

GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ PROF. POPOWA W SZPITALU DZ. JEZUS.

I. PRZYZYNEK DO PATOLOGII POWIKŁAŃ ZAPALENIA PŁUC WŁÓKNIKOWEGO.

Napisał

D-r med. H. Ruppert,

b. asystent kliniki.

Pomimo iż w ostatnich kilku latach dokonano bardzo wielu badań, dotyczących pochodzenia włóknikowego zapalenia płuc, o istocie zarazka tej choroby nie mamy dotąd danych, zupełnie pewnych, wątpliwościom żadnym nie ulegających. Wbrew poszukiwaniom FRIEDLAENDER'a, który wykrył t. zw. pneumokokki, późniejsze, ściślej przeprowadzone badania FRAENKEL'a i WEICHSELBAUM'a wykazują, jako zarazek rzeczywisty zapalenia płuc, odmienne od poprzedzających drobnoustroje — tak zw. diplokokki zapalenia płuc krupowego. Jakkolwiek ten ostatni pogląd prawie powszechne uznanie uzyskał, niemniej jednak pozostały dość liczne zjawiska w kwestyi tej dostatecznie niewyjaśnione.

Obok pytania zasadniczego, odnoszącego się do powstawania swoistej sprawy zapalnej w płucach, na baczność uwagę zasługuje zarówno i kwestyi powstawania powikłań zapalenia płuc włóknikowego, mianowicie tych spraw ubocznych, które niepomysłny wpływ wywierają na przebieg i zejście choroby pierwotnej.

O stosunku tych właśnie powikłań do samego zapalenia płuc mam zamiar tu pomówić, opierając się na badaniach, dokonanych przeze mnie w dwóch przypadkach zapalenia płuc, powikłanych w jednym przez całkowite jednostronne zapalenie ropne gałki ocznej, zapalenie wsierdza i zapalenie opon mózgowo-miowych, w drugim zaś przez zapalenie obustronne gruczołu przyusznego. Prócz tego wspomnę i o pewnych szczególnych zmianach rdzenia kręgowego, w przypadku pierwszym przez badanie drobnowidzowe wykrytych.

I. P. Mateusz, 52 lat liczący, tragarz, przybył do szpitala 19. IX. 1887 r., uskarżając się na kaszel, ból kłujący w lewym boku i ubytek sił. Choroba datuje się od 7 dni, rozpoczęła się od ogólnego niedomagania, bólu głowy i utraty łaknienia. Przed 2 dniami zjawily się wymioty i ból kłujący w lewym boku. Przed obecną chorobą chory cieszył się zdrowiem dobrem, przed 8 miesiącami

przeszedł tyfus brzuszny, w latach dziecięcych ospę. Przymiotu nie przechodził, napojów wyskokowych nie nadużywał. Po przyjęciu do szpitala wieczorem ciepłota pod pachą wynosiła 39,8° C.

20. IX.. *St. praesens.* Chory wzrostu średniego, silnej budowy, odżywiony dobrze. Ciepłota pod pachą 37° C.. Tętno 68 pełne. Z objawów przedmiotowych choroby można było zauważyć jedynie nieznaczne powiększenie śledziony. Wieczorem tegoż dnia i dni następnych ciepłota ciała znowu się podniosła, mianowicie wahała się między 38° C. i 39° C., tętno około 90 na minutę. Dopiero 7-go dnia od czasu przyjścia chorego do szpitala przy ciepłocie ciała 39,8° C. wystąpiły wyraźne objawy płatowego zapalenia lewego płuca w okolicy dolnego płata w pobliżu kręgosłupa, mianowicie: stępienie odgłosu opukowego, wzmocnione drżenie klatki piersiowej, oddech oskrzelowy, rżenia trzeszczące. Plwocina od kilku dni miała wygląd rdzawy. Po dwóch dniach, to znaczy na 16 dzień choroby, ciepłota opadła *per crisin* do 36,5° C.

Przez następne 5 dni ciepłota nie sięgała wyżej 37° C., chory czuł się lepiej. Mimo to objawy miejscowe w okolicy lewego płuca: stępienie, oddech oskrzelowy, trzeszczenia nie ustępowały. Plwocina zmieniła się na śluzowo-ropną. W moczu przez cały czas białka nie było. Leczenie zasadzało się na podawaniu środków tonizujących i w pożywnej, głównie mlecznej, dyjecie; prócz tego na lewy bok w okolicy stępienia zastosowano pryszczydło.

2. X. [dzień 20-ty choroby]. Ciepłota 38,2° C., wieczorem 38,8° C., tętno 80, oddech 32 na minutę. W okolicy lewego płuca od kąta łopatki ku dołowi stępienie, oddech nieokreślony, oskrzelowy, liczne rżenia trzeszczące, plwocina zaledwie rdzawo zabarwiona. Chory uskarża się na ból w prawem oku, światłowstręt, silne łzawienie. Łącznica prawego oka zaczerwieniona, daje się też zauważyć niewielkie okołorogówkowe przekrwienie. Zaleciłem zimne okłady na oczodół i przemywanie worka łącznicy roztworem kwasu borowego.

3. X. Ciepłota 37,8° C., wieczorem 38,0° C., tętno 76, oddechanie 30. Ból oka silniejszy, rogówka lekko zmiotniała. Chory apatyczny, przytomność umysłu w zupełności zachowana. Objawy płucne bez zmiany, tony serca przytłumione, szmerów jednak nie słychać. Przez następne 2 dni ciepłota ciała ulegała wahaniom od 37,2° do 38,2° C., tętno około 90, oddechanie 30 na minutę. Ból w prawem oku jeszcze silniejszy, rozchodzi się na całą okolicę skroniową. Zastosowano wkraplanie w oko roztworu siarczanu atropiny [1 gr. na 3jj] 2 razy dziennie, do wewnątrz chininę. Późnym wieczorem chory dostał dreszczów, w nocy pocił się.

6. X. Ciepłota rano i wieczorem 36,7° C., tętno 64, oddechanie 28 zmienne. Objawy przedmiotowe ze strony lewego płuca utrzymują się. Ból oka mniejszy. Tony serca przytłumione.

7. X. Ciepłota 37,5° C., wieczorem 39° C., tętno 96, oddechanie 30 na minutę. Ku wieczorowi chory czuje się znacznie gorzej, trapi go silna duszność. Ilość moczu na dobę 450 ctm. sześć, ciężar właściwy 1019, zawartości białka nie ma.

9. X. Ciepłota 39,5° C., wieczorem 40° C., tętno 100, średniej wielkości, oddechanie 32.

Przytomność umysłu cokolwiek przyćmiona, chorego ogarnia śpiączka. W dolnych częściach płuc od tyłu słychać drobno i grubobańkowe rżenia wilgotne. Wymiar poprzeczny serca cokolwiek powiększony, mianowicie prawa granica tępości serca cokolwiek przechodzi poza lewy brzeg mostka. Przy wierzchołku serca i w okolicy aorty słychać szmer skurczowy. W lewem oku daje się zauważyć nagromadzenie ropy w przedniej komórce (*hypopyon*). Chory na pytania odpowiada wyraźnie, na ból głowy się nie uskarża. Mocz zawiera niewielką ilość białka, daje odczyn kwaśny, ciężar właściwy 1020, ilość z doby

300 ctm. sześć. Przepisano salicylan sodu po 5 gr. co 2 godziny i napar z narpstnicy z nalewką waleryjanową. Wieczorem chory dostał dreszczów wstrząsających, trwających blisko pół godziny.

10. X. Ciepłota 38,4° C., tętno 116, nitkowate, oddechanie 34, stan chorego prawie komatyczny, przytomność na pół zatraczona, oddech rzęzący (*resp. stertorosa*), tony serca niesłyszalne, kończyny sine. Zalecono kamforę po 1 gr., co 2 godziny. Chory żył jeszcze dzień i noc następną, zmarł nazajutrz rano 11. X.. Według opowiadań siostry miłośierdzia, w nocy miał silne drgawki, głowę mocno w tył zarzuconą, mięśnie karkowe sztywne.

Rozpoznanie za życia: *pneumonia crouposa sinistra inferior, endocarditis acuta, keratitis*, wreszcie przypuszczono i inne powikłanie, które przyłączyło się pod koniec życia, mianowicie: *leptomeningitis cerebro-spinalis*.

