

Gastrologja Polska

TREŚĆ: **Dr. H. Adelfang.** Appendicitis chronica w obrazie rentgenologicznym. — **Dr. S. Mintz.** O znaczeniu rozpoznawczem prześwietlania wyrostka robaczkowego. — **Dr. W. Róbin i Dr. J. Nusbaum.** Wymioty krwawe w przebiegu kamicy żółciowej. — Streszczenia. — Protokoły posiedzeń. — Wiadomości różne.

Les resumes des travaux originaux en langues étrangères se trouvent à la fin du numero.

Redaktor. Dr. med. B. Wejnert

Wydawca: Dr. I Grundzach.

OD REDAKCJI.

Następny zeszyt Gastrologji Polskiej (T. III. N. 1) będzie poświęcony dwudziestoleciu istnienia Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego. Wyjdzie on w zwiększonej objętości i będzie zawierał prace specjalnie do tego zeszytu Jubileuszowego napisane przez szereg autorów polskich i cudzoziemskich.

Appendicitis chronica w obrazie rentgenologicznym.

podał

Dr. HENRYK ADELFGANG (Warszawa).

Mało jest dziedzin w rentgenologii, które byłyby tak po macoszemu traktowane przez samych rentgenologów, jak rentgeno-diagnostyka wyrostka robaczkowego. Nic więc dziwnego, że i wśród ogółu lekarzy, internistów i chirurgów, panuje dotychczas stosunek wprost ujemny do wyników tego rodzaju badań, że chorych z przewlekłymi sprawami wyrostka robaczkowego bardzo niechętnie kieruje się do rentgenologa, nie otrzymuje się bowiem prawie nigdy, albo bardzo rzadko, tak ścisłej odpowie-

dzi, jak przy innych schorzeniach przewodu pokarmowego. Główna przyczyna leży w tem, że tak u nas w Polsce, jak i w przeważającej części krajów europejskich, nawet w Austrii, oczywiście klinicznej rentgenologii przewodu pokarmowego, właśnie badania wyrostka robaczkowego przeprowadzane były źle. Opierano się nie na bezpośredniemu badaniu samego wyrostka, lecz na objawach pośrednich, jak dłuższe lub krótsze zaleganie w jelicie biodrowym, zaleganie w kiszce ślepej i kątnicy, bolesności w prawym dole biodrowym i t. p.

Istnieje kilka przyczyn tego stanu rzeczy. Pierwszą jest różnica w poglądach anatomów i fizjologów na wyrostek robaczkowy: jedni uważają, że począwszy od 40-go roku życia światło wyrostka zaczyna zanikać, i staje się on przez to niedostępnym dla wypełnienia masą kontrastową, a więc i dla badania prom. R. Inni są zdania wręcz przeciwnego, twierdząc, że światło wyrostka pozostaje otwarte aż do późnej starości. Na własnym materiale mogłem się przekonać, że to drugie zdanie odpowiada rzeczywistości. Drugiego dowodu należy szukać w zmienności położenia wyrostka robaczkowego w stosunku do кишки ślepej i w rzeczywistej trudności, jaką nastrocza znalezienie go. Wreszcie trzeci powód, może najważniejszy dotychczas, to dość złożona metodyka badania, która wielu rentgenologów odstraszała, innym nie udawała się. Spotykamy się często ze zdaniem, że badanie rentgenologiczne przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego jest zwykle zbędne, że w większości przypadków badanie kliniczne wystarcza zupełnie. Uważam, że tak nie jest. A to głównie dlatego, że, podług zdania wielu anatomopatologów i chirurgów, o przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego w ścisłym znaczeniu tego słowa (poza gruźlicą), nie może już dziś być mowy. To co obserwujemy, to albo powtarzające się ostre, krótkotrwałe zapalenia, albo też — i to obserwujemy najczęściej — zmiany czysto czynnościowe, jako skutek przebytego ostrego zapalenia.

Zrozumiałą jest rzeczą, że dolegliwości wywołane tego rodzaju zmianami nie mogą być znamienne wyłącznie dla wyrostka robaczkowego, ale spotykać się mogą i spotykają przy różnorodnych schorzeniach jamy brzusznej, jak przy wrzodach żołądka i 12-cy, zwłaszcza wrzodach odźwiernika, przy sprawach w pę-

cherzyku żółciowym, przy kamicy nerkowej prawostronnej, a nieraz i lewostronnej, wreszcie przy stanach chorobowych jajników i przydatków, a nieraz nawet przy neurastenji.

Dlatego też z uznaniem należy powitać wysiłki autorów amerykańskich, a ostatnio i niemieckich, którzy wytoczyli na forum publiczne sprawę badania wyrostka robaczkowego i przedstawili wyniki swych badań, nieraz wprost imponujące. Przedtem nim przejdę do omawiania tych spraw, poświęcę kilka słów historii badania wyrostka robaczkowego.

Pierwszym rentgenologiem, który w roku 1905 otrzymał na zdjęciu rentgenowskim wyrostek robaczkowy, był Becclère. Zdjęcie wydawało się wówczas tak niewiarogodnem, że recenzent zamiast opisu postawił przy niem kilka wykrzykników. Mamy następnie kilka wyrostków robaczkowych, otrzymanych zupełnie przypadkowo przez Aubourg'a (Francja) i Liertz'a (Niemcy). W następnych latach pojedyncze przypadki opisali Reid, Belot, Leven i Barrel, Fittig i niektórzy inni. Były to jednak rzeczy zupełnie wyjątkowe, którym nawet sami rentgenolodzy nie przypisywali większej wagi.

