wska-  
zywały na jedno mianowicie: że mieliśmy tutaj do czynienia z ostrą sprawą za-  
kaźną, której natury jednak bliżej określić na razie nie można było. Wpra-  
wdzie już samą chorobę WERLHOF'a niektórzy autorzy starają się wyodrębnić  
jako osobną postać kliniczną pochodzenia zakaźnego. Gdy jedni <sup>1)</sup> [PETONE,  
MARTIN DE GIMARD, TIZZONI et GIOVANI, LETZERICH] opisują drobnoustroje  
właściwe jakoby temu tylko cierpieniu, inni [REHER, HLAVA, VASSALE, P. CLAIS-  
SE] wskazują na znane już mikroby, jako to: *streptococci et staphylococci pyoge-  
netici, pneumococcus etc.*

Wobec tych często sprzecznych poszukiwań bakteryologicznych i nieja-  
snej dotychczas ani etyologii, ani patogenezы cierpienia tego, postanowiliśmy  
skorzystać z przypadku powyższego i zbadać go bakteryologicznie. Rezultat  
poszukiwań naszych był—powiedzmy szczerze—niespodziewany.

I w tym przypadku — mówiąc nawiasem — nie po raz pierwszy i setny  
uwydatniła się konieczna potrzeba badania bakteryologicznego dla celów dy-  
agnostyki lekarskiej.

Wracamy jednak do naszych badań. Krew do badania była wzięta za ży-  
cia z ranki na kolanie, a po śmierci z przekroju śledziony, z powierzchni  
wsierdza i z łącznicy oka. Wziętą krew zaszczerpiono na bulionie, agarze i że-  
latynie. Probówki z bulionem i agarem umieszczono w termostacie, w ciepło-  
cie 37,5° C; probówkę z żelatyną pozostawiono w ciepłocie pokojowej. Już po  
24 godzinach, w obu seryach probówek — hodowle z bulionu, a po dniach 3—4,  
hodowle na żelatynie i agarze, badane pod drobnowidzem, okazały charakte-  
rystyczne bakterye lasecznika karbunkułowego (*bacillus anthracis*). Cechy mor-  
fologiczne i biologiczne, znalezione w danym przypadku lasecznika, nie po-  
zwalały ani na chwilę powątpiewać o naturze jego. Rozwój hodowli na że-  
latynie w postaci krzaka, *resp.* szczotki, zupełna nieruchomość w kropli wiszącej,  
barwienie się płynem GRAM'a i układanie się w nici, wreszcie rozwój w prze-  
strzeni tlenowej, wyróżniły go od lasecznika siennego (*bacillus subtilis*), jak  
i od lasecznika *Charbon symptomatique—Rauschbrand*. Pozostało nam tylko dla  
uzupełnienia naszych badań dokonać szczepień na zwierzętach. Jakoż, wstrzy-  
knięta dwudniowa czysta hodowla bulionowa badanego lasecznika śwince mor-  
skiej w ilości 0,3 ctm., wywołała śmierć zwierzęcia w ciągu 46 godzin. Taka  
sama czysta hodowla, wprowadzona pod skórę dwom myszom białym, w ilości  
0,1 ctm., spowodowała ich śmierć w przeciągu 9—10 godzin. Badana padłych  
zwierząt krew dała również pod drobnowidzem charakterystyczne laseczniki  
karbunkułu; ponowne szczepienie zaś na odżywkach obraz analogiczny z wyżej  
podanym.

---

<sup>1)</sup> Literaturę, odnoszącą się do choroby WERLHOF'a wogóle i specjalnie bakteryologiczną zna-  
leż można w artykule p. t. „Włóknikowe zapalenie płuc, chorobą WERLHOF'a wiktane“. Opisał  
D-r JÓZEF JAWORSKI. Kronika Lekarska. 1892. Toż samo w Wiener med. Presse. Nr. 2. 1893.

Przy badaniu padłych zwierząt między innymi, znaleziono: na miejscu wstrzyknięcia hodowli [u nasady ogona] brak objawów miejscowych. Układ żylny przepelniony krwią; krew ciemna, gęsta, nie krzepnąca, zawiera mnóstwo laseczników karbunkułowych. Śledziona powiększona, miękka i przekrwiona. Zawartość kiszek ciemna z wyraźną domieszką krwi. U jednej z myszy [samca] na kilka godzin przed śmiercią konstatowano obfite, krwawe [jasnej barwy] stolce.

Wprawdzie badanie bakteryologiczne rozstrzygnęło w podanym [przy padku] rozpoznanie, ale nie wyjaśniło nam w tym razie powstania choroby. Przebieg kliniczny najbardziej zbliża przypadek opisany do postaci karbunkułu żołądkowo-kiszkowego. Pomijając objawy podmiotowe, jak: mdłości, bóle krzyża, okolicy żołądka i szczególnie podbrzusza, przypominamy, że chora miała krwawe stolce, że przy badaniu pośmiertnem znaleziono bardzo liczne i duże wybroczyny krwi w otrzewnej i w krezkach, także co do ilości, a o wiele większe, wybroczyny krwawe na błonie surowiczej żołądka [narząd ten wogóle bywa dotknięty rzadko: 1 raz na 7, podług WAGNER'a] i stosunkowo już nieznaczne krwi podbiegi w kiszkach cienkich. Po nad tymi jednak objawami górowały inne — może dlatego najbardziej wydatne, bo rzucające się wprost w oczy, t. j. objawy plamicy krwotocznej. Otóż, zbiór objawów, który słusznie, czy niesłusznie, nosi w patologii miano choroby WERLHOFF'a, towarzyszy zazwyczaj postaci karbunkułu żołądkowo-kiszkowego. Wprawdzie w postaci tej często sprawa posuwa się dalej i podobnie, jak w posocznicy karbunkułowej, te wybroczyny krwawe zamieniają się tutaj w krostki lub pęcherzyki, wypełnione krwawym płynem surowicznym. U naszej chorej miało to miejsce na prawem oku, a w części i na karku. W następstwie zaś z wysypki tej wytworzyć się mogą niewielkie guzy twarde, które, będąc w obwodzie czerwonymi, pośrodku zamieniają się w strup i szerzyć się mogą na podobieństwo róży. Również i zmiany w samym przewodzie pokarmowym nie zawsze pozostają na jednym okresie, t. j. jako proste podbiegnięcia krwawe, a natomiast przedstawiają się jako zmiany zgorzelinowe, albo jako wyniosłe ciemnoczerwone kępki, podobne do wrzodzianek [STRAUS]. Czasami zaś błona śluzowa żołądka nacieczona jest płynem surowicznym, galaretowatym, trzęsącym się [FRAENKEL]. Zejście pomyślne w przypadkach żołądkowo-kiszkowych uważane jest za tak częste [BAUMGARTEN], jak przy czarnej kroście, zwykle jednak śmierć następuje po upływie [o ile zakażenie nie przebiega piorunująco] 5-ciu lub 8-iu dni.