Badanie pośmiertne, dokonane nazajutrz przez Pros. D-ra PRZEWOSKIEGO, wykazało, co następuje:

Trup wzrostu średniego, budowy miernej. Skóra blado-żółtawego koloru, podściółki tłuszczowej nie wiele, mięśnie miernie rozwinięte, czerwonego koloru. Lewe płuco słabo przyrośnięte na całej przestrzeni do ścian klatki piersiowej, w wymiarach cokolwiek powiększone, przy wierzchołku i po brzegach rozedmowe, płat dolny na całej przestrzeni stwardniały. Na powierzchni przecięcia górnego płata z tylnych części wycieka wiele płynu żółtawego, pienistego, z dolnego płata natomiast płyn krwisty z niewielką ilością pęcherzyków powietrza, przytem powierzchnia przecięcia ziarnista, zmętniała, tkanka nie łatwo się rozrywa. Błona śluzowa oskrzeli cokolwiek zgrubiała, czerwona, pokryta śluzem. Prawe płuco przedstawia zmiany właściwe dla rozedmy i obrzęku. Tętnica płucna na wewnętrznej powierzchni przedstawia twarde, żółtawe zgrubienia. Osierdzie zawiera niewielką ilość płynu surowiczego. Serce znacznie powiększone w poprzeczum i podłużnym wymiarze. Na przedniej powierzchni prawej komórki widać dość duże bliznowate zgrubienie. Lewy otwór żylny przepuszcza 2 palce, jama lewego serca zawiera dość dużo skrzepów krwi, powstałych podczas konania. Zastawka dwudzielna miejscami okazuje nieznaczne zgrubienia, a cały przedni płat zastawki przedstawia guz wielkości małego włoskiego orzecha. Od strony powierzchni, zwróconej do jamy komórki, przez okrągławy otwór wielkości 1 ctm. można przeniknąć do jamy wzmiankowanego wyżej guza, rozdzielonej na 2 woreczki; na bocznej powierzchni jednego z tych ostatnich znajdujemy przedziurawienie, 8 mm. średnicy mające. U podstawy tylnego płotka zastawki znajdujemy owrzodzenie okrągławe 7 mm. średnicy mające (*endocarditis ulcerosa diphteroides, aneurysma valvulare acutum*). Mięsień serca zwykłej grubości, błydy, niełatwo się rozrywa. Jama lewej komórki podwójnie powiększona. Prawy otwór żylny przepuszcza 3 palce, zastawka trójdzielna szczególnych zmian nie przedstawia. Na półksiężycowatych zastawkach aorty w pobliżu zgrubień ARANCYUSZA widać ograniczone miękkie zgrubienia, pokryte przyżyciowymi skrzepami krwi. Prócz tego jedna z zastawek rozerwana na przestrzeni 8 mm.. Śledziona w czwórnasób powiększona, na powierzchni przecięcia biała i dość twarda, otoczka miejscami przedstawia chrząstkowate zgrubienia. Wątroba zwykłej wielkości, po brzegach lekko ziarnista, częściowo przyrośnięta do przepony i do grubej kiszki, powierzchnia przecięcia biała i tylko z większych naczyń wycieka dość znaczna ilość krwi. Budowa wątroby wyraźna, środkowa część zrazików ciemnoczerwona, obwodowa szarawa. Lewa nerka cokolwiek powiększona, otoczkę zdejmuje się łatwo, powierzchnia gładka. Istota korowa zgrubiała, szaro-czerwonego koloru, zmętniała, piramidy również przekrwione; kousystencja znacznie zwiększona, miejscami widać białozółtawe zawały świeżego pochodzenia, wielkości migdała, z czerwoną otoczką. Prawa nerka przedstawia podobne zmiany. Narządy moczopłciowe szczególnych zmian nie przedstawiają.

Błona śluzowa cienkich kiszek blada i pokryta niewielką ilością gęstego, śluzu, w kiszce grubej dość mocno przekrwiona. Błona śluzowa żołądka w okolicy odźwiernika pokryta znaczną ilością śluzu, powierzchnia jej nierówna brodawkowata.

Czaszka zwykłej wielkości, zewnętrzna i zarówno wewnętrzna powierzchnia gładka. Opona twarda dość gruba, blada, w zatoce podłużnej widać pośmiertne skrzepy krwi. Powierzchnia wewnętrzna opony twardej na całej przestrzeni błyszcząca, gładka. Opona miękka na całej przestrzeni z powodu nacieczenia zgrubiała, żółtawego koloru, zmętnienie i nacieczenie szczególnie silnie wyrażone w przestrzeniach między zawojami w kierunku naczyń, a zarówno i w rowku SYLWIJUSZA i na powierzchni wypukłej mózgu w okolicy czołowej. W naczyniach u podstawy mózgu widać niewielkie zgrubienia, zależne od sprawy miażdżycowej. Komórki zawierają blisko pół uncji żółtawego, mętnego płynu. Powierzchnia przecięcia białej i szarej istoty mózgu wszędzie pokrywa się znaczną ilością kropelek krwi. *Tela choroideu* i *plexus choroideus* nacieczone żółtawego koloru ropą, a zarówno *pia mater* komórek. Tkanka mózdzku na przecięciu w pobliżu powierzchni przekrwiona, nacieczona ropą. Opona twarda rdzenia kręgowego prawie na całej przestrzeni przekrwiona, wewnętrzna powierzchnia gładka, błyszcząca. Opona miękka na całej przedniej powierzchni i w okolicy korzeni nerwowych zmętniała, żółtawego koloru, na tylnej nacieczona grubą warstwą ropy. Biała i szczególnie szara istota rdzenia kręgowego przekrwiona.

Lewa gałka oczna całkowicie ropą nacieczona, granice błon oddzielnych dla gołego oka zatarte.

Rozpoznanie anatomiczne: *pneumonia crouposa chronica sinistra inferior, emphysema pulmonum, endocarditis diphteroides acuta (aneurysma valvulare acutum), hypertrophia cordis praecipue ventriculi dextri, hepar muscatum, tumor lienis fibrosus, leptomeningitis cerebro-spinalis universalis purulenta, hydrocephalus internus, panophthalmitis purulenta dextra.*

W czasie sekcji, dokonywanej w 30 godzin po śmierci chorego [przy niskiej ciepłocie atmosferycznej, wskutek czego gnicie trupa było wyrażone bardzo słabo] z mózgu i z serca, po świeżem przecięciu chorobowo zmienionych ognisk nożem, którego ostrze wyjałowione zostało w płomieniu gazowem, za pomocą świeżo przepalonego drutu platynowego przeniosłem minimalną cząstkę ropy [nakłucie podłużne] do probówek z żelatyną odżywczą i agar-agarem; z serca, mianowicie ze świeżo przeciętej powierzchni owrzodzonego wsierdza, cząsteczki zaszczepiono zarówno z zastawki dwudzielnej, jak i z aorty, a nadto z tej ostatniej maleńki kawałeczek wycięty pogrążony został, przy zachowaniu wszelkich ostrożności, w żelatynie rozpuszczonej przy umiarkowanej ciepłocie, w celu otrzymania płaskich hodowli. Wszystkie naczynia z zaszczepioną żelatyną i agar-agarem pozostawiono w zabezpieczonem miejscu w jednakowych warunkach przy ciepłocie pokojowej [14—16° R.].

W ropie, wziętej do badania z gałki ocznej i z opony miękkiej, po zabrwieńniu sposobem GRAMM'a, znalazłem liczne drobnoustroje, przedstawiające się w postaci owalnych ciałek, złączonych po dwa. Zwykle tego rodzaju twory narywni z kulistemi (*staphylococcus*) bywają nazywane kokkami, diplokokkami. W rzeczywistości jednak są to krótkie pałeczki — *diplobacilli*, ponieważ, jak np. w naszym przypadku, wymiar podłużny okazał się przy wspomnianem powyżej zabarwieniu większym od poprzecznego, mianowicie pierwszy 0,0007 milim.,

a drugi 0,00047 mm. Przy podbarwieniu preparatu pikrokarminem można się było przekonać, iż pałeczki owe nie mieściły się wewnątrz ciałek ropnych, lecz obok tychże. Przy użyciu do opłókiwania preparatu samego tylko spirytusu, w ropie z gałki ocznej znajdowałem naokoło diplobacyłów wyraźne otoczki (*capsulae*). Te ostatnie, choć mniej wyraźnie, występowały i w ropie z opony miękkiej mózgu i rdzenia przy zabarwieniu preparatu płynem FRIEDLAENDER'a. Wyraźny obraz w pierwszym przypadku niewątpliwie był uwarunkowany zmieszanym z ropą masą ciała szklistego.

Tu dodać winienem, iż wspominając o otrzymaniu otoczek, zjawisku temu nie przypisuję żadnego szczególnego znaczenia rozpoznawczego.

Hodowle wykazały, co następuje: na żelatynie odżywczej już po 24 godzinach wzdłuż linii nakłucia ukazała się biaława smuga z drobnymi, zaledwie dostrzegalnymi pojedynczymi zgrubieniami. Przez następne dni zgrubienia występowały coraz wyraźniej w kształcie ziaren, wskutek czego paciorkowaty wygląd hodowli stawał się coraz wyraźniejszym. Na powierzchni dopiero 3-go dnia zaczęła się rozwijać biaława błonka, która przez następne dni stopniowo rozrastała się po powierzchni w kształcie płaskiego rowka, o wyglądzie suchym, białoszarawego, podobnego do stearyny, koloru z zazębionymi brzegami. Ostatecznie hodowla wykazała formę gwoździa o płaskiej główce, z silniejszym rozwojem wzdłuż linii nakłucia. Ani rozwoju gazów, ani rozpuszczenia żelatyny nie otrzymano. Na agar-agarze hodowla miała takiż wygląd, tylko w późniejszym czasie przyjęła lekki odcień żółtawy.