Tak wyglądała sprawa rentgenologicznego badania wyrostka robaczkowego, gdy na wszechrosyjskim zjeździe lekarzy w Moskwie w roku 1911 Grigorjew oświadczył, że zapomocą specjalnej, przez niego opracowanej metodyki badania można otrzymywać we wszystkich przypadkach wyrostek robaczkowy na zdjęciach rentgenowskich, po za temi przypadkami, w których światło wyrostka zostało przez jakąś sprawę chorobową zamknięte. Twierdzenie to spotkało się z ogólnem niedowierzaniem, i Max Cohn (Berlin), który zajął się sprawdzeniem twierdzenia Grigorjewa, oznajmił w roku 1913, że raczej fantazja Gr., niż rzeczywistość, jest przyczyną tak wysokiego odsetku otrzymanych wyrostków robaczkowych.

W roku 1914 Grödel na zasadzie spostrzeżeń własnych dochodzi do wniosku, że każdy wypełniający się wyrostek rob. jest patologiczny. Holzknecht i Singer negują zupełnie możliwość stałego otrzymywania wyrostka rob. i zadowalają się wyłącznie określeniem najwięcej bolesnego miejsca, stwierdzonego przy radjopalpacji.

Gdy więc w Europie, głównie w Niemczech, Austrii i Fran-

cji, sprawa rentgenologicznego badania wyrostka rob. jest prawie że zupełnie negowana, w Ameryce i Anglii pojawia się cały szereg prac takich autorów, jak Quimby, Pfahler, Ellis, Case, Samuel i Childs, którym udało się w ogromnym odsetku przypadków otrzymać na zdjęciu wyrostek robaczkowy i ustalić symptomatologję stanów normalnych i patologicznych.

W czasach ostatnich sprawą tą zajęli się nareszcie i rentgenolodzy europejscy, jak Jaisson, Henszelmann, Gottheiner i wielu innych, którzy, czy to specjalną metodyką, czy też jak powiada Chaoul, cierpliwością, otrzymują w 80—90% wszystkich badanych przypadków wyrostki robaczkowe na zdjęciach rentgenowskich. Nawet Czepa ze szkoły Holzknechta, który poprzednio otrzymywał tylko do 18% wyrostków robaczkowych, otrzymuje obecnie o wiele większy odsetek i zgadza się poczęści z Gottheinerem i innymi autorami.

Co się tyczy metodyki badania, to jak i w innych gałęziach medycyny, każdy prawie rentgenolog posiada swą własną metodę. Jedni podają baryt w maślanec, inni dodają do zawiesiny barytowej środki czyszczące, głównie sól karlsbadzką, inni dają środki czyszczące przed badaniem, drudzy podczas i t. d.

Są tacy, którzy badają w położeniu leżącym, inni na specjalnych stołach, inni znów zapomocą wlewanki. Osobiście badam wyrostek robaczkowy tak samo, jak się zwykle bada przewód pokarmowy, tą samą masą kontrastową. Badanie trwa jednak znacznie dłużej, nieraz 4 dni i więcej, i polega u mnie na częstem prześwietlaniu okolicy wyrostka rob. i umiejętnej radjopalpacji, która, podług mego zdania, odgrywa dominującą rolę w odnajdywaniu wyrostka. Rozumie się, że znalezienie wyrostka już pierwszego dnia znacznie skraca czas badania. Gorzej sprawa się przedstawia, gdy się wyrostka wogóle nie znajduje. Gottheiner, którego odsetek otrzymanych wyrostków dochodzi do 90 na sto, podaje na wypadek wyniku ujemnego rycinę na trzeci dzień badania i bada następnie 4-go dnia. Uważa on, że spowodowane środkiem czyszczącym wzmożone ruchy robaczkowe wsteczne (antyperystaltyka), które są najsilniejsze w kiszce ślepej, mogą jeszcze wprchnąć masę kontrastową do wyrostka i udostępnić go dla badania. Jeżeli i w tym wypadku wyrostek robaczkowy nie uwidocznia się, wówczas powtarza się badanie po

2-ch tygodniach. Tylko przy zachowaniu tej metodyki wynik ujemny może być uważany za zupełnie pewny i pozwala na skonkretyzowanie pewnych wniosków, o czym powiem niżej.

Przedtem niż przejdziemy do patologii wyrostka robaczkowego, pozwolę sobie jeszcze w kilku słowach opisać wyrostek normalny. Należy on niewątpliwie do najczęściej zmiennych części przewodu pokarmowego, tak pod względem długości, jak formy i położenia. Długość jego waha się między 1 i 20 cm., w rzadkich wypadkach dochodzić może nawet do 30 cm. Średnio jednak spostrzegamy wyrostki przeciętnej długości od 6 do 10 cm. Szerokość wyrostka waha się od 2 do 6 mm. Muszę jednak zaznaczyć, że u tego samego chorego stwierdza się nieraz różne szerokości i długości, zależne od stopnia wypełnienia i czasu badania.

Tak samo zmienne jest i położenie wyrostka. Najczęściej spotyka go się, jako bezpośrednie przedłużenie кишки ślepej, nieraz leży przy brzegu wewnętrznym i skierowany jest przeważnie w dół lub ku środkowi, rzadziej ku górze. Nieraz spotyka się wyrostki leżące retrocoecalnie i tylko koniuszek ich wygląda z pod кишки ślepej, lub też, przy znacznej długości, z pod wstępnicy lub nawet wątroby. Nieraz widzimy tylko dość szeroki kikut, wychodzący z dołu, lub boku кишки ślepej.

Jednym z kardynalnych warunków normalnego wyrostka jest jego swobodna ruchomość w jamie brzusznej. Musimy jednak rozróżniać przesuwalność bierną, t. j. obserwowaną przy palpacji, i czynną, polegającą na zmianie położenia wyrostka przy każdorazowym badaniu. Ta przesuwalność czynna spowodowana jest własnymi r.r. wyrostka, które choć nie dają się obserwować, jednak bezsprzecznie istnieją. Trudno nam bowiem byłoby wytłumać wypełnianie się i opróżnianie wyrostka bez własnych r.r.. Co się tyczy wypełniania się wyrostka, to większość autorów, jak Schwartz, Belot, Quimby, Case, White, Henszelmann, Moreaux, Childs, Gottheiner i inni uważają, że każdy normalny wyrostek powinien wypełnić się masą kontr. Moje własne spostrzeżenia w zupełności potwierdzają to twierdzenie. Tylko nieznaczna ilość autorów, głównie Gwerce, Finsterer, Alwens, Arens i Bloom i kilku innych są zdania odmiennego, uważając wypełniony wyrostek za patologiczny.



Czas wypełnienia się wyrostka robaczkowego jest niejednakowy, i poszczególni autorzy podają inny czas, przeciętnie od 6 do 48 godzin. p. c. Osobiście najwięcej wyrostków robaczkowych widziałem między 12 i 24 p. c., t. j. przy doskonale wypełnionej kieszce ślepej. U dzieci, u których masa kontrastowa przechodzi przez okrężnicę o wiele szybciej, obserwujemy i wyrostki już po 6—10 godz. p. c. Opróżnienie się wyrostka następuje normalnie przed opróżnieniem się kieszki ślepej, ew. jednocześnie z nią.

Jeżeli przejdziemy teraz do wyrostków patologicznych, to wszystkie, albo niektóre z wyżej wymienionych cech powinny być w nich radykalnie zmienione. A więc postać wyrostka, która bywa najróżnorodniejsza i zależna jest od rodzaju i sto-

pnia schorzenia: długie i cieniutkie wyrostki, jakie spotyka się przy formach zapalenia ziarninowego (*Granulierende*), albo bardzo szerokie, kolbowato rozdęte przy końcu. Wyrostki przewęzione w różnych miejscach dzięki bliznom po przebytych ostrych sprawach zapalnych, wyrostki wypełnione kamykami kałowymi, wyrostki zagięte pod kątem i t. d. Postaci jest bardzo dużo, lecz wszystkie one wymagają jednego kardynalnego warunku: wszelkie zaobserwowane zmiany powinny być stałe i nie zmieniać się w różnych fazach badania.

To samo tyczy się i zrostów. Patognomiczne w tych przypadkach są wyrostki przebiegające pionowo wdół, lub zagięte pod kątem ostrym, wreszcie wyrostki zagięte dokoła podstawy кишки ślepej. Tak samo dają się stwierdzić zrosty między wyrostkiem a siecią, jelitem biodrowym, poprzecznicą lub esicą.

Zaznaczyłem już powyżej, że położenie wyrostka jest bardzo zmienne. Istnieją jednak położenia, które odrazu przemawiają za sprawą patologiczną, i do takich w pierwszym rzędzie należy wyrostek przebiegający u podstawy кишки ślepej nazewnątrż. To położenie prawie zawsze przemawia za zrostami i przebyłą sprawą zapalną. Patognomiczne jest również położenie przy krawędzi кишки ślepej i przebieg wprost ku górze, albo położenie pod kiską. Doświadczenie bowiem poucza, że we wszystkich tych przypadkach mamy do czynienia albo ze zrostami, albo ze zbyt krótką kreseczką. W tym ostatnim przypadku wyrostek leży zwykle w podotrzewnowej tkance tłuszczowej, jego sprawność czynnościowa jest upośledzona, ma on dużą skłonność do skrętów i do ciężkich form zapalenia aż do zapalenia otrzewnej z przedziurawienia.

Dalszym objawem, który stoi na pograniczu kliniki i rentgenologii, że się tak wyrażę, jest określenie t. zw. punktu bolesnego. Prawda, klinika podała nam cały szereg punktów, jak Mc. Burneya i Lanza. Ale każdy z nas, który widział te najróżnorodniejsze położenia кишки ślepej i wyrostka, musi przyznać, że ściśle określenie tego punktu o wiele łatwiej i dokładniej odbywa się pod kontrolą oka przy radjopalpacji.

Po za temi objawami bezpośrednimi istnieje cały szereg objawów pośrednich, odnoszących się tak do samego wyrostka, jak i do innych części przewodu pokarmowego. Do jednego

z objawów najważniejszych należy tak zwana *appendostaza*, t. j. zaleganie w wyrostku robaczkowym po opróżnieniu kiszki ślepej. Czy tego rodzaju zaleganie trwa tylko kilka, ew. kilkanaście godzin, czy też, jak chce Kuttner, kilka dni, to ważniejszego znaczenia niema. Rozumie się, że zaleganie kilkudniowe powinno być traktowane poważniej, niż kilkugodzinne. Ale w zasadzie każdy wyrostek z *appendostazą*, jak powiada Albert Fraenkel, jest chory i powinien być usunięty.

Zbyt długie wyrostki robaczkowe, dochodzące nieraz do 30 cm. i powyżej, które naogół żadnych zmian nie wykazują, mają jednak tendencję do długotrwałego zalegania, i tem samem należą do grupy wyrostków upośledzonych.

Z objawów pośrednich, które się spotyka w innych częściach przewodu pokarmowego, wspomnę tylko o t. zw. *Coeco stazie* i zaleganiu w jelicie biodrowem.

Pod zaleganiem w kiszce ślepej rozumiemy w tym wypadku nie zwykłe zaleganie w całej kątnicy, ale bardzo nieznaczne zaleganie wielkości śliwki lub wiśni, na dnie kiszki ślepej, po zupełnem opróżnieniu dalszych odcinków okrężnicy. Zaleganie to powstaje na tle stałego skurczu zwieracza (*sphincter coeci*) który normalnie zamyka kiszkę ślepą przy przechodzeniu do niej mas kałowych z jelita biodrowego, celem lepszego ich zmieszania. Skurcz i rozkurcz zwieracza powstaje w warunkach normalnych na tle bodźców chemicznych. Stwierdzono, że w przypadkach przewlekłego schorzenia wyrostka robaczkowego skurcz ten jest stały albo bardzo częsty. Prawda, takie same zaleganie w kiszce ślepej spotyka się i przy innych schorzeniach, jak: *coecum mobile*, *megacolon*, *fissura ani*, niektórych postaciach krwawnic. Ale niektóre z tych schorzeń są dość rzadkie, inne dają się łatwo stwierdzić. Dlatego też, przy braku tych schorzeń, powinniśmy uważać powyższy objaw za dość ważny, rozumie się, że przy współistnieniu innych objawów wyżej opisanych.

Zaleganie w jelicie biodrowem nie ma większego znaczenia, poza temi przypadkami, w których zaleganie spowodowane zostało zmianami zrostowymi, co rentgenologicznie daje się dość łatwo stwierdzić.

Wszelkie inne objawy pośrednie spotykają się przy innych schorzeniach przewodu pokarmowego i większego znaczenia nie mają.

Reasumując wszystkie wywody powyższe, dochodzimy do wniosków następujących:

1. Badanie wyrostka robaczkowego powinno się opierać jedynie i wyłącznie na bezpośrednim badaniu samego wyrostka i stwierdzeniu w nim zmian, ustalonych jako patologiczne przez klinikę i rentgenologię.
2. Odsetek otrzymywanych obecnie przy badaniu rentgenologicznem wyrostków robaczkowych dochodzi do 80—90 podług danych wielu autorów amerykańskich i europejskich. Moje dane zbliżają się do liczb powyższych.
3. Metodyka badania wyrostka robaczkowego jest zwykłą metodą badania przewodu pokarmowego i nie wymaga ani specjalnego przygotowania chorego, ani urządzeń. Należy tylko być odpowiednio wyszkolonym i posiadać dużą wprawę w radjopalpacji.
4. Rentgenologiczne badanie wyrostka robaczkowego oddaje duże usługi klinice, jest bowiem w stanie zróżniczkować wiele schorzeń przewodu pokarmowego i wyjaśnić nieraz dość ciemne sprawy chorobowe, niedostępne prawie dla zwykłego badania klinicznego.

O znaczeniu rozpoznawczem prześwietlania wyrostka robaczkowego.

podał

S. MINTZ (Warszawa).

Diagnostyka zapalenia wyrostka robaczkowego wogóle, zaś w szczególności rola radioskopji w rozpoznawaniu tego cierpienia, stojącego na pograniczu medycyny wewnętrznej i chirurgji, były na ostatniem posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego tematem dla zbiorowego referatu, który wywołał ożywioną dyskusję. Z zadowoleniem stwierdzam, że interesująca

wymiana zdań między uczestnikami posiedzenia przyczyniła się do pogłębienia naszych wiadomości o stojącym na porządku dziennym zagadnieniu.

Zabierając głos w poruszonej sprawie z punktu widzenia lekarza internisty, muszę się zastrzec z góry, że zamierzam porzucić kilka luźnych uwag, które dotyczą wyłącznie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Appendicitis acuta nie przedstawia zazwyczaj dużych trudności rozpoznawczych. Natomiast przewlekła postać zapalenia wyrostka przebiega nieraz skrycie, symulując cierpienia innych narządów brzusznych. W odczycie o cholecystografii, wygłoszonym przezemnie przed czterema laty w Towarzystwie Gastrologicznem, przytoczyłem dwa przypadki, z których w jednym zapalenie wyrostka przebiegało pod postacią cierpienia wątroby, zaś w drugim appendicitis chronica w ciągu dwóch lat uchodziła za owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy. Przypomnę również, że niedawno poddał się radykalnej operacji wycięcia wyrostka jeden z naszych kolegów gastrologów, u którego częste bóle napadowe w brzuchu poprzednio przyjmowane były przez czas dłuższy za kolkę nerkową. Bywa zresztą i odwrotnie. Z własnej kazuistyki przychodzi mi na myśl pomyłka diagnostyczna z przed 20-tu laty. Zakwalifikowałem wtedy do appendektomji pacjentkę, 18-o letnią pannę z Pińska. Na stole operacyjnym usunięty został zupełnie zdrowy wyrostek. Po 10-ciu latach widziałem tę samą pacjentkę, będącą już matką dwojga dzieci, podczas ciężkiego napadu kamicy nerkowej.

Pomimo dokładnych wywiadów, badania ginekologicznego, badania per rectum i szczegółowego rozbioru moczu etc., stoi my nieraz wobec zagadki, czy występujące objawy chorobowe mają swe źródło w patologicznie zmienionym wyrostku. Bywają przecież przypadki, w których przewlekłe zapalenie wyrostka przebiega zupełnie bez wahań gorączkowych i ujawnia się jedynie bolesnością w prawym dole biodrowym, przyczem ból umiejscawia się nieraz w dołku podsercowym, zaś w wyjątkowych razach nawet wyłącznie albo przeważnie w lewej połowie, brzucha, jak to miało miejsce w jednym z obserwowanych przeze mnie przypadków, gdzie istniał zrost między kątnicą a esicą. Nadto nawet lokalizacja bólu w prawym dole biodro-

wym niezawsze zależy od schorzenia wyrostka. Objaw ten spotrzegamy także w cierpieniach narządów kobiecych lub moczowych, jak również wskutek znacznego zwiśnięcia trzewów brzusznych.

Na szczęście przybyła nam na pomoc metoda, która w wątpliwych przypadkach ma doniosłe znaczenie dla rozpoznania różniczkowego. Mam tu na myśli badanie rentgenologiczne wyrostka robaczkowego. Mam wrażenie, że młodsze pokolenie kolegów bagatelizuje rolę radioskopji w diagnostyce chorób przewodu pokarmowego, że nie docenia wielkich sukcesów tej metody. Napozór brzmi to paradoksalnie. Wszakże młodzież hołduje zazwyczaj postępowi, starsi natomiast uchodzą za zacofanych, n.e. lubiących reform i niechętnych dla nowych metod. Nie chcąc być źle zrozumianym, postaram się twierdzenie swoje należycie umotywować. Otóż my, lekarze starsi, którzyśmy pracowali w czasach przedrentgenowskich, najlepiej oceniamy znaczenie rozpoznawcze rentgenologii tam, gdzieśmy dawniej bez tego drogowskazu bezradnie po manowcach bładzili. Coprawda, zdarzające się fałszywe djaгноzy rentgenologiczne, stwierdzone podczas zabiegu operacyjnego lub badania zwłok, zniechęcają lekarzy do tej metody, zapomina się jednak, że nie są to błędy rentgenologii, lecz rentgenologów, nie metody samej, jako takiej, lecz jej wykonawców, z których nie wszyscy mają dostateczne doświadczenie. Zresztą nawet najdoświadczeńszy rentgenolog może się pomylić. Każdy z nas zna takie fatalne pomyłki. Sporadyczne błędy nie powinny jednak stanowić o ważności radioskopji w diagnostyce chorób przewodu pokarmowego.

Specjalnie w interesującej nas dziedzinie rentgenologia nie ustaliła jeszcze pewnych niezbitych oznak chorobowych, nie ma jeszcze dotąd zupełnej zgody między różnymi badaczami co do istotnej wartości tych lub owych objawów rentgenologicznych, tak jak to widzimy w innych dziedzinach, jak np. w chorobach żołądka, dwunastnicy lub wątroby. Pomimo to dotychczasowe zdobycze w prześwietlaniu wyrostka robaczkowego wykazują wielki postęp.

Jakie właściwie dane, otrzymywane przy pomocy radioskopji wyrostka, posiadają znaczenie rozpoznawcze? Są to dane dotyczące się zachowania się pokarmu kontrastowego w jelicie bio-

drowem, jak również stanu samego wyrostka robaczkowego. Normalnie w 6—8 godzin po otrzymaniu pokarmu kontrastowego przez badanego osobnika pętlice kiszek cienkich są opróżnione. Jeżeli więc jeszcze po 14-tu godzinach mamy zastój barytu w ileum terminale, to uważać to należy za objaw patologiczny dla zapalenia wyrostka, rozumie się o tyle, o ile opóźnione przejście masy kontrastowej przez jelito biodrowe nie zależy od zbyt długiego przebywania jej w żołądku lub dwunastnicy, jak to zwykle obserwujemy przy t. zw. retencyjnym rozszerzeniu żołądka. Co się tyczy samego wyrostka, to, jeżeli się nie mylę, wszyscy rentgenolodzy zgadzają się, że zdrowy normalny wyrostek wypełnia się barytem. Różnica polega tylko na stosowaniu tej lub innej metody, która umożliwia i przyspiesza wypełnienie wyrostka.

Nie będę się zbytnio rozwodził nad techniką prześwietlania wyrostka. Ograniczę się tylko do niektórych szczegółów.

C z e p a (Weitere Beiträge zur Roentgendiagnostik der Appendicitis, Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgendiagnostik, Bd XL. 2) daje badanym chorym mieszaninę soli gorzkiej (2—3 łyżeczki kawowe) z barytem w płynie, do którego dla smaku dodaje kakao lub sok owocowy, zaś wleczorem normalny pokarm kontrastowy. O ile pierwsza próba nie udaje się, to ją powtarza dwa lub nawet trzy razy. O niewypełnieniu wyrostka zdaniem tego badacza, może być tylko wtedy mowa, kiedy po dwu lub trzykrotnem stosowaniu powyższej mieszaniny wyrostek nie zarysowuje się. Niektórzy rentgenolodzy dają zwykły pokarm kontrastowy, zaś w razie niewypełnienia się wyrostka chory po 2-ch dniach bierze na przeczyszczenie (rycinę). Inni znowu (G o t t h e i n e r) zalecają wysoką irygację kontrastową. Metoda ta niezawsze prowadzi do celu, gdyż w dużym odsetku przypadków płyn kontrastowy nie dochodzi do kątnicy. Przy oglądaniu wyrostka w obrazie rentgenologicznym zwracamy uwagę na to, czy jest on długi lub krótki, czy jest zgięty, czy siedzi w zrostach, czy jest wrażliwy na ucisk, czy pokarm zalega w nim. Zdaniem C z e p y t. zw. *Appendistasis*, t. j. zaleganie masy kontrastowej w wyrostku po opróżnieniu кишки ślepej, ma ważne, jakkolwiek nie bezwzględne znaczenie rozpoznawcze, gdyż zdarza się wyjątkowo nawet przy zdrowych wyrostkach.

Osobiście często korzystam z usług rentgenologii dla celów rozpoznawczych. Dzięki jej pomocy udawało mi się nieraz ściśle rozpoznanie zapalenia wyrostka w wypadkach wątpliwych. W powyżej przytoczonym przypadku zrost między kątnicą a esicą rozpoznany został przed zabiegiem chirurgicznym tylko dzięki prześwietleniu. Wykonana operacja w zupełności potwierdziła rozpoznanie rentgenologiczne. Niedawno znowu zgłosiła się do mnie 43-letnia pacjentka, p. G., która uskarżała się na trapiące ją od kilku lat codzienne bóle brzucha, odbijania, czkawkę, parcie na stolec, bóle głowy i bicie serca. Bóle brzucha nie były uniejscowione, ciepłota nie była podwyższona. Nic nie przemawiało za obecnością schorzenia wyrostka robaczkowego. A jednak badanie rentgenologiczne, przeprowadzone przez kol. B. Kryńskiego, dało wyniki, świadczące o istnieniu appendicchr. (opóźnione przejście pokarmu przez jelito biodrowe, niewypełnienie się wyrostka, ani samoistne ani pod uciskiem, bolesność uciskowa). Chora była operowana w Szpitalu Żydowskim na Czystem przez kol. Sołowiejczyka. Na stole operacyjnym znaleziono schorzały wyrostek, siedzący w zrostach. Dopiero po wypisaniu się ze szpitala chora przypomniała sobie, że przed 16 laty miała typowy napad *appendicitidis acutae*. Uważam, że wszędzie tam, gdzie rozpoznanie „*Appendicitis*“ jest tylko prawdopodobne, ale bynajmniej nie pewne, wskazana jest kontrola rentgenologiczna, zwłaszcza przed postanowieniem operacji.

Rentgenoskopia wyrostka robaczkowego nie doszła jeszcze do doskonałości, ale kroczy wciąż naprzód. Mam nadzieję, że w niedalekiej przyszłości poglądy różnych badaczy będą uzgodnione i że radiologia wyrostka robaczkowego opierać się będzie na pewnych podstawach, tak jak radiologia żołądka i dwunastnicy, albo też cholecystografia.

Wymioty krwawe w przebiegu kamicy żółciowej.

podali

Dr. WILHELM RÖBIN i Dr. JÓZEF NUSBAUM.

Różniczkowanie pomiędzy owrzodzeniem żołądka lub dwunastnicy, a kamicą żółciową nasuwa bardzo często wielkie trudności. Zdawałoby się a priori, że dwie te sprawy chorobowe znacznie się różnią już klinicznie. W owrzodzeniu bowiem chory doznaje bólów w 1-2-3 godziny po przyjęciu pokarmu, bóle odznaczają się promieniowaniem do grzbietu, występują często naczczo, przyczem przyjęcie pokarmu łagodzi te bóle.—Natomiast kamica żółciowa w swej postaci typowej, objawia się, jak wiadomo, napadami bólów, mniej lub bardziej burzliwymi, z wymiotami żółciowymi, dreszczami, ciemnym moczem, a nieraz z gorączką.

Jednakowoż w rzeczywistości sprawa nie przedstawia się tak prosto. Kamica żółciowa, a mówiąc ściślej, przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego na tle kamieni lub bez nich, bardzo często występuje klinicznie w sposób najzupełniej przypominający wyżej podane objawy owrzodzenia żołądka. A więc spostrzegamy tu zamiast typowych przełomów—bóle w dołku po jedzeniu, zaraz lub po upływie pewnego czasu, zgagę, bóle głodowe, bóle wieczorne, bóle nocne. Jeśli badanie rentgenowskie stwierdzy przytem zniekształcenie dwunastnicy, przesunięcie jej naprawo, niszę i t. p., to rozpoznanie kliniczne wydaje się zupełnie pewne i niepodlegające dyskusji.

Kuracja mleczno-bizmutowa nieraz bóle łagodzi lub usuwa, ale na czas bardzo krótki. Bóle powracają pomimo ścisłej diety. Obwiniamy wówczas „zrosty“, jako powód bólów—przypuszczamy istnienie wrzodu drążącego, nie poddającego się leczeniu wewnętrznemu i decydujemy się na zabieg chirurgiczny. Jeśli cierpienie dotyczy osobnika starszego, podejrzewamy tło złośliwe i tembardziej namawiamy chorego na operację. Ta ostatnia jednak w tych razach nic w żołądku nie wykrywa, ani zrostów,

ani owrzodzenia. Przyczyna bowiem bólów tkwi gdzieindziej, mianowicie w pęcherzyku żółciowym. I dopiero *per exclusionem* albo na zasadzie zjawiających się z czasem typowych przełomów, żółtaczk i t. p. rozpoznajemy cierpienie żółciowe.

Jeśli tylko co opisane objawy pozornie uprawniają nas do rozpoznawania owrzodzenia żołądka lub dwunastnicy, to o ile większe prawo do takiego rozpoznania daje nam krwawienie z żołądka. Uważane ono jest niemal za patognomoniczny objaw owrzodzenia żołądkowo-dwunastniczego.

Wprawdzie wiemy wszyscy, że wymioty krwawe mogą być następstwem jeszcze innych spraw chorobowych, jak raka żołądka, nadżerki śluzówki, polipów i żylaków. Pozatem obserwujemy je w miażdżycy i stanach zastoinowych na skutek cierpień płuc lub serca, przy zastoju żylnym w krążeniu wrotnym, marskości wątroby, zapaleniu żyły wrotnej (*pylephlebitis*), guzach wątroby, cierpieniach septycznych, jak zapalenie wyrostka robaczkowego, dur, błonica, po różnych operacjach brzusznych, po oparzeniach skóry, wreszcie przy organicznych cierpieniach mózgu i rdzenia (*tabes dorsalis, apoplexia*). Spostrzegano również duże krwotoki u pijaków na skutek ciężkich postaci nieżyłtów żołądka, wreszcie zmiany kiłowe naczyń żołądkowych mogą również powodować krwotoki.

Ale o zapaleniu woreczka żółciowego, jako przyczynie krwawienia, nie myślimy wcale, gdyż współzależność tych dwóch spraw chorobowych mało jest klinicytom znana.

Jednakże, jak to możemy się przekonać z piśmiennictwa, krwawienia żołądkowe w przebiegu zapalenia pęcherzyka żółciowego nie są bynajmniej rzadkością. W przypadku opisanym przez Enriquez'a i Gosset'a (Soc. de Chir. 1914 str. 524 i 659) historia kliniczna datowała się od lat 6-ciu; częste ataki pod postacią bólów kurczowych żołądka z promieniowaniem do tyłu niekiedy z wymiotami w 2 godziny po jedzeniu; wielokrotnie znacznego stopnia *melaena*. Przy operacji zmian w żołądku, ani w odźwierniku, ani w 1-szym odcinku dwunastnicy nie stwierdzono; pęcherzyk żółciowy wielkości gruszki był ukryty pod wątrobą i zrosnięty z 1-szym odcinkiem dwunastnicy. Było to zapalenie pęcherzyka żółciowego (w pęcherzyku były 2 kamienie)

Po usunięciu pęcherzyka ustały wszystkie dolegliwości wraz z krwotokami.

Oddawna już notowano krwotoki żołądkowe w przypadkach zaczopowania głównego przewodu żółciowego przez kamień, bądź też w przebiegu kamicy na skutek pęknięcia tętniaka tętnicy wątrobowej. Przypadki podobne obserwowali Charcot, Dieulafoy i inni. Przypadek Dieulafoy dotyczył chorego, dotkniętego kamicią żółciową, który zginął naskutek gwałtownych wymiotów krwawych i *melaena*. Inni znów autorzy, jak Gilbert i Lereboullet, wyodrębnili wśród rozmaitych postaci „*cholemie familiale*” postać krwotoczną, którą opisali pod nazwą: „*pseudo ulcère stomacal d'origine biliaire*”. Interesujący, choć niezmiernie rzadki przypadek podaje Aufrecht: kamień pęcherzykowy, przedzierając się do mięszu wątrobowego, wywołał tak silny krwotok, iż jama wypełniona krwią opróżniła się nie tylko przez przewód żółciowy do jelita, lecz również naskutek przebicia ściany do wolnej jamy brzusznej (Nothnagel's Spec. Path. u. Therapie-Hoppe-Seyler).

W czasach nowszych o krwotokach żołądkowo-jelitowych w przebiegu kamicy żółciowej wspominali Enriquez, Chauffard, Gaston Durand, Hans Kehr i inni. Z dużych krwotoków w przebiegu kamicy obserwowano na klinice Enriqueza w ciągu 12 lat 1 przypadek. Podobnych przypadków naliczył Chauffard zaledwie kilka. Kehr na 1838 obserwowanych przez siebie przypadków skonstatował w 100 przypadkach *melaena*.

W artykule niniejszym nie mamy na uwadze tych bardzo rzadkich przypadków kamicy z krwotokami, spowodowanymi pęknięciem rzekomych tętniaków przez wypełnienie krwią dróg żółciowych, ani tych, w których krwotoki powstają w przebiegu *cholemji*. Zależy nam jedynie na zwróceniu uwagi na powszednie przypadki kamicy żółciowej i zapalenia pęcherzyka żółciowego, które mogą być powikłane przez wymioty krwawe i *melaena*. Już Palewski sądzi, iż krwotoki te stanowią 10% wszystkich krwotoków dwunastniczych. Chiray i Pavel uważają je za dość częste powikłanie w przebiegu kamicowego zapalenia pęcherzyka żółciowego.

Krwawienia z żołądka mogą występować, bądź jako zwia-

stun sprawy zapalnej pęcherzykowej, bądź jako objaw, współrzędnie z innymi oznakami cierpienia żółciowego.

Dla ilustracji podajemy następujące trzy przypadki:

Przypadek I-szy:

Pani H. W., lat 38, cierpiała od kilku miesięcy na brak apetytu, zgagę po słodkich pokarmach, ciężkość w dołku po jedzeniu. — W czerwcu 1919 roku wystąpiły nagle krwawe wymioty (nieobfite) i ciemne wypróżnienie. Rozpoznano na naradzie z D-r'em Wejnertem owrzodzenie żołądka i zastosowano odpowiednią kurację. Chora leżała 5 tygodni w łóżku i poprawiła się. 1.X.1919 r. chora zjawiała się znów ze skargą, iż miewa od czasu do czasu napady silnych bólów w dołku i prawem podżebrzu, trwające po kilka godzin i ustępujące jedynie po zastrzykach morfiny. W okresie międzynapadowym chora czuła się dobrze. Ciężkość w dołku odczuwa niezależnie od jedzenia. Przy badaniu stwierdzono powiększony lewy płat wątroby, bolesny przy opukiwaniu. Rozpoznanie owrzodzenia zostało zachwiane. Teoretycznie można było przyjąć współistnienie owrzodzenia żołądka i kamicy żółciowej. Nasuwała się jednak pewna wątpliwość co do owrzodzenia żołądka wobec zupełnego braku łąknienia i tego samego charakteru objawów subiektywnych (ciężkość w dołku) przed krwotokiem i później. — Zdjęcie rentgenowskie (Dr. Judt), wykazało orthotonię, opróżnienie się żołądka po 2—6 godzinach, brak jakichkolwiek zrostów i bolesność nazewnęątrż od odźwiernika.

Dane rentgenowskie podważyły znowu dość mocno rozpoznanie owrzodzenia, jakkolwiek ujemny wynik badania rentgenowskiego nie zawsze, jak wiadomo, wyłącza owrzodzenie.

Wkrótce potem wystąpiła lekka żółtaczka, uporczywy brak łąknienia, silniejsze gniecenie w dołku, niezależne od przyjmowania pokarmów. Wątroba była stale powiększona i bolesna. Chorej zaproponowano operację, na którą się jednak nie zgodziła. Po pewnym czasie chora zaczęła się poprawiać, przybrała 8 funtów. W latach późniejszych przeciętnie dwa razy do roku powtarzały się typowe napady kolki żółciowej.

Analizując przypadek powyższy, moglibyśmy oddzielić okres krwotoku żołądkowego od okresu wyraźnej kamicy żółciowej i rozpoznać 2 współistniejące cierpienia: owrzodzenie żołądka,

jako przyczynę wymiotów krwawych, i kamicę żółciową. Koincydencja w zasadzie możliwa, szczególnie, jeśli wchodzi w grę dwunastnica i zrośnięty z nią pęcherzyk żółciowy — czego w danym wypadku nie było. Pewne wątpliwości jednak nasuwał już wówczas cały przebieg cierpienia, tak typowy dla kamicy żółciowej, ale o początku niezwykłym, bo z krwawymi wymiotami. —

Przypadek drugi: był bardziej przekonywujący:

W. Z., lat 32, kupiec, zmuszony do ciągłych rozjazdów po kraju i do jądania w restauracjach. Był zawsze zdrow. Od pewnego czasu niedomagał, czuł się osłabionym, stracił apetyt, miał odbijania puste i gorzkie, nieraz nudności i uczucie ciężkości w dołku po jedzeniu, zaparcie stolca. — Pewnego dnia poczuł dość silny ból w dołku i prawem podżebrzu, trwający kilka godzin. Poprawa pod wpływem gorących okładów i gorącej herbaty. Nazajutrz wystąpiła lekka żółtaczką; bóle mniejsze. Ciepłota normalna. Zalecono leżenie w łóżku, okłady, lekką płynną dietę, sodę z belladonną, wodę Vichy. Stan się pozornie poprawił. Po dwóch dniach nagle, bez błędu dietetycznego, wystąpiły wymioty krwawe, nieobfite, przy dobrym tętnie i dobrym stanie ogólnym. Nasunęło to podejrzenie istnienia owrzodzenia dwunastnicy w bezpośrednim sąsiedztwie z wątrobą, skąd żółtaczką. Chory szybko się poprawił, krwawienie nie powtórzyło się, bóle nie powracały. Po 2 tygodniach chory dostał silnego napadu bólów wyraźnie w prawem podżebrzu o przebiegu typowym dla kamicy żółciowej. — Żółtaczką się wzmogła, ciepłota wahała się przez 3 dni od 37^6 — 37^3 . Wymiotów nie było. Typowe napady powtarzały się jeszcze później co kilka miesięcy.

Przypadek ten zmusza nas już do zastanowienia się, czy krwawienie żołądka nie powstało wyłącznie, jako jeden z objawów typowej kamicy żółciowej. Za tem przemawia początek choroby i żółtaczką, poprzedzające wymioty krwawe.

Trzeci przypadek dotyczył mężczyzny lat 42, otyłego, żyjącego w dobrobycie, który odżywiał się nadmiernie, chętnie pijał piwo, mało chodził. Od szeregu lat leczył się na „kamienie żółciowe“. Ostatni atak kolki żółciowej przed 3 miesiącami. Nagle chory dostał krwawych wymiotów i czarnych stolców. W ostatnich czasach czuł się gorzej, był stale podnie-

cony, nieregularnie jadał. Pamiętając o 2-ch poprzednich wyżej opisanych przypadkach, ociągaliśmy się z rozpoznaniem owrzodzenia. Po kilku dniach stan się poprawił i chory mógł przejść na pokarmy ciepłe. W kale krwi nie było już po 4 dniach. W moczu dużo urobiliny. W 2 tygodnie po wymiotach krwawych silny typowy atak kamicowy.

Podane przypadki nasuwają niewątpliwie myśl o możliwości występowania wymiotów krwawych, w przebiegu kamicy żółciowej lub jako jej zwiastun. Jak wytłumaczyć ten zbieg objawów? Rozmaici autorzy podawali rozmaite przyczyny i tłumaczenia.

A więc Dieulafoy tłumaczy je pęknięciem tętnicy wątrobowej, spowodowanym przez kamień. Przyjmowano z kolei fakt specjalnych zmian we krwi za przyczynę krwotoków w cierpieniach wątrobowo-żółciowych. Wedle innego poglądu wchodziłyby w rachubę czynniki mechaniczne w samym krążeniu wątrobowem. Lancerboux tłumaczy występowanie krwotoków zmianami naczyńiowemi. Budd połączył obłe powyższe teorie: nadciśnienia śródwątrobowego z teorią naczyńiową, przyjmując, iż naczynia włosowate u chorych kamicowych są mniej odporne. Hanot przypisywał dużą rolę czynnikowi naczyńiowo-ruchowemu. Sądzi on, iż kamień może niekiedy powodować przez podrażnienie układu współczulnego gwałtowne rozszerzenie naczyń układu wrotnego, co naskutek jednocześnie zmniejszonej odporności ze strony ścian naczyńiowych staje się powodem krwotoków. O wiele słuszniejszą wydaje się teoria Enriquez'a i Durand'a: zdaniem tych autorów proces zakaźny wychodzący z pęcherzyka dociera do dwunastnicy, powodując *duodenitis* i nadżerki śluzówki. Należy zatem szukać przyczyny powyższych krwotoków (Aubijoux) w uszkodzeniu śluzówki żołądka, a przedewszystkiem dwunastnicy; uszkodzenie to jest następstwem zakażenia pęcherzyka lub dróg żółciowych, przenoszącego się na dwunastnicę, bądź bezpośrednio przez zakażoną żółć, bądź za pośrednictwem zrostów, powstałych między pęcherzykiem a dwunastnicą.

Podaliśmy powyżej rozmaite poglądy na patogenezę krwotoków żołądkowych w kamicy żółciowej i innych sprawach wątrobowych. Dla naszych przypadków tłumaczenie to nie jest wy-

starczające. Zdanem naszym przed wystąpieniem wyraźnych objawów kamicy żółciowej — jak również podczas istnienia sprawy chorobowej pęcherzyka żółciowego o typie przewlekłym, istnieje bardzo często nieżyt żołądka, dwunastnicy i dróg żółciowych. Nieżyt ten powoduje szereg objawów przedmiotowych, jak zanik łaknienia, odbijanie, uczucie ciężkości po jedzeniu, ściskanie w dołku i t. p. U niektórych chorych pod wpływem błędu dietetycznego, ostrych pokarmów, gorących napojów lub t.p. błona śluzowa żołądka lub dwunastnicy może ulec łatwo przekrwieniu, co spowodować może krwawienie, tak, jak to widzimy w sprawach nosowych, lub przy zapaleniu dziąseł i t. p. Krwawienia te, jako nie będące następstwem „wrzodów okrągłych żołądka lub dwunastnicy” nie są tak niebezpieczne, tