

Gastrologja Polska

TREŚĆ: **Dr. M. E. Binet.** O stanach początkowych przewlekłych zapaleń pęcherzyka żółciowego **Dr. I. Grundzach.** Zespół objawów bólowych, kiszkowo - żołądkowych. Spostrzeżenia i uwagi. **Dr. A. Kapłan.** O leczeniu bregunek peptonem. **Streszczenia. Protokoły posiedzeń Polsk. Tow Gastrolog. Wiadomości różne. Od wydawnictwa.** Streszczenia prac oryginalnych w językach obcych. Sipsis rzeczy tomu I.

Les resumées des travaux originaux en langues étrangères se trouvent a la fin du numéro.

Redaktor: Dr. med. B. Wejnert.

Wydawca: Dr. I. Grundzach.

O stanach początkowych przewlekłych zapaleń pęcherzyka żółciowego.

Podał

DR. M. E. BINET (Vichy).

W myśl uzgodnionych już dziś poglądów odróżniamy dwa rodzaje zapalenia woreczka żółciowego: postać kamiczą i niekamiczą, przyczem nie jesteśmy w stanie twierdzić z całkowitą pewnością, by jedna z nich była koniecznem następstwem drugiej. Pewne fakty skłaniałyby raczej do przypuszczenia, iż chory, dotknięty kamicą żółciową, przeszedł już dłuższy okres zwykłego zapalenia dróg żółciowych, podobnie, jak codzienna obserwacja poucza nas, iż kamienie rzadko powstają odrazu. Zachodzi to podczas lub w następstwie ostrych zakażeń, jak naprz. tyfusu. Wydaje się jednak niemożliwe, by jakieś nieznaczne zakażenie mogło spowodować w krótkim czasie tego rodzaju wewnątrzprzewodowe wypadanie kamieni.

Nie wnikając głębiej w samą patogenezę kamicy, chciałbym tylko wyłożyć sposób, w jaki powstaje, a potem ustala się

zapalenie pęcherzyka żółciowego. Opieram się przytem mniej na przesłankach teoretycznych, niż na ścisłej kontroli bardzo licznych przypadków, spostrzeganych w przeciągu przeszło dwudziestu lat.

W pierwszym rzędzie należy podkreślić, iż zapalenie pęcherzyka żółciowego nie powinno stanowić nigdy niespodzianki dla lekarza. Tyle przejawów pozwala podejrzewać jego powstawanie, tyle czasu upływa od wystąpienia pierwszych oznak do pełnego zespołu objawów, które uważamy za charakterystyczne dla tego cierpienia, iż możemy i powinniśmy rozpoznawać je od pierwszej chwili. Wyczekiwanie kolki żółciowej w celu stwierdzenia stanu zapalnego pęcherzyka jest równoznaczne z ociąganiem się w rozpoznawaniu zapalenia płuc aż do chwili spadku gorączki, lub nierozpoznawanie cukrzycy, dopóki cukromocz nie osiągnie wysokiego poziomu. Zapalenie woreczka żółciowego jest z tego względu dogodnie dla klinicysty, iż rozwija się powoli, a jego okres wylegania rozkłada się na długie lata. To też można stwierdzić je przed okresem zajęcia dróg żółciowych. Ch a u f f a r d wygłasza podobną opinię, twierdząc, iż „okres kliniczny kamicy nie jest jego wiekiem patogenicznym”. Przyznaje więc także, iż sporo czasu upływa od pojawienia się przyczyn, powodujących to cierpienie, do uiawnienia właściwych mu objawów.

Jakież są te pierwsze oznaki? Nie należy ich szukać zrazu w wątrobie. Zdaje się, iż źródła tego cierpienia trzeba się doszukiwać w stanie jelit. Przy starannem zbieraniu wywiadów u kobiety ze zwykłymi objawami zapalenia pęcherzyka dowiemy się napewno, iż cierpiała w dzieciństwie lub młodości na jakieś dolegliwości jelitowe (nieżyt jelit cienkich lub okrężnicy).

Te okresowe cierpienia jelit, umiejscowione w prawym dole biodrowym, uważano za zapalenie wyrostka robaczkowego, zwłaszcza, gdy towarzyszyły im podwyższenie ciepłoty, podrażnienie otrzewnej, napięcie powłok brzusznych, a niekiedy zmiana stanu ogólnego. Często przypadki te dochodziły do zabiegu.

W statystyce, którą udało mi się zebrać, na 2.500 przypadków zapalenia pęcherzyka żółciowego — 821 zostało pod-

danych operacji usunięcia wyrostka robaczkowego. Nie przypuszczam, by interwencja chirurgiczna była tu szkodliwą. Mam nawet, wrażenie, iż późniejsze zajęcie dróg żółciowych ma swe źródło w kiszce ślepej, iż to, co w swoim czasie było istotnie tylko zapaleniem wyrostka robaczkowego, stało się punktem wyjścia zapalenia pęcherzyka żółciowego.

Zresztą chory częściej przecież zwraca uwagę raczej na jelita, niż na wątrobę. Ileż to razy lekarz, konsultowany z powodu dolegliwości jelitowych, stwierdza przy ściślejszem badaniu cierpienie dróg żółciowych. Często zjawia się młody osobnik, ze skargami na kolejno następujące zaparcia i biegunki, na biegunki po jedzeniu, na bóle spowodowane nadkwaśnością żołądka; wygląda blado, niekiedy nawet z lekkim podbarwieniem żółtaczkowym i z nieznacznem wzniesieniem ciepłoty. Są to przypadki, które *Gaston Durand* i ja opisaliśmy pod nazwą „*Typhlocholecystitis*“.

Idzie tu o cierpienie dwubiegunowe, o ognisku u góry pęcherzykowem, u dołu kątniczem. Ogniska te, rozdzielone anatomicznie, są patologicznie połączone. Każde obostrzenie jednego odbija się na drugim i odwrotnie. Nie jest to już cierpienie jelitowe odosobnione, ani schorzenie wątroby rozwijające się samoistnie, jest to zespół objawów wątrobowo - jelitowych.

Tu należy, według mnie, doszukiwać się najczęściej początku przyszłych zapaleń pęcherzyka żółciowego. Niewiele znam przypadków, któreby się początkowo nie objawiały w wyżej wymieniony sposób. Z wyjątkiem nielicznych ostrych zapaleń pęcherzyka żółciowego pochodzenia tyfusowego, przeważająca większość zakażeń dróg żółciowych tak właśnie się rozpoczyna.

Powyzsza koncepcja, poparta doświadczeniem, pozwala nam zrozumieć, iż zapalenie pęcherzyka jest istotnie chorobą wieku młodego. Przejawy jej w wieku dojrzałym świadczą jedynie o jej ostatecznem ustaleniu lub o jej umiejscowionem obostrzeniu w pęcherzyku i drogach żółciowych.

Należałoby tu także poruszyć czynnik dojrzewania płciowego. Mojem zdaniem jest to czynnik pierwszorzędowego znaczenia. Ileż to razy stoimy wobec zaostrzeń ewolucji „*Typhlocholecystitis*“ u młodych dziewcząt w wieku od jedenastu do

piętnastu lat. Dopóki nie zjawi się pierwszy perjod, nie wiemy, czemu je przypisać. Cera żółtawa lub podżółtaczkowe zabarwienie spojówek, ciepłota nieco podwyższona, objawy wzmożonego wydzielania żołądka, nieregularne wypróżnienia, wrażliwość w okolicy podwątrobowej — oto obraz chorobowy tych „małych” zapaleń dróg i pęcherzyka żółciowego („*petites angiocholécystites*”).

W rzeczywistości mamy tu pierwsze objawy hypercholesterynemji w związku z przekrwieniem jajnikowem. Przez długi czas nie zdawałem sobie z tego sprawy i wydawało się mnie prawie niemożliwem ustalenie nawet w przybliżeniu daty tych pierwszych przejawów wątrobowo - żółciowych u młodych dziewcząt. Teraz skojarzenie faktów pozwala mi przyjąć, iż okres dojrzewania stanowi w zapaleniu pęcherzyka żółciowego czynnik prawie równej wagi, co ciąża.

To też — podkreślam — zapalenie pęcherzyka jest chorobą raczej wieku dziecięcego, niż dojrzałego. Jeżeli wyraźny atak wątrobowy zjawia się u kobiety po porodzie lub poronieniu, to zapowiadały go już słabsze objawy zapalenia pęcherzyka żółciowego w czasie blizkim okresu dojrzewania lub też wręcz podczas niego.

Często możemy także stwierdzić w wywiadach chorych na zapalenie pęcherzyka żółciowego inne oznaki, nie pochodzące z zakażenia żółciowo - wątrobowego, lecz swoiście wątrobowe (migreny, napady duszności, pokrzywka), wiążące się z nieomogą proteoptyczną wątroby.

Z trzech wymienionych oznak migrena jest najczęstszą. Rzadko występuje przed okresem dojrzewania, w tym zaś okresie naogół zjawia się i ustala. Atak migreny, zapowiadający perjod, zdarza się zresztą częściej u dziewcząt, niż u kobiet.

Lekarz w takim przypadku stwierdza niejednokrotnie wyraźną wrażliwość okolicy pęcherzyka żółciowego. Znika ona, podobnie jak i migreny, wraz z wystąpieniem perjodu. Dostrzegamy w tem uderzającą analogję z kolką wątrobową, zjawiającą się zazwyczaj na dwa lub trzy dni przed perjodem.

Mimo wszystkiego, co powyżej wyłuszczyłem, objawy przedwstępne zapalenia pęcherzyka żółciowego występują naj-

częściej w jelitach. Z tego powodu wszelkie skurcze jelitowe, wszelkie objawy ze strony okrężnicy należy rozpatrywać z punktu widzenia możliwości rozszerzania się ich na drogi żółciowe

Dotyczy to szczególnie zakażenia pełzakowego. We Francji cierpienie to zdarzało się przed wojną istotnie wyjątkowo. Od lat 10 obserwuje się je stale. Otóż od tego czasu moje własne obliczenia, dotyczące zapaleń pęcherzyka żółciowego, zmieniły się dość znacznie. O ile uprzednio znajdowałem 8 przypadków u kobiet na 2 u mężczyzn, o tyle spotykam dzisiaj $6\frac{1}{2}$ u pierwszych na $3\frac{1}{2}$ u drugich, w tem $\frac{2}{3}$ przypada na byłych żołnierzy. Ameba jest pasożytem wybitnie jelitowym. W powstawaniu zapaleń pęcherzyka żółciowego odgrywa ona rolę większą od tyfusu.

Bez względu na to, czy znajdziemy przy zgłębnikowaniu dwunastnicy pierwotniaki lub ich torbiele, pozostaje niezmiennym fakt, iż uszkodzenia pasożytnicze odnoszą się przede wszystkim do jelita grubego, a przez swą uporczywość niezmiernie łatwo rozszerzają się na drogi żółciowe. To też wobec faktów powyższych nie należy doszukiwać się przyczyn wywołujących cierpienie jedynie w przewodach wewnątrzwątrobowych. Jedni autorowie odrzucają zakażenie wstępujące przez drogi chłonne, inni odrzucają zakażenie zstępujące przez drogi krwionośne. W rzeczywistości wydaje się trudne przyjęcie jednej teorii z wyłączeniem drugiej. Być może jednak, że wypadki zakażenia wstępującego przeważają; należy przypuścić, iż jelito jest najbardziej stałą, pewną i bezpośrednią ze ze wszystkich dróg zakażenia przewodów żółciowych. Bo inaczej trudno zaiste zrozumieć, iż schorzenie dróg żółciowych wiąże się co do czasu ze schorzeniem jelitowem z okresu dzieciństwa lub młodości, jeżeliby ono zeń wprost nie wpływało.

Świadomość tego właśnie ścisłego stosunku powinna kierować systemem leczenia zapaleń pęcherzyka żółciowego.

Wychodząc z założenia, iż znaczną liczbę zapaleń pęcherzyka żółciowego poprzedzają zaburzenia czynności jelitowej, bądź uszkodzenie śluzówki w jednym lub kilku miejscach, zrozumiemy, w jakim kierunku powinno iść leczenie zapobiegawcze. Zważywszy, iż wszelka zmiana w jelicie może stać się punktem wyjścia zapalenia żółciowo - wątrobowego, należy

opanować pierwszą, by się zabezpieczyć przed drugą. Łatwiej zresztą jest powstrzymać nieżyt kiszki grubej u dzieci czy młodzieży, aniżeli wtedy, gdy nastąpią już powikłania i zwłaszcza, gdy sprawa przeszła na drogi żółciowe. Wszelka terapia jelitowa opiera się na djetetyce. Podawany pokarm musi się składać z potraw mącznych w celu przeciwdziałania zbytniemu wychudzeniu i zawierać dostateczne ilości drzewnika dla zapewnienia codziennego wypróżnienia bez wywołania biegunki. Z drugiej strony ze względu na drogi żółciowe i miąższ wątrobowy, należy zredukować do minimum tłuszcze i usunąć zupełnie jaja, mleko i kremy. Stanowią one bowiem pożywienie, które jelito trawi najtrudniej.

Na nic się, oczywiście, nie zda djeta, jeśli nie będzie dostatecznie długo stosowana.

Co do leczenia, to powinno ono być wystarczające, by zapewnić odkażenie jelita, oraz wysuszyć i uspokoić błonę śluzową, z drugiej jednak strony dość umiarkowane, aby nie wywołać zaparcia skurczowego. Myślę tu o belladonie, atropinie, wybiórczych bakterjach mlecznych, mucilaginosie i t. p.

Jeżeli równocześnie z niewątpliwymi oznakami nieżytu kiszki grubej wystąpiły także objawy ze strony dróg żółciowych, zaleca się jaknajdalej idące umiarkowanie w podawaniu środków farmaceutycznych. Wydaje mi się, iż należy odrzucić wyciągi z żółci. Wolę osobiście małe dawki kalomelu, salicylanu sodu, oleju Harlema lub też leki, drenujące drogi żółciowe, jak oliwa, siarczan magnezu z peptonem lub bez.

Pozostaje sprawa nieżytu kiszki grubej, spowodowanego pełzakami, stanowiącego częstą przyczynę zapalenia pęcherzyka żółciowego. Zabiegi przy pomocy rektoskopu, o ile to jest możliwe, usuwają zmiany miejscowe (złuszczenie, początki owrzodzeń i t. p). Pełzaki zaś zwalczamy jużto zapomocą emetyny według znakomitej metody Petzeta kisa, jużto stowarsolu lub treparsolu, podawanego w małych dawkach, lecz częstych w ciągu dłuższego czasu.

Nie wolno nam nigdy zapominać, iż niestwierdzenie pierwotniaków w kale nie dowodzi bynajmniej wytępienia pasożyta. I jeśli nawet kilkakrotne badania, dokonane wciągu krótkiego przeciągu czasu, pozostają ujemne, to bynajmniej nie wynika

ztąd, by pasożyt nie mógł się pojawić na nowo. Czy można wogóle wyleczyć doszczętnie nieżyt pełzakowy? Niektórzy autorzy zdają się w to powątpiewać. Bądźcobądź żadne zapalenie jelit nie jest bardziej odporne, niż właśnie pochodzenia pełzakowego. Przez swą uporczywość raczej, niż rozległość, przez swe nawroty raczej, niż napięcie, usposabia ono do zakażenia wstępującego dróg żółciowych.

Jeśli objawy wskazują na udział obu biegunów: pęcherzykowego i jelitowego w pełnym już rozwoju „*Typhlocholecystitis*“ i gdy są one wyrazem stałego zakażenia dróg żółciowych przez jelito zakażone, leczenie powinno uwzględnić zarówno pęcherzyk żółciowy, jak i kışkę ślepą.

Według mnie w leczeniu zapaleń pęcherzyka żółciowego nie wolno zapominać o leczeniu jelit i byłoby błędem terapeutycznym rozdzielanie tego, co klinika łączy. To też należy zaostrzyć dietę, dodając pewne zabiegi zewnętrzne, wśród których pierwsze miejsce zajmuje diatermia.

Muszę tu, oczywiście, wspomnieć o kuracjach wodoleczniczo-mineralnych. Zdanie moje w tej sprawie jest tak ustalone, iż nie waham się go wypowiedzieć. Do miejsc kuracyjnych wysyła się zazwyczaj chorych w wieku dojrzałym, cierpiących na zapalenie pęcherzyka żółciowego. Nie byłiby oni zmuszeni przyjechać tu teraz, gdyby ich tam skierowano w wieku młodym, nawet w dzieciństwie.

Żadne cierpienie nie daje się wyleczyć równie łatwo, jak zapalenie pęcherzyka żółciowego w jego okresie początkowym, żadna natomiast choroba nie poddaje się leczeniu równie trudno i powoli, jak to cierpienie w okresie przewlekłym.