Hodowla płaska na żelatynie 5 dnia wykazała już dla gołego oka widzialne maleńkie wyniosłości, podobne do kropelek rosy. Pod drobnowidzem przy małym powiększeniu wyniosłości owe przedstawiały się w kształcie białych płasko-okrągłych kolonii, po pewnym czasie przyjmujących bardzo nieznaczny odcień szarawy. Mała cząsteczka pojedynczej kolonii, przeniesiona z pod drobnowidzu za pomocą nakłucia do próbki z żelatyną, stawała się punktem rozwoju dla hodowli o wyglądzie identycznym z powyżej opisaną. Na kartoflu hodowle miały wygląd delikatnych buro-żółtych plamek. Na zakończenie dodam, iż zarówno z ropy z pod opony miękkiej, jak i z wsierdzia [zastawka dwudzielną, aortalną], otrzymałem hodowle identyczne, co miało miejsce i przy całym szeregu następnych przeszczepień z jednego naczynia do drugiego w ciągu bardzo długiego czasu.

Przy badaniu drobnowidzowem [powiększenia duże] i użyciu różnych metod barwienia, między innymi i sposobu GRAMM'a, wyhodowane drobnoustroje przedstawiały się w kształcie ciałek owalnych, połączonych po dwa lub ułożonych pojedynczo, niekiedy stosunkowo dość znacznie wydłużonych w wymiarze podłużnym, tak, że postać pałeczek występowała jeszcze wyraźniej.

Z otrzymanych czystych hodowli dokonałem szczepień na zwierzętach, mianowicie na myszach i świnkach morskich. W tym celu mała cząstka czystej hodowli na żelatynie odżywczej po rozmieszaniu w wyjałowionej wodzie i otrzymaniu ztąd mętnego, białawego płynu, użytą została do wstrzykiwań za pomocą wyjałowionej szpryki; u jednej myszy u podstawy ogona 0,3 grm. pod skórę, u drugiej 0,2 grm. do opłucnej, u 3-ciej 0,1 grm. także do opłucnej, 4-tej i 5-tej

po 0,1 grm. do jamy otrzewnej i wreszcie 6-tej dla porównania do jamy otrzewnej wstrzyknąłem 0,3 grm. wody przekroplonej. Wstrzykiwania były dokonywane po dokładnem oczyszczeniu pola operacyi, i przy następczem przypaleniu miejsca ukłucia żegadłem PAQUELIN'a.

Mysz Nr. 1 po 24 godzinach zastałem w stanie konania. Po dobieciu, w miejscu wstrzyknięcia znaleziono nieznaczny wylew krwi i obrzęk tkanki otaczającej. W narządach wewnętrznych szczególnych zmian nie było, w tkance zaś obrzękłej i we krwi, przy barwieniu preparatu sposobem GRAMM'a, skonstatowano obecność wstrzykniętych drobnoustrojów (*diplobacilli*).

Mysz Nr. 2, zdechła po 36 godzinach. W miejscu wstrzyknięcia, prócz nieznacznego wylewu krwi, szczególnych zmian nie znaleziono. Krew zato wogóle była ciemną i płynną i zawierała [z serca, wątroby, śledziony] w dość znacznej ilości diplobacyle.

Pozostałe 4 myszy pozostały przy życiu, po pewnem niedomaganiu wyzdrowiały.

Świnie morskiej Nr. 1, po dokonaniu laparotomii z zachowaniem wszystkich należnych ostrożności, wstrzyknąłem 0,3 grm. mieszanki czystej żelatynowej hodowli [z wodą wyjałowioną] do jednej z żył krezkowych. Żyłę przewiązano powyżej i poniżej nakłucia, i po ostatecznem zaciągnięciu ligatur, po wyjęciu szpryki, ranę brzuszną zaszyłem i nałożyłem suchy opatrunek z gazy jodoformowej, napojonej *collodio jodoformato*. Zwierzę zdechło po 20 godzinach. Przy sekcji w jamie brzusznej zmian właściwych dla zapalnego odczynu nie znaleziono. Wątroba powiększona, bardzo miękka, silnie przekrwiona. Na powierzchni i na przecięciu widać w wątrobie w różnych miejscach rozsiane białe plamki, wielkości ziarnka maku, lub prosa. Budowa zrazikowa miejscami niewyraźna, krew w pniu żyły wrotnej poczęści płynna, poczęści skrzepnięta, także cechy przedstawia i w prawem sercu. Ze krwi z żyły wrotnej i z miejsc wątroby, zajętych przez wspomniane powyżej białe plamki, dokonałem szczepień na żelatynie odżywczej. Kawałeczki wątroby dla przygotowania preparatów włożyłem do absolutnego alkoholu. Inne narządy żadnych szczególnych zmian nie przedstawiały.

Hodowle, otrzymane z dopiero co wzmiankowanych szczepień, miały wygląd identyczny z hodowlami drobnoustrojów, wstrzykniętych poprzednio do żyły krezkowej.

Badanie drobnowidzowe wątroby w miejscu owych białych plamek wykazało ogniska nekrotyczne komórek wątrobowych, naokoło lub w pobliżu przestrzeni międzyzrazikowych, mające kształt mniej lub więcej obszerne okrągławych wysepek, i oprócz tego obecność bardzo obfitego drobnokomórkowego nacieczenia, odpowiadającego swą formą rozwojowi ropnia mikroskopowego. Nekrotyczne komórki wątrobowe przedstawiały się jako jednolite bryłki pozbawione jąder, lub z widocznymi jeszcze lecz jakby pomarszczonemi, jednolicie zabarwionemi jądrami. W świetle najdrobniejszych żył i naczyń włosowatych wśród nekrotycznych komórek wątrobowych, jako czynnik, który wywołał wszystkie te zmiany, widać gromadki wstrzykniętych poprzednio do żyły krezkowej drobnoustrojów (*diplobacilli*).

Śwince morskiej Nr. 2, po dokonaniu laparotomii, wstrzyknąłem do jednej z żył krążkowych 0,1 grm. mieszanek, przygotowanej z czystej hodowli na żelatynie, lecz otrzymanej już z wątroby świnki poprzedzającej. Ranę zaszyłem i opatrzyłem, jak poprzednio. Tym razem świnka zdechła po 4 dniach. Przy sekcji żadnych szczególnych zmian w jamie otrzewnej nie znaleziono. W wątrobie, w wymiarach swych nie powiększonej, otrzymano także same, jak w poprzednim doświadczeniu, mniej lub więcej nagromadzone drobne zapalne ogniska, przy badaniu drobnowidzowem okazujące bardzo obfite drobnokomórkowe nacieczenie, maskujące już i komórki nekrotyczne i naczyń. Prócz tego naokoło ognisk opisanych widać było i objawy proliferacji komórek wątrobowych, mianowicie nieprawidłowy układ i niejednakowe rozmiary młodych komórek wątrobowych. W innych narządach zmian chorobowych nie znaleziono.

[C. d. n.]

Z KLINIKI TERAPEUTYCZNEJ PROF. POPOWA.

II. DWA PRZYPADKI

ZEBRANIA PŁYNU MLECZNEGO W JAMIE OPŁUCNEJ.

Opisał

K. Chelchowski,

ordynator kliniki.

W ostatnich kilkunastu latach zwrócono pilniejszą uwagę ¹⁾ na dość rzadkie zresztą przypadki, w których w jamach surowiczych otrzewnej, lub opłucnych znajdowano płyn, podobny do mleka, zawierający tłuszcz w postaci najdrobniejszej doskonałej zawiesiny. Prawdopodobnie najczęściej był to wylew mleczka z naczyń mlecznych do odpowiedniej jamy. W klinice prof. Porowa w ciągu krótkiego stosunkowo czasu [dwóch lat] zdarzyły się 4 takie przypadki. Dwa z nich opisał kol. ZAWADZKI, dwa drugie stanowią przedmiot niniejszego artykułu.

Przypadek I. Gruźlica płuc przewlekła. Stary wysięk surowiczy opłucnowy; przemiana wysięku w mleczny z wielką ilością cholestearyny.

34-letni Antoni M., dorożkarz, przybył dnia 18. IV. 1887 do szpitala Dzieciątka Jezus, skarżąc się na klucie w prawym boku, kaszel i duszność. Choroba zaczęła się od dreszczów przed 4 dniami. Przy badaniu znaleziono: stan gorączkowy, tępy odgłos wypukowy, osłabienie oddechu, głosu i drżenia głosowego nad dolną połową prawego płuca. Nad obojczykami wydech wydłużony, pod prawym skąpę rżenia. Rozpoznano zapalenie opłucnej wysiękowe i początki gruźlicy płuc. W ciągu 11-dniowego pobytu chorego w szpitalu go-

¹⁾ Gaz. Lek. pomieściła w tej kwestyi referat MĄCZEWSKIEGO. 1881, str. 697.

rączka zmniejszyła się, chociaż nie znikła zupełnie, granica tępości nad prawem płucem nieco się obniżyła i chory, czując się już lepiej, a nie chcąc się zgodzić na wypuszczenie płynu z opłucnej, opuścił szpital.

W domu przeleżał jeszcze parę tygodni, poczem wstał, wrócił do zwykłych zajęć i czuł się całkiem dobrze. Kaszlu prawie nie było.