Spadek ciepłoty do normy uważany jest za złą przepowiednię [VERNEUIL]. Wogóle nie ma żadnego związku między podniesieniem gorączkowym, a rozwojem choroby; często gorączka bywa bardzo silna w przypadkach pomyślnych [ROGER].

Możliwość bezpośredniego zakażenia karbunkułem przez przewód pokarmowy, pomimo wielu faktów pozornie przeczących, dowiedzioną została licznymi badaniami [FALK, PERRONCITO, HAMBURGER, MAC-FADYEN]. Mianowicie stwierdzono, że zarodniki wytrzymują bez szkody działanie kwaśnej wydzieliny żołądka i mogą pozostać żywymi nawet po upływie sześciu godzin, a przy

obecności pokarmów w żołądku nawet znacznie dłużej; podobnie i kwestya zarodnikowania bakterydi karbunkułowych na powierzchni mięsa również twierdząco rozstrzygniętą została wbrew licznym poglądom przeciwnym [JOHNE, THOMASSIN, REYNAL i t. d.], dzięki badaniom i doświadczeniom SCHMIDT'a MUHLHEIM'a. Oprócz mięsa, z którym zarodniki karbunkułowe wprowadzone mogą być do przewodu pokarmowego, przenośnikami ich może również być mleko zwierząt, dotkniętych karbunkułem [CHAMBRELENT, MOUSSOUS, KARLIŃSKI].

Tak przebieg kliniczny, jak zmiany pośmiertne w trzewach w danym przypadku występowały na pierwszy plan i z tego powodu uważamy przypuszczenie za prawdopodobne, że zaszczepienie jadu tą drogą odbyć się mogło.

Czy za *portas invasionis* lasecznika karbunkułowego, *resp.* jego zarodników, nie można uważać owej małej powierzchownej ranki na kolanie stanowczo zaprzeczać temu przypuszczeniu nie mamy zamiaru. Zdaje się jednak przeciw temu przemawiać: wygląd tego zewnętrznego uszkodzenia, długotrwałość miejscowego procesu przy braku wyraźnych objawów ogólnych. W tym okresie, kiedy chora przybyła do szpitala, nikt z nas nie konstatował nie tylko nacieczenia, ale wogóle przekrwienia wokoło ranki, nie było także wzniesienia wateczkowatego i pęcherzyków. Co się tyczy trwania tego uszkodzenia skóry, to ranka powstała mniej więcej na 3 tygodnie przed wystąpieniem objawów ogólnych. Przypuściwszy polimorfią zakażenia miejscowego, *resp.* niemożność rozpoznania jego natury, specjalnie w danym przypadku, zgodzić się musimy, iż między chwilą zaszczepienia a pierwszymi przejawami choroby upłynęło przeszło 3 tygodnie. Jakkolwiek okres wylegania karbunkułu jest dość zmienny i nie przenosi zwykle 2—3 dni, nie brak jednak spostrzeżeń, w których okres ten trwał przeszło 2 tygodnie, a istnieje i takie [BAYLE'a], w którym czarna krosta ukazać się miała u pewnego lekarza (*officier de santé*) w 99 dni po dokonanych przez niego rozbiórce zwłok muła, padłego od karbunkułu.

Na zawikłaną kwestyę wogóle początku choroby i patogeny danego przypadku rzucić może pewne światło szczegół anamnestyczny, który już w ostatniej chwili zdobyliśmy. Mianowicie z przeprowadzonej korespondencji z rodziną zmarłej, zamieszkałą w Alzacji, dowiedzieliśmy się, że S. K. przed wystąpieniem owej ranki na nodze przebywała w domu swego krewnego, z powołania „*metzger-fleischer*“, t. j. rzeźnika massarza, a więc, dzięki swej profesyi, narażającego siebie i otoczenie swoje na ewentualność inokulacyi karbunkułowej. Przypuściwszy, że sprawa pozostawała miejscową w ciągu kilku tygodni, w takim razie na uogólnienie jej, generalizacyą rzeczywiście wpłynąć mogło to fizyczne zmęczenie, jakiemu chora w nocy z 20 września na 21 uległa. Wszak wówczas dopiero doznała ona objawów chorobowych ogólnych: dreszczy, rozłamania i t. d.. Że wogóle znużenie sprzyja rozwojowi każdej infekcyi, a specjalnie karbunkułu, o tem świadczą liczne spostrzeżenia, a SOŁOWIEW, komunikuje wielorakie fakty podobne, zebrane u ludzi i u koni, CHARIN zaś wspólnie z ROGER'em drogą znanych doświadczeń z białymi szczurami tego samego dowiedli.

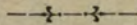


Dany przypadek, choćby z dwu względów, zdaniem naszym, zasługuje na uwagę: naprzód, stwierdza on fakt, że mikroby [jak tutaj *bacillus anthracis*], które właściwie krwotokorodnymi nie są, mogą się przy pewnych warunkach stać nimi; powtóre, w danym przypadku droga jaką zakażenie ogólne nastąpiło, pomimo analizy wszystkich faktów, stanowczo określoną być nie może.

Przypadki takie należą do wielkich rzadkości [są tylko 3 znane w literaturze: BAUMGARTEN'a, MARCHAND'a i CURSCHMANN'a].

Spostrzeżenia te, jak słusznie mówi ROGER, są bardzo zajmujące z punktu widzenia patologii ogólnej, ponieważ zbliżają karbunkuł ludzi do karbunkułu zwierząt.

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.



Posiedzenie kliniczne z d. 16. X. 1894.

SAWICKI przedstawia przypadek gangreny symetrycznej u dziecka. Matka tego dziecka podczas 6-tej ciąży w połowie 8-ego miesiąca została uderzona balią i dotkniętą była obrzękiem twarzy i kończyn dolnych. Dziecko urodziło się w porę z brakiem ostatnich [jednego lub dwóch] stawów palców u rąk i nóg; na miejscu tych stawów na niektórych palcach znaleziono brodawkowate narośle. Na całej skórze widać było rumień rozlany. W parę tygodni rumień znikł, pozostawiając wysypkę: *lichen planus*. Gangrena była wywołana trofoneurozą lub, co prawdopodobniejsze, przez nici amniotyczne.