Z chwilą, gdy u dziecka lub osobnika młodego wystąpią objawy, o których pisałem powyżej, zwłaszcza, gdy istnieje dziedziczne obarczenie wątrobowe, nie należy wahać się ani chwili.

Gdyby nawet współudział wątroby był wątpliwy w tem cierpieniu o obrazie klinicznym wyłącznie czy też głównie jelitowym, należy dokonać 2-ch badań: radjoskopji i badania moczu. Pierwsze wykaże najczęściej niewątpliwe istnienie dwóch punktów bolesnych: jednego położonego wysoko — pęcherzykowego, drugiego nisko - kątniczego. Pomiędzy niemi rozciąga

się pas bolesny lub conajmniej wrażliwy, który wychodzi z dna kątnicy i wznosi się wzdłuż wewnętrznego brzegu kątnicy aż do okolicy odźwiernikowo - dwunastniczej. Badanie moczu pozwoli, ze swej strony, na stwierdzenie, iż zakażenie kątnicze z zaleganiem odbiło się nie tylko na wydzielaniu żółci, lecz także na czynności komórki wątrobowej. Świadczą o tem zmniejszenie wskaźnika azotowego, podniesienie wskaźnika Mailarda i nadmiar urobiliny.

Pozatem należy pamiętać, iż kuracja wodolecznicza jest tem łatwiejsza i skuteczniejsza, im mniej zaatakowana jest komórka wątrobowa i że w okresie początkowym „*Typhlocholecystitis*“ lub zwykłego nieżytu jelit, zmiany mięszkowe wątroby są ograniczone.

Leczenie pierwszego ataku daje nam największe możliwości pokonania go, i więcej nawet, bo zabezpiecza wątrobę od późniejszych cierpień w następstwie już to septicemji, już to ciąży i zakażenia macicznie - jajnikowego.

Z powyższego wynika, iż zapalenie pęcherzyka żółciowego jest raczej cierpieniem wieku młodzieńczego, niż dojrzałego, iż fakt rozpoznawania go w pełnym okresie rozwoju prowadzi nierozpoznawania go w początkowej fazie jelitowej i że w tym właśnie okresie początkowym przedstawia możliwość wyleczenia, jakiej już później mieć nie będzie.

Przełożył *Dr. Józef Nusbaum.*

Zespół objawów bólowych, kiszkowo- żołądkowych. Spostrzeżenia i uwagi.

napisał

Dr. IGNACY GRUNDZACH.

Wszyscy interniści niewątpliwie mieli sposobność spostrzeżać rozmaitego rodzaju wzdęcia kiszek, połączone z różnymi objawami, przeważnie niealarmującymi, jeżeli nie mamy do czy-

nicnia z zamknięciem światła kiszek lub zapaleniem otrzewny, kilku jednak przypadków przezemnie spostrzeganych w ciągu ostatnich kilku lat nie mogłem sobie należycie wytłomaczyć i do pewnego czasu stanowiły one dla mnie zagadkę. Są one wszystkie do siebie podobne.

Napady bólu powtarzają się co pewien czas w tygodniowych lub miesięcznych przerwach. Zaczynają się w dolnej części jamy brzusznej; bóle są w początku tępe, z uczuciem wzdęcia połączone, nasilają się coraz więcej, przechodzą ku tyłowi, nabierają pewnej ostrości, poczem przenoszą się na okolice żołądka od przodu ku tyłowi, między łopatki, robiąc wrażenie kolki żółciowej lub nerkowej. Cechą charakterystyczną samego bólu jest jego nasilanie się i słabnięcie, powtarzające się co pewien czas przy zmianie pozycji chorego. W chwili, gdy występują objawy bólu żołądka, chory zaczyna się niepokoić, przewracać na łóżku, nie mogąc sobie znaleźć miejsca, występują poty, uczucie pełności w dołku wzmagają się, występują nudności, palenie, chęć wymiotowania. Rzecz się dzieje zwykle w nocy, po posiłku wieczornym, nadmiernie obciążającym cierpiący przewód kiszkowy ze skłonnością do wzdęć. Wypicie wody czy herbaty sprawy nie poprawia. Dopiero instynktownie wykonony 10—15 minutowy masaż brzucha, a potem obfite odejście gazów, napad po pewnym czasie (15 do 30 minut) usuwa. Żadnych parć na mocz niema, mocz oddaje chory prawidłowo, zmian w nim niema, jak również brak wszelkich objawów ze strony wątroby i wyrostka robaczkowego. W tym obrazie chorobowym, mającym charakter napadu kolki (*colica flatulenta*), zastanawia jednak szereg objawów, mało dotąd lub wcale przez klinikę nie rotowanych.

Cierpienia kiszek, jak zapalenie wyrostka, choroby dwunastnicy, pęcherzyka żółciowego, kolka nerkowa i t. p. mogą powodować skurcz odźwiernika wraz z objawami połączonymi z tem zjawiskiem, jak: przepełnienie żołądka, zgaga, nudności (czasem wymioty). Rzecz to znana i opisywana przez klinicystów i spostrzegana na ekranie przez rentgenologów; atropina lub papaweryna skurcz ten usuwają. Ponieważ zwykle dzieje się to w nocy, o upewnieniu się co do skurczu odźwiernika przy pomocy prom. rent. nie mogło być w moich przypadkach

mowy. Cały ten zbiór objawów wzdęciowo-żołądkowych ma dla mnie znaczenie faktu klinicznego, stwierdzonego kilkakrotnie u osób różnego wieku i płci obojga i nie mogącego ulegać zaprzeczeniu. U osobników, mających niezbyt kiszek ze skłonnością do spraw fermentacyjnych (amylacea, celuloza) wskutek spożycia w obfitości tych właśnie pokarmów (świeże pieczywo, kartofle, kalafior, owoce), powstają opisane objawy w porządku następującym: Zaczynają się wzdęcia kiszek wskutek nadmiernej ilości gazów kiszkowych. To powoduje bóle dolnej części j. brzusznej. Sprawa przenosi się na górną część brzucha, bóle promieniują ku tyłowi i występują wyżej wspomniane objawy, których powtarzać nie będę. Opisy cierpienia przez chorych i spostrzeżenia moje własne tak się wzajemnie pokrywają, że wyliczanie i opisywanie poszczególnych przypadków jest zbyteczne. Co do patogenyzy owego skurczu odźwiernika, owej cardialgji, można przypuszczać, że jest ona następująca: wzdęcie silne wraz z bólem wywołuje podrażnienie wrażliwych, chorobowo zmienionych ścian kiszek, a dalej krezki i splotu podbrzusznego; przechodzi eno następnie na splot słońcowy, mogący, jak wiadomo, wywołać skurcz odźwiernika wraz z jego następstwami. To jest przypuszczenie. Strona zaś kliniczna jest dla mnie, powtarzam, bezsporna. Dla przekonania się o słuszności moich spostrzeżeń wykonałem na sobie następujące doświadczenie:

Po zwykłym obiedzie o godz. 3-iej, składającym się z rosołu z kaszką, kotleta cielęcego, łyżki kartofli i 2-ch łyżek kompotu z jabłek, wypilem o 6 i pół szklanek herbaty z cukrem, a o godz. 8 i pół — 9 zjadłem talerz zsiadłego mleka, 3 łyżki tartych kartofli z masłem, spory kalafior smażony, 2 bułki z masłem i szklanek herbaty, pokarm dość obfity i bogaty w materje fermentujące, o których z doświadczenia wiem, iż są dla mnie szkodliwe. Spałem od godz. 11-iej do 3 i pół, kiedy obudził mnie ból, jakiego już parę razy doświadczyłem na sobie i znałem z opowiadania chorych. Miał on wszystkie cechy, wyżej opisane; do wymiotów nie doszło, choć byłem na ich progu. Brzuch wzdęty pośrodku i po bokach, silnie naprężony, na dotyk bolesny. Najboleśniejsze punkty leżą na linii środkowej ciała (sploty podbrzuszny i słońcowy). Żołądek wzdęty i na dotyk bolesny. Żadnych parć na mocz i na stolec niema. Goldflam — minus. Stan

ten trwał około pół godziny i gdy stał się ciężki do zniesienia (picie wody nic nie pomagało, a zmiana położenia ciała na chwilę go uspokajała, lecz nie usuwała), rozpocząłem masowanie brzucha w kierunku fizjologicznym, dość energicznie. Dopiero po 15 minutach masażu odeszły obfite gazy (bezwonne), poczem wszystkie objawy kiszkowe i żołądkowe ustąpiły w ciągu 15—20 minut.

Szukając w literaturze przedmiotu tego współcierpienia czy właściwiej syndromu, nie znalazłem nic prawie. Dr. M. R e j c h m a n mówi: „W przypadkach wzdęcia kiszek wzdęty jest jednocześnie i żołądek“; co prawda jest to powiedziane w dziale metody objawowej, gdyż R. dzieła całkowitego nie zdążył wydać, a ukończył tylko ddiagnozykę, w rozmowach zaś ze mną nigdy o tej sprawie nie wspominał.

W literaturze francuskiej znalazłem pracę, interesującą bardzo i rzucającą, między wielu poruszonymi sprawami, pewne światło na związek cierpień kiszkowych z żołądkiem. Praca ta, napisana przez C. O d d o, Ch. de Luna i J. O d d o z Marsylii*), bardzo obszernie porusza wszystkie współcierpienia, a jest ich legjon, a więc współcierpienia wydzielnicze, żołądkowo-wątrobowe, kiszkowo-wątrobowe, wątrobowo-dwunastniczo-trzustkowe, cyrkulacyjne, nerwowe, nerwowo-czynnościowe wzajemnie na siebie działających narządów. Między innymi podają oni odruchy „ileo-coeco-gastriques“. W rozdziale o wspomnianych odruchach poświęcają autorowie słów parę przedmiotowi, mającemu związek z mojami spostrzeżeniami. Słowa te przytoczę w tłumaczeniu: „Reakcje okrężnicowo - żołądkowe (*cologastriques*), jakkolwiek częste, dość są niewyraźne i trudniej uchwytnie. Oddziaływania te, których ośrodek znajduje się na wysokości splotu słońcowego, są wyrazem nerwicy kiszkowo-słońcowo-żołądkowej (*entero-coelio-gastrique—Faroy*), wywołującej zaburzenia czuciowe i ruchowe. Pierwotne zaburzenia kiszkowe stanowią: zaparcie nawykowe z krótkimi okresami biegunek lub pseudobiegunek, kurcze kiszek, „*boudin caecal*“, z pluskaniem, wałek z poprzecznicy lub esicy. Objawy żołądkowe w t ó r :

*) Sympathéses interdigestives, Arch. de Mal. de l'App. Dig. et de la Nutrition. № 3 (1926).

ne (podkreślenie moje) przeważają w obrazie klinicznym: bóle splotu słońcowego żywe i uporczywe, zaburzenia wydzielnicze żołądka, mogące wywołać nadkwaśność ze skurczem odźwiernika i opóźnić czynność mechaniczną żołądka. Są to chorzy pseudożołądkowi, z powodu pierwotnego nieżyty okrężnicy". Jak widzimy, można się tu dopatrzeć pewnego związku z zespołem, wyżej podanym. Autorowie nie podkreślają ani nadmiernego wzdęcia kiszek, jako punktu wyjścia zespołu, ani nie zaznaczają, że objawy te występują napadowo. Jak mało znany jest zespół, przezemnie spostrzegany, niech posłuży za dowód praca, wyczerpująco opisująca wszystkie epigastralgie. F. T r e b n o l i è r e s i J. D r o u h a r d*), mówiąc o charakterze bólu, jego powstawaniu, przyczynach i cierpieniach podstawowych, wywołujących bóle, nigdzie, o zespole powyższym nie wspominają. Zdaniem L o e p e r'a cierpienia kiszek mogą wywołać bóle splotu słońcowego.

Warto jeszcze zastanowić się nad rozpoznaniem różniczkowym, które pozwoli zespół ten odróżnić od napadów najczęstszych, (że pominię trzustkę, *anginam abdominalem* i wiele innych cierpień): 1) zapalenia wyrostka, 2) kolki wątrobianej, 3) kolki nerkowej, 4) cardialgji nerwowej.

Co do zapalenia wyrostka: gorączka, ból *loco dolenti*, brak w zespole wymiotów i wywiady ułatwią sprawę. Co do kolki żółciowej: wywiady, płęć, obmacywanie okolicy pęcherzyka, brak wymiotów w zespole, (niezawsze one w kolce bywają, lecz są b. częste w mocnych napadach), późniejsze badanie moczu i t. p. będą cechami różniczkowo-rozpoznawczymi.

Co do kolki nerkowej: brak parcia na oddawanie moczu lub niemożność oddawania go, ból rozlany, niepromieniujący do pęcherza, jąder lub przedniej powierzchni uda, niejednostronny, brak objawu Goldflama, tak stałego dla kolki nerkowej i cierpień miedniczek i następcze badanie moczu ułatwia zadanie. W kolce nerkowej bywają odruchowe niedowłady kiszek, które po ustaniu ataku trwają czasem parę dni.

Co do cardialgji nerwowej, zespół jest też cardialgią *sui generis*. Chodzi tylko o jej powstawanie i należyte rozumienie.

Dla rozpoznania różniczkowego warto zaznaczyć, że ból

ma cechy nasilania się i słabnięcia, jak to już wyżej wspomniałem i że ból promieniujący do klatki piersiowej i do szczęk dolnych i wybitne wzdęcie całego brzucha są tu bardzo charakterystyczne.

Napad należałoby nazwać zespołem bólowym wzdęciowo-żołądkowym, *entero-cardiagia flatulenta*.

Jeszcze słów kilka o leczeniu. Jak widzieliśmy, zespół ten powstaje wskutek silnych fermentacji kiszkowych (kwaśnych) w przypadkach nieżytów. Nigdy nie widziałem go w fermentacjach gnilnych, alkalicznych. Będziemy się starali w celu zapobiegania i leczenia nieżytu kiszek ze stwierdzonemi ferm. kwaśnemi tak ułożyć dietę, aby ograniczyć spożywanie potraw mącznych, zalecimy chude mięso i jaja, pozwolimy na trochę owoców soczystych i kompotu, jarzyn przetartych, masła, mleka i śmietanki, a zabronimy: świeżego chleba (szczególniej czarnego), mleka kwasnego, śmietany, świeżych bułek, grubych kłusek, pierogów, kapusty, kalafiorów i potraw strączkowych.

Leczenie samego napadu jest bardzo proste. Masaż brzucha, wykonany *ex tempore* przez lekarza podczas wizyty lub przez pacjenta, okład ciepły wysychający i parę kropel mięty z belladoną i papaweryną, a czasem sam masaż już w krótkim czasie usuwa przykry ten zespół. Dla uniknięcia napadów, rzecz prosta, należy obok stosowania wspomnianej diety, leczyć podstawowe cierpienie kiszkowe.

Zapytać się też godzi, dlaczego częściej nie widuje się tego rodzaju napadów. Wytłomaczyć to sobie można tem, że choć wzdęcia kiszek są objawem częstym, niezawsze bóle dochodzą do najwyższego natężenia, gdyż 1) wrażliwość chorych bywa różna i czasem duże wzdęcie nie powoduje bólów, 2) zmiany anatomo-patologiczne, powstające wskutek przewlekłego nieżytu jelit, bywają rozmaitego natężenia. Dotyczą one wszystkich warstw jelit, nieżytowo zmienionych. Warstwy te wywierają ucisk na nerwy, też w otoczkach swoich zmienione, który wzmagą się podczas wzdęcia, przenosząc ból na nerwy kręzkowe i sploty współczulne.

A więc stopień wrażliwości nerwowej wogóle i stopień zmian tkankowych stanowi o powstawaniu, częstości i sile napadów.

Wreszcie tłumaczyć to sobie można tem, że napady bywają przeoczone, nierozpoznawane i często, jak to wiem z własnego doświadczenia, brane za kolkę żółciową, nerkową, wyrostkową i t. p. cierpienia, nie mające nic wspólnego z zespołem, wyżej opisanym.

O leczeniu biegunek peptonem*)

Podał

ALEKSANDER KAPŁAN (Wilno).

