

[Rzecz, czytana na XI Zjeździe międzynarodowym w Rzymie w sekcji X laryngologicznej. 1894].

D-r Jan Sędziak,

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szp. Św. Ducha.

Kwestya etyologii cierpienia, znanego powszechnie pod nazwą — niesłuszną zresztą — „*angina follicularis*“, właściwie zaś „*tonsillitis lacunaris*“, gdyż sprawa ograniczoną jest tylko do migdałków, *resp.* ich krypt, follikuły zaś są nie-
tknięte, dotąd jest jeszcze sporną. Większość autorów, jak B. FRAENKEL ¹⁾,
RITTER ²⁾, GOLDSCHIEDER ³⁾ i inni, opierając się na badaniach bakteryologicz-
nych, uważają cierpienie to za samodzielną, nie stojącą w żadnym genety-
cznym związku z właściwą błonicą, sprawę chorobową, inni natomiast, np. u nas
SOKOŁOWSKI i DMOCHOWSKI ⁴⁾, na podstawie badań anatomo-patologicznych
utrzymują, że jest ono tylko słabszą odmianą dyfterytu [t. zw. przez nich *ton-*
sillitis lacunaris pseudomembranacea).

Wobec niezwyklej ważności powyższej kwestyi z punktu widzenia praktycznego [rokowanie, izolacya chorych i t. d.], postanowiłem zająć się tą kwestyą, która, zdaniem mojem, jedynie na drodze ścisłych badań bakteriologicznych [hodowle i szczepienia] rozstrzygnięta być może.

Pracę niniejszą, która naturalnie stanowi tylko dalszy przyczynek do etyologii zajmującego nas cierpienia, wykonałem w pracowni bakteryologicznej w szp. Dz. Jezus w Warszawie, pod osobistym kierunkiem D-ra JAKOWSKIEGO, zarządzającego pracownią, oraz przy łaskawej pomocy kol. ŚWIEŻYŃSKIEGO, asystenta pracowni.

¹⁾ Angina lacunaris und diphtheritica. 1886.

²⁾ Patrz dyskusyę nad odczytem BAGIŃSKY'ego. Zur Aetiologie der Diphtherie. Berl. klin. W. 4—10. 1892.

³⁾ Bacterioscopische Untersuchungen bei Angina tonsillaris und Diphtherie. Zeitsch. f. klin. Med. 22 tom, 4 i 5 zeszyt, str. 534.

⁴⁾ Przyczynek do patologii spraw zapalnych migdałków. Przegl. Lek. 31. 1891.

Do badań posłużyły mi 22 przypadki ¹⁾, przeważnie z mej [lecnicowej i prywatnej] praktyki pochodzące. Klinicznie przedstawiały się one jako mniej lub więcej typowe formy *tonsillitidis lacunaris*, były to więc przypadki ostre, prawie zawsze z mniejszą lub większą [do 39,7° C.] gorączką przebiegające—bardzo często ze słabszym lub silniejszym zajęciem gruczołów chłonnych na szyi, z białawo-szarawymi punktami, *resp.* nalotami, po większej części ograniczonymi do krypt migdałków podniebiennych. Przypadki te zwykle po 3—8 dniach kończyły się pomyślnie, bez następczych porażen i t. d.. Badania bakteryologiczne wykonywałem w sposób następujący: po dokładnem zdezynfekowaniu jamy ust, *resp.* migdałków za pomocą kilkakrotnego przepłukania 4% kwasem bornym, wyjałowioną [przepaloną w płomieniu lampki spirytusowej, lub w płomieniu gazowym] pincetą zdejmowałem ostrożnie z krypty migdałka nalot, *resp.* mniej lub więcej rozległą i zbitą błonkę, o ile można, w całości [często nawet z częstką tkanki adenoidalnej], co zwykle dawało się wykonać z łatwością, czasami tylko z lekkim krwawieniem.

Błonkę taką w początkach oplukiwałem jeszcze w 2% kwasie bornym, następnie jednak zarzuciłem ten sposób, od którego nie widziałem jakichś szczególnych korzyści. Część błonki rozcierałem następnie na szkiełku przedmiotowym do badań drobnowidzowych [do barwienia stale używałem płynu LOEFFLER'a t. j. metylenblau+KOH, posilkując się zmodyfikowaną, bardzo praktyczną metodą, podaną z tutejszej pracowni przez kol. ŚWIĄTECKIEGO w r. 1892, a polegającą na barwieniu na szkiełku przedmiotowym przez bibułę].

Stale przytem używałem olejnej immersyi, oraz aparatu oświetlającego ABBE'go.

Z wewnętrznej zaś powierzchni błonki za pomocą igły platynowej przenosiłem części nalotu na grunta odżywcze, głównie na surowicę krwi, według LOEFFLER'a, którą uważam za najodpowiedniejszą w tego rodzaju badaniach, a także agar glicerynowy, wreszcie żelatynę, przytem dwie pierwsze wstawiałem do termostatu [37,0°]. Niekiedy całą błonkę zaszczipiałem bezpośrednio na agarze, przygotowanym w zwykły sposób na płytkach [szalkach] PERRY'ego, kilka razy również błonkę całą przeprowadzałem kolejno w kilku probówkach [metoda LOEFFLER'a]. Hodowle rozpatrywałem już po 24 godzinach, najprzód makroskopowo lub pod lupą, następnie zaś w kropli wiszącej, oraz barwione w zwykły [LOEFFLER'a] sposób.