NEUGEBAUER demonstruje preparat anatomiczny, pochodzący z ciąży pozamacicznej. Dnia, 13 października r. b. NEUGEBAUER dokonał keliotomii po rozpoznaniu ciąży w trąbce macicznej lewej, pęknięcia jej z wylewem krwi do jamy DOUGLAS'a oraz torbieli jajnika lewego. Przy operacji rozpoznanie zostało potwierdzone. Krwistek usunięto, a przydatki macicy ze strony lewej wyjęto. Do jamy DOUGLAS'a założono na dni kilka sączek z gazy jodoformowej. Płodni nie znaleziono; prawdopodobnie ciąża była świeża. 9 tygodni temu chora lat 30, od lat 10 zamężna, która raz jeden poroniła, następnie czworo dzieci pomyślnie porodziła i wykarmiła, w 3 tygodniu po ostatnim peryodzie dostała krwotoku; jak twierdzi chora, miało to być poronienie w trzecim tygodniu. Lekarz miejscowy, kol. RADZISZEWSKI, na zapytanie co do faktu poronienia, odpowiedział listownie, że nie widział błony, która miała wtedy być wydaloną z macicy; prawdopodobnie wydzielił się wtedy tylko skrzep krwi. Krwawienie, trwające od tej chwili w ciągu 5 tygodni, skłoniło chorą do udania się na poradę. Przy badaniu macica okazała się ruchomą, mało powiększoną, leżącą po stronie prawej linii pośrodkowej miednicy. Przydatki prawostronne normalne; po stronie lewej widać guz kulisty, a powyżej guz podłużny, wałkowaty, leżący w poprzek. Przy operacji wyjęto przydatki lewostronne w całości. Miejsce pęknięcia trąbki leżało mniej więcej na granicy pomiędzy średnią a zewnętrzną jej częścią. Krwistek otoczony był w części kruchą błoną wrzekomą barwy żółtawej; dookoła zaś krwisteku leżały prawie świeże skrzepy krwi. Płodni już nie znaleziono; również gołem okiem dostrzedz nie

było można śladów jaja, co wobec wczesnego okresu ciąży łatwo było zrozumiałem. Być może, że badanie drobnowidzowe da wskazówki dokładniejsze; w każdym razie najprawdopodobniejszą przyczyną tego krwotoku i pęknięcia znacznie rozszerzonej trąbki w części średniej jest *graviditas tubaria*, za czem zresztą przemawia również powiększenie macicy i długotrwałe krwawienie. Czy przy pierwotnem krwawieniu przed 9 tygodniami w 3 tygodnie po ostatniem krwawieniu wydzielila się jakaś błona z macicy, o tem przekonać się nie było można. Krwotok usunięto palcami, pozostałości zaś błony wrzeczmej ze ścian jamy DOUGLAS'a wyluszczone palcami i narzędziami. Stan chorej, pomimo wycieńczenia i niedokrwistości, jest pomyślny.

Następnie NEUGEBAUER przedstawił chorą lat 31, u której po porodzie, odbytym przed 8 laty, nastąpiło wycisowanie macicy, wyróżniające się nierównem wycisowaniem ścian pochwy w ten sposób, że ujście macicy skierowanem jest w bok. Przyczyną tej niezwykłej postaci opadnięcia pochwy jest blizna, sięgająca od lewego kąta ust macicznych aż do samego ujścia pochwy. (*Ruptura utero-vaginalis longitudinalis in latere sinistro*). Blizna twarda nie dozwalała na opadnięcie i wycisowanie lewej strony pochwy, podczas gdy po stronie prawej i dokoła szyjki cała pochwa jest wycisowaną. Przydatki macicy są wolne; ze strony lewej stwierdzić można ślady sprawy zapalnej. Macica znacznie wydłużona, po odprowadzeniu do miednicy układa się *in retroflexione*. Po stronie prawej zauważono boczne naderwanie ściany pochwy, sięgające na 6—8 ctm. od ujścia ku górze. Poród trwał 3 dni i był ukończony kleszczami przez jednego z lekarzy prowincjonalnych; dziecko urodziło się żywe. Sprężna wchodu miednicy = 6,5 ctm.. W trzecim miesiącu ciąży chora upadła na bruk i następnie przeleżała w szpitalu w Grójcu przez 3 miesiące; wtedy to miał wystąpić obustronny bezwład kończyn dolnych i zaburzenia w oddawaniu moczu. NEUGEBAUER podejrywa w danym przypadku uszkodzenie miednicy; ściślejsze rozpoznanie możliwem być może po zachloroformowaniu chorej.

*Autoreferat.*

BIERNACKI mówił „o leukocytozie w choleryze azyatyckiej“. Rzecz ta będzie ogłoszoną w Gazecie Lekarskiej. [D. n.]

## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

### 36. Leczenie dyfterytu surowicą antydyfterytyczną.

Z poprzedniej części naszego sprawozdania wyciągnąć można następujące dwa wnioski:

1. Surowica antydyfterytyczna posiada i własności zapobiegawcze i własności lecznicze.
2. Leczenie surowicą antydyfterytyczną, jak dotąd, zmniejsza przynajmniej o połowę odsetkę śmiertelności.

Obecnie przyjrzymy się szczegółowo materiałowi klinicznemu, podanemu przez Roux'a, oraz zmianom, jakie wywołuje surowica lecznicza w przebiegu rozmaitych form dyfterytu.

W tym celu dla łatwiejszego zorientowania się należy podzielić cały materiał kliniczny na dwie wielkie grupy, a mianowicie na:

przypadki dyfterytycznego zapalenia gardła (*angina diphtheritica*) i

przypadki krupu (*laryngitis crouposa, diphtheritica*).

Co się tyczy dyfterytycznego zapalenia gardła, to już zwyczajna obserwacja charakteru i przebiegu choroby przekonywa, że cierpienie to występuje w kilku różnych postaciach. a stwierdzić to również można i badaniem bakteryologicznym. To też wszystkie najnowsze prace, poświęcone dyfterytowi gardła, odróżniają dwie główne formy tej choroby, a mianowicie: formę czystą i formę mieszaną.

Wprawdzie, ściśle rzeczy biorąc, wypada, że dyfterytyczne zapalenia gardła najczęściej nie są zupełnie czyste, bo w hodowlacli, otrzymywanych z natotu, znajdujemy zwykle obok specyficznych, dyfterytycznych laseczników, i inne mikroby; jednakże pomimo to możemy za pomocą dokładnego badania bakteryologicznego odróżnić rozmaite formy dyfterytu gardła, odpowiadające najzupełniej rozmaitym postaciom klinicznym tej choroby. Otóż, w tym względzie można powiedzieć, co następuje.

W niektórych przypadkach cząsteczka błonki dyfterytycznej, wziętej np. z gardła i zaszczipionej na surowicy, daje przeważnie tylko kolonie lasecznika dyfterytycznego, a obok tego albo wcale nie znajdujemy żadnych innych mikrobów, albo też — bardzo nieznaczną ilość drobnoustrojów innego gatunku. Takie właśnie przypadki noszą miano dyfterytu czystego.