Przystępując do omówienia przeprowadzonych przeze mnie badań nad działaniem peptonu w leczeniu biegunek, oraz usiłując ująć mechanizm tego działania w ramy współczesnej wiedzy biologicznej, umyślnie użyłem wyrazu „biegunka“, nie wymieniając tych klinicznych postaci chorobowych, w których ten objaw się spotyka. Uczyniłem to dlatego, że kliniczna klasyfikacja biegunek jest poniekąd względna i schematyczna, je dynie objaw biegunki konkretnie ujawnia istnienie stanu chorobowego, oraz służy, jako sprawdzian w ocenie naszych wysiłków leczniczych. Pomijam sporność takich objawów klinicznych, jak niestrawność, nerwice kiszkowe i nieżyty (przypomnijmy sobie nieustającą dyskusję nad patogenezą „*Colica mucosa*“), to przecież współczesne poglądy na wzajemną zależność i współbieżność wszelkich spraw patologicznych winny pobudzić nas do wyszukania istoty choroby, oraz sposobów jej zwalczania w zakresie ogólnych czynników biologicznych.

To też z tego punktu widzenia tracą na wartości subtelne rozróżnienia rozpoznawcze, a jako przedmiot postępowania leczniczego występuje zaburzenie czynnościowe, w danym wypadku — biegunka. Najbardziej poważną podstawą teoretyczną, na której się oparło później zastosowanie peptonu w klinice, były cenne badania Pollitzera (1) i jego współpracowników, ogłoszone przed kilku laty. Badania te zo-

*) Odczyt wygłoszony w Wileńskim Towarzystwie Lekarskim dn. 13.2. 1929 r.

stały poprzedzone przez spostrzeżenia Adlera o zaburzeniach w gospodarce wodnej u chorych na wątrobę, co zresztą już przed laty opisali Gilbert i Lereboullet, jako zespół objawów pod nazwą *Praeascites*, czyli *Opsiurie*. Pollitzer stwierdza, że ustrój normalnego człowieka posiada pewne zasoby wody (+NaCl), które, w razie ich zużycia dla wyrównania wpływów zewnętrznych, stale odnawia w ciągu 24 godzin. Ten stały nadmiar wody nazwał Pollitzer „wodą zalegającą“ („*Residualwasser*“); ilość jej, indywidualnie różną, można obliczyć według wielkości diurezy, (a więc — utraty wody), jaka występuje w ciągu 24 godzin po zastrzyknięciu Novasurolu (2 ccm 10% rozczynu); ilość ta u normalnego człowieka wynosi od 100 do 600 gram. Powiększa się ona do ilości od 1½ do 3 tysięcy grm. w schorzeniach dwóch narządów, odgrywających rolę regulatorów w wewnątrzkomórkowej wymianie wody; narządy te, to wątroba i płuca. A więc w pewnych stanach chorobowych tych narządów wskaźnik „wody zalegającej“ jest znacznie zwiększony. Co do wątroby, to zjawisko to ma miejsce w porażeniach mięszkowych, jak żółtaczką nieżytową i w drugim okresie kiły. Może przytem nie być współmierności pomiędzy stopniem natężenia sprawy chorobowej, a ilością zatrzymanej wody; nawet lekkie podrażnienie miąższu wątroby, jakie bywa np. w kamicy żółciowej, może spowodować podniesienie do maximum wskaźnika „wody zalegającej“: a więc grają tu rolę niezależne od rozmiaru zmian anatomicznych warunki czynnościowe. Punktem zaczepnym dla mechanizmu tych zaburzeń jest wykryty przez Molitora, Mauntnera i Picka (2) t. zw. „mechanizm tamujący“ w układzie żylnym wątroby („*Lebervenensperrvorrichtung*“). Podobny mechanizm tamujący istnieje też w układzie żylnym płuc.

Decydującą rolę, jaka przysługuje wątrobie w gospodarce wodnej w ustroju, streszcza Pick (2) w swej monografji „*Ueber Wasserhaushalt, Diurese und Diuretica*“ w następujących słowach: „Niewątpliwie jest wątroba z jej zależnym od wpływów nerwowych „mechanizmem tamującym“ w żyłach narządem dominującym w przemianie wody“... Otóż skoro podrażnienie „mechanizmu tamującego“, a co zatem idzie — zatrzymanie wody zachodzi pod wpływem pewnych zmian, zachodzą-

cych w schorzeniach mięszu wątrobowego, to nasuwa się pytanie, czy nie istnieją też inne czynniki lub ciała, wprowadzenie których do ustroju mogłoby wywołać identyczny skutek zatrzymania wody przez wątrobę (i płuca)? Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że takie ciała istnieją — są nimi t. zw. „jady wstrząsu“ (*Schockgifte*), a w pierwszym rzędzie — pepton. Należało więc ustalić odpowiednią dawkę dla człowieka i opracować sposób wyjałowienia, gdyż pepton poddaje się sterylizacji z trudnością; dawka okazała się równą 0,25 gr., a sposób sterylizacji — trzydniowy. Oczywiście działanie peptonu jest procesem bardziej złożonym, niż wyłącznie podrażnienie t. zw. „układu tamującego“ *Pick*a: wchodzą tu w grę też czynniki nerwowe, tak w samym układzie tamującym, jak również i w drogach nerwowych doprowadzających i w ośrodkach, poza tem — zmiany we krwi w sensie t. zw. „dyskrazji“ (wydzielanie hormonów, przesunięcie jonów i t. d.); wreszcie zastrzyk peptonu podnosi zawartość globulin we krwi; globuliny zaś przyciągają wodę i sole (*Kraetz*). Dopływ zaś wody, prócz wątroby i płuc, jeszcze i do obiegu krwi wzmagają tembardziej jej odpływ od jelit. Zubożenie jelit w wodę działa zabójczo na ich florę bakteryjną, podnosząc równocześnie odporność życiową błony śluzowej; dość wspomnieć, że w drodze od kątnicy do dolnych odcinków grubego jelita ginie do 99% zawartych w kale bakteryj i że zanik bakteryj postępuje równolegle z wchłanianiem wody, wysychanie zaś kału podług *Noordena* jest przyczyną tego zaniku. Tu należy prawdopodobnie szukać tłumaczenia wpływu peptonu na biegunki.

Musimy przyznać jednak, że sam fakt przemieszczenia zasobów wody w ustroju nie wystarcza do zrozumienia wszystkich zjawisk klinicznych, spostrzeganych przy leczeniu peptonem. Jak wytłumaczyć np. rozbieżne wyniki leczenia peptonem tych samych spraw chorobowych u różnych autorów, a nawet u tego samego autora? Dlaczego w jednych przypadkach wyzdrowienie w znaczeniu klinicznym osiąga się zapomocą jednorazowego zastrzyku (działanie poronne), w innych zaś — zdawałoby się identycznych — dopiero po kilku zastrzykach, w innych znowuż wcale się nie osiąga? Co jest przyczyną niejednokrotnej trwałości uzdrowienia? i t. d., i t. d. Przyczyna tych

zjawisk, mojem zdaniem, tkwi w indywidualnych wahaniach głębokiej przemiany materji i fizyczno - chemicznych właściwościach ustroju u różnych osobników, w odmianach unerwienia roślinnego oraz budowy psychicznej, w tak zwanych „właściwościach konstytucyjnych” — słowem w tem wszystkim, co jest objęte wprowadzonym ostatnio do patologji przez Krausa pojęciem „*Tiefenperson*”. Nie zatrzymując się dłużej nad tym tematem w jego całości, ograniczę się do kilku słów, streszczających możliwą tutaj rolę układu nerwowego roślinnego. Jeśli będziemy szukali w tym kierunku rozwiązania zagadki różnego oddziaływania chorych na leczenie peptonem, to musimy przedewszystkiem stwierdzić, że bezcelowe będzie doszukiwanie się pośród naszych pacjentów czystych wago-toników lub czystych sympatykotoników, gdyż tak ścisłego rozróżnienia dziś nie uznajemy. Albo stwierdzamy objawy zaburzeń, dysfunkcji, dysharmonji w obrębie układu roślinnego albo ich nie stwierdzamy. Pozostawiam na uboczu spór o słuszności poglądów Hessa i Eppingera, stwierdzę tylko, że ostatnio Bergmann (3), stworzył pojęcie „*vegetativ Stigmatisierte*”, t. j. chorych obarczonych zaburzeniami w układzie roślinnym. Opisuje on szereg znamion („*Stigmata*”), które wyróżniają osobników, należących do tego typu i podaje konkretny sprawdzian — odczyn Reid Hunta we krwi, który pozwala na wyróżnienie specjalnego odłamu tego typu, zbliżonego do konstytucjonalnej grupy Bayera „*thyreotische Konstitution*”. Lecz wróćmy do peptonu. Posiada on niewątpliwie działanie wybiorcze na układ roślinny: zapomocą peptonu można wywołać tak zwany „wstrząs hemoklastyczny” (*crise hémo-clastique* Widala), który jest przecież wyrazem hyperwagotonji naczyń w obrębie splotu trzewnego; zresztą używany do celów klinicznych pepton Wittego zawiera histaminę, jedno z najpotężniejszych ciał, drażniących nerw błędny. Lecz, jak już wspomniałem, procesy w układzie roślinnym nie dają się ułożyć w jednostronne schematy, i np. hyperwagotonji naczyń wątroby, o której była mowa, towarzyszy sympatykotonja naczyń w układzie naczyń obwodowych (Ernest Müller (4). Nie byłobyż prawdopodobnem przypuszczenie (Fliederaum (5), że kombinacja wpływów wago- i sympatykotonicznych, spowodowanych zastrzyknięciem

peptonu, powinna, aby wyrzeźcić działanie lecznicze, być dostosowaną do cech wago- i sympatykotonicznych chorego, podobnie, jak klucz do zamka. Niekiedy spostrzegamy najbardziej uderzający efekt działania peptonu — natychmiastowe zahamowanie biegunki po pierwszym zastrzyku. Luria (6) usiłuje tłumaczyć to w sposób następujący: w pewnych przypadkach, gdzie w podłożu choroby tkwi stan skurczowy w dolnych odcinkach jelita, mamy do czynienia z biegunką rzekomą; ten właśnie stan skurczowy zostaje usunięty przez zastrzyk peptonu, dzięki zawartej w nim małej ilości białka, wywierającego, jak to widzimy w proteinoterapii, działanie przeciwkurczowe. Czy nie należy jednak tutaj szukać wytłumaczenia w kierunku wręcz odmiennym? Wiadome jest, że ostatnio ze szczególnem zainteresowaniem studjuje się w patologii sprawę stanów chorobowych, objętych przez Storm van Leeuwen a pod nazwą chorób alergicznych, jak to: pokrzywka, gorączka sienna, niektóre postacie astmy oskrzelowej, oraz migreny; Noorden zalicza do nich i pewną grupę biegunek. Ulegają tym chorobom przeważnie osobnicy o chwiejnej równowadze w układzie naczyniowo - ruchowym („*vasolabil*”), a więc należący do typu „wegetatywnie wyróżnionych”. Wiadome jest dalej, że pepton odgrywa wybitną rolę w leczeniu owych stanów alergicznych, i że działanie jego może się objawić tutaj właśnie z błyskawiczną szybkością. Eiger widzi w tem podobieństwo do zjawiska, które spostrzegamy w procesie uodporniania, gdy po jednorazowym szczepieniu następuje stan odporności, trwający potem przez szereg lat: mamy tedy do czynienia nietylko ze zwyczajnymi zmianami fizyczno - chemicznymi w tym lub innym narządzie, lecz również ze swoistem, głębokim i szybkim przeobrażeniem biologicznem całego ustroju, powodującym bądź to stan długotrwałej odporności, bądź to zmiany stanu alergicznego. Ten ostatni — o ile chodzi o jelita — może być wywołany nietylko przez jady pokarmowe, lecz nie mniej przez endotoksyny bakteryjne. Tkwi w tem być może przyczyna rozbieżnej oceny przez różnych autorów działania peptonu na biegunki u chorych na gruźlicę: gdy jedni stwierdzają zupełną bezskuteczność leczenia, inni otrzymują doskonałe wyniki; prawdopodobnie w pierwszym przypadku mamy

do czynienia z anatomicznymi zmianami gruźliczemi w jelitach, w drugim zaś — z biegunką, jako reakcją allergiczną na obecność we krwi endotoksyny gruźliczej.

Przechodzę do rozbioru danych, otrzymanych przy leczeniu biegunek peptonu przez różnych autorów i przezemnie.

Pierwsze komunikaty o tym sposobie leczenia pochodzą od Pollitzera i Weltmana w Wiedniu w r. 1925. Obaj mieli bardzo dobre wyniki, nawet w ciężkich przypadkach, z wyjątkiem zresztą gruźlicy i choroby Basedowa. Stosowano pepton pozajelitowo. Następne badania zostały przeprowadzone przez Luriam (6) w Kazaniu: Luria stosował zastrzyki domięśniowe, po 5 ccm. 5% roztworu peptonu. Ograniczenia dietetyczne polegały jedynie na zakazie mleka. Swoją materjał kliniczny dzieli Luria na 3 grupy: w pierwszej, w której figurują różne — przewlekłe i ostre, czynnościowe i organiczne — zaburzenia jelit, zupełne wyzdrowienie było wynikiem jednorazowego zastrzyku. W drugiej grupie — tu były te same schorzenia jelitowe z dodatkiem jeszcze niezytu wrzodziejącego esicy — zahamowanie, względnie złagodzenie biegunki osiągnięto po kilku (od 2 do 5) zastrzykach peptonu; do tej grupy należy ciekawy przypadek *Procto - Sigmoiditis ulcerosa*, wyleczony zapomocą 9 zastrzyków, przyczem w 3 miesiące po skończonej kuracji badanie rektoskopowe stwierdziło brak owrzodzeń. W trzeciej grupie zastosowanie peptonu nie odniosło żadnego skutku. Luria stosował dla kontroli zastrzyki peptonu u osobników zdrowych: żadnych objawów ze strony jelit one nie wywołały. Aby porównać działanie peptonu z terapią proteinową, dokonał on też kontrolnych zastrzyków preparatów białka chorym na biegunkę, — żadnego wpływu na przebieg choroby proteinoterapia nie wykazała. Muszę tu jednak zaznaczyć, że Siebeck, o którego badaniach wspomina Pick w swej monografji o gospodarce wodnej, stosował domięśniowo mleko i otrzymał przejściowe zatrzymanie wody w ustroju. Dalej — prócz 3 przypadków daleko posuniętej gruźlicy, ani razu nie miał Luria reakcji po zastrzyku peptonu, jak również nie spostrzegął zaburzeń anafilaktycznych przy powtórnym zastrzyku po dłuższym odstępie czasu. Moje doświadcze-

nie pod tym względem jest odmienne, o czym będę jeszcze mówił.

W polskim piśmiennictwie o leczeniu peptonem pisali W a j s i K o s i ń s k i (7), ze Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie i J u s t m a n (8). W a j s i K o s i ń s k i podali 10 przypadków — przeważnie gruźlicy jelit lub też biegunki u chorych na gruźlicę; w pierwszej grupie leczenie pozostało bez skutku, w drugiej — wyniki były lepsze: natomiast u kilku chorych na zwyczajne nieżyty kiszek osiągnięto zapomocą peptonu doskonałą poprawę. Autorowie zalecają stosowanie peptonu w celu rozpoznawczym — dla rozróżniania pomiędzy gruźlicą jelit, a zwyczajną biegunką u chorych na gruźlicę. Autorowie stosowali zastrzyki domięśniowe 10 ccm. 10% peptonu w odstępach czasu — 3, 4 dni i więcej. Jak widać z pracy P o l l i t z e r a, która jest w tej sprawie miarodajna, dawki te należy uważać za wygórowane, normalna dawka stanowi 5 cmm. 5% roztworu peptonu. J u s t m a n stosował pepton w 73 przypadkach biegunek przewlekłych; z tej liczby jednak tylko 19 zostały dokładnie podane. Były to rozmaite postaci choroby, zaczynając od *Enteritis tuberculosa* i *Colitis ulcerosa* i kończąc na zwykłych dyspepsjach. Z początku autor stosował pepton doustnie, później zaś — po otrzymaniu ampułek wyjałowionych — stosował te ostatnie domięśniowo w dawkach normalnych podług P o l l i t z e r a. Ten sposób stosowania dał wyniki znacznie lepsze, niż podawanie peptonu doustnie. Ścisłej diety nie przestrzegano. Naogół wyniki były bardzo dodatnie; parę razy notowano poprawę w sprawach, trwających od wielu lat. Reasumując swoje doświadczenia, dochodzi J u s t m a n do wniosku, iż szanse na pomyślne działanie peptonu są tem lepsze, im w wyższym odcinku jelit jest umiejscowiony proces chorobowy; dlatego też najmniej poddają się leczeniu nieżyty esicy i prostonicy. Najświeższej daty jest komunikat W o l f f a (9) odczytany w „*Hufelandsche Gesellschaft*“ w Berlinie w lutym r. 1928. Jego materiał kliniczny składa się z 30 przypadków biegunek przeważnie pochodzenia czerwonkowego i paratyfusowego. Zastrzyki peptonu wstrzymywały biegunkę, nie wywołując zaparcia, oraz wpływały pomyślnie na ogólne samopoczucie chorych. Pomyślne działanie stwierdzono nawet w jednym

przypadku czerwonki pełzakowej. Najmniej poddawały się leczeniu przypadki *Colitis ulcerosa*. Czasami występowała reakcja w postaci podniesienia ciepłoty, co autor tłumaczy obecnością białka w preparatach peptonu — Wittego.