We dwa lata przeszło później [10. VI. 1889], tegoż chorego przywieziono do kliniki niezmiernie osłabionego, z zimnemi kończynami, bardzo częstem i małym tętnem, zapadniętymi oczami, siną twarzą. Od 2 dni dostał gwałtownych boleści w brzuchu i bardzo silnych wymiotów i biegunki, do czego przyłączyły się bolesne kurcze w łydkach, a później i w górnych kończynach [ostre zapalenie żołądka i kiszek, *gastro-enteritis acuta*]. Nad prawem płucem tępość, brak oddechu, głosu i drżenia głosowego, sięgały prawie do obojczyka i do grzebienia łopatki. Przy próbnym przekłuciu wyciągnięto płyn surowiczy, który niczem szczególnem nie zwracał na siebie uwagi, to też nie był badany pod drobnowidzem. Przy użyciu środków podniecających, później przeczyszczających, wymioty i biegunka ustały i po kilku dniach chory zaczął wracać do sił. Granica wysięku nieco się obniżyła. Podczas pobytu w klinice [do 21. VI.] nie gorączkował, odpływał nieco śluzu, na wypuszczenie płynu i tym razem się nie zgodził.

Po 4 miesiącach, w ciągu których uważał się za zupełnie zdrowego, a na mały kaszel nie zwracał uwagi, po raz trzeci dostaje się do szpitala [25. X. 1889]. Przed trzema tygodniami wypchał dorożkę do wozowni, potknął się i upadając uderzył lewą pierś o pręt żelazny z tyłu dorożki. Przez dwa tygodnie chodził i powoził pomimo dotkliwego bólu w stłuczonym miejscu. Od tygodnia jednak zesłabł, dostał suchego kaszlu, a z powodu coraz silniejszego bólu nie mógł mocniej kaszlnąć, głębiej odetchnąć. Ostatnie 3 dni leżał już stale w łóżku.

Budowa dość silna, odżywianie średnie. Ciepłota 39,3° C. przy częstości tętna 78, oddechu 28 na minutę.

Na miejscu stłuczenia na lewej połowie klatki piersiowej pomiędzy linijami sutkową i pachową przednią nad V i VI żebrzem — widać obrzmienie. Przy obmacywaniu okazuje się ono twardem i złożonem z dwóch stykających się prawie z sobą guzów: jednego na V żebrze, drugiego na VI żebrze. W tem samym miejscu daje się wykazać ruchomość żeber i trzeszczenie. Trzeszczenie łatwo można wyczuć nawet i bez nacisku na żebra, za prostem przyłożeniem dłoni przy głębszym oddechu, kaszlu. Czuć je wtedy nie tylko we wspomnianem miejscu, ale i dalej ku środkowi ciała: u sutki, między sutką i mostkiem.

Ani opukiwanie, ani wysłuchiwanie nie wykazuje nic nieprawidłowego w lewym płucu, to jest po stronie złamania żeber. Natomiast nad całym niemal prawym płucem [do grzebienia łopatki z tyłu, do II-go żebra z przodu] odgłos był tępy, nie słychać było zupełnie oddechu i głosu i nie czuć drżenia głosowego. Powyżej tępości odgłos wysoki bębnekowy, oddech nieokreślony. Bardzo skąpa płwocina śluzowa zawierała nadzwyczaj nieliczne laseczniki gruźlicze [po 1—3 na całym szkiełku].

Łaknienie pomimo gorączki zachowane. Język obłożony. Dolna granica wątroby wyczuwalna na 2 palce poprzeczne poniżej łuku żebrowego.

Choremu zalecono morfinę podskórną, proszki Dover'a i opaskę na piersi.

Wobec tego, że odłamki żeber po 3 tygodniach nie zrastały się, że poruszały się nie tylko już przy ucisku, ale nawet przy głębszym oddechu, kaszlu, nasuwała się sama przez się myśl, że przyczyną tego są nadmierne ruchy płuca lewego, które przy oddechaniu musiało pracować i za siebie i za uciśnięte wysiękiem prawe płuco. Postanowiono więc wypuścić płyn z prawej opłucnej.

Przy próbnym przekłuciu ze zdziwieniem otrzymano zamiast oczekiwanego surowiczego, płyn żółtawo-biały, mętny, nieprzezroczysty, nawet nieprzeświecający, zupełnie podobny do ropy. Ciałek ropnych jednak prawie że w nim nie

było: trafiało się np. jedno na całym polu drobnowidzowym i to bynajmniej nie na każdym. Natomiast płyn zawierał mnóstwo drobniotkich ziarenek matowych i liczne kryształki cholestearyny [po 10 i więcej na każdym polu].

Płynu tego wypuszczono z opłucnej [d. 29. X.] 600 ctm. sześć. Ciężar właściwy 1023. Już i gołem okiem widać było zwłaszcza w odbitem świetle mnóstwo zawieszonych w nim połyskujących kryształów.

Następnych dni po przekłuciu granica wysięku obniżyła się wyraźnie sama przez się: z przodu zwłaszcza między linią środkową a sutką odgłos znacznie się wyjaśnił. Jednocześnie duszność i ból znacznie się zmniejszyły, gorączka stopniowo znikła. Od 10. XI. na miejscu złamania żeber nie można już było wyczuć ani ruchomości, ani trzeszczenia. D. 5. XI. wypuszczono znowu 700 ctm. sześć. płynu, o ciężarze właściwym 1021, zresztą tych samych własności. Granica płynu i teraz wciąż się obniżała, nie tylko po przekłuciu, ale i później, sama już przez się.

Pomimo tego pomyślnego, a ze względu na własności i długotrwałość wysięku nawet nie oczekiwanego wyniku, kłucie w lewym boku i suchy kaszel przez kilka dni po drugim przekłuciu znacznie się wzmogły. Nad lewym płucom, gdzie poprzednio żadnych zmian nie można było wykazać, teraz dokoła miejsca złamania żeber słychać było szmer tarcia opłucnowego, który otąd w tem miejscu stale się utrzymywał przez cały czas pobytu chorego w klinice. Podobny szmer, ale daleko słabszy, słychać było od czasu do czasu i po prawej stronie pomiędzy obojczykiem, pachą a sutką. To obostwienie kaszlu i bólu [może zależne od zatorów w płucach?] trwało zresztą tylko kilka dni.

D. 15. XI. wypuszczono jeszcze 700 ctm. sześć. płynu o ciężarze właściwym 1020. Wkrótce potem [dnia 21. XI.] chory opuścił klinikę, czując się zupełnie zdrowym. Z wysięku nie prawie nie pozostało. Odgłos wypukowy nad dolną częścią prawego płuca był jeszcze trochę wyższy, a oddech słabszy. Tępość bezwzględna dochodziła pod pachą do VII żebra, z tyłu na 2 palce niżej kąta łopatki.

Po upływie przeszło 4 miesięcy, w ciągu których M. czuł się zupełnie dobrze i usilnie pracował, znowu zdarzyło mi się badać go. Tępość pod pachą zaczęła się pod VI żebrem, z tyłu u kąta łopatki; osłabienie oddechu i głosu nad dolną częścią prawego płuca. Nad prawym wierzchołkiem z przodu słumienia i oddech nieokreślony. Od 2 tygodni kaszel, niezbyt zresztą dokuczliwy.

Przy wszystkich 3-ch przekłuciach płyn otrzymany z jamy opłucnej okazywał te same własności ¹⁾: żółtawo-biały, nieprzezroczysty, całkiem podobny do ropy. Odczyn słabo alkaliczny. Przy staniu płyn nie krzepł, bardzo długo nie gnił, aż po dwóch tygodniach. Nie można było w nim dostrzedz zbierania się gęstszej górnej warstwy. Od mnóstwa zawieszonych w nim drobnych i większych kryształów, płyn połyskiwał, mianowicie w odbitem świetle. Większe kryształki powoli opadały na dno, tworząc grubą warstwę osadu. Warstwa ta zajmowała $\frac{1}{5}$ cylindra napełnionego płynem. Były to, jak już wspomniano, kryształki cholestearyny. Pod drobnowidzem miały one znaną postać cienkich skośno-czworobocznych tabliczek z wyciętymi kątami i barwiły się na niebiesko i fioletowo pod wpływem jodu i kwasu siarczanego. Osad krystaliczny, zebrany

¹⁾ Tylko ciężar właściwy w miarę wsysania się płynu wciąż się zmniejszał [1023, 1021, 1020], czemu odpowiadało i zmniejszanie się procentu białka. Zwykle bywa wprost przeciwnie: woda ulega wessaniu łatwiej od białka, więc i procent tego ostatniego i ciężar właściwy resztek wysięku wzrastają.

z dna naczynia, zachowywał się również względem odczynników, jak cholestearyna.

Pożądaniem było oznaczyć ilość krystalicznej cholestearyny. Najprostszą drogą wydawało się zebrać na zważonym sączku kryształ z oznaczonej ilości dobrze skłóconego płynu. Okazało się to jednak niemożliwem: płyn sączył się nadzwyczaj trudno i wolno, nawet przez sączek, pokłuty igłą, nawet przy rozrzedzaniu powietrza w butelce z przesączem. [Nawiasowo wspomnę, że przesącz taki był daleko jaśniejszy i lepiej przeświecający od pierwotnego płynu].