Dyfteryt nazywamy mieszanym wówczas, gdy badanie bakteryologiczne wykazuje, że obok kolonii specyficznego, dyfterytycznego lasecznika znajduje się dość dużo kolonii innych mikrobów. Domieszka taka innych drobnoustrojów chorobotwórczych może być trojakiego rodzaju; to też i dyfteryt mieszanany występuje w trojakej postaci klinicznej i bakteryologicznej, a zobaczymy następnie, że te oddzielne postacie dyfterytu mieszanego różnią się pod względem przebiegu choroby, rokowania, a więc i pod względem wyników leczniczych.

Do postaci pierwszej dyfterytu mieszanego zalicza Roux te przypadki, w których obok laseczników dyfterytycznych znajdują się małe, drobne koki. Ponieważ ROUX i YERSIN, a następnie MARTIN po raz pierwszy stale znajdowali owe koki obok laseczników specyficznych w przypadku dyfterytycznego zapalenia gardła u dziecka z nazwiskiem BRISOU, więc owym drobnoustrojom nadali miano: k o k i BRISOU.

Do drugiej postaci należą przypadki dyfterytu z domieszką gronkowca ropotwórczego — *staphylococcus pyogenes*.

Do trzeciej wreszcie postaci należą przypadki dyfterytu z domieszką łańcuszkowca — *streptococcus*.

Nawiasowo tu zaznaczymy, że ten podział bakteryologiczny i kliniczny odnosi się zarazem i do drugiej wielkiej grupy dyfterytu, a mianowicie do kru-

pu. Mówiąc zatem w dalszym ciągu o krupie, wolni będziemy od powtórzenia tych wiadomości wstępnych.

### DYFTERYT GARDŁA.

Czystego dyfterytycznego zapalenia gardła było przypadków 120. Z tych umarło chorych 9, a więc odsetka śmiertelności wynosi 7,5%. Dzieci umieszczano w szpitalu w rozmaitych okresach choroby, najczęściej w stanie ciężkim. Ilość surowicy wstrzykniętej w tych przypadkach wahała się od 20 do 85 cent. sześciennych.

Ogólny stan chorych pod wpływem wstrzykiwań surowicy wybitnie się poprawiał, z wyjątkiem, rozumie się tych kilku przypadków, które przybyły na oddział w stanie rozpaczliwym: dzieci przyjmują wygląd lepszy, stają się żwawszymi i weselszymi, domagają się jadła i daleko krócej muszą pozostawać w szpitalu, aniżeli dawniej.

Co się tyczy nalotu dyfterytycznego, to wogóle można powiedzieć, że ten w 24 godziny po pierwszym wstrzyknięciu podskórnem przestaje się powiększać, a oddziela się zupełnie w 36 godzin, w 48 godzin, a najpóźniej na trzeci dzień. Tylko w siedmiu przypadkach błony dyfterytyczne dłużej się trzymały, a w jednym z nich nalot przestał się odnawiać dopiero na dziesiąty dzień. Badanie bakteryologiczne wykazywało, że jednocześnie z ustępowaniem nalotu stopniowo znikają i laseczniki dyfterytyczne w gardle.

Gruczoły limfatyczne szyjowe zawsze były mniej lub więcej obrzmiałe i takimi nieraz pozostawały jeszcze przez długi czas, ale otaczająca je tkanka łączna podskórna nie przyjmowała udziału w tem obrzmieniu.

Ciepłota gorączkowa często zaraz na drugi dzień po zastrzyknięciu surowicy leczniczej opadała nagle, w sposób przełomowy (*crisis*). Wszelako w przypadkach bardzo ciężkich dopiero po drugim lub trzecim wstrzyknięciu surowicy ciepłota gorączkowa się obniżała i to już nie nagle, ale stopniowo (*lysis*). W każdym razie dopóki ciepłota ciała nie dochodzi do normy, t. j. dopóki nie opadnie poniżej 38° C, dopóty chorego nie należy uważać za uleczonego: wstrzykiwania w tych razach trzeba dalej koniecznie wykonywać.

Na tętno surowica lecznicza wpływ wywiera, ale daleko powolniej, aniżeli na ciepłotę gorączkową. W każdym razie przed obniżeniem się ciepłoty gorączkowej nigdy częstość tętna nie zmniejszała się tak, by dochodziła do normy, a zdarzały się i takie przypadki, w których, pomimo obniżenia się ciepłoty gorączkowej, tętno jeszcze przez dwa lub trzy dni pozostawało częstym. Wogóle wszakże należy zaznaczyć, że od czasu stosowania surowicy leczniczej nie spostrzegano w okresie zdrowienia takich nieprawidłowości w tętnie, jakie dawniej zwykle spotykano.

Co się tyczy białkomoczu, to skądinąd wiadomo [MARTIN i CHAILLOU], że przy czystym dyfterytycznym zapaleniu gardła tylko jedna trzecia część chorych wolną jest od tego objawu; dwie trzecie zaś wcześniej lub później zapadają na cierpienie nerek. Otóż, na 120 chorych u 54 wcale nie znaleziono białka w moczu, u 12 białkomocz trwał jeden dzień, u pozostałych 54 z białkomoczem objaw ten chorobowy tylko w kilku najcięższych przypadkach uporeczy-

wie się utrzymywał. Z tego zatem możnaby wnosić, że surowica antydyfterytyczna do pewnego stopnia chroni nerki od działania jadu dyfterytycznego, i że w niektórych przypadkach z białkomoczem wpływa na zmniejszenie albuminury.

Odnosnie do powikłań, można powiedzieć, co następuje. Ośmioro dzieci miało, obok dyfteryty gardła, i dyfteryty nosa. Przypadki te należały do bardzo ciężkich i bardzo późno do szpitala się dostały. Dwoje z tych dzieci zmarło.

Wiadomo, że do bardzo ciężkich powikłań dyfteryty należy odra. Przypadków takich było ośm; jeden zakończył się śmiercią.

Dyfteryty gardła ze szkarlatyną było sześć przypadków; wszystkie pomyślnie się zakończyły. Jeden z tych chorych zasługuje na oddzielne zaznaczenie, a mianowicie dziecko pięcioletnie, które w domu przebyło odrę i zapalenie płuc (*broncho-pneumonia*), a do szpitala przybyło z dyfterytem i szkarlatyną.

W pięciu przypadkach spostrzegano wysypkę, przeważnie pokrzywkę, bez gorączki. Wysypka ta szybko znikła, nie wywierając żadnego wpływu na przebieg choroby.

Dodać tu wreszcie należy jeszcze kilka szczegółów, dotyczących się śmiertelności w tej postaci dyfteryty.

Z danych statystycznych, zebranych przez MARTIN'a i CHAILLOU w roku 1891 i 1892, wypada, że na czyste dyfterytyczne zapalenie gardła umierało około 41%: w dwóch tych latach było 96 dzieci chorych na zwyczajny dyfteryty gardła, a z nich zmarło 38. Przy leczeniu zaś surowicą antydyfterytyczną, jak nam już wiadomo, na 120 chorych zmarło 9, a zatem 7.5%.