Badania własne przeprowadziłem u 15 chorych:

1) L. G., m., *Gastro-ent-colit. chr. Haemorrhoides*. Chory od 8 miesięcy. Burczenie, parcie, wypróżnienie 3 — 4 razy na dobę; bad. zaw. żół. po pr. śn.: A = 20, L = 0. Stosowano: kwas solny, Pancreon, Carbo, Benzonaft. bez poprawy. Pepton domięś. 5 razy w odst. kilkudniowych. Wyrażna poprawa po drugim zastrzyku; po 5 zastrz. wypróżn. raz dz.; stolce uformowane, parcie ustało.

2) S. K., m., *Ent-colit. chr. post typh. abd.* Chory od 3 mies. Odbijanie, zgąga, bóle w brzuchu. Wypróżnienie do 5-ciu razy na dobę; bad. zaw. żół. po pr. śn.: 49 — 25; bad. kału: cząstki całkiem niestrawione pokarm. roślinn., liczne komórki rośl. i ich otoczki, gdzieniegdzie — włókna mięsne z częściowo zachowaniem poprzecznym prążkowaniem, oddziaływanie kwaśne. Stosowano: Pancreon, Calc. carb., Salol, Bismut, Carbo — bez poprawy. Pepton domięśn. w odstępach kilkudniowych. Względna poprawa, stolce bardziej gęste, wypróżnienie 3 razy dziennie uformowane.

3) S., m., 36 lat., *Colit. chr.* Chory od 5 lat. Biegunka, naprzemian z zaparciem stolca okresowo; ostatnio okres biegunki około 1 mies. Stosowano: Acid. muriat. dil., Pancreon, Benzonaftol, Carbo bez poprawy. Pepton domięśn. 4 razy w odstępach 4-dniow. Poprawa po 3-im zastrzyku: wypróżnienie 1 raz na dobę, uformowane. W kilka dni po zaprzestaniu peptonu, powrót do stanu poprzedniego: biegunka i t. d.

4) B. S., k., 21 lat, *Gastr. - ent - colit. chr.* Chora od 2 lat. Przebieg choroby okresowy; ostatnio biegunka od 3 miesięcy. Stosowano: Ac. mur. dil., Pancreon, Bismut, Salol, Calc. carb, Arg. nitr. — bez poprawy. Pepton domięś. 4 razy w odst. kilkudniowych. Względna poprawa.

5) E. R., k., *Ent. - colit. chr.* Chora od 2¹/₂ mies. Biegunka. Bad. zaw. żół. po pr. śn.: 50 — 40; bad. kału: fermentacja gnilna. Stosowano: pepton domięś. 2 razy — co drugi dzień. Zupełna poprawa, stolce normalne. Po dwóch tygodniach — nawrót

(wskutek błędu djetetycznego); zastosowano kefir Nr. 3 z doskonałym wynikiem.

6) Z. B., m., 28 lat. *Ent. - colit. chr. Proctit.* Chory od 4 $\frac{1}{2}$ mies. Biegunka, parcie, bóle przy oddawaniu stolca. Wypróż. do 15 razy na dobę; bad. zaw. żołą. po pr. śn.: 32 — 14; bad. kału: włókna mięśn., trochę śluzu. Stosowano: Orphol, Calc. carb. — bez wyraźnej poprawy. Pepton domięśn. 2 razy. Zupełna poprawa na drugi dzień po 2-im zastrzyku: bóle ustały, stolce się uregulowały, samopoczucie bardzo dobre; zostały tylko parcia i bóle w odbytnicy. Chory pozostawał pod obserwacją w ciągu następnych 8 miesięcy: stan zdrowia był cały czas dobry.

7) W. H., k., *Gastr. - enter. chr.* Chora od 4 miesięcy. Stolec zmienny, często biegunka, 2 — 3 razy dziennie. Bad. zaw. żołą. po pr. śn.: 50 — 28, dużo śluzu. Stosowano: Pepton domięśn. 2 razy. Zupełna poprawa, stolce normalne 1 raz na dobę. Pod obserwacją przez 7 $\frac{1}{2}$ miesiąca: stan dobry.

8) Ch. I., k., 20 lat. *Colit chr. Apicit chr.* Chora od 3 miesięcy. Biegunka okresowo. W okresie biegunki — wypróż. 3—4 razy na dobę; badanie zaw. żołą. po prób. śniad.: 42 — 28; temp. wyżej 37. Stosowano: pepton domięśn. 3 razy. Poprawa. Po 9 miesiącach stanu naogół zmiennego — nawet silnej biegunki naprzemian z zaparciem stolca, na pierwszy ponowny zastrzyk peptonu chora reagowała bardzo złem samopoczuciem i wzmoczoną biegunką; po drugim zastrzyku polepszenie; po trzecim pogorszenie, bóle w brzuchu, biegunka, w dalszym ciągu stan chorobowy bez poprawy.

9) K. S., m., 43 lat. *Ent. - colit. chr., Apicit. chr.* Bóle w brzuchu podczas oddawania stolca. Wypróżn. 2 razy na dobę, stolce płynne, bad. zaw. żołą. po prób. śniad.: 19 — 5; bad. kału: wł. mięśn. w ilości znacz., lasecz. Gram +, b. coli; laseczn. tbc. nie wykryto. Stosowano: pepton domięśn. 2 razy co drugi dzień. Biegunka ustała; zaparcie.

10) K. F., k., 20 lat. *Gastr. - ent. - colit. chr. Proctit.* Chora od 1 $\frac{1}{2}$ roku. Bóle w dołku i w brzuchu, biegunka w krótkim czasie po jedzeniu (6 — 7 razy na dobę), czkawka. Badanie zaw. żołąd. po próbn. śniad.: 21 — 5 — 8, dużo śluzu; badanie kału: dużo włók. mięśn. — dobrze strawion. Stosowano: pepton domięśn. 9.V, 11.V. Po zastrzyku bóle w brzuchu i zawr. głowy

w kilka godzin po zastrzyku. Następnie stan nieco lepszy, biegunka 4 — 5 razy na dobę. Po upływie miesiąca znowu dwukrotne zastrzyki peptonu (5.6 i 8.6), na które chora reagowała dość silnie: temp. 37,2, omdlenie. Natomiast biegunka ustała, pozostawało tylko parcie. Względna poprawa trwała koło 3 miesięcy; poczem nastąpił nawrót choroby: tym razem zastosowano autowakcyneę.

11) W. R., k., 25 lat. *Gastr. - ent. - colit. chr.* Chora od 2 lat. Biegunka naprzemian z zaparciem. Bad. zaw. żołą. po pr. śniad.: 54 — 27. Stosowano: pepton domięś. 2 razy co drugi dzień. Znaczna poprawa już po 2-im zastrzyku. Chora pod obserwacją w ciągu następnych 4 miesięcy, cały czas stan względnie dobry; od czasu do czasu (rzadziej, niż przedtem) — stolce nieco wolniejsze, lecz tylko 1 raz na dobę.

12) B. I., m., 24 lat. *Ent.-colit. chr. Proctit.* Chory od roku. Przebieg choroby zmienny: ostatni okres pogorszenia od paru miesięcy; silne bóle brzucha. Wypróżn. 5 razy na dobę; objawy fermentacji węglowodanowej. Stosowano: Arg. nitr., Pancreon, Carbo, kefir Nr. 3 bez poprawy. Pepton domięśn. 4 razy w odstępach kilkudniowych. Po zastrzyku nieznanego podniesienie temperatury po 1-ym, jak i po 2-im; po następnych 2-ach — reakcji brak. Wyrażna poprawa dopiero po 3-im zastrzyku, zupełna poprawa — po 4-ym: bóle ustały, wypróżn. 1 — 2 razy na dobę, bardziej sformowane, samopoczucie lepsze. W ciągu następnych 10 dni (po ostatnim zastrzyku) stan poprawy trwa.

13) O. G., k., 41 lat. *Colit. chr.; Proctit. Neurasthenia, Dysp. gastr.* Chora od 3 lat. Przebieg choroby okresowy; ostat. pogorsz. od 3 mies.: biegunka, parcie, brak apetytu, niesmak. Bad. zaw. żołą. po pr. śniad.: 56 — 36. Stosowano: pepton domięś. 2 razy w odstępach 3-dniowych. Po zastrzyku reakcja ogólna i lokalna: bóle głowy, temp. 37,2. Wyrażna poprawa w parę dni po 2-im zastrzyku: biegunka, parcie i bóle ustały, niesmak w ustach znikł, a p e t y t nadzwyczajnie się poprawił. Nawrót stanu chorobowego w parę mies. później.

14) M. G., m., 34 lat. *Gastr.-enter., colit, chr.* Chory od 1^{1/4} roku. Wypróżnienie 2 — 3 razy na dobę, stolce płynne, bad. zaw. żołą. po pr. śn.: 47 — 36; badanie kału: włókna mięsne, z dobrze zachowan. prążkow. poprzeczn. — w dużej ilości wł. tkan-

ki łączn. i tłuszcz w małej ilości. Stosowano: Bismut, Salol, Pancreon bez poprawy. Pepton domięśn. 4 razy: 10.X, 12.X, 18.X i 3.XI 1928 r. Po zastrzyku :reakcja lokalna i ogólna tylko po pierwszych 2-ch zastrzykach. Po 2-im zastrzyku poprawa, która trwa 3 — 4 dni, poczem nawrót: po 3-im zastrzyku poprawa trwa 8 dni, później powrót do stanu poprzedniego; po 4-ym zastrzyku poprawa nieznaczna i nietrwała.

15) D. M., m., 48 lat. *Ent.-colit. chr.* Chory od 3-ch miesięcy. Wypróżn. 3 — 4 razy i więcej na dobę; badanie zaw. żołą. po pr. śn.: 75 — 50; bad. kału: dużo włók. mięśn. z zachowaniem prążkow. Stosowano: pepton domięś. 2 razy — co drugi dzień. Bez poprawy. W kilka tygodni po zaprzestaniu leczenia peptonem nastąpiło wyzdrowienie, które jednak należy uważać za samoistne, niezależne od leczenia.

Jak widać z danych powyższych, nie wszystkie przypadki są zbadane z jednakową dokładnością, co zależało od zmienności warunków, w których pracowałem w ciągu dokonywania badań. We wszystkich przypadkach leczenie było ambulatoryjne. Sposób stosowania — zastrzyki domięśniowe 5 ccm. 5% roztworu peptonu Wittego co drugi dzień lub w większych odstępach czasu; przeważnie wystarczały dwa zastrzyki, nieraz jednak ilość zastrzyków przewyższała tę liczbę. Djetę stosowano przytem bardziej tolerancyjną, niż w zwykłym leczeniu biegunki. Ilość przypadków z wynikiem pomyślnym (zupełna lub znaczna poprawa) wynosi 10; czas trwania choroby przed zastosowaniem peptonu sięgał przytem do kilku lat, częściej jednak wynosił kilka miesięcy. Poprawa występowała zwykle po drugim zastrzyku, jeden raz tylko zrobiono 5 zastrzyków. Przeważna część chorych tej grupy pozostawała pod moją obserwacją przez dłuższy czas po skończonej kuracji: przytem w jednym przypadku stwierdziłem nawet biegunkę w kilka dni, a w drugim w parę tygodni po poprawie, a to wskutek błędów djetetycznych; w innych przypadkach — obraz wyzdrowienia klinicznego, mniej lub więcej zupełnego, utrzymywał się w ciągu następnych miesięcy (maksymalny okres obserwacji wynosił 9 miesięcy). Względną poprawę miałem w trzech przypadkach, w 2 zaś leczenie peptonem nie odniosło żadnego skutku. Trudno wnioskować na za-

sadzie mego materiału o cechach charakterystycznych, któreby różniły chorych z pomyślnym wynikiem leczenia od chorych, dla których leczenie peptonem okazało się mniej lub więcej obojętne. Kilka razy obserwowałem odczyn miejscowy lub ogólny, lecz bardzo łagodny. Natomiast w jednym przypadku ze wspomnianej grupy, oraz w jednym z innej grupy chorzy, którym po dłuższym czasie (1 i 9 miesięcy) zastrzyknięto pepton powtórnie, reagowali tym razem dość mocno. Co było przyczyną — wzmożona wrażliwość ustroju, czy też właściwości zastosowanego preparatu peptonu — zostaje narazie nierozstrzygnięte. Mam wrażenie — co prawda bardziej intuicyjne, niż oparte na faktach konkretnych — iż należy szukać miernika dla doboru chorych, nadających się do leczenia peptonem, w dwóch kierunkach: po pierwsze, w intensywności zmian — przecież w obserwowanych przezemnie przypadkach niepomyślnych badanie kału wykrywało stale poważne upośledzenie czynności trawiennej (dużo włókien mięsnych z dobrze zachowanym prążkowaniem i t. d.); po drugie — w cechach t. zw. konstytucjonalnych: oba bowiem skrajne skrzydła — i najbardziej pomyślne i najbardziej niepomyślne wyniki leczenia — obserwowałem u osobników jawnie wykazujących oznaki przynależności do typu t. zw. „vegetatywnie wyróżnionych“), lecz z odmiennymi zabarwieniami tego typu. Oczywiście opieram się na zbyt skąpym materiale; podając swoje spostrzeżenia i rozważania, mam na myśli przede wszystkim wytyczne dla dalszych, bardziej pogłębionych badań.

Piśmiennictwo.

1) Politzer und Stolz. Ueber eine Novasurolprobe zum Nachweis des Einflusses der Leber auf den Wasserhaushalt. Klin. Woch. 1924, Nr. 13.

1) Politzer, Stolz und Brill. Ueber den Einfluss der Leber und der Lunge auf den Wasserhaushalt. (II Vol.), Kl'n. Woch. 1924, Nr. 36.

2) E. Pick. Ueber Wasserhaushalt, Diurese und Diuretica. 1924.

3) G. v. Bergmann. Die vegetativ Stigmatisierten. Med. Klin. 1928, Nr. 22.

4) Müller u. Petersen. Klin. Woch. 1926, Nr. Nr. 23.

*) Badanie układu roślinnego przeprowadzała łaskawie Pani Dr. Hurynowiczówna, za co składam Jej serdeczne podziękowanie.

5) F l i e d e r b a u m. Badania doświadczalno - kliniczne nad wpływem układu nerwowego autonomicznego i gruczołów dokrewnych na wodochłonność skóry. Kwartalnik Kliniczny, 1928, Nr. 3, str. 181.

6) A. L u r i a. Die parenterale Peptonbehandlung des Durchfalls. Med. Klin. 1926, Nr. 51.

7) E d w a r d W a j s i W ł a d y s ł a w K o s i ń s k i. Rola peptonu w leczeniu schorzeń jelitowych. Nowiny Lekarskie, 1927, Nr. 4.

8) L u d w i k J u s t m a n. O peptonie Wittego w leczeniu biegunek przewlekłych. Warsz. Czasopismo Lek. 1928, Nr. 4.

Streszczenia.

Fellegi. O tuczeniu za pomocą insuliny (Med. Kl. N. 7, 29).

Autor omawia stosowanie insuliny w kuracji tuczającej. Zdaniem autora wszelkie cierpienia organiczne bądź to żołądka, bądź też jelit stanowią przeciwwskazanie do stosowania insuliny. Wyjątek stanowi zwiśnięcie jelit z zanikiem łaknienia i z wychudnięciem, gdzie insulina daje b. dobre wyniki.

M. O.

Konjetzny. Znaczenie nieżytu żołądka w leczeniu wrzodów żołądka i dwunastnicy. (Ther. d. Gegenw., N. 2, 1929).

Autor twierdzi na mocy badań doświadczalnych oraz anatomicznych, iż wrzód żołądka oraz dwunastnicy powstaje tylko na zapalnej śluzówce tych narządów: „Bez nieżytu niema wrzodu“; a więc zwykle mamy do czynienia z obrazem chorobowym, który określić się daje, jako *gastritis* lub *duodenitis ulcerosa*. Większość badaczy, m. in. szkoła Aschoffa skłania się również ku tej teorii — iż sprawa chorobowa rozpoczyna się w schorzałej śluzówce i drąży w głąb. Wychodząc z powyższego założenia należy w leczeniu wrzodów dbać głównie o leczenie nieżytu śluzówki całego żołądka, a nie tylko wrzodu samego. A więc podawanie stałe soli zasadowych może więcej szkodzić, niż pomóc, gdyż wrażliwa schorzała śluzówka żołądka wydziela jeszcze więcej kwasów, niż poprzednio. Moynihan uważa nawet za racjonalniejsze podawanie kwasów, niż zasad. Pozostaje głównie dje-ta, odpowiednia stosowana przez czas dłuższy, woda Karlsbadzka, podawanie do wewnątrz tanalbinu, Arg. nitr. oraz ostatnio

zaproponowanej przez Lyona targesiny (0,25% roztworu — 3 razy tygodniowo). Jeden z autorów proponuje Collargol, 2% roztwór — 3 razy dziennie po łyżeczkę od herbaty w godzinę przed jedzeniem. Wszystkie te środki mają wpłynąć na zwalczanie nieżyłu. Autor jest również zwolennikiem proteinoterapii, lecz przeciwnikiem żywienia przy pomocy zgłębnika Einhorna przez czas dłuższy — obawia się on mechanicznego wpływu zgłębnika na śluzówkę schorzałą. Rzeczą charakterystyczną jest dla autora jako chirurga, iż stawia on zabieg chirurgiczny — a mianowicie rozległe wycięcie żołądka — na samym końcu; tylko wówczas zaleca je, gdy wszelkie metody leczenia wewnętrznego zawiodą. Radzi on po dokonaniu zabiegu podawać choremu przez czas dłuższy kwas solny z pepsyną, aby zahamować rozwój laseczników okrężnicy w żołądku.

Fr.

Bischoff: W sprawie leczenia kurczu odźwiernika u niemowląt. (Ther. d. Gegenw. N. 2, 1929).

Ostatnimi czasy o wiele częściej napotyka się przypadki ze zwężeniem odźwiernika u niemowląt. Objaśnia się ten fakt tem, iż cierpienie powyższe częściej bywa przez lekarzy i pielęgniarki rozpoznawane.

Leczenie bywa: nowsze — chirurgiczne i starsze — wewnętrzne. Autor skłania się do tego ostatniego. Karmienie chorego dziecka powinno się odbywać 10 — 12 razy na dobę, lepiej łyżeczkami; nawet mleko matki powinno być odciągane przed karmieniem.

Dobre rezultaty osiągnął autor po przepłukiwaniu żołądka roztworem soli karlsbadzkiej (5%). Autor radzi wprowadzać przez zgłębnik do żołądka pokarm w ilości, nie przekraczającej 60 cm. naraz. Zaleca on trzymać dziecko w cieple. Bardzo dobrze wpływa doprowadzenie roztworu soli fizjologicznej przez kroplówkę 100 cm.; 40 kropel na minutę. Ze środków farmaceutycznych żaden nie nadaje się.

Zabieg chirurgiczny daje większy odsetek śmiertelności.

Fr.

Michajłow: Badanie zdolności wydzielniczej żołądka za pomocą próbnego napoju z piwa. (Arch. f. Vrdgskrkh. T. XLIV. Z. 5 - 6).

Autor proponuje jako śniadanie próbne piwo, które podawał chorym naczczo w ilości 200 cm³. Zawartość wydobywano grubym zgłębnikiem po upływie 45 min., gdyż wówczas otrzymywano największe liczby kwasoty.

W przypadkach, w których chodziło o badanie dynamiki wydzielania soku, stosowano zgłębnik cienki i badano krzywe kwasoty.

W warunkach normalnych otrzymywano 75 — 150 cm³. zawartości. Kwasota ogólna waha się od 45 do 65. Kwas solny wolny od 20 — 40.

Zdaniem M., piwo jest silnym bodźcem fizjologicznym dla gruczołów żołądkowych, a to dzięki zawartym w niem alkoholowi i substancjom wyciągowym.

J ó z e f N u s b a u m.

Hirschberg: Czynność wydzielnicza wątroby, trzustki i żołądka po wprowadzeniu MgSO₄ do dwunastnicy. (Arch, f. Vrdgskrkh. T. XLIV. Z. 5 - 6).

Za pomocą chromocholoskopji H. wykazuje, iż wstrzyknięcie MgSO₄ do dwunastnicy powoduje wzmożone wydzielanie żółci, przez co uzyskuje się dokładne przepłukanie wątroby i dróg żółciowych.

Osobie badanej autor wstrzykiwał dożylnie 2 cm³. 1% roztworu indygokarminu, przyczem jednego dnia wlewał jednocześnie do dwunastnicy 30 cm³ 30% MgSO₄, innego zaś dnia obserwował wydzielanie barwika bez wprowadzenia siarczanu magnezu.

Normalnie barwik ukazywał się w dwunastnicy po 11 — 32 min., zaś pod wpływem Mg SO₄ już po 6 — 11 min. Również ilość żółci wydzielanej na jednostkę czasu w tym ostatnim warunku znacznie się zwiększała.

H. stwierdza dalej, iż ciemna żółć składa się w znacznej części ze świeżej żółci wątrobianej.

Badając wydzielanie trzustki, autor wykazuje, iż przez wprowadzenie siarczanu magnezu do dwunastnicy, następuje obok uczynnienia zaczynów trzustkowych w treści dwunastniczej istotne wzmożenie zewnętrznego wydzielania trzustki.

Za pomocą zgłębnika podwójnego wykazano, iż MgSO₄

po wprowadzeniu do dwunastnicy zwiększa również kwasotę soku żołądkowego oraz wydzielanie śluzu.

J ó z e f N u s b a u m.

Gutman i Jahiel: Obrazy radiologiczne, powodujące mylne rozpoznanie raka żołądka. (Arch. App. Dig. N. 1/1929).

Autorzy przytaczają 3 przypadki, w których rentgenologiczne rozpoznanie brzmiało: rak żołądka. Otwarcie jamy brzusznej wykazało żołądek zupełnie normalny. Zmiany w cieniu żołądka były wywołane przez ucisk guza wątroby albo pęcherzyka. W jednym przypadku pierwsze zdjęcie wykazało duży ubytek cieniowy, charakterystyczny dla raka żołądka, następne zaś badania wykazały inne zmiany konfiguracji żołądka. W innym znów przypadku zdjęcie rentgenowskie wykazało „amputowany” żołądek, zaś operacja stwierdziła dużo zrostów, które zwężyły żołądek.

M. O.

Podkaminsky: Hypofizyna w badaniu zespolenia żołądkowo-jelitowego. (D. M. W. N. 6. 1929).

W badaniu rentgenowskim żołądka po zespoleniu żołądkowo-jelitowym konieczne jest sprawdzanie obok czynności zespolenia również — sprawności odźwiernika. P. zaleca w tym celu próbę adrenalinową i hypofizynową. Pierwsza, powodując zamknięcie odźwiernika, umożliwia badanie otworu żołądkowo-jelitowego. Pod wpływem zaś hypofizyny następuje zamknięcie zespolenia, na skutek czego opróżnianie żołądka odbywa się wyłącznie przez odźwiernik. Dzięki temu możemy sobie zdać sprawę z czynności tego ostatniego. Większe ilości masy kontrastowej, dostające się wówczas do dwunastnicy, umożliwiają jej dokładne badanie.

J ó z e f N u s b a u m.

Korbsch: Obrazy endoskopowe wrzodów żołądka. (Arch. f. Vrdgskrkh. T. XLIV. Z. 3 - 4).

Autor rozróżnia 4 następujące, obserwowane przy gastrokopowaniu, obrazy wrzodów żołądka:

1) rzadko zdarzające się, tworzące nisze owrzodzenia (*gastritis ulcerosa*), które rozwijają się wskutek drażniącego działania soku żołądkowego z pierwotnych owrzodzeń na podłożu zapalnie zmienionem.

2) lejkowate owrzodzenia kolana krzywizny małej, które powstają z dużej, głęboko drążącej nadżerki.

3) owrzodzenia z niszami w pozostałych odcinkach żołądka; rozwijają się one z płaskich wrzodów, ulegających pogłębieniu wskutek drażniącego działania kwasu solnego: powstaje tu skurcz warstwy mięśniowej śluzówki żół., przez co część srodkowa zapada się, tworząc niszę. Proces powyższy powoduje zmniejszone ukrwienie i obrzęk zapalny otoczenia,

i wreszcie 4) wrzód modzelowaty, powstający przez sklerotyzację procesu.

Jak to wykazują bardzo liczne obrazy gastroskopowe, we wszystkich przypadkach owrzodzeń żołądka stwierdza się na ogół ciężkie, przewlekłe, zapalne zmiany śluzówki, starsze, niż same owrzodzenia.

W wielu przypadkach, w których wykonywano kilkakrotnie u każdego chorego gastroskopję, autor stwierdzał za każdym razem obraz „*gastritis recidivans*“, a dopiero po pewnym czasie obserwował u tego samego osobnika owrzodzenia z niszami. Wobec powyższego — nieżyt żołądka należy uważać za warunek konieczny do powstawania wrzodu.

J ó z e f N u s b a u m.

Konietzny: O chirurgicznym leczeniu wrzodu żołądkowo-jelitowego. (D. M. W. Nr. 1. 1929).

T. zw. „choroba wrzodowa“ bez wrzodu ma swe źródło, zdaniem autora, w zmianach nieżytowych żołądka. Na podstawie obserwacji klinicznych i anatomo-patologicznych zwykły nieżyt żołądka może dawać wszystkie klasyczne objawy wrzodu, aż do objawów przedziurawienia (na szczycie zapalenia), krwotoków i zwężenia odźwiernika (w przypadkach przewlekłych) włącznie.

Błędne jest twierdzenie, iż we wszystkich zabiegach chirurgicznych wynik uzyskany zawdzięczamy zwalczaniu kwasoty poza usunięciem samego wrzodu przy operacji radykalnej.

Obniżenie kwasoty żołądkowej po resekcji uważa autor za wynik poboczny, niezbyt pożądaný. Usunięte bowiem zostają własności odkażające, co dla przebiegu pooperacyjnego obojętnem nie jest. K. podawał po resekcjach HCl i pepsynę, po których otrzymywał wyniki raczej dodatnie.

Zachowanie się kwasoty nie może zatem tłumaczyć wyników operacyjnych. Te ostatnie dadzą się wytłumaczyć, abstrahując od błędów technicznych i zaburzeń naskutek zrostów, zmianami miejscowemi śluzówki żołądkowej.

Zdaniem K., wrzód żołądkowo-jelitowy jest zasadniczo cierpieniem lokalnem, którego podstawę stanowią zmiany zapalne śluzówki. „*Ulcus pepticum*“, jak twierdzi autor, nie istnieje. Czynniki konstytucyjne zaś o tyle odgrywają rolę, iż powodują mniejszą lub większą indywidualną wrażliwość śluzówki na bodźce zapalne.

Co się tyczy postępowania leczniczego, autor uważa, iż powinno ono być zarazem bardziej zachowawcze, jak i bardziej radykalne: pierwsze o tyle, iż zanim się chorego skieruje na operację, należy wyczerpać wszelkie możliwe środki wewnętrzne, mające na celu nie tyle zwalczanie kwasoty, ile objawów zapalnych, będących źródłem wydzielania nadmiernego. Radykalniejsze o tyle, iż skoro już ma być dokonana operacja, to gruntowna: resekcja

J ó z e f N u s b a u m.

Kantor: Przypadek pęknięcia tylnej pozaotrzewnowej ścian dwunastnicy wyleczony operacyjnie. (Med. Kl. N. 7/29).

W kilka godzin po wypadku (upadek z rusztowania) naskutek objawów uszkodzenia trzew, dokonano otwarcia jamy brzusznej, które wykazało wyżej przytoczone uszkodzenie dwunastnicy. Zeszyście i zespolenie żołądkowo-jelitowe. Występująca przetoka dwunastnicza zamyka się samoistnie w ciągu 9 dni. Po kilku tygodniach następuje zupełne wyzdrowienie.

Według autora jest to 20 przypadek podany w piśmiennictwie.

M. O.

Morawitz i Hennig: Żywienie przez jelito czcze. (Kl. Woch. N. 15, 29).

W ciągu dwóch lat autorzy w 63 przypadkach przeprowadzili leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy przy pomocy zgłębnika gumowego, cienkiego, wprowadzonego do 110 cm. ab ore do jelita czczego — z bardzo dobrym wynikiem.

Zgłębnik wprowadza się przez nos i pozostaje przez dłuższy czas dobrze znoszony przez chorych. Co godzina chore-

mu wprowadza się przez zgłąbnik mleko, jaja, masło, cukier, mąkę oraz świeży sok owocowy. Zalecają autorzy gorąco powyższy sposób leczenia w uporczywych przypadkach wrzodu żołądka oraz dwunastnicy; nadaje się leczenie to również we wrzodzie jelita czczego i w ciężkich przewlekłych nieżytach żołądka.

Należy metodę powyższą wypróbować przed skierowaniem chorego do ciężkiego i niebezpiecznego zabiegu chirurgicznego.

Fr.

Karger: O wypędzaniu robaków u dzieci. (Med. Kl. N. 19/1929).

Usuwanie tasiemca u dzieci napotyka na dwojakie trudności. Z jednej strony Extr. filicis maris, pomimo swych własności trujących, musi być zastosowane w dawce przepisanej dla dorosłych, a co za tem idzie dla dziecka trującej; z drugiej zaś strony dzieci często zwracają wszelkie środki czyszczące. Wypróbowanie środka przeczyszczającego na kilka dni przed kuracją nie jest pewne, jeśli przyjąć pod uwagę wielkie ryzyko przy wprowadzaniu u dziecka 8,0 leku.

Autor u swoich pacjentów stosuje Filix mas przez zgłąbnik dwunastniczy wlewając jednocześnie środek przeczyszczający. Wyniki mają być zupełnie pewne; wstrzyknięty lek zostaje usunięty z jelit wraz z zatrutym robakiem w ciągu 1 — 1½ godz.

Zgłąbnik dwunastniczy mali pacjenci mają znosić zupełnie dobrze; wprowadzanie go nie napotyka jakoby na większy opór.

M. O.

Seeling: O stosunkach, zachodzących między gruczołem okołoszarym, trzustką, poziomem cukru we krwi i cukrzycą. (Kl. Woch., 28, Nr. 26, str. 1229).

Drogą doświadczalną na psach stwierdzono, że przewiązanie przewodów gruczołu okołoszaryego powoduje spadek cukru we krwi. U psów cukrzyczych zabieg ten nie miał wpływu na przebieg cierpienia. Na 10 zabiegów, dokonanych u ludzi chorych na cukrzycę, w 7-miu przypadkach nastąpiła poprawa.

J.

Bertram: Leczenie lekami cukrzycy (z wyjątkiem pozajelitowego stosowania insuliny). (Kl. Woch., 28, Nr. 26, str. 1209).

Doustne stosowanie insuliny (pigułki *Forneta*), glukokortyniny, proteinoterapia, siarka i metale ciężkie nie dają wyników do-

datnich. Podawanie karmelu, oddziaływanie na kwasicę, układ roślinny i hormonalny ma co najwyżej znaczenie pomocnicze.

J.

Alpern i Besuglow: Spostrzeżenia nad nadczynnością układu wysepkowego trzustki. (Klin. Woch., 28, Nr. 13, str. 586).

Podwiązanie przewodu trzustkowego u psa powoduje zmiany w przemianie węglowodanów, tłuszczów i soli, spowodowane nadczynnością układu wysepkowego i identyczne z temi, jakie otrzymujemy po stosowaniu insuliny. Morfologicznie stwierdzamy przerost wysepek *Langerhansa* oraz zmiany w innych, zależnych od tego układu gruczołach dokrewnych.

J.

Grafe i Meythaler. Zagadnienie hormonalnego działania cukru gronowego na powstawanie insuliny. (Klin. Woch., 28, Nr. 8, str. 358).

Cukier gronowy jest bodźcem do wytwarzania insuliny.

J.

Gerl i Hofman. Praca mięśniowa i zapotrzebowanie insuliny w cukrzycy. (Klin. Woch., 28, Nr. 2, str. 65).

Praca fizyczna zmniejsza zapotrzebowanie insuliny.

J.

Bürger i Kramer: Spotęgowanie przez pracę mięśni działania insuliny na zawartość cukru we krwi wobec normalnej i patologicznej przemiany węglowodanowej; znaczenie teoretyczne i praktyczne. (Klin. Woch., 28, Nr. 16, str. 745).

Djabetyk nieleczony wykazuje pod wpływem pracy fizycznej wzrost zawartości cukru we krwi, jako wynik podrażnienia pracą mięśniową; pod wpływem pracy insulina działa znacznie silniej. Praca nie jest u djabetyka dostatecznym bodźcem do wydzielania insuliny, natomiast po podaniu insuliny zaczyna się pod wpływem pracy wydzielanie insuliny w ustroju. Stąd wynika, że głównym podłożem działania insuliny są mięśnie.

J.

Bertram. Ćwiczenia fizyczne u chorych na cukrzycę. (Klin. Woch., 28, Nr. 22, str. 1039).

Wyniki pomyślne.

J.

Gottschalk i Springborn. Racjonalne leczenie insuliną, c-

parte na krzywych dziennych zawartości cukru we krwi. (Klin. Woch., 28, Nr. 24, str. 1129).

Ustalenie tych krzywych umożliwia racjonalne dawkowanie insuliny i utrzymanie cukru we krwi stale na jednym poziomie. Jednorazowe określenie cukru na czczo jest niedostateczne, a nieracjonalne dawkowanie doprowadza do stanów hipoglykemicznych w ciągu dnia i wysokiego poziomu w nocy i zrana.

J.

Staub i Küng. Mechanizm działania syntaliny. (Klin. Woch., 28, Nr. 29, str. 1365).

Polega on na zahamowaniu spraw utleniających, co wywołuje zwiększenie kwasu mlekowego kosztem glikogenu i dekstrozy — stąd spadek cukru.

J.

Mansfeld i Schmidt. Doświadczenia nad operacyjnym leczeniem cukrzycy. (Klin. Woch., 28, Nr. 31, str. 1457).

Podwiązanie przewodu gruczołu okołousznego u 2 psów usunęło całkowicie objawy cukrzycy, spowodowane częściowym wycięciem trzustki. W tych warunkach gruczoł okołouszny wydziela do krwi ciało, działające jak insulina, albowiem jak sekretyna, pobudzająca trzustkę do wydzielania insuliny. Za tem drugim przypuszczeniem przemawia fakt, że u psa z całkowicie wyciętą trzustką podwiązanie nie wpłynęło na przebieg cierpienia.

J.

Babitzki. O t. zw. rzekomem zapaleniu otrzewny i rzekomej niedrożności jelit. (D. M. W. N. 3. 1929).

Autor zwraca uwagę, iż obraz kliniczny zapalenia otrzewny względnie niedrożności kiszek (*ileus*) nie zawsze jest dowodem toczącego się w samej jamie brzusznej organicznego procesu chorobowego. Niekiedy obraz ten jest jedynie reakcją ze strony otrzewny na jakąkolwiek sprawę chorobową w przestrzeni pozaotrzewnowej, na uraz, bądź też cierpienie znajdującego się tam narządu.

Autor jest zdania, iż również sprawy przewlekłe mogą powodować okresowe napady „odruchowej” niedrożności jelit.

J ó z e f N u s b a u m.

M. i A. Herrmannsdorfer: Wskazówki praktyczne do bezsolnego żywienia gruźliczo chorych. (Lipsk — 1929 r. 49 str.).

Książka jest zaopatrzona przedmową Sauerbrucha, u którego na klinice stosuje się od 3-ich lat dietę bezsolną w leczeniu gruźliczo chorych. Sauerbruch jest zachwycony osiągniętymi rezultatami: choremu zaczyna przybywać na wadze, występuje wybitna zmiana ku lepszemu.

Zastrzeżenia krytyczne innych autorów objaśnia Sauerbruch zbyt krótkim czasem obserwacji chorych oraz nieumiejętnością ścisłego przeprowadzania diety. Otóż zasługą autora i jego żony jest podanie sposobów przygotowania pokarmów bez soli, ale tak smacznych, aby chory na gruźlicę, wybredny i cierpiący zwykle na brak łaknienia, chętnie przyjmował te posiłki. Zupełnie wykreślono z przepisu dietycznego sól, konserwy wszelkiego rodzaju, wędliny, solone i wędzone ryby oraz wyciągi buljonowe. Dozwala się w ograniczonej ilości pieprz, ocet, piwo, wino, kawę i kakao. Z dozwolonych pokarmów autorzy ułożyli przepisy do przygotowania posiłków pożywnych oraz ułożyli jadłospis na cały rok. Dieta ta jest dostępna dla szpitali i mniej zamożnych chorych.

Uważam wobec tego książkę za bardzo pożyteczną i niezbędną dla zakładów i oddziałów z płucno-chorymi.

F r.

Protokół posiedzeń.

Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

Dnia 21 listopada 1928 r.

Justman wygłasza odczyt p. t. „Gruźlica płuc, a przewód pokarmowy”. (wydrukowany w czasopiśmie „Gastrologia Polska” Tom I. Nr. 2).

Dyskusja:

Paradistal St. Zagadnienie poruszone w cennym referacie kol. Justmana jest bardzo obszerne i jeżeli ograniczyć się wyłącznie do rozwiązania jednej części zagadnienia, a mianowicie do spraw zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego bez zmian gruźliczych w tym narządzie, to i ta jedna część te-

matu nie może być wyczerpana na jednym posiedzeniu naukowym i wymagać będzie dalszej współpracy gastrologów z ftizjologami.

Omawiany temat ma wielkie znaczenie teoretyczne i praktyczne, bo pomyślny wynik leczenia płuc w wysokiej mierze zależy od dobrego trawienia, dlatego też, parafrazując słynne powiedzenie można się wyrazić, że „jeżeli gruźlica jest w płucach, to nadzieja na wyleczenie jest w żołądku“.

Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego w przebiegu leczenia sztuczną odmą piersiową zajmują szczególnie ciekawe i ważne miejsce w omawianem zagadnieniu; nie mówiąc już o pomyślnem działaniu odmy na chore płuco, pod wpływem tego leczenia dolegliwości żołądkowo-jelitowe mogą zniknąć, a nadto odma sztuczna jest zabiegiem, który ma charakter doświadczenia, rzucającego światło na patogenezę tych zaburzeń.

Zaburzenia żołądkowo-jelitowe w przebiegu leczenia odmą mogą być pochodzenia: a) mechanicznego i b) odruchowego.

Zaburzenia te są bardzo częste w początkach leczenia odmą, co sprawia, że pomimo polepszenia stanu płuc, waga ciała w pierwszych miesiącach leczenia może się nie powiększać, a nawet spadać.

Naogół zaburzenia są lekkie. Chory siada do jedzenia z dohrem łaknieniem, ale już po spożyciu minimalnej ilości pokarmów występuje uczucie pełności, nasycenia. W innych razach obserwuje się wyraźne objawy atonji żołądka, rzadziej — objawy nadmiernego wydzielania soku żołądkowego. Zaburzenia powyższe naogół mijają, gdy ustrój przyzwyczaja się do nowych warunków. Brak apetytu i utrata wagi utrzymują się niekiedy dość długo.

W odmie lewostronnej obniżenie przepony i ucisk na żołądek tłoczy mechanicznie powyższe zaburzenia; ale zaburzenia stwierdza się również w odmach prawostronnych, co właściwie dowodzi, że tłoczenie mechaniczne nie wystarcza.

Dumarest *) opisuje niezmiernie pouczający w tym względzie przykład ciężkiej gruźlicy płuca lewego, przebiegają-

*) Dumarest et Murard. La pratique du pneumothorax thérapeutique. Paris. 1923.

cy z wymiotami po kaszlu i niezależnie od kaszlu, przy braku jakichkolwiek zmian w żołądku i w jelitach, a więc pochodzenia odruchowego. Odma sztuczna po stronie lewej, pomimo znacznego opuszczenia przepony, spowodowała ustąpienie całkowite wymiotów i kaszlu. Wtórne zapalenie opłucnej w okresie gorączkowym wywołało ponowne wymioty, a następnie wraz ze spadkiem ciepłoty, pomimo że ilość wysięku zwiększyła się, wymioty ustąpiły i już nie powróciły. Podobne fakty dowodzą właśnie, że mechanicznie zaburzenia powyższe nie dadzą się wytłomaczyć i że objawy odruchowe ze strony nerwu błędnego odgrywają dużą rolę. Jeżeli bowiem ustąpienie wymiotów po założeniu odmy można tłomaczyć przez unieruchomienie przepony, to tylko na drodze odruchowej można szukać przyczyny ponownego wystąpienia wymiotów pod wpływem zapalenia opłucnej i następnego ustąpienia ich pomimo dużego wysięku i znacznego obniżenia lewej połowy przepony, co przecież powinnyby upośledzać funkcje trawienia. Biegunka przy braku jakichkolwiek zmian w jelitach jest częsta w początkach leczenia i po pewnym czasie ustępuje; w tym wypadku również łatwiej sobie można wytłomaczyć zaburzenia drogą odruchową; upośledzenie mechaniczne bowiem jest dla jelit niesłychanie małe, a za wydzieleniem tą drogą toksyn przemawia mało danych.

Gruźlica jelit jest najcięższem powikłaniem w przebiegu leczenia odmą. Chorzy giną szybko pomimo wybitej poprawy stanu płuc. Czy odma sprzyja umiejscowieniu w jelitach? Wiemy, że wielu chorych na suchoty płuc przed śmiercią ma objawy gruźlicy kiszek. Odma więc nie może być uważana za przyczynę tego powikłania. Należy natomiast podkreślić, że jeżeli przed zabiegiem istnieją już zmiany gruźlicze w narządach jamy brzusznej, to zmiany te mogą znacznie się pogorszyć po odmie; tłomaczmy to albo zaburzeniami w statyce narządów jamy brzusznej na skutek opuszczenia przepony, albo też, co jest prawdopodobniejsze, jako zastępczy proces przerzutowy wskutek zahamowania sprawy gruźliczej w płucach.

Przechodząc do innych części tematu pragnąłbym w krótkości poruszyć stosunkowo mało znany wpływ gruźlicy gruczołów wnątkowych na zaburzenia w przewodzie pokarmowym, prze-

biegające głównie z objawami atonji żołądka. (Wiemy bowiem, że gruźlicy płuc zawsze towarzyszy powiększenie wnek). Według Leba *) gruźlica utajona wnęki płucnej jest bardzo często przyczyną atonji żołądka; przez rok autor ten zebrał 316 przypadków. Powiększenie wnęki na tle gruźliczem prowadzi do zaburzeń w równowadze dynamicznej unerwienia żołądka. Doświadczenia Klee wykazały, że przewaga czynności układu sympatycznego prowadzi do atonji żołądka.

W przypadkach Leba przewaga nerwu sympatycznego pochodzi od uposzczenia czynności nerwu błędnego przez przewlekły proces zapalny umiejscowiony we wnęcie płucnej; Singer opisał zmiany anatomopatologiczne w nerwie błędnym w postaci zaniku włókien i zgrubienia otoczki zewnętrznej i wewnętrznej. Atonja żołądka w ten sposób wytworzona, jest objawem odruchowym skutkiem choroby nerwu, co może doprowadzić do stałych zmian anatomicznych w żołądku w postaci rozszerzenia i opadnięcia tego narządu.

Klinicznie objawy gruźlicy wnęki mogą przebiegać niepostrzeżenie; może to być sprawa łagodna, nawet zatrzymana w swym rozwoju; jedynie badanie rentgenologiczne wykazuje naokoło wnęki pakiet zwapniałych gruczołów i często „ognisko pierwotne“ na obwodzie płuc. W obrazie klinicznym przeważają objawy atonji żołądka.

Leb odróżnia 3 okresy rozwojowe tego schorzenia. W pierwszym okresie stwierdzamy tylko brak łaknienia, uczucie ciężaru w dołku podsercowym, zaparcie, utratę wagi, bez uposzczenia czynności ruchowej żołądka; w trzecim okresie widzimy już ciężkie uposzczenie ruchowe. Po 6 godzinach znaczne ilości treści pokarmowej zalegają w żołądku; żołądek znajduje się w małej miednicy; zaburzenia w odżywianiu są tak znaczne że nasuwają myśl o raku żołądka.

Gruźlica utajona wnęki również zdaje się odgrywać podobną rolę w niektórych postaciach atonji przełyku, dwunastnicy i jelita grubego. Nawiasem mówiąc, rak wnęki może spowodować analogiczne zaburzenia.

Na zakończenie pragnąłbym jeszcze poruszyć sprawę t. zw.

*) Leb. Münch. mediz. Woch. № 44, 1924.

ukrytych postaci suchot płucnych, a w szczególności „postaci rzekomo żołądkowo-kiszkowych“, o których prof. Sokołowski w swych wykładach 1920/21 **) pisze co następuje:

„Są jednakże przypadki, w których zaburzenia w kanale pokarmowym występują na pewien mniej lub bardziej długi przeciąg czasu przed rozwojem wyraźniejszych objawów gruźlicy płucnej“, i dalej: „Stan taki trwa nieraz całe miesiące, powoli jednak zaczynają chorzy nieco kaszlać, przeważnie sucho, i chudnąć, oraz zlekka gorączkują; jeśli wówczas lekarz zwróci baczną uwagę na chorego, wykryje najczęściej ku swemu zdziwieniu mniej lub więcej wyraźne zajęcie s z c z y t u płucnego“.

Wydaje mi się, że te poglądy klasyczne należy zmodyfikować. Należałoby mówić nie o ukrytych postaciach suchot „rzekomo żołądkowo-kiszkowych“, a o postaciach suchot z objawami przeważającymi ze strony przewodu pokarmowego.

Trudno jest wyraźne zaburzenia żołądkowo-jelitowe uważać za wczesne objawy gruźlicy; pogląd taki pochodzić może z braku systematycznych badań rentgenologicznych (rentgenoskopja i rentgenografia) i z powodu mylnego pojęcia o jakoby najczęstrzem usadowieniu gruźlicy w szczytach; zdjęcia rentgenowskie nauczyły nas właśnie, że gruźlica płuc bardzo często szerzy się od wnęki; w tych właśnie przypadkach badanie fizykalne, a w szczególności najtroskliwsze opukiwanie szczytów może nie dać żadnych wyników; natomiast rentgenogram może wykazać nieraz znaczne zmiany.

W roku ubiegłym miałem możność obserwowania w Warszawskiej Klinice Prof. Witolda Orłowskiego 2 przypadków gruźlicy płuc obustronnej, w których chorzy zgłosili się do kliniki wyłącznie ze skargami na zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Badanie fizykalne płuc wykazało w tych przypadkach dość wyraźne zmiany w płucach, a rentgenogramy wykazały zmiany poważniejsze, niż to wynikało z badania fizykalnego.

Grundzachs zaznacza, że Justman wybrał jeden z tematów przez niego podany na posiedzeniu Zarządu. Temat po-

*) Prof. Dr. Alfred Sokołowski. Nauka o suchotach płuc. Wykład ogłoszony w Uniw. Warsz. w roku akad. 1920/1921.

krewny, t. j. gruźlica przewodu pokarmowego, wartoby również obszerniej opracować, obejmuje on szereg zagadnień niedostatecznie wyświetlonych, jak np. etiologję wrzodu okrągłego żołądka.

Wracając do tematu obecnie poruszonego, zwraca G. uwagę, że często u osobników młodych rozpoznajemy blednicę, niedokrwistość, tam gdzie już rozpoczął się proces gruźliczy we wnękach płuc lub wierzchołkach. Leczenie przeciwblednicowe (Krynica, Fe, As) nie daje spodziewanego wyniku, dopiero odpowiednim leczeniem klimatycznym osiągamy poprawę ogólnego stanu, ciepłota opada do normy, na wadze przybywa i łaknienie się zwiększa.

Biegunka, t. zw. „nerwowa“ bywa również objawem początkowym gruźlicy płuc. Może być psychopochodna (wrażenia, obawy) lub krwiopochodna, czyli wynika z wchłaniania się jądów gruźliczych do krwi. W przypadku biegunki należy być więc ostrożnym z rozpoznaniem nerwicy, a badanie przeprowadzić wszechstronnie, nie pomijając płuc i wnęk.

Rudzki Stefan podkreśla częstość schorzenia gruźliczego gruczołów pozaotrzewnowych, przytacza objawy tego cierpienia i współtowarzyszącego zapalenia otrzewny. Na dowód częstości i rozmiarów procesu chorobowego w gruczołach pozaotrzewnowych pokazuje R. szereg zdjęć rentgenologicznych, na których widoczne jest bardzo obszerne zwapnienie gruczołów jamy brzusznej. Poza tem R. wspomina o samouleczałości gruźlicy jamy brzusznej, niemniejszej, niż w innych narządach.

A d e l f a n g zwraca uwagę na objaw rzekomego wrzodu dwunastnicy w gruźlicy. Umiejscowienie bólów, wymioty i t. p. nasuwa podejrzenia na wrzód dwunastnicy, a rentgenolog nic nie stwierdza poza rozpadową gruźlicą płuc.

M e s z mówi o leczeniu głębokimi promieniami rentgenowskimi gruźlicy gruczołów pozaotrzewnowych jamy brzusznej. Wyniki dobre. Coraz więcej oddziałów szpitalnych kieruje tych chorych do naświetlań rentg. Należy stosować tę terapię jak najszerzej.