W wielu razach przenosiłem pierwsze hodowle na nowe grunty [płytki, bulion i t. d.].

Szczepienia zaś całkowitej, o ile się dało, możliwie dużej błonki dokonywałem na świnkach morskich, jako najwrażliwszych na zarazek dyfterytyczny, mianowicie zwykle pod skórę grzbietu, uważając ten sposób za wiele pewniejszy, wobec możliwości zagłuszenia laseczników dyfterytycznych przez inne bakterye [stafilokoki i streptoki], rozwijające się często wespół z nimi w hodowlach.

¹⁾ Szczegółowy opis części klinicznej, oraz badań bakteryologicznych w powyższych 22 przypadkach, będzie podany gdzieindziej.

Zresztą w kilku przypadkach szczepiłem w zwykły sposób czystą hodowlę pod skórę grzbietu, lub według metody ESCHERICH'a ¹⁾, t. j. z 24-godzinnej bulionowej hodowli za pomocą szprycy KOCH'owskiej pod skórę brzucha w pewnym stosunku do wagi świnki morskiej.

Samo szczepienie błonek pod skórę grzbietu wykonywałem w sposób następujący: po dokładnem wystrzyżeniu sierści na grzbiecie, oraz znieczuleniu i zdezynfekowaniu skóry za pomocą eteru, sublimatu i alkoholu, wyjałowionym [przepalonym] nożykiem robiłem krótkie nacięcie skóry, poczem starałem się utworzyć możliwie głęboką „kieszę“ w tkance podskórnej, w którą następnie wprowadzałem już całą błonkę, *resp.* jej cząstki. Brzegi rany sklejałem *collodio*.

Świnki morskie, poddawane były po zaszczepieniu ścisłej obserwacji w przeciągu około 3 miesięcy: badałem ciepotę, stan rany, stan gruczołów limfatycznych na szyi i pachowych, wreszcie zwracałem pilną uwagę, czy nie wystąpią wtórne objawy: porażenia i t. p..

Jak już wspominałem, szczegółowy opis 22 przezemnie obserwowanych i badanych przypadków, będzie ogłoszony w innem miejscu, podam tu więc tylko pokrótce rezultaty badań bakteryologicznych.

1) W żadnym z 22 przypadków nie znalazłem laseczników KLEBS-LOEFFLER'a, swoistych dla błonicy, jak to obecnie powszechnie jest przyjętem [ESCHERICH ¹⁾, KARLIŃSKI ²⁾, porównaj wreszcie moją pracę ³⁾]. Zgadza się to z rezultatami, otrzymanymi przez innych autorów [B. FRAENKEL ⁴⁾, który w swoich przypadkach wyhodował trzy gatunki: *diplococcus*, *staphylococcus pyogenes aureus et albus*, dalej RITTER ⁵⁾ i GOLDSCHIEDER ⁶⁾]. Pierwszy na 31 przypadków tego cierpienia, drugi na 29 ani razu również nie znaleźli laseczników KLEBS-LOEFFLER'a.

2) W 4 na 22 przypadki znalazłem laseczniaki HOFFMANN-LOEFFLER'owskie, t. zw. pseudodyfterytyczne, nie same, lecz w połączeniu z innymi bakteriami [3 razy ze stafilocokami, raz ze stafilocokami i streptokokami]. ESCHERICH również wspomina, że znajdował je przy *angina follicularis*, GOLDSCHIEDER zaś na 29 przypadków w 6 wyhodował laseczniaki pseudodyfterytyczne. Morfologicznie mało się one różniły w moich przypadkach od KLEBS-LOEFFLER'owskich, jedynie tendencją do układania się równolegle, oraz zabarwieniem brunatnem [w 3 przyp.] starszych hodowli. Obie te cechy ESCHERICH uważa za charakterystyczne dla laseczników pseudodyfterytycznych.

Najważniejszą jednak cechą, pozwalającą je odróżniać od KLEBS-LOEFFLER'owskich, był ujemny rezultat szczepień na świnkach morskich.

Jakie jest znaczenie laseczników pseudodyfterytycznych? Szkoła francuska z ROUX i YERSIN'em na czele, do których w ostatnich czasach przyłą-

¹⁾ Zur Frage des Pseudodiphtheriebacillus und der diagnostischen Bedeutung des LOEFFLER'schen bacillus. Berl. kl. Woch. 21—23. 1893.

^{1), 4), 5) i 6)} L. c.

²⁾ O obecnym stanie badań nad przyrodą błonicy gardła [dyfteryt]. Kraków. 1892.

³⁾ „Krup — czy dyfteryt nosa“. Gaz. Lek. Nr 34—35. 1892, oraz Monats. f. Ohr. 1893. 2—3

czył się E. FRAENKEL ¹⁾, utrzymuje, że są to pozbawione jadowitego charakteru laseczники dyfterytyczne; natomiast szkoła niemiecka, której zwłaszcza gorącym rzecznikiem jest ESCHERICH, prof. w Graz, uważa HOFFMANN-LOEFFLER-owskie laseczники za samodzielne. ESCHERICH mianowicie, w ostatniej doskonałej swej pracy specyalnej o pseudodyfterytycznych lasecznikach ²⁾ tak się między innymi wyraża: „*alle diese Gründe veranlassen mich vorläufig den Pseudodiphtheriebacillus als eine selbständige Art zu betrachten*“. Pogląd ten najzupełniej podzielam.

3) W pozostałych 18 przypadkach znajdowałem:

a) tylko stafilocoki [6 razy],

b) tylko streptokoki [2 razy], najczęściej wreszcie

c) mieszane postacie [10 przyp.]: stafilocoki i streptokoki [przytem 6 razy przewaga była po stronie stafiloców, 4 — zaś po stronie streptokoków]. B. FRAENKEL i RITTER otrzymywali podobne rezultaty. GOLDSCHIEDER'a cyfry mało stosunkowo różnią się od moich, mieszanych tylko postaci widywał mniej [8 przypadków w stosunku do czystych: stafilocoków 11, streptokoków 6]. Stosunkowo rzadko—bo tylko w 2 przypadkach—znajdowałem czystą hodowlę paciorkowców; przemawiałoby to pozornie za tem, że ten rodzaj drobnoustroju najrzadziej się spotyka przy tem cierpieniu [według zaś LINGELSHAIM'a ³⁾ tylko streptokoki], jednak nie należy zapominać o fakcie, który jest dobrze znanym w bakteriologii [w kilku przypadkach mogłem się równie o tem przekonać, wspomina o tem również GOLDSCHIEDER], mianowicie, że w pierwszych dniach znajdowane streptokoki mogą w następstwie być zamaskowane [zagłuszone] przez stafilocoki. Ważną jest więc rzeczą, w jakim okresie cierpienia przystępujemy do badań bakteriologicznych [w moich przypadkach okres ten wynosił od 2—5 dni, najczęściej naloty zdejmowałem do badań dnia 2-go bo w 11 przypadkach].

4) W moich przypadkach nie byłem w stanie zauważyć, by obecność li tylko, lub przewaga paciorkowców (*streptococcus pyogenes*) miała jakiś wpływ na przebieg kliniczny. GOLDSCHIEDER natomiast widywał w tych razach nieco cięższy przebieg cierpienia. Co się zaś tyczy przypadków, w których znajdowałem laseczники pseudodyfterytyczne, to przebiegały one klinicznie nieco ciężiej [podobnie jak i w przypadkach GOLDSCHIEDER'a], choć nie zawsze. Po większej części były to niezupełnie typowe przypadki, z mniej lub więcej rozlaniami błonami.

5) Wogóle zaś morfologicznie bakterye te nie miały nic swoistego, nie różniły się w niczem od zwykłych ropotwórczych, przeważnie były to gronkowce białe, trzy razy tylko mieszane (*staphylococcus aureus et albus*). Co się wreszcie tyczy paciorkowców, to przeważnie były to krótkie łańcuszki, zdarzały się jednak i bardzo długie, poskręcane, z pojedynczych zazwyczaj ko-

¹⁾ Berl. klin. Woch. 9. 1893.

²⁾ L. c.

³⁾ Beiträge zur Streptokokken-Frage. Zeitsch. f. Hyg. 12. 1892.

ków [mniejszych lub większych] złożone, w jednym tylko przypadku składały się one z podwójnych koków [*diplostreptococcus* BARBIER ¹⁾].

Już po ukończeniu niniejszej pracy miałem sposobność zbadać bakteryologicznie nowych 8 przypadków tego cierpienia; tym sposobem razem ilość moich obserwacji wynosi 30.

Z tych 8 przypadków:

1) 3 razy znalazłem laseczniki pseudodyfterytyczne [raz w połączeniu ze *staphylococcus aureus*).

2). 3 razy *staphylococci* [raz *staphylococcus aureus et albus*).

3) 1 raz—stafilokoki i streptokoki razem [przeważnie stafilokoki] wreszcie 4) raz streptokoki.

Warszawa, w marcu 1894 r..

Na podstawie tedy klinicznego przebiegu, jakoteż rezultatów badań bakteryologicznych w 30 ściśle przezemnie spostrzeganych i badanych przypadkach, ośmielam się utrzymywać, że t. zw. *angina follicularis*, właściwiej *tonsillitis lacunaris*, pod względem klinicznym i etyologicznym jest sprawą chorobową samodzielną — *sui generis* — sprawą, nie mającą nic wspólnego z właściwą błonicą.

Warszawa, w lipcu 1893 roku.

¹⁾ Sur un streptocoque particulier trouvé dans les angines à fausses membranes. Ref. w I. C. f. Lar. 13. 1893.