Z owych 9 zmarłych dzieci siedmioro przebywało w szpitalu mniej niż 24 godziny; chorzy ci przybyli w stanie tak rozpaczliwym, że zmarli w kilka godzin po pierwszym wstrzyknięciu: właściwie więc można niezaliczać ich do ogólnej sumy owych 120 chorych, a w takim razie otrzymamy na 113 przypadków 2 zakończone śmiercią, czyli tylko 1,7% śmiertelności.

Co się zaś tyczy owych dwóch zmarłych, to jeden z nich przybył na czwarty dzień choroby niezmiernie blady, z wydzieloną nosową, z krwotokami nosowymi, z wybroczynami krwi podłącznicowemi i podskórnemi. Na oddziale chory pozostawał przez 6 dni; przez ten czas wstrzyknięto mu 70 centymetrów sześciennych surowicy leczniczej, a zmarł po obniżeniu się ciepłoty gorączkowej i przy spadku częstości tętna ze 170 na 80. Przy sekcji, prócz dyfteryty, znaleziono gruźlicze zapalenie otrzewnej, mączkowate zwyrodnienie nerek i wątroby, chorobę Porr'a i ropień opadowy w pochwie lewego mięśnia lędźwiowego (*psaos*). Płuca były zdrowe.

Drugi przypadek śmierci tyczy się dziecka, które obok pozornie łagodnej formy dyfteryty gardła chorowało i na odrę. Na drugi dzień po wstąpieniu do szpitala objawy odrowe złagodniały, gorączka jednak pozostawała nadal wysoką i wahała się między 39° C. a 40° C.. Na ósmy dzień wytworzył się na szyi ropień z gangreną, a dziecko zmarło przy objawach biegunki krwawej, krwotoków nosowych i zapalenia płuc (*broncho-pneumonia*). O sekcji w danym przypadku nie znajduję wzmianki w pracy Roux'a.

Z tego wszystkiego, co wyżej przytoczono, można, zdaje się, wyprowadzić wniosek, że wszystkie przypadki czystego dyfterytycznego zapalenia gardła, wczesnie poddane leczeniu surowicą swoistą, powinny się kończyć wyzdrowieniem.

Mieszanego dyfterytycznego zapalenia gardła, jak nam już wiadomo odróżnia Roux trzy formy.

1) Forma cechująca się, obok laseczników dyfterytycznych, obecnością drobnych kokków, zwanych kokkami BRISOU. Już z dawniejszych spostrzeżeń wiadomo, że wogóle ta postać chorobowa należy do bardzo łagodnych i że daje dobre rokowanie. I tym razem fakt ten stwierdzono.

Na dziewięciu chorych nie było ani jednego zejścia śmiertelnego. Surowica lecznicza przyspieszała tylko wyzdrowienie. Wstrzykiwano ją w ilości od 20 do 40 centymetrów sześciennych. Sześcioro dzieci miało kaszel chrypkowaty z wydzieliną, jednym słowem — przedstawiało tendencję do krupu krtaniowego; do tego jednakże nie doszło.

Białkomocz spostrzegano tylko dwa razy, a z powikłań zanotować należy: odrę, która się pojawiła u jednego dziecka na 16 dzień pobytu w szpitalu, oraz wysypkę, podobną do szkarlatynowej, która się pojawiła bez gorączki w dwóch przypadkach podczas okresu zdrowienia.

2) Co do drugiej formy mieszanego dyfterytu gardła, cechującej się obecnością przymieszki gronkowca ropotwórczego (*staphylococcus pyogenes*), z dawniejszego doświadczenia wiadomo, że wogóle ma przebieg gorszy, cięższy, aniżeli forma poprzednia.

Przypadków tego rodzaju było pięć. Wszystkie zakończyły się pomyślnie, ale trwały daleko dłużej, aniżeli czyste, niemieszane dyfterytyczne zapalenia gardła. Ilość surowicy leczniczej, użytej do wstrzykiwań, wahała się od 30 do 50 centymetrów sześciennych.

Ciepłota ciała była zawsze wysoką; w trzech przypadkach dochodziła do 39,5° C. Pod wpływem surowicy gorączka opadała w sposób przelomowy. Tętno, które z początku zwykle bywało bardzo częstym, dość szybko dochodziło do normy.

Z dawniejszego doświadczenia wiadomo, że w tej formie dyfterytu dość często przyłączają się zaburzenia ze strony narządów oddechania i że nieraz rozwija się zapalenie płuc. Tym razem do tego nie doszło, a kaszel ochryply u trojga dzieci szybko znikł.

W czterech przypadkach zanotowano białkomocz. Z powikłań zaznaczyć należy: szkarlatynę w jednym przypadku, a w drugim niezmiernie uporczywy katar nosa.

3) Do najcięższych należy zwykle ta forma, w której obok laseczników dyfterytycznych znajdują się i streptokokki. Na 24 tego rodzaju przypadki, które dawniej, przed leczeniem surowicą specyficzną, MARTIN i CHAILLOU obserwowali, 21 zakończyło się śmiercią, a zatem odsetka śmiertelność wynosiła 87%.

Tym razem surowicą leczono 35 chorych, a z tych zmarło 12, a więc odsetka śmiertelności wynosi 34,28%. Czworo dzieci zmarło w dniu przybycia do

szpitala. Gdyby je wyłączyć z ogólnej cyfry, to wypadnie 31 z 8-oma zejściami śmiertelnymi, czyli właściwie 25,8% śmiertelności.

Ilość użytej surowicy leczniczej wahała się od 20 do 75 centymetrów sześciennych. Pod wpływem surowicy leczniczej główne objawy, zwykle tak groźne w tej postaci chorobowej, widocznie łagodnieją.

Cząstki nalołu, szarawego koloru i zwykle twardo siedzącego, oddzielają się dość łatwo. Gruczoły limfatyczne szyjowe, prawie zawsze znacznie obrzmiałe, przestają się powiększać, jeśli tylko dostateczną jest ilość surowicy wstrzykniętej.

Co się tyczy ciepłoty gorączkowej, ta pod wpływem surowicy w tych przypadkach nie opada tak nagle, jak przy czystym, dyfterytycznym zapaleniu gardła: najczęściej ciepłota gorączkowa opada powoli i stopniowo (*lysis*). Tylko w trzech przypadkach spostrzegano krytyczny spadek gorączki.

Tętno, dochodzące do 120—140 uderzeń na minutę, bardzo powoli zmniejsza się co do częstości.

Co do białkomoczu: nie było go tylko u siedmiu chorych, u dziesięciu wcale moczu nie można było zebrać, a u 18 objaw ten był bardzo wydatny.