Lubelski zwraca uwagę na skłonność gruźlików do zrostów po sprawach zapalnych w jamie brzusznej. Zrosty te często wywołują niedrożność jelit częściową lub zupełną. Przy

padki te muszą być operowane. Należy przytem zawsze usuwać wyrostek robaczkowy, bo często jest on punktem wyjścia sprawy chorobowej w jelitach, podobnie jak u kobiet obok wyrostka robaczkowego i trąbka Gruźlica tworzy nieraz guzy, szczególnie w kątnicy, stanowią one bezsprzecznie domenę chirurgji. Również przetoki odbytnicy są często pochodzenia gruźliczego. Początek sprawy chorobowej tkwi przeważnie w kości krzyżowej lub ogonowej. Leczenie ich — chirurgiczne. Natomiast gruźlica gruczołów pozaozrownowych powinna być leczona zachowawczo, lampą kwarcową, promieniami rentgenowskimi, słońcem i t. p.

G a n t z przemawia zgodnie z referatem J. tylko w sprawie t. zw. *tuberculosis larvata*, t. j. tych przypadków, w których zaburzenia ze strony układu trawiennego są objawem czynnej sprawy gruźliczej gdzieś w ustroju, niekiedy z trudnością na początku rozpoznawanej. Według G. nie są to objawy alergji, albowiem alergja rozpoczyna się od chwili powstania zespołu pierwotnego, zaś zaburzenia żołądkowo-kiszkowe występują zazwyczaj w związku z powstawaniem nowych ognisk u osobników, już dawniej chorych na gruźlicę. Trudności rozpoznawcze sprzeczają się do stwierdzenia, czy proces chorobowy jest czynny, czy nie. Nie jest wskazane stwierdzać rozwój choroby wyłącznie na podstawie rentgenogramów, może to w błąd wprowadzać. Niedoskonałość naszych badań na długo jeszcze nas uprawnia do uznawania postaci zamaskowanej, t. j. *tbc larvata*, a szczególnie tej, w której objawy żołądkowo-kiszkowe wysuwają się na pierwszy plan.

W dyskusji zabierali jeszcze głos: C z a r k o w s k i i J u s t m a n.

Następnie W i t k o w s k i E. przedstawia dalsze losy chorego, który 1¹/₂ roku temu był operowany z powodu przedziurawienia raka żołądka. Chorego pokazywał na posiedzeniu w ub. miesiącu. Z powodu objawów zwężenia żołądka w miejscu przedziurawienia nowotworu chory był operowany po raz drugi. Natrafiono na bardzo rozległe zrosty ze ścianą brzucha i jelitami, wywołane obszernem sączkowaniem podczas pierwszego zabiegu. Po bardzo mozolnem uwolnieniu żołądka, udało się wykonać rozległe wycięcie żołądka wraz z nowotworem. Chory zmarł.

Badanie drobnowidowe potwierdziło rozpoznanie ustalone podczas pierwszego zabiegu.

W dyskusji zabierał głos C z a r k o w s k i.

P o m p e r przedstawił w krótkim referacie p. t. „Kilka uwag w sprawie leczenia chirurgicznego zapalenia wyrostka robaczkowego“, stanowisko chirurga w różnych okresach nasilenia procesu chorobowego, popierając swe wywody pokazem szeregu preparatów anatomicznych.

Dyskusję odłożono do następnego posiedzenia.

Na zakończenie S z l a g i e r złożył sprawozdanie ze Zjazdu Gastrologów w Amsterdamie. (Wydrukowano w „Gastr. Pols“. T. I. Nr. 2).

Dnia 19 grudnia 1928 r.

M a l i n i a k pokazuje kawałek kości, wydobytej z odbytnicy tuż nad zwieraczem długości 33 mm., szerokości 8 mm. z bardzo ostrym końcem. Chory po wypróżnieniu zemdlął wskutek gwałtownych bólów w odbytnicy. Przy badaniu palcem tuż nad zwieraczem M. wyczuł ciało płaskie o ostrych końcach. F r a n k, który chorego również badał, nie mógł przy wzziernikowaniu dojrzeć obcego ciała, a po rozsunięciu pośladeków zauważył koniec ciała obcego, które pincetą wydobyl.

F r a n k uzupełnia wywody M., opisując obraz chorobowy stwierdzony wzziernikiem. Kość stanęła w odbytnicy ostrym końcem wciśnięta kurczowo w ścianę zwieracza. Po usunięciu kości stwierdzono z obu stron głębokie, silnie krwawiące owrzodzenia. W następstwie wytworzyło się zapalenie około-odbytnicze.

G r u n d z a c h przytacza przyp., opisany przez niego w swoim czasie w „M e d y c y n i e“, z objawami silnych bólów brzucha i rozdęcia kiszek. Przy badaniu *per anum* stwierdził G. ostrą ość rybią, która utkwiła w ścianie zwieracza odbytu. Ość usunięto. Chory wyzdrowiał.

H u r w i c z przytacza przypadek podobny. Chory połknął kość dość dużych rozmiarów z ostrym końcem, która przeszła przez jelita cienkie i grube, nie raniąc ściany. Po pewnym czasie wytworzyło się zapalenie około-odbytnicze. Operowany przez H., który po przecięciu miękkich części znalazł w ropniu kość.

G r u d z i ń s k i zaznacza, że spostrzegwał kilka przypad-

ków połknięcia protez zębowych z kauczukami, które jednak przeszły bez przeszkody przez odbytnicę i zwieracz, nie powodując żadnych uszkodzeń.

W dyskusji zabierali głos jeszcze: Orzech, Adelfang, Justman i Pomper.

Frank przedstawia zdjęcia rent. 19-letniej pacjentki z nowotworem żołądka, operacyjnie stwierdzonym (opis. w Nr 3. „Gastrologji Polskiej”).

Justman pokazuje rentgenogram żołądka 35-letniego mężczyzny. Duża zastoina kwaśna (czworniaki) i zaleganie rentgenolog. Po wypłukaniu żołądka wszystkie objawy ustąpiły -- na czczo żołądek pusty, rentgenolog. po 3 godzinach brak zalegania. Jednak po pewnym czasie objawy zastoinowe powróciły. Operacja dokonana wykazała wrzód, zwężający odźwiernik (Sołowiejczyk). Przypuszczać należy, że przepłukanie przez odbarczenie żołądka wzmocniło tak dalece mięśnie ściany żołądka, że był on w stanie przewyciężyć przeszkodę, spowodowaną zwężeniem odźwiernika. Wkrótce atoli nastąpiło ponowne osłabienie siły mięśniowej i nawrót zastoiny.

Grundzach pokazuje zdjęcia rentgenowskie, tyjące się przypadku, podobnego do pokazu kol. J. Blizna po wrzodzie zwężająca odźwiernik z rozstrzenią żołądka. Chora pozostawała w obserwacji G. od roku. Dwukrotnie badana promieniami X. Objawy typowe zastoinowe. Rozpoznanie potwierdzone operacyjnie. Po założeniu zespolenia żołądkowo-jelitowego tyłnego — poprawa duża i szybka.

Rozstrzeń żołądka, który przedstawiał na stole operacyjnym ogromny spadnięty worek, można w tym wypadku li tylko tłomaczyć blizną odźwiernika, utrudniającą mechaniczną pracę żołądka. Godny uwagi jest fakt, że chora przez 9 miesięcy zносиła wcale niezłe ten stan, żywiła się lekkostrawnymi potrawami, wymiotowała tylko czasem. Dopiero w ostatnich tygodniach przed operacją stan ten się pogorszył.

W dyskusji nad pokazami Franka, Justmana, i Grundzacha zabierają głos: Lubelczyk, Hurwicz, Niewiadomski, Dolkart, Grudziński.

Pomper streszcza swój odczyt „o leczeniu chirurgicznym

zapalenia wyrostka robaczkowego", który wygłosił na ubiegłym posiedzeniu.

Dyskusja: Justman odróżnia dwa okresy w ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego: I. zapalenie śluzówki, II. zapalenie otrzewny. Niekiedy między temi okresami mamy okres wolny od dolegliwości. Lekarz, badający w tym czasie, często może popełnić błąd rozpoznawczy. Zapalenie przewlekłe nie ma swoistego obrazu klinicznego. Polegamy wyłącznie na intuicji własnej. Stwierdzenie innych cierpień brzusznych nie rozstrzyga wątpliwości, gdyż przeważnie różne postacie chorobowe mają ścisły związek ze sobą. Leczenie — chirurgiczne. Pragnąłby jednak, aby stanowisko chirurgów co do postępowania, szczególnie w przyp. ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, było jednolite.

Dolcart wypowiada się za stanowiskiem wyczekującym i raczej leczeniem zachowawczem w przyp. przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, gdy w wywiadach nie notujemy ani jednego ostrego typowego ataku. W tej postaci chorobowej rozpoznanie jest trudne, wiele jest błędów rozpoznawczych. Często bóle nie ustępują po operacji, a nawet się potęgują (zrosty?).

Lubelski uważa, że należy przystępować do operacji wyrostka robaczkowego wówczas, gdy mamy w wywiadach pewne objawy charakterystyczne. (Ciepłota podniesiona, bóle w prawem podżebrzu, wymioty, duża leukocytoza). W przyp. nietypowych poddać chorego szczegółowemu badaniu, przedewszystkiem prześwietleniu. Rozpoznane w ten sposób inne schorzenia, jak ruchome i opadnięte grube jelito wstępujące, zapalenie okołojelitowe, błona Jacsona, opadnięcie zgięcia wątrobowego, zapalenie około woreczka żółciowego, opadnięcie prawej nerki ruchomej, wpływa na zmianę naszego postępowania chirurgicznego. Zamiast usuwać wyrostek robaczkowy, wykonamy odpowiedni zabieg na jelicie, nerce lub pęcherzu żółciowym.

Wejnert zwraca uwagę na odmienny stosunek pacjenta do internisty i chirurga. Wynikają stąd dla internisty szkopyły i trudności, na które chirurg nie jest narażony. Jeżeli można lekarzom wewnętrznym robić zarzut co do ich stanowiska zachowawczego, to obecnie tylko w sprawach przewlekłych. Nieraz

ten punkt zapatrywania jest dla chorego ze względów innych bardzo korzystny.

Zabierali jeszcze głos: Goldstein, Saidman, Niewiadomski, Grundzach, Mész i Pomper.

A delfang wygłosił odczyt „O uchyłkach dwunastnicy”. (ogłoszony drukiem w „Gastrologji Polskiej” Tom I. Nr. 3).

Grudziński uważa znajomość obrazów rentgenologicznych uchyłków dwunastnicy za ważną ze względu na rozpoznanie różniczkowe. Bez tej znajomości łatwo byłoby przyjąć obraz uchyłka za inną sprawę chorobową, np. wrzód lub zwężenie jelita.

Grundzach stwierdza niemożność rozpoznania klinicznego uchyłka dwunastnicy. Jest to kwestja, którą tylko rentgenolog wyświecić może.

Dnia 23 stycznia 1929 r.

Kryński B. wygłosił referat: 3 lata cholecystografji. (wydrukowany w „Gastrologji Polskiej” Nr. 3).

Dyskusja.

Goldman. W szpitalu Fund. Małż. Poznańskich w Łodzi stosujemy cholecystografję od trzech lat (po raz pierwszy w sierpniu 1925 r.). Dokonana była w przybliżeniu w 150 przypadkach operowanych.

W pierwszych kilkunastu przypadkach tetragnost podawany był doustnie lub doodbytnicowo. Z powodu niezadawalniających wyników przeszliśmy jednakowoż od roku 1926 do metody dożylnnej, która daje rezultaty najpewniejsze. W ciągu ostatniego półrocza stosujemy ponownie zmodyfikowaną metodę podawania doustnego. Wyniki są niezłe, jednakowoż nie dorównują wynikom metody dożylnnej. Pod tym względem nie mogę potwierdzić danych niektórych autorów. Wygoda podawania nie powinna być stawiana na pierwszym miejscu. Najważniejszą rzeczą jest pewność wyniku.

Wartość djagnostyczna. Szczelne wypełnienie pęcherzyka żółciowego i dobre opróżnianie się (w tym celu po dokonaniem udanem zdjęciu dajemy choremu bułkę z masłem i zdjęcie powtarzamy po $\frac{1}{3}$ godz.) przemawia za drożnością dróg żółcio-

wych, za brakiem większych zmian chorobowych komórek wątroby i ściany pęcherzyka, jednakowoż nie pozwala wyłączyć obecności drobnego kamienia w pęcherzyku.

W wielu przypadkach udaje się wykryć obecność kamieni w pęcherzyku. Ilość „wyjaśnień“ nie jest w żadnym stosunku do rzeczywistej ilości kamieni.

Cholecystografia ma pozatem znaczenie w wykrywaniu zrostów pęcherzyka.

Niewypełnienie pęcherzyka należy oceniać z wielką ostrożnością, szczególnie jeśli tetragnost był podany doustnie. Muszę jednakowoż powiedzieć, że według doświadczenia szpitalnego niewypełnienie pęcherzyka po dożylnem podaniu tetragnostu z wielkiem prawdopodobieństwem przemawia za niedrożnością dróg żółciowych lub za zmianami chorobowymi w wątrobie lub w ścianie pęcherzyka.

L u b e l s k i podaje wyniki cholecystografji ze swego oddziału. Badanie przeprowadza od 3 lat kol. M e s z. Z początku stosowano tylko wlewania śródżylne, obecnie metodą M a y o podaje się środek kontrastowy doustnie. Zaznacza, że niejednokrotnie ilość cieni nie zgadza się z ilością kamieni. W jednym z ostatnich przypadków na zdjęciu pęcherza żółciowego były widoczne 2 cienie, a znaleziono na stole operacyjnym 60 kamieni.

M i n t z przypomina, że w 1925 roku na posiedzeniu Tow. Gastrologicznego mówił o znaczeniu cholecystografji dla kliniki cierpień wątrobowych. W 54 przyp. wykonano badanie rentgenologiczne pęcherzyka żółciowego. Na 54 przyp., skierowanych przez M. do cholecystografji, podano w 43 przyp. płyn kontrastowy dożylnie. Pomimo, że nie było żadnych ujemnych skutków, M. już wtedy był zdania, że zabieg wlewania dożylnego nie należy do zupełnie bezpiecznych.

W e j n e r t zwraca uwagę, że sposób podawania płynu kontrastowego doustnie, jako zupełnie bezpieczny i nieszkodliwy, ułatwia w znacznym stopniu szersze stosowanie cholecystografji. Wyniki, otrzymane przez K. przy podaniu doustnem, nie ustępują, a nawet przewyższają wyniki otrzymywane w światowej sławy instytucji Im. Bergonié w Bordeaux, gdzie prof. R e c h o u stosuje doustnie tetrajod.

S z l a g i e r cytuje stanowisko K ü t t e n e r a, który się

wypowiedział na ostatnim zjeździe Gastrolog. w Amsterdamie ujemnie o wartości cholecystografji. Wlewań dożylnych nie stosuje K. ze względu na niebezpieczeństwo powikłań, czasem bardzo przykrych dla chorego; uznaje tylko sposób doustny. Wyniki według Küttnera niepewne. Brak cienia nie świadczy o braku kamienia. Obecność kamieni nie jest dowodem schorzenia, albowiem zakażenie, a nie obecność kamieni jest powodem choroby.

P o m p e r interesuje się wynikami cholecystografji w stanach żółtaczkowych, szczególnie w niedrożności przewodu wspólnego, wywołanej uwięzieniem kamienia; zapytuje prelegenta, czy znane mu są przypadki, w których wykazano tą metodą obecność kamieni w przewodzie wspólnym, potwierdzoną następnie na stole operacyjnym.

Również rzuca myśl skontrolowania wyników cholecystografji w związku z prawem Courvoisier'a, które głosi, że w żółtaczce mechanicznej, spowodowanej uwięzieniem kamienia, pęcherzyk jest mały, skurczony, a w zwężeniu wspólnego przewodu nowotworowem zaś — duży.

Niewiadomski wypowiada się, jako zwolennik tej metody badania. Cholecystografja jest wielkim krokiem naprzód i cennym nabytkiem dla kliniki. Ułatwia wczesne rozpoznanie kamicy żółciowej, co ma wielkie znaczenie dla wyników naszego leczenia chirurgicznego. Dalsze wyniki ujemne w postaci nawrotów, zrostów i t. p. po zabiegach na drogach żółciowych są następstwem tego, że chorzy zgłaszają się w późnym okresie choroby. Często winna nie leży po stronie lekarza. Objawy są zbyt nikłe lub nieswoiste dla kamicy żółciowej. W tych właśnie przypadkach wczesnych oddaje nam metoda rentgenologiczna cieniowania pęcherzyka żółciowego nieocenione usługi, daje nam możność wkroczenia chirurgicznego w okresach początkowych. kiedy mamy do czynienia z zaburzeniem wewnątrzpęcherzykowym. Możemy usunąć pęcherzyk żółciowy podotrzewnowo, kikut przewodu pęcherzyka dostatecznie pokryć zdrową otrzewną i jamę brzuszną zaszyć na głucho. Osiągamy znaczne skrócenie leczenia pooperacyjnego i unikamy niebezpieczeństwa powstania przepukliny brzusznej. W ten sposób wykonany zabieg u osobników bez poważniejszych wad organicznych staje się prawie

w równej mierze bezpiecznym, jak zabieg usunięcia wyrostka robaczkowego w okresie beznapadowym.

Goldman wygłosił odczyt: „O postępowaniu przed i pooperacyjnym przy zabiegach na przewodzie pokarmowym” (ogłoszony drukiem w „Gastrol. Polskiej” Nr. 3).

Rozprawę odłożono.

Wiadomości różne.

II Polski Zjazd Przeciwrakowy (Warszawa, dn. 23 — 24 marca) zaszczycony obecnością Pani Prezydentowej Mościckiej i witany nader życzliwie przez przedstawicieli Rządu, Miasta, Instytucji Społecznych i wszystkich Uniwersytetów Polskich, należy uważać za wielce udany. Zgromadził on z całej Polski liczny zastęp działaczy społecznych, badaczy naukowych i lekarzy praktyków. Długi szereg referatów zarówno o charakterze ściśle naukowym, jak i społecznym był słuchany z żywym zainteresowaniem. Z ramienia „Gastrologji Polskiej” uczestniczyło w Zjeździe kilku członków Redakcji wraz z Redaktorem kol. Wejnertem, który jako Viceprezes Polskiego Komitetu do zw. raka wygłosił referat „O przytulkach dla rakowatych”. Przyjęto szereg uchwał. (Szczegóły w Nr. 1 tomu IV „Nowotworów i Biul. Pol. Kom. do zw. raka”).

V Zjazd Medycyny i Farm. Wojsk. odbył się w Londynie w dn. 6—11 maja. Pewne braki organizacji wywołały u uczestników nader pochlebne wspomnienia z IV Zjazdu, odbytego, jak wiadomo, tak udatnie przed dwoma laty w Warszawie. Następny projektowany jest w Budapeszcie.

Na walnem zebraniu Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego w dn. 22/V dokonano wyborów na miejsce ustępujących członków Zarządu. Wybrano: Kol. Róbinę i Wejnerta ponownie, oraz Józefa Czarkowskiego i Justmana.

Wdniu 8/VI r. b. na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu w Nancy p. Stanisław Klawe, Prezes T-wa Przem. Chem.-

Farm. d. Magister Klawe, S. A., po obronie tezy „Contribution à l'étude des drogues végétales pulvérisées” (W sprawie badań surowców roślinnych sproszkowanych) otrzymał stopień Doktora farmacji.

W dn. 22 — 25 lipca r. b. odbędzie się w Warszawie Międzynarodowy Zjazd Chirurgów. (Sekretarz Doc. Wojciechowski).

W dn. 26 — 29 września r. b. w Wilnie odbędzie się XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich oraz VIII Zjazd Tow. Internistów Pol.

Od 16 do 18 października r. b. odbędzie się w Berlinie zjazd Towarzystwa Lekarzy chorób przewodu pokarmowego oraz przemiany materji. Przewodniczący — v. Haberer.

Porządek dzienny:

- 16.X. 1) Krytyka leczenia lekami w chorobach przewodu pokarmowego.
2) Kurcz wpustu
3) Kurcz odźwiernika.
- 17.X. Wychudzenie i otyłość pochodzenia wewnętrznego. (endogennego).
- 18.X. Nowsze poglądy na schorzenia wątroby z punktu widzenia wewnętrznego i chirurgicznego.

Od wydawnictwa.

Zeszyt niniejszy jest ostatnim zeszytem tomu I naszego wydawnictwa. Koledzy, stojący zdala od pracy redakcyjnej i wydawniczej, nie zdają sobie przeważnie sprawy z tego, na ile trudności napotyka ta praca, szczególnie w początkach, kiedy brak jeszcze rutyny. To tłumaczy poniekąd niektóre nasze przeoczenia. Mimo to mamy prawo stwierdzić tutaj, że z pracy naszej możemy być zadowoleni. Chcieliśmy stworzyć typ pisma dla lekarza-praktyka, którego z natury rzeczy mniej interesują prace ściśle naukowe o typie archiwalnym, bo nie jest on w stanie

nietylko ich sprawdzić, ale nawet bezpośrednio zużytkować w tak odmiernej od warunków pracy klinicznej działalności praktycznej. Chcieliśmy dać Kolegom wiedzę stosowaną — zaznajomić ich z temi zdobyczami pracy naukowej, o jakich każdy lekarz powinien nietylko wiedzieć, ale i posiłkować się nimi. Pozostawiamy czytelnikom naszym sąd o tem, do jakiego stopnia pismo nasze odpowiada swojemu założeniu — choć żywy odgłos, jaki napotkaliśmy wśród licznych kolegów, świadczy o tem, że praca nasza nie była bez pożytku.

Zwracamy się do Szanownych Kolegów z prośbą o dalsze poparcie — poparcie moralne, przez zasilanie nas swemi pracami i spostrzeżeniami, nawiązanie z nami bliższego kontaktu i wskazówki, jakie tematy winny być szczególnie poruszane, jakie zmiany pożądané, ewentualnie jakie nowe działy zaprowadzone. Ale potrzebne nam jest również i poparcie materjalne — a jeżeli każdy z naszych czytelników pozyska nam choć jeszcze jednego prenumeratora, byt pisma będzie całkowicie zapewniony.

W naszych pierwotnych obliczeniach sądziliśmy, że będziemy wydawali zeszyty 3-arkuszowe, czyli że tom będzie zawierał 192 strony. Ale nawał materiału, który, jak pragniemy tu podkreślić, został znakomicie powiększony przez wybitnych gastrologów cudzoziemskich wyłącznie z ich własnej inicjatywy po otrzymaniu przez nich numerów okazowych, zmusił nas do znacznego rozszerzenia rozmiarów naszego pisma: tom I. ma stron 290. A że nie chcemy ram pisma uszczuplać, jesteśmy zmuszeni do podwyższenia prenumeraty za tom II do złotych 8, aby choć częściowo pokryć bardzo duże koszta. *Bis dat qui cito dat.* Dlatego też prosimy Szanownych kolegów o wcześniejsze wpłacanie na nasze konto czekowe w P. K. O. Nr. 17.285 zł. 8. Prosimy również o wskazanie nam adresów tych kolegów, którym należy rozesłać numera okazowe. Pozostałe w ograniczonej ilości egzemplarze tomu I kosztują nadal zł. 6 wraz z przesyłką pocztową. W razie zamówienia za zaliczeniem pocztowem koszta zaliczenia pokrywa odbiorca.

Redakcja i Administracja „Gastrologji Polskiej“.

Resumées.

Du début des angiocholecystites chroniques

—par le Dr. M. E. Binet (de Vichy).

Le début réel des angiocholecystites chroniques, c'est à dire la première apparition des symptômes caractéristiques de la maladie cholecystique constituée, doit être recherché non pas dans des signes purement biliaires mais plutôt dans une affection intestinale autonome du premier âge ou du bas âge. Le plus souvent il s'agit d'une entérite banale, mais prolongée ou bien encore récidivante, entérite qui par sa localisation caecocolique a fait poser le diagnostic d'appendicite et dans bien des cas a conduit à l'appendicectomie. Celle-ci a eu par conséquence d'ailleurs de faire éclore les signes proprement biliaires. Il subsiste après l'opération une douleur plus ou moins permanente de la fosse iliaque droite, se prolongeant tout le long du bord interne du colon, douleur qui finalement gagne toute la région sous hépatique, mais est maxima au niveau de la vésicule. Dès lors se trouvent constitués deux foyers, l'un bas caecal, l'autre haut vésiculaire, réalisant la typhlo-cholecystite. Tantôt il se fait une poussée purement intestinale, tantôt une poussée proprement hépatique, la première précédant la seconde et le plus souvent, le conditionnant. On assiste ainsi dans le temps à une crise de colite ou à une crise d'angiocholecystite avec sa grande crise douloureuse, sa réaction thermique, son ictère plus ou moins marqué, l'altération de la cellule du foie se manifestant par l'analyse urinaire.

Séparer dans le traitement ce que la clinique réunit est le plus souvent faire encore thérapeutique incomplète ou nulle et dans ces formes qui débutent dans la première jeunesse il est

nécessaire de soigner aussi bien le foie que l'intestin, le traitement hépatique n'ayant de chances de succès que lorsque l'intestin aura recupéré d'une manière définitive son fonctionnement normal.

Syndrome de symptomes douloureux entero-stomacales.
par dr. Ignace Grundzach.

S'appuyant sur des observations l'auteur décrit un syndrome, consistant en ce, que des fortes douleurs, provoquées par des fermentations entériques excessives (acides) et la pression de gaz qui en resultent (colica flatulenta), donnent un ensemble des symptomes dans la partie superieure du ventre. Ces douleurs par suite de la pression des nerfs intestinaux et mesenteriques plus tard attaquent tout abord le „plexus hypogastricus“, passent au „plexus coeliacus“, d'ou résulte le spasme du „pylorus“ (douleurs stomacales, le ballonnement, pyrosis, les nausées avec inclination au vomissement.

Après un massage de 15—20 m. le syndrom disparaît.

Le traitement de la diarrhée par le peptone.
dr. A. Kaplan (Wilno)

Le mécanisme de l'action du peptone se présente d'une façon compliquée. En dehors de l'attraction de l'eau dans le système veineux du foie, le peptone produit une action générale sur le système nerveux végétatif, augmentant le tonus du nerf vague dans les vaisseaux du plexus coeliaque (et par conséquent dans le foie) et le tonus du nerf sympathique dans les vaisseaux périphériques. Il faut admettre encore une action reciproque originale entre *les particularités* du système nerveux végétatif chez les personnes d'un système nerveux végétatif instable et l'action élective du peptone sur les différentes parties de ce système. Enfin, il faut tenir compte des qualités contreanaphylactiques

de peptone et admettre son importance dans les formes allergiques des diarrhées. L'auteur cite 15 cas de diarrhée d'origine différente (surtout des colites catarrhales). On a appliqué le peptone sous forme de piqures intramusculaires tous les deux jours (5 cm³. de la solution 5% de White). En général 2—3 injections suffisaient, quelquefois il les fallait multiplier ou répéter la cure après un temps plus ou moins long.

Une guérison complète a été obtenue dans 10 cas; dans 3 cas — l'amélioration n'était pas complète ou seulement passagère; dans 2 cas—le traitement par le peptone n'a produit aucune influence sur le cours de la maladie.

L'auteur admet qu'il faut tenir compte des considérations suivantes:

1) les chances de la guérison sont d'autant plus probables, moins les changements anatomiques sont accusés,

2) il existe, paraît-il, une certaine conformité dans le sens des rapports, entre les stigmates nerveux du malade apte au traitement du peptone et les qualités vagosympaticotropes du peptone lui même.

AŬTOREFERATOJ EN ESPERANTO.

de D-ro M. E. BINET. — Vichy.

Pri komenco de ĥronikaj ĥolecistitoj.

La efektivan komencon de ĥronikaj angioĥolecistitoj, t. e. la aperon de pnuaj karakterizaj simptomoj, oni devas serĉi ne en pure gavoĵaj signoj, sed nigruste en aŭtonoma intesta afekcio, devenanta de la frua juneco.

Plejofte tio estas banala recidivanta enterito, kiu pro sia lokalizo en la cekuma regiono estas konsiderata kiel apendicito kaj iafoje submetata al operacio.

Post forigo d'apendiko ofte restas preskaŭ konstanta doloro de la dekstra iliaka kavo, de la kojlon, de la subhepata regiono. sed precipe de la gala veziko. Formiĝas kvazaŭ 2 centroj: malsupra cekuma kaj supra galvezika, prezentante tiamaniere la „tifo—ĥolecistiton“. Aperas simptomoj pure intestaj aŭ precipe hepataj, t. e. ni observas aŭ atakon de kojlitio aŭ atakon de angioĥolecistito kun karakteraj doloroj, febra reakcio, iktero kaj urinaj ŝanĝoj, kiel sekvo de lezo de hepataj celoj.

Dividi ĉe la kuracado tion, kion la kliniko kunigas, ni ne devas, ĉar la terapio estos nekompleta aŭ nenla. Hazoj, komenciĝantaj de frua juneco, postulas samtempan kuracadon de la hepato kaj de l'intestoj kaj la hepata terapio donas ŝancojn nur tiam, kiam la intestoj reakiros sian norman funkciaden.

de D-ro I. GRUNDZACH.

Intest — stomaka dolora simptomaro.

Bazante sin je observoj, l'aŭtoro priskribas sindromon, konsistantan en tio, ke fortaj doloroj, aperantaj proacida intesta fermentado kaj posta gazpremado („Colica flatulenta“), donas aron da simptomoj en la supra parto d'abdomeno. Tiuj doloroj pro premado je intestoj kaj mezenteriaj nervoj atakas komence la hipogastran plekson. poste la colikan, kio kaŭzas pilorospasmon (stomakaj doloroj, balonado, pirozo, naŭzoj kun vomemo). Post 15—20 minuta m a s a ĝ o la sindromo malaperas.

de D-ro A. KAPŁAN. — Wilno.

La kuracado de diareo per peptono.

L'agadmehanismo de peptono estas malsimpla. Krom l'altiro d'akvo en la vejnan sistemon de la hepato, la peptono havas ĝeneralan influon je la nerva vegetaĵa sistemo, pligrandigante la tonuson de vagusa nervo en la vazoj de „plexus coeliacus“ (sekve en la hepato) kaj la tonuson de simpatika nervo en la periferaj vazoj. Oni devas aukoraŭ aldoni originalan reciprokan influon inter la diverseco je la vegetaĵa nerva sistemo ĉe personoj kun ŝanĝema vegetaĵa nerva sistemo kaj elektivan agadon de peptono je diversaj partoj de tiuĉi sistemo. Fine estas notindaj la kontraŭanafilaktaj ecoj de peptono kaj ĝia valoro en alergiaj formoj de diareo.

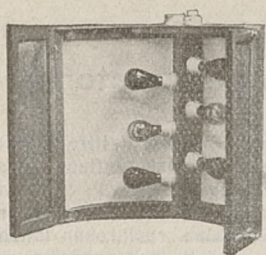
L'aŭtoro citas 15 kazojn de diareo de diversa etiologio (plejofte de kataraj kolitoj).

Oni aplikis la peptonon en formo de intramuskolaj injekcioj ĉiujn 2 tagojn (5 cm.³ de la solvaĵo witte). Generale 2 — 3 injekcioj sufiĉis, nur kelkfoje oni devis ilin plibliigi aŭ ripeti la kuracadon post kelka tempo.

Kompletan saniĝon oni konstatis en 10 kazoj; en 3 kazoj — la piiboniĝo ne estis komplata aŭ nur tempa; en 2 kazoj — la kuraco per peptono havis nenian influon je trakuro de la malsano. L'aŭtoro aldonas, ke oni devas memori pri sekvantaj faktoj:

1) la ŝancoj de sanigo estas des pli verŝajnaj, ju pli malgrandaj estas la ŝanĝoj anatomiaj.

2) ekzistas, ŝajne, certa kouformeco de rilatoj inter la nervaj stigmoj de malsanulo, taŭga por kuracado per peptono kaj la ecoj vago—simpatikotropaj de peptono mem.



WYNAJEM

kąpieli elektrycznych (szafek)
lamp „Sollux“, reflektorów
do naświetlań, maszynek gal-
wanicznych i fabrycznych do
elektryzacji.

Magazyn optyczno-elektromedyczny

H. Liberman

Warszawa, ul. Chmielna 33

Tel. 153-62



UWAGA: Magazyn poleca po cenach
przystępnych pasy brzuszne i rup-
turowe, pończochy gumowe prze-
ciwko rozdęciu żył, poduszki elek-
tryczne do nagrzewania oraz wszelkie
przybory optyczne i elektromedycz-
ne.

APTEKA

A. WIERZBIĘTA

Warszawa, ulica Marszałkowska Nr. 94
Telefon 9-33 i 16-14.

Odczynniki i barwniki do badań chemicznych i bakterjologicznych.
Nowe środki lecznicze, tlen, surowice. Termometry lek. sprawdzone
Wysyłka natychmiastowa pocztą lub koleją.