Trzeba się było uciec do innego sposobu. Oznaczoną ilość płynu cedzono najprzód przez muślin, potem przez płótno, wreszcie przez pokłutą bibułę. Zebrane w tych materyjałach kryształy, przemyte zimnym alkoholem, rozpuszczone w eterze i po odparowaniu eteru — zważono. Tym sposobem znaleziono w płynie z 3-go przekłucia 0,1732% zawieszanej krystalicznej cholestearyny — ilość mniejszą, niż można było oczekiwać z góry.

Dla oznaczenia wszystkiej cholestearyny, tak zawieszanej, jak i rozpuszczonej, wyciągałem z płynu alkoholem i eterem cholestearynę z tłuszczami. Po odparowaniu eteru i większej części alkoholu, zmydlałem tłuszcze potażem gryzącym, silnie rozcieńczałem wodą i czystą już cholestearynę wyciągałem eterem. W płynie z 2-go przekłucia było jej 0,2887%.

Wreszcie, trzymając się ściśle metody, podanej przez HOPPE-SEYLER'a ¹⁾ i korzystając ze wskazówek kol. PRUSZYŃSKIEGO, znalazłem następujący skład chemiczny płynu:

	Z 2-go przekłucia.	Z 3-go przekłucia.
Części stałych	7,295	6,880
Białka	5,7824	5,262
Soli rozpuszczalnych w wodzie i alkoholu :	0,6152	{ 0,7404 0,683
Soli nierozpuszczalnych	0,1252	
Substancij wyciągowych	0,2776	0,287
Cholestearyny	0,2599	{ 0,4313 0,446
Lecytyny i tłuszczu	0,1714	
na 100 części płynu.		

Cholestearyna rozpuszczona, jak to wykazał jeszcze NAUNYN ²⁾, jest stałą częścią składową wszystkich wysięków i przesieków. W postaci krystalicznej często się strąca ona w starych płynach surowicznych [np. w torbielach jajników, wodosteku jądra — *hydrocele*]. I w płynie mlecznym z jam surowicznych kilkakrotnie znajdowano pojedyncze jej kryształy ³⁾. O tak obfitej zawartości cholestearyny krystalicznej w płynie mlecznym, jak w niniejszym przypadku, wspomina jeden tylko DEBOVE ⁴⁾. Otrzymany przez niego płyn z jamy opłucnej,

¹⁾ Handb. d. chem. Anal. 1875, str. 373.

²⁾ REICHERTS u. DUBOIS Arch. 1865, str. 166.

³⁾ GUENEAU de MUSSY, BACCELLI, HÉBARD. Opisy ich przypadków powtórzone przez PERRÉE, Étude sur les épanchements chyliformes. Thèse. Paris. 1881. QUINCKE. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Tom 19, str. 313.

⁴⁾ Union médicale. 1881, Nr. 85—87.

pod każdym względem bardzo był podobny do naszego. Chory, o którym wiadomości były bardzo niedokładne, niezmiernie wycieńczony, zmarł podczas przekłucia. Na sekcji nie znaleziono żadnych zmian w narządach, prócz zgrubienia opłucnej [do kilku milimetrów]. Opłucna gładka, usiana żółtymi plamami, miała budowę włóknistą, warstwową i przepelniona była drobnymi kropelkami tłuszczu.

Przypadek II. Rak żołądka; zajęcie wtórne gruczołów chłonnych; uciśnięcie przełyku, przewodu piersiowego; wylew mleczny do jamy lewej opłucnej.

53-letni stróż, S. M., przybył do kliniki 27. IX. 1889 r., skarżąc się na niemożność połykania stałych pokarmów. Od 5 miesięcy stracił łaknienie. Wkrótce potem zaczęło go trapić bardzo bolesne szyszki hemoroidalne i zaparcie stolca, które go zmuszało do ciągłego używania środków przeczyszczających. Od czasu do czasu miewał bóle w okolicy pępka, a niekiedy towarzyszyły im i wymioty. Od dwóch miesięcy zauważył, że mu coraz trudniej połykać, wychudł i osłabł. Od 2 tygodni pokarmów stałych wcale nie może przełknąć, leży w łóżku. W ostatnich dniach spuchły mu nogi i brzuch.

Niezmierne wychudnienie, cera brudno-ziemista. Ciepłota 36,2°—35,6° C. przy częstości tętna 96, oddechu 28 na minutę. Mierne obrzmienie gruczołów chłonnych, stwardniałych, nieco bolesnych, w obu pachwinach, zwłaszcza prawej. Daleko silniejsze w obu dołach nadobojczykowych. W lewym dole nadobojczykowym, na zewnątrz przyczepu mięśnia mostko-sutko-obojczykowego (*sterno-cleido-mastoideus*), zlewają się one w jeden twardy nierówny guz wielkości kurzego jaja. Pod pachami gruczoły wyczuwalne, ale bardzo drobne.

Przy badaniu płuc nad dolną częścią lewej połowy klatki piersiowej odgłos wypukowy zupełnie tępy: z przodu od V żebra do dołu, z tyłu od 1/4 dolnej łopatki. Z przodu i pod pachą odgłos wypukowy powyżej tępości ma odcień bębenkowy. Oddech ku dołowi osłabiony, nieokreślony, wyżej oskrzelowy, głos wzmożony, drżenie głosowe osłabione. Chory bardzo mało kaszle, odpluwa nieco śluzowej plwociny, na ból w boku się nie skarży. Przekłucie próbne wykazało w opłucnej obecność płynu, podobnego do rzadkiej ropy, lub do wysięku surowiczego-ropnego.

Brzuch wielki, wypukły w górnej mianowicie części: odległość od wyrostka mieczykowatego do pępka znacznie większa, niż od pępka do spojenia łonowego. Niewielkie zebranie płynu w jamie brzusznej. Przy pierwszym badaniu nie udawało się wyczuć żadnych guzów. Odgłos wypukowy na brzuchu wszędzie stłumiony. Zaparcie stolca. Język obłożony, suchy.

Wątroba, znacznie powiększona, sięga ku górze do V żebra, ku dołowi zaś daje się wyczuć na 3 palce poprzeczne poniżej żeber.

Zgłębnik żołądkowy spotyka przeszkodę na jakie 10—15 ctm. ponad wpustem, której nie można pokonać nawet najmniejszą oliwką.

Rozpoznawano na razie: rak przełyku, zajęcie wtórne gruczołów, ropne zapalenie opłucnej. Przy badaniu jednak drobnowidzowem płynu, wyciągniętego sprzyką z opłucnej, okazało się, że w nim ciałek białych prawie nie ma; natomiast znaleziono mnóstwo drobnymi ziarenek i maleńkich kropelek tłuszczu. Oczywiście nie był to płyn ropny, ale mleczny.

Następnych dni poziom płynu w opłucnej podnosił się. D. 2. X. wypuszczono 1500 ctm. sześć. płynu. Granica tępości mało się zmieniła. Zato puchlina brzuszna następnego dnia prawie zniknęła. Teraz łatwo można było wymacać w jamie brzusznej kilka nierównych, twardych guzów, z tych jeden zlewający się z dolnym brzegiem wątroby i poruszający się przy ruchach oddechowych, inne położone bliżej środka brzucha. Przy nowych próbach udało się przesunąć twardy zgłębnik żołądkowy przez zwężenie, przyczem opór czuć było ciągle od początku zwężenia aż do wejścia do żołądka,

Wobec tych nowych danych, oraz anamnezy [ból brzucha i wymioty w samym początku choroby], prof. Porow przyjął obecność pierwotnego raka żołądka, zwięźnienie zaś przełyku uznał za objaw wtórny, zależny albo od ucisku zewnętrznego, albo od posunięcia się sprawy rakowej na przełyk.

Następnych dni płyn zebrał się w opłucnej jeszcze obficie, sięgając do II żebra z przodu. Chory słabł coraz bardziej, nie chciał przyjmować nawet i płynnych pokarmów, wreszcie zmarł d. 6. X..

Przy badaniu pośmiertnem [pros. D-r PRZEWOSKI] znaleziono: w żołądku na wielkiej krzywiznie u odźwiernika wielkie grzybowate owrzodzenie ze wzniesionemi brzegami i głębokiem gładkiem dnem; nadto w błonie śluzowej i podśluzowej żołądka liczne mniejsze guzy, z których jeden w pobliżu wpustu na krzywiznie małej powierzchownie owrzodzony (*carcin. ventriculi*). Dokoła odźwiernika obrzmiałe gruczoły chłonne zlewają się w jeden guz. To samo powtarza się dokoła *truncus coeliacus* i w sieci mniejszej. Wreszcie i gruczoły kręzkowe tworzą jeden nierówny guz wielkości głowy noworodka. W wielu miejscach na otrzewnej kiszce cienkich widać naczynia chłonne w postaci białych sznurków, drzewiasto rozgałęziających się z różańcowatemi zgrubieniami. Liczne guzy rakowe w wątrobie, zwłaszcza na dolnej jej powierzchni. Prawa nerka zewsząd otoczona guzami rakowemi. Niektóre mięśnie (*psoas major, iliacus*), jakby usiane były mnóstwem drobnych guzików nowotworu. To samo widać i na górnej powierzchni przepony i na opłucnej, przylegającej do wsierdza. Zwyrodniałe gruczoły śródpiersia tylnego, oraz guziki rakowe w sąsiedniej tkance łącznej zlewają się w jedną masę, ściśle otaczając przełyk w $\frac{1}{3}$ dolnej jego długości. Miejscami zwyrodnienie rakowe przechodzi i na ścianki przełyku na jego błonę zewnętrzną i mięśniową, dochodząc aż do warstwy podśluzowej. Nad lewym obojczykiem gruczoły chłonne tworzą guz, przyciskający żyłę podobojczykową do obojczyka i do I-go żebra. W jamie lewej opłucnej — płyn mleczny. Lewe płuco w tylnych częściach przyrośnięte, w dolnych uciśnięte. *Oedema acutum pulmonis dextri. Bronchitis chronica.*

Płyn, otrzymany z opłucnej w tem spostrzeżeniu, biały, nieprzezroczysty, słabo alkaliczny, miał ciężar właściwy 1016, przypominał rzadką ropę, emulsyję, lub rozcieńczone mleko. Przy długiem staniu nie krzepł i nie gnił, wydzielal gęstszą, górną warstwę.

100 części tego płynu zawierało:

Części stałych	5,0701
Białka	3,3626
Soli rozpuszczalnych	0,6897
„ nierozpuszczalnych	0,0465
Substancij wyciągowych	0,3377
Cholestearyny	0,0768
Lecytyny i tłuszczu	0,5612

Płyn, pozbawiony białka i tłuszczu, dawał wyraźny odczyn na peptony; cukru nie zawierał.

Jakkolwiek wiele pisano o swoistym wyglądzie płynu mlecznego, trzeba przyznać, że może on być ludzaco podobnym do ropy. W obu naszych przypadkach uznaliśmy go na razie za ropę. Dopiero badanie drobnowidzowe wyjaśniło prawdziwy stan rzeczy. SAINTON opisuje swój przypadek, jako wysięk ropny bez ropnych ciałek: *Sur une variété latente et bénigne d'empyème (Thèse de doctorat. Paris 1881.). Empyème: caractères spéciaux du pus.* Pierwszy przypadek GUÉNEAU

DE MUSSY, przypadki HÉRARD'a i BACCELLI'ego ¹⁾ również były uznane za wyśięk ropny; dopiero drobnowidz sprostował pomyłkę. Niezawodnie jednak nieraz zdarzało się i zdarza, że pomyłka taka pozostaje bez sprostowania.

Pierwszy QUINCKE ²⁾ rozróżnił pomiędzy białemi, podobnemi do mleka, bogatemi w tłuszcz płynami z jam surowiczych, dwie odmiany: 1) płyny tłuszczowe (*hydrops adiposus*), t. j. zwykłe wysięki i przesięki z zawieszonymi w nich stłuszczone komórkami [ciałka białe, komórki nowotworowe, śródbłonkowe], oraz wielkimi kroplami tłuszczu; 2) właściwe płyny mleczne (*hydrops chylosus*), których tłuszcz jest doskonale zemulsyjonowany [drobniutkie punkciki i kropelki przy badaniu drobnowidzowem]. Podział ten powszechnie przyjęto. Oba nasze przypadki należą oczywiście do ostatniej kategorii — *hydrops chylosus*.

QUINCKE twierdzi, że we wszystkich przypadkach tej ostatniej kategorii płyn biały jest mleczkiem (*chylus*) z naczyń mlecznych, które wylało się do jamy surowiczej, czy to wskutek pęknięcia tych naczyń, czy też przesiąkania z nich. Pogląd ten wypowiedziano od dawna, już przy pierwszych spostrzeżeniach tego rodzaju z przeszłego jeszcze stulecia. I rzeczywiście kilkakrotnie już udało się wykazać na trupie to pochodzenie mlecznego płynu z całą pewnością. W jednych razach znaleziono na trupie pęknięte większe naczynia mleczne. W innych wykazano nastrzyknięcie drobnych naczyń mlecznych i wyznaczynienia z nich na błonie śluzowej i surowiczej cienkich kiszek.

W innych przypadkach jeszcze znaleziono, że ilość tłuszczu w płynie mlecznym podlegała u tej samej osoby znacznym wahaniom, odpowiednio do ilości tłuszczu, podawanej w pożywieniu.

Prawdopodobnie i w naszym drugim przypadku miał miejsce taki wylew mleczka do jamy opłucnej, chociaż pękniętego naczynia mlecznego w klatce piersiowej nie znaleziono na sekcji. Odpływ mleczka niewątpliwie był tu bardzo utrudniony i to w dwóch miejscach: 1) u ujścia przewodu piersiowego (*ductus thoracicus*) do uciśniętej żyły podobojczykowej i 2) na miejscu zwężenia przełyku, gdzie zwyrodniałe gruczoły niewątpliwie uciskały i przewód piersiowy. O zastoju mleczka świadczyło nastrzyknięcie drobnych naczyń mlecznych na otrzewnej kiszek cienkich. Wreszcie i skład chemiczny naszego płynu odpowiadał składowi mleczka.

W literaturze zebrało się już z kilka dziesiątków rozbiórów chemicznych płynu mlecznego. Różnią się one jedne od drugich w sposób rażący. Każdej z części składowych znajdowano po 10 razy więcej w jednych spostrzeżeniach, niż w innych. [Procent tłuszczu waha się od 0,04—8%] ³⁾. Zdaje się, że różnice te zależą w części od różnych metod, używanych w Niemczech i we Francji. Zresztą mleczko (*chylus*) właściwie nie ma stałego składu chemicznego: skład

¹⁾ L. c.

²⁾ Spostrzeżenia takie zebrali QUINCKE [l. c.] i SENATOR. [Charité Annalen. 1885, str. 307]. Były to przypadki raka otrzewnej, gruźlicy otrzewnej, zwyrodnienia tłuszczowego nabłonka otrzewnej.

³⁾ DEPOIX. Contribution à l'étude des épanchements chyliformes du péritoine. Paris. 1889. Thèse.

jego się zmienia zależnie od czczości lub zapełnienia przewodu pokarmowego, od rodzaju pożywienia i t. d..

Jakkolwiek różnice w składzie chemicznym i ciężarze właściwym [1007 — 1025] różnych płynów mlecznych były tak wielkie, że wolno powątpiewać, czy te płyny były zawsze takiego samego pochodzenia, czy każdy płyn, zawierający tłuszcz w emulsi, musi być wylanem mleczkiem.

To też na różnych przypuszczeniach, podających inne sposoby powstawania płynu mlecznego, wcale nie zbywa. GUÉNEAU DE MUSSY i LETULLE ¹⁾ twierdzą, że stary wysięk wskutek stłuszczenia jego składników białkowych [włóknika, ciałek białych] może przybrać cechy płynu mlecznego. DEBOVE przyjmował osobny rodzaj zapaleń z wysiękiem mlecznym. Według SENATOR'a, przy przepełnieniu krwi tłuszczem (*lipaemia*) możnaby oczekiwać wysięków i przesięków mlecznych.

Pierwsze nasze spostrzeżenie, jak to każdy chyba przyzna, najlepiej zgadzałyby się z teorią LETULLE'a. Mieliliśmy do czynienia z zapaleniem płucnej, które się ostro zaczęło i dało wysięk surowiczy. Wysięk nie uległ wessaniu i po 2½ latach przeszedł w mleczny. Cóż prostszego, jak przyjąć, że składniki białkowe wysięku podległy stłuszczeniu. Odpowiada temu i wielka ilość krystalicznej cholestearyny, z którą przecież zwykle spotykamy się tam, gdzie ma miejsce stłuszczenie białka [w kaszakach, zwyrodnieniu kaszakowatym, zserowaceniu, starych ropniach]. Stosunek ilościowy cholestearyny do tłuszczu w naszym wysięku był całkiem inny, niż to bywa w mleczku ²⁾. Tam ilość lecytyny i tłuszczów kilka razy jest większą, niż ilość cholestearyny; w naszym spostrzeżeniu wprost odwrotnie.

Wylew mleczka w naszym przypadku możnaby sobie wyobrazić chyba w taki sposób, że jednocześnie ze złamaniem żeber, pękło w klatce piersiowej naczynie mleczne (*duet. thoracicus?*), że wylane mleczko dostało się nie do lewej płucnej, ale do prawej, chociaż przepełnionej już wysiękiem, że wylew taki obył się bez duszności i ciężkich przypadłości i pozwolił choremu chodzić i pracować przez 2 tygodnie.

Każdy chyba przyzna, że teoria LETULLE'a tłumaczy dany przypadek lepiej i prościej.

Warunki wylewu mleczka w klatce piersiowej są całkiem inne, niż w jamie brzusznej. Nie mamy tu całego układu naczyń mlecznych, ale jeden tylko przewód piersiowy, albo w razie bardzo częstych zresztą anomalij kilka większych naczyń mlecznych. Wylew mleczka wskutek pęknięcia takich naczyń po obrażeniach, wstrząśnieniach, łatwo zrozumieć. Mamy wtedy ciężkie przypadłości, wielką duszność, wylew bardzo obfity i szybko odnawiający się po wypuszczeniu, rychłe zejście śmiertelne, albo czasami i wyzdrowienie ³⁾.

¹⁾ Revue de Médecine. 1884, str. 722. 1885, str. 960.

²⁾ Za przykładem HOPPE-SEYLER'a, pewien stosunek ilościowy pomiędzy lecytyną, cholestearyną i tłuszczami [1:1,6:9,6] uważają za charakterystyczny dla mleczka. H.-SEYLER. Physiol. Chem. 1887, str. 597. — HASEBROECK. Zeitschr. f. Ph. Chem. 1888, str. 293. — BALLMANN. Ctblt. f. d. med. Wiss. 1876, str. 275.

³⁾ Takimi właśnie były niewątpliwe przypadki pęknięcia naczynia mlecznego w klatce piersiowej, opisane przez QUINCKE'go, v. THADEN'a. [D. Arch. f. kl. Med. T. 19, str. 313], oraz prawdo-

Inaczej się rzeczy mają w tych przypadkach, w których pęknięcia przewodu piersiowego nie było, w których miało tylko miejsce utrudnienie odpływu mleka wskutek ucisku na przewód piersiowy. Nie umiem sobie w żaden sposób wytłómaczyć, dla czego mleczko miałoby wtedy przesiąkać z jednego, czy kilku wielkich naczyń mlecznych do jamy opłucnej, a nie z mnóstwa kapilarów mlecznych do jamy otrzewnej. Zdawałoby mi się, że do jamy opłucnej mleczko może się dostać tylko wskutek pęknięcia naczyń mlecznych w klatce piersiowej, ale nie przez przez przesiąkanie z nich.

To też pozostałe przypadki zebrania płynu mlecznego w jamie opłucnej, wydają mi się całkiem zagadkowemi, o ile do nich nie stosować teorii LÉTULLE'a, [sposzczenia GUENEAU DE MUSSY, DEBOVE'a, HERARD'a, BACCELLI'ego, SAINTON'a]. A mają one pod względem klinicznym pewne wspólne rysy. Wszystkie to były przypadki bardzo przewlekłe [kilka do 30 lat]. Po wypuszczeniu płynu poprawa trwała długo, nawet po kilka lat. Choroba kilkakrotnie zaczynała się od objawów zapalenia opłucnej.

Równie zagadkowe są i te przypadki, w których płyn mleczny zbierał się, lub wypływał z takich miejsc, gdzie naczyń mlecznych wcale nie ma, np. z uda, moszny; zebranie płynu mlecznego w powłokach jądra (*galactocèle*).

Do niektórych przynajmniej z tych przypadków (*galactocèle*) możnaby chyba zastosować teorię LÉTULLE'a. W pozostałych musiała istnieć jakaś nieprawidłowa komunikacja pomiędzy naczyniami mlecznymi i chłonnymi. Wreszcie z zajmującą nas sprawą wiele ma wspólnego niewyjaśniona jeszcze dotąd kwestya chyluryi.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym dnia 6 Maja roku bieżącego pokazał kol. GOLD-FLAM chorą 24-letnią, dotkniętą: *hemiatrophia facialis*. Chora ta od kilku lat doznawała nieznacznych bólów [darcia] w prawej połowie twarzy, która jednocześnie poczęła chudnąć; przed laty 6 przeszła tyfus [podówczas chudnienie już istniało]; miesiączkuje dopiero od roku. Ojciec chorej zmarł z jakiegoś cierpienia gośćcowego; matka wątłego jest zdrowia. W obecnej chwili prawy policzek jest wychudnięty, widać na niem zagłębienia i dołki, odpowiadające punktom wyjścia nerwów. Okolica mięśni żwaczy jest bardziej płaską, żyły nieco wydatniejsze, nos skierowany trochę na prawo; skóra wogóle więcej pigmentowana, w rzęsach po stronie prawej — nieznaczne braki. Mięśnie zależne od nerwu twarzowego i trójdzielnego nie są dotknięte zanikiem, gdyż ruchy odpowiednie i oddziaływanie elektryczne są zachowane. Język w prawej połowie nieco cieńszy. Żadnych innych zmian nie ma. Cierpienie to zazwyczaj występuje w 3 lub 4 roku życia, rzadziej w wieku dojrzałym, częściej bywa u kobiet. Rzadziej rozpoczyna się od plam białych lub brunatnawych, albo od wypadania rzęs i włosów, najczęściej od chudnienia. Bywają przypadki, w któ-

podobne KIRCHNER'a. [Arch. f. kl. Chir. 1885, str. 156] i PÉTAVEL'a [cytowany przez QUINCKE'go w ZIEMSS. Krankh. d. Circul.-App. 1879, str. 615]. Inne mniemane pęknięcia przewodu piersiowego, zebrane z dawniejszej literatury przez BOEGEHOLD'a [Arch. f. kl. Chir. T. 29, str. 443] i KIRCHNER'a mało budzą zaufania. Prawdopodobnie były to wysięki ropne.

rych zanik rozszerza się i na inne części ciała po tejże stronie. Następnie kol. G. zakomunikował istniejące obecnie poglądy na istotę tego cierpienia, oraz wyniki sekcji trzech znanych dotąd i zbadanych anatomicznie przypadków.

Następnie kol. KRYSIŃSKI mówił „o *haematosalpinx*“. W początku swego przemówienia kol. K. zakomunikował wyniki swych badań nad budową anatomiczną jajowodu. Zwracając się do budowy warstwy mięsnej podziela mówca zdanie HENLE'go, że warstwa wewnętrzna-okrężna jest dobrze na całej przestrzeni rozwinięta, gdy zewnętrzna-podłużna nie stanowi ciągłej warstwy, lecz tylko miejscami się pojawia; dodaje przytem, że ta ostatnia warstwa rzadko tylko leży zupełnie na zewnątrz, po za warstwą okrężną, nierównie zaś częściej pęczki jej włókien wsuwają się pomiędzy włókna warstwy okrężnej, przeplatając je pod różnym, nieraz bardzo ostrym kątem. Badanie to jest utrudnionem z tego powodu, że tkanka łączna podsurowicza i podśluzowa zawiera dużo komórek wrzecionowatych i że komórki te, wnikając w tkankę i naczyniami pomiędzy pęczki włókien mięsnych gładkich, z trudnością dają się od nich rozróżnić. Warstwa mięsna jest najsilniej rozwinięta w części przyległej do rogu macicy i słabsza w miarę oddalania się od niego; grubość w części środkowej jajowodu wynosi u dojrzałej kobiety 0,5—0,6 milim.. Gdy wskutek nagromadzenia się w jajowodzie płynnej zawartości średnica jego powiększa się około 40 razy [z 2—3 milim. na 7—8 ctm], to gdyby nie istniała kompensacyjna *hyperplasia*, grubość warstwy mięsnej powinna by wynosić 0,018 milim., a przy ciąży jajowodowej, gdzie rozszerzenie musi być jeszcze najmniej 3 razy większe, grubość warstwy mięsnej wynosiłaby 0,006 milim, t. j. mniej, niż grubość pojedynczego włókna. Kol. K. zwrócił uwagę już dawniej na możliwe skutki takiego stanu, mówiąc o budowie worka płodowego w ciąży jajowodowej i dodaje, że w właściwości budowy warstwy mięsnej szukać należy przyczyny nierównomiernego rozszerzania się jajowodu, powstających przy tem przewężeń, pseudotorbieli i t. p.. Co do układu, rozprzestrzeniania i rozwoju fałd błony sluzowej, mówca zaznaczył, że na przecieciu poprzecznem jajowodu płodowych widział 3 brodawkowate wzniesienia [pierwotne fałdy], następnie widywał, jak nizki nabłonek, pokrywający te fałdy, wdrażając się w ich wnętrze rozdzielał je na system następnych, w jaki jednak sposób dalszy rozrost następuje, tego powiedzieć nie może. Kol. K. potwierdza zdanie HENLE'go o istnieniu pseudokanałów i kanałów rzeczywistych wewnątrz kanału prawidłowego jajowodu, nie udało mu się jednak nigdy wysledzić, czy kanały te są z obu stron otwarte, czy zamknięte. Istnienie takich jednostronnie zamkniętych kanałów w sprawie bezpłodności, ciąży jajowodowej byłoby, rozumie się, dominującym.

Co do nabłonka jajowodu, to kol. K. twierdzi, że mimo to, iż nabłonek bywa wogóle wysoki stożkowy, bywa jednak i znacznie niższy, kubiczny, a nawet niekiedy wyraźnie płaski, o czem się wielokrotnie mógł przekonać.

Następnie kol. K. opisał zmiany anatomiczne przy *hydrosalpinx*, *salpingitis catarrh. acuta et chronica*, *pyosalpinx acuta*, *blenorrhoica*, *chronica*, *puerperalis* i *haematosalpinx*, zgadzając się mniej więcej z opisami innych autorów. W kwestyi rozpoznawania *salpingitis catarrhalis* należy kłaść główny nacisk na złuszczenie się nabłonka, nie zaś na mniejszy lub większy rozrost fałd i spłaszczenie nabłonka, które, zdaniem mówcy, istnieć mogą i w stanie zupełnie prawidłowym. Co do przyczyny choroby *haematosalpinx*, sądzi, że przerwana ciąża jajowodowa nierównie większą gra tu rolę, niżby z opisu autorów wnioskować było można.

Preparaty drobnowidzowe, okazane przez kol. K., pochodziły z przypadku *haematosalpinx*, demonstrowany już w Towarzystwie przez kol. MATLAKOWSKIEGO, w d. 4. II. 1890. W przypadku tym na niezmiennym drobnowidzowo jajowodzie znajdowała się torbiel wielkości jaja gęsiego. Torbiel ta o twardej zawartości zdawała się wytworzoną jakby z wypuklenia ograniczonej części ściany jajowodu, leżała cała nazewnątrz od osi przeprowadzonej przez kanał

części wchodzącej i wychodzącej tuby. Oś tuby z osi torbieli tworzyła kąt ostry; również i ściana tuby tworzyła ostry kąt z przyległą ścianą torbieli. Powierzchnia torbieli była gładka, surowicza; wewnątrz torbieli znaleziono wypełniający ją skrzep krwi; wewnętrzna powierzchnia zdawała się zabarwioną przez krew i była mniej gładką niż zewnętrzna. W części jajowodu, badanej na skrawkach poprzecznych, oddalonej na 6—8 milim od wejścia do torbieli, badanie wykazało mierny rozrost fałd, częściowe złuszczenie nabłonka, w przestrzeniach międzyfałdowych ścięty wysięk, zawierający zwyrodnione nabłonki. Fałdy były u podstawy szerokie, dość krótkie i mało rozgałęzione, skutkiem czego światło kanału było dość szerokie. Nabłonek pokrywający je był jednorzędowy, dość niski, o dużym jądrze. Podścielisko łącznotkankowe zawierało komórki nabłonkowe wyraźnie płaskie, komórki wrzecionowate proste, lub przy końcach rozgałęzione i bardzo dużo jąder. Warstwa mięsna nie przedstawiała żadnych cech wybitnych, warstwa zaś surowicza i nadsurowicza były znacznie rozszerzone. Badanie pozostałej części tuby i przylegającej doń ściany torbieli, dokonaniem na seryi skrawków robionych równoległe do osi kanału, przekonały, że kanał ten nie przebiegał prostolinijnie, lecz był na tej krótkiej przestrzeni kilka razy skręcony, a mianowicie raz zaginając się ku torbieli prawie pod kątem prostym do pierwotnego kierunku, drugi raz zaginając się prostopadle do płaszczyzny dwóch przeciwnych kierunków, następnie robiąc pętlę, zawrócił do pierwotnego ramienia wstępującego, a w końcu zaginając się łukowato wchodził do torbieli. Fałdy tej części kanału były bardzo wysokie, rozgałęzione i tworzyły istny labirynt pseudokanałów; prócz tego jednak było bardzo dużo istotnych 2 i 3 rzędnych kanałów, otoczonych nieprzerwanem pasmem jednorzędnego nabłonka; nabłonek, również niski, był miejscami złuszczony. Warstwa podśluzowa i nadsurowicza były rozszerzone, warstwa mięsna typowa, ułożona z przeplatających się pęczków. Ściana torbieli była wypukleniem i przedłużeniem ściany jajowodu; grubość jej wynosiła 0,8—1,2 milim.. Główną osnowę ściany stanowiły spore wrzecionowate komórki, łączące się długimi wyrostkami, włókna mięsne pojedyncze leżały bardziej równoległe i rzadziej były ułożone w pęczki. Około jajowodu znajdował się nabłonek słupkowy, niski; błona śluzowa układała się gdzieś nigdzie w pojedyncze dość wysokie fałdy. W dalszych częściach od wejścia jajowodu ściana torbieli była zupełnie pozbawiona nabłonka i ani fałd, ani wyraźnych elementów błony śluzowej wykryć nie było można. W ścianie jajowodu, przechodzącej bez wyraźnej granicy i zagięcia w torbiel, przebiegała tętnica o stosunkowo bardzo grubych ścianach, której światło było wypełnione przez szklisty brunatny skrzep. Kosmków kosmówki nigdzie odnaleźć nie było można.

Na posiedzeniu klinicznym d. 20 Maja r. b. przedstawił kol. HERYNG chorego 70-letniego, dotkniętego bliznowatym zwężeniem przełyku, powstałym po nieznacznym oparzeniu gorącym kawałem mięsa; zwężenie ma mniej więcej około 1,5 ctm. średnicy, nie krwawi za dotknięciem, a jest odległym od początku przełyku mniej więcej na 6 ctm.. Na chorym tym kol. H. demonstrował metodę żywienia chorych, dotkniętych zwężeniem przełyku, podaną przez SIMONDA'a, a ulepszoną przez LEYDEN'a i RANVERS'a.

Kol. JAWDYŃSKI sądzi, że w danym przypadku prędzej chyba trzeba przypuścić istnienie zwężenia natury rakowej, ze względu na wygląd ogólny i na lata chorego; nie rozumie, dlaczegoby przełknięty kawał gorącego mięsa miał wywołać oparzenie, *resp.* owrzodzenie bliznowate, w następstwie zwężenia przełyku o kilka centymetrów poniżej chrząstki obrączkowej, a fakt, że zwężenie to za dotknięciem nie krwawi, nie przeczy wcale przypuszczeniu nowotworu; kol. HERYNG nie zgadza się z przypuszczeniem oponenta.

Potem kol. FR. NEUGEBAUER przedstawił matkę i dziecko jej, dotkniętych polydaktylią. U dziecka, mającego prócz tego *pes varus congenitus*, ogółem na rękach i nogach było 28 palców. W danym przypadku brak jest niektórych palców, a inne są pozrastale, tak, iż widać razem na jednym osobniku: *polydaktylis*, *adaktylis* i *syndaktylis*.

Następnie kol. SOBIERAŃSKI mówił obszernie „o zmianach fizycznych własności nerwu pod wpływem temperatury”. Na zasadzie 4-ech doświadczeń, dokonanych w pracowni LUDWIG’a w Lipsku, a przeprowadzonych nad aparatem nerwowym żaby GALVANI’ego, przy pomocy przyrządu, zbudowanego według własnego pomysłu prelegenta, który to przyrząd starannie ochraniał nerw i mięsień od wyschnięcia, a równocześnie pozwalał ogrzewać nerw do żądanej ciepłoty i drażnić go dowolnie elektrycznością, doszedł mówca do następujących wniosków: 1) Granica pobudliwości dla nerwu leży między 37 i 40° C., oraz pomiędzy 0 i 5° C. Ciepłota 38—40° C. wtedy tylko okazuje swoje działanie, jeśli nerw był poprzednio oziębiony niżej 5° C.; ciepłota zaś niższa, pomiędzy 2° i 5° C., ażeby okazała się pobudzającą, wymaga uprzedniego ogrzania nerwu mniej więcej do 36°—40° C.. 2) Działanie ciepłoty występuje dopiero po pewnym czasie, wywołując, przerywane spokojem, objawy tęcza. Tęzec nerwu ocieplonego jest silniejszy, aniżeli zimnego. 3) Nerw pod wpływem ogrzania do 40° C. wykazuje bardzo wielkie następcze działanie na strumień elektryczny [przerywany], oziębiony zaś nerw posiada tę samą własność, lecz w znacznie mniejszym stopniu. Stan ten następczego działania elektryczności po kilku minutach znika i znów po pierwszym podrażnieniu się pokazuje. 4) Nerw pod wpływem ciepłoty posiada zdolność w samym sobie wytwarzać podrażnienia, wyrażające się w skurczu mięśni.

Kol. KRYSIŃSKI zapytywał mówcę, czy w nerwie, poddanym działaniu wysokiej ciepłoty, nie zachodziły jakie zmiany anatomiczne, dające się wykazać pod drobnowidzem, na co kol. SOBIERAŃSKI odpowiedział, że odnośnych badań nie przeprowadzał, lecz nerw bywał bardzo dobrze ochraniały i jeszcze po 12 godzinach zachowywał swą pobudliwość, jakkolwiek bywała ona nieco mniejszą, niż na początku.

Wiadomości bieżące.

— Nagrodę fundacyi STIEBEL’a [300 fl.], udzielaną co 4 lata za najlepszą pracę, odnoszącą się do zapobiegania rozwojowi chorób u dzieci, otrzymał prof. SOXLET w Monachium za badania nad rozkładem mleka w przewodzie pokarmowym i karmieniem mlekiem wyjałowionem. Prace S. były pomieszczone od r. 1886 w *Münch. med. Wochenschrift*.

— W zimowym półroczu znajdowało się na niemieckich Uniwersytetach 29,007 studentów, a mianowicie: w Berlinie 5731, w Monachium 3497, w Lipsku 3453, w Halli 1657, w Würzburgu 1610, w Wrocławiu 1307, w Tubindze 1224, w Bonn 1223, w Heidelbergu 952, w Erlaudze 998, w Strasburgu 936, w Fryburgu 925, w Getyndze 854, w Marburgu 783, w Królewcu 780, w Gryfi 766, w Gießen 566, w Jenie 560, w Kiel 502, w Rostoku 346, wreszcie w Akademii w Münster 405.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.