Z powikłań należy tu zaznaczyć: puchlinę ogólną [1 przypadek], ropne zapalenie gruczołów limfatycznych [2 przypadki], zapalenie łącznicy [2 przypadki], różnorodne wysypki [4 przypadki], odrę [7 przypadków], szkarlatynę [2 przypadki].

Przy sekcji znaleziono: zapalenie płuc (*broncho-pneumonia*) w czterech przypadkach, krupowe zapalenie oskrzeli w jednym przypadku, rozrzucone i bardzo liczne ogniska ropne w jednym przypadku szkarlatyny.

Dodawszy razem — bez żadnego wyjątku — przypadki wszystkich form dyfterytycznego zapalenia gardła, leczzonego surowicą, otrzymamy cyfrę 169. Zejść śmiertelnych było 21. A zatem odsetka śmiertelności wynosi wogóle przy dyfterytycy gardła — 12,4%.

Przypomnieć tu należy dla porównania, że w tymże samym szpitalu w 4-ch latach poprzednich cyfra śmiertelności przy dyfterytycy gardła wynosiła 33%, a roku bieżącego od lutego do końca lipca w szpitalu TROUSSEAU — 32%.

## K R U P.

Co się tyczy krupu, to przedewszystkiem odróżnić należy przypadki nieoperowane od operowanych.

**Krup bez tracheotomii.** Mowa tu, rozumie się, nie o krupie fałszywym, ale o istotnym, stwierdzonym w każdym przypadku przez badanie bakteryologiczne. U dzieci takich z kaszlem ochryplym, głosem osłabionym i gorączką nie znajdowano w gardle żadnych nalotów, gdy tymczasem w śluzie, pochodzącym z krtani i gardzieli, badanie bakteryologiczne wykrywało laseczniki KLEBS-LOEFFLER'a.

Przypadków krupu nieoperowanego było 10. Z tych jeden zakończył się śmiercią. A zatem procent śmiertelności wynosi 10%.

W trzech przypadkach badanie bakteryologiczne wykazało, obok laseczników dyfterytycznych, streptokokki. Do tej właśnie kategorii należało zmarłe

dziecko. W innych przypadkach, oprócz laseczników dyfterytycznych, istniały drobne kokki, zwane *Brisou*.

Średnia ilość wstrzykniętej surowicy leczniczej wynosiła 35 centymetrów sześciennych. Pod jej wpływem zmiany w krtani ustępowały najdalej w ciągu trzech dni.

Białkomocz spostrzegano tylko u tych dzieci, u których obok laseczników dyfterytycznych istniały i streptokokki.

Jedynie tej grupy dziecko, które zmarło, chorowało, prócz krupu, na odrę. Sekcya wykazała: zapalenie płuc (*broncho-pneumonia*) i ropne zapalenie opłucnej.

Krupu z tracheotomią było przypadków 121. Zmarło 56. Procent śmiertelności wynosi 46.28%. Przypomnieć tu należy, że do roku zeszłego średnia śmiertelność w tych razach wynosiła około 73%, a w szpitalu *Trousseau* od lutego do końca lipca r. b. aż 86%.

Jak przy dyfterytycznem zapaleniu gardła, tak i tu odróżnić należy przede wszystkim formy czyste od form mieszanych.

Czystego krupu z tracheotomią było 49 przypadków; z nich zmarło 15: procent śmiertelności wynosi 30.61%. Jeśli zaś wyłączymy z ogólnej liczby przypadków czterech chorych, którzy zmarli zaraz po przybyciu do szpitala, nie pozostawszy w nim nawet przez 24 godziny, to wypadnie, że na 45 chorych zmarło 11, a więc procent śmiertelności wyniesie 24.44%.

Prawie wszyscy chorzy należeli do bardzo ciężkich; to też ogólna ilość surowicy wstrzykniętej tej kategorii chorym była większą, aniżeli w przypadkach poprzednich: przeciętnie wstrzyknięto choremu około 60 centymetrów sześciennych. U jednego dziecka, ważącego 15 kilogramów, zużyto surowicy leczniczej aż 205 centymetrów sześciennych w ciągu 30 dni.

Ciepłota gorączkowa po operacji prawie zawsze pozostawała bardzo wysoką: w 45 przypadkach około 39° C. Wstrzykiwania surowicy leczniczej rzadko w tych razach wywołują nagły, przelomowy spadek ciepłoty gorączkowej; zdarzyło się to wszelako 4 razy. Najczęściej spostrzegano powolne obniżanie się gorączki (*lysis*) z wahaniami.

Tętno, którego częstość wynosiła od 120 do 140, wracało do normy dopiero po opadnięciu ciepłoty gorączkowej.

Co się tyczy oddechu, to należy zwrócić uwagę na tę okoliczność, że ile razy częstość jego dochodzi do 50 na minutę, tyle razy stan chorego należy uważać za niesłychanie groźny, prawie rozpaczliwy: na 11 chorych, znajdujących się w takim stanie, zmarło 8.

Białkomocz należy tu do objawów stałych i długotrwałych.

Najważniejszy wpływ pomyslny surowicy leczniczej polega na tem, że błony dyfterytyczne szybko się oddzielają. Wprawdzie nieraz owe błony po pierwszym opadnięciu na nowo się wytwarzają, jednakże już po kilku dniach krtani i tchawica stają się swobodnymi, tak, że bardzo często już na trzeci dzień można było dzieci uwalniać od rurki tracheotomijnej. Roux w ogóle zaznacza, że od czasu leczenia surowicą stara się, jeśli to tylko jest możliwem, jak najwcześniej wyciągać rurkę tracheotomijną, aby w ten sposób zamknąć drogę, otwartą dla zakażenia płuc.



Z powikłań zanotować należy: trzy przypadki szkarlatyny, ośm odry. Jedno dziecko miało z początku szkarlatynę, a potem odrę; wyzdrowiało. Przypadków wysypki rozmaitego rodzaju było 11.

Co się tyczy najbliższej przyczyny śmierci w rzeczonych 15 przypadkach, to można powiedzieć, co następuje. Czterech chorych zmarło w ciągu 24—26 godzin po przybyciu wskutek zatrucia dyfterytycznego. W dwóch przypadkach znaleziono błonicowe zapalenie oskrzeli: oskrzela wprost zatkane były błonami. Dwóch chorych zmarło wskutek krwotoku po operacji. Dwa razy znaleziono gruźlicę gruczołów tchawicowo-oskrzelowych i opon mózgowych. Raz śmierć nastąpiła wskutek szkarlatyny, a w innym przypadku wskutek odry: oba te przypadki znajdowały się właściwie już w okresie zdrowienia po krupie. U jednego dziecka wytworzył się ropień na przedniej ścianie tchawicy, a w następstwie tego — ropne zapalenie śródpiersia. Jedno dziecko zmarło wskutek ciężkiego zapalenia oskrzeli (*bronchitis capillaris*), a inne — wskutek zgorzeli płucnej.

W przypadkach krupu mieszanego, operowanego należy, podobnie jak przy mieszanym dyfteryycie gardła, odróżnić trzy odrębne formy.

1) Chorych, u których, obok laseczników KLEBS-LEOFTLER'a, znaleziono drobne kokki BRISOU, było 9; z nich zmarł jeden — wskutek zapalenia płuc i obfitej biegunki zielonej. Wogóle można powiedzieć, że forma ta należy do względnie łagodniejszych.

Choroba trwała dość długo: od 15 do 18 dni. Ciepłota najczęściej dochodzi do 39°C, a częstość tętna od 140 do 160. Przeciętnie zastrzykiwano około 50 centymetrów sześciennych surowicy leczniczej, a pod jej wpływem ciepłota gorączkowa powolnie się obniżała (*lysis*).

Z powikłań zanotować należy: dwa razy odrę, raz ropne zapalenie gruczołów limfatycznych.

2) Forma krupu odznaczająca się obecnością gronkowca ropotwórczego, *staphylococcus pyogenes*, obok laseczników dyfterytycznych. Chorych tego rodzaju było 11, z nich umarło 7: procent śmiertelności = 63%. Jeżeli zaś odliczymy troje dzieci, które umarły w niespełna 24 godzin po przybyciu na oddział, to liczba tego rodzaju chorych wyniesie tylko 8, a zejścia śmiertelne — 4, czyli odsetka śmiertelności = 50%.

Taż sama forma dyfterytu gardła, jak już nam wiadomo, nie przedstawiała żadnego przypadku śmierci; przy krupie zaś operowanej forma ta okazała się bardzo groźną, wskutek ciężkich ze strony płuc powikłań, przeciwko którym surowica lecznicza pozostaje bezsilną.

Ilość wstrzykniętej surowicy wynosiła przeciętnie około 60 centymetrów sześciennych.

Z chorób wikłających należy zanotować trzy przypadki odry.

Przyczynę śmierci stanowiło: w trzech przypadkach błonicowe zapalenie oskrzeli, a w czterech przypadkach zapalenie płuc (*broncho-pneumonia*); oprócz tego u dwojga z tych dzieci znaleziono i gruźlicę.

3) Chorych [z krupem i tracheotomią], u których, prócz laseczników dyfterytycznych, znaleziono i streptokokki, było 52. Z nich zmarło 33. Odsetka

śmiertelności wynosi 63. Jeżeli zaś z ogólnej liczby wyłączymy 7 przypadków, które śmiercią się zakończyły w ciągu niespełna 24 godzin po przybyciu do szpitala, to otrzymamy cyfrę 45 z 26 zejściami śmiertelnymi, czyli odsetkę śmiertelności 57.

Wogóle forma ta, jak nam już wiadomo z doświadczeń na zwierzętach i z kategorii mieszanego dyfterytu gardła, należy do najgroźniejszych i najniebezpieczniejszych. Króliki, którym po zrobieniu tracheotomii zaszczerpiono w tchawicy hodowlę laseczników dyfterytycznych wraz z hodowlą streptokokków, zdechały, jeśli tylko bardzo szybko po zarażeniu nie zastosowano wstrzykiwań podskórnych surowicy leczniczej i to w dawkach odpowiednio dużych i wielokrotnie powtarzanych.

To też choroba w tych przypadkach trwała długo, nawet tam, gdzie zejście było pomyślne: przeciętnie przeszło dwadzieścia dni. Ciepłota ciała dochodziła do 39° C., częstość tętna od 140 do 160, a najmniejsza liczba oddechów na minutę wynosiła 35. U chorych, którzy pomarli, liczba oddechów na minutę dochodziła do 70. Tylko u dwóch chorych całej tej grupy nie znaleziono białka w moczu.

Przeciętna ilość surowicy leczniczej, stosowanej w tych przypadkach, wahała się od 70 do 100 centymetrów sześciennych.

Do choroby wzmiankowanej, samej przez się tak ciężkiej, dołączyła się w czterech przypadkach odra, a w trzech szkarlatyna.

Zwrócić należy uwagę, że duża część dzieci zmarła wskutek zapalenia płuc (*broncho-pneumonia*). W tych przypadkach na przekroju płuc znajdowano laseczniki dyfterytyczne i streptokokki.

Zebrawszy razem wszystkie, bez wyjątku, operowane przypadki krupu, wypadnie na 121 chorych 56 zejść śmiertelnych, co stanowi 46% śmiertelności. Jeśli zaś odliczymy 14 chorych, którzy zmarli w ciągu pierwszych 24 godzin pobytu w szpitalu, to otrzymamy ogólną liczbę chorych na krup z tracheotomią 100, a przypadków śmierci 42, czyli 39,2% śmiertelności.

Dodać tu należy, że tracheotomię musiano wykonać u pewnej liczby dzieci, u których następnie przeprowadzone badanie bakteryologiczne nie wykryło dyfterytu. Przypadków tych Roux, rozumie się, nie włączył do podanej tu statystyki krupu operowanego, ani wogóle do przypadków dyfterytu. Ciekawe są one wszelako z innego względu. Wszystkim tym dzieciom, podobnie jak innym, zaraz po wstąpieniu do szpitala wstrzyknięto 20 ctm. sześciennych surowicy; pomimo dłuższego pobytu na oddziale dyfterytycznym ani u jednego z tych dzieci nie rozwinął się dyfteryt, gdy tymczasem dawniej przed stosowaniem surowicy leczniczej MARTIN i CHAILLOU dużo spostrzegali tego rodzaju zarażenia.

Na zakończenie niniejszego sprawozdania wypada mi dodać jeszcze kilka cennych uwag, podanych przez Roux'a.

Dyfteryt u dzieci, skąd inąd pozornie zdrowych, bywa często bodźcem do ujawnienia się skrytej dotąd gruźlicy. Takie dzieci pod wpływem surowicy leczniczej zdrowieją, wprawdzie z dyfterytu, jednakże pomimo to stan ogólny

coraz bardziej się pogarsza; dzieci wieczorami gorączkują i ostatecznie po pewnym mniej lub więcej długim czasie umierają wskutek gruźlicy.

Wiadomo, że w przypadkach z mieszaną formą dyfterytu gardła, lub krupu krtaniowego często, szczególnie u drobnych dzieci, występuje krupowe, czyli błonicowe zapalenie oskrzeli. Przy leczeniu surowicą na 300 wogóle przypadków dyfterytu zdarzyło się tylko 8 razy błonicowe zapalenie oskrzeli.

Każdy, przeglądając całe powyższe sprawozdanie, zwróci uwagę na to, że jedną z bardzo częstych przyczyn śmierci stanowi zapalenie płuc (*broncho-pneumonia*). W płucach w tych razach zwykle znajdowano mnóstwo laseczników dyfterytycznych i streptokokków. Otóż, co się tyczy owego zapalenia płuc, to poczyniono bardzo ważne spostrzeżenia, mogące w przyszłości przyczynić się do uchronienia wielu dzieci krupowych od tego groźnego powikłania.

W dwunastu przypadkach przed wykonaniem tracheotomii i zaraz po wykonaniu tej operacji — za pomocą bardzo dokładnego badania bakteriologicznego znajdowano tylko laseczniki dyfterytyczne, tak, że przypadki te, jako formy czystego krupu dyfterytycznego, przedstawiały względnie niezłe rokowanie: zdawało się, że po paru wstrzyknięciach surowicy leczniczej dzieci te powinny wyzdrowieć. Tymczasem stało się przeciwnie: stan ogólny tych dzieci nagle zaczynał się pogarszać, a gorączka, częstość tętna i oddechów wzmagaly się. Otóż, ponowne badanie bakteriologiczne wykryło przyczynę tego nagłego i niespodziewanego pogorszenia: prócz kolonii laseczników KLEBS-LOEFFLER'a, znajdowano tym razem mnóstwo kolonii streptokokków. Z 12 tego rodzaju chorych zmarło 11 wskutek zapalenia oskrzeli i płuc (*broncho-pneumonia*), a wszyscy ci chorzy zarazili się na pewno już w samym szpitalu.

Historia tego zarażenia się jest bardzo pouczającą. Pod koniec stycznia 1894 r. pomiędzy dziećmi operowanymi spostrzegano takie mnóstwo przypadków z zapaleniem płuc, że wskutek tego przeprowadzono dokładną dezynfekcję oddziału. Leczenie surowicą rozpoczęto w warunkach higienicznych oddziału dość pomyślnych. Pod koniec lutego przybyło dziecko, dotknięte krupem dyfterytycznym, powikłanym obecnością streptokokków. Z kolei zaraz zaraziło się dwoje dzieci; ale izolacją przerwano szerzenie się zarazy. W marcu przybyło znowu troje dzieci z krupem i zapaleniem płuc. Oddział był przepełniony chorymi; z powodu braku miejsca niepodobna było przeprowadzić izolacji. Otóż, wówczas na raz ośmioro dzieci operowanych zapadło na zapalenie płuc. W kwietniu przeprowadzono znowu dezynfekcję oddziału, poczem do czerwca nie było ani jednego przypadku zapalenia płuc. W czerwcu przybyło na oddział dziecko z krupem mieszanym [streptokokki], od tego dziecka zaraziło się dwoje innych, które miały tylko czysty dyfteryt; troje tych dzieci zmarło na zapalenie płuc.

Z tego jasno wypływa, jak ważnem jest odosobnianie form mieszanych od czystych. Szczególniej trzeba zawsze zwracać uwagę na to, aby nigdy nie pomieszczą dzieci z zapaleniem płuc (*broncho-pneumonia*) na oddziałach, na których znajdują się dzieci po tracheotomii.

Jeszcze na jedną okoliczność należy tu zwrócić uwagę. Na 169 przypadków dyfterytu gardła w 56 przypadkach spostrzegano bardzo wydatne zabu-

rzenie ze strony krtani, jak: kaszel ochryply, głos osłabiony i t. d.. Zdawało się z początku, że większość dopiero co wzmiankowanych dzieci nie uniknie tracheotomii. Tymczasem pod wpływem surowicy, codziennie zastrzykiwanej następowała wydatna poprawa, a u niektórych wyraźnie można było stwierdzić oderwanie się i wykrztuszenie błony podczas jednego z napadów kaszlu, poczem zaraz i oddechanie i głos przybierały inny charakter, a dzieci wyzdrowiały bez tracheotomii. Z tego powodu Roux stanowczo utrzymuje, że odtąd przy stosowaniu surowicy można będzie jak najdłużej ociążać się z tracheotomią. Bardzo być może, że wobec surowicy intubacja krtani zdoła, przynajmniej w większości przypadków, zastąpić tracheotomię. Nie trzeba będzie zostawiać rurki intubacyjnej na stałe na kilka dni; wystarczy na to jeden dzień lub dwa dni, prosto tylko dla uniknięcia uduszenia się dziecka i dla zyskania na czasie, nim błony zdołają się oddzielić. Jednym słowem: w przyszłości przy leczeniu krupu krtaniowego intubacja może stać się ważnym czynnikiem leczniczym dodatkowym, pomocniczym, obok głównego czynnika zbawczego—surowicy antydyfterytycznej.

Co się tyczy wreszcie leczenia miejscowego, to Roux porzucił wszystkie środki antyseptyczne i przyżegające. Cała interwencja miejscowa polegała tylko na przestrzykiwaniu gardła dwa lub trzy razy dziennie—albo wprost wodą przegotowaną, albo roztworem kwasu bornego, albo też mocno rozcieńczonym płynem LABARRAQUE'a (*liquor natrii hypochlorosi*), a mianowicie: 50 gramów wzmiankowanego płynu na litr wody przegotowanej.

Zwróćmy w końcu uwagę na to, że oddział, na którym Roux przeprowadzał swoje spostrzeżenia nad skutecznością nowej metody leczniczej, znajdował się bardzo smutnych warunkach higienicznych, czego dowodem: gromadzenie wielu chorych na sali, niemożliwość izolacji pewnych przypadków chorobowych, częste zarażanie się dzieci wszelakimi chorobami zakaźnymi i to bardzo często podczas zdrowienia z ciężkiego dyfterytu. Jeżeli zatem pomimo to wszystko nowa metoda lecznicza, zamiast zwykłej dawniejszej odsetki śmiertelności 50%, dała ryczałtowo 26%, to istotnie surowicy leczniczej w terapii niesłychanie ważne stanowisko przepowiedzieć można i trzeba.

Wiktor Grostern.

## Wiadomości bieżące.

— D-r HENRYK HOYER, b. asystent przy katedrze Anatomii opisowej w Strasburgu, syn profesora Uniwersytetu Warszawskiego, mianowany został profesorem nadzwyczajnym na katedrze Anatomii Porównawczej, Histologii i Embryologii na wydziale filozoficznym Uniwersytetu Jagiellońskiego.

— Prof. HENRYK HOYER [ojciec], który w d. 13 b. m. ukończył 35 lat zawodu profesorskiego, otrzymał emeryturę i uproszony został do pełnienia swych obowiązków do końca roku akademickiego, co z radością zostało przyjęte przez liczne grono jego wielbicieli.

— Zmarł nagle w Wiedniu D-r MAUTHNER, świeżo mianowany profesorem okulistyki po STELLWAG v. CARION'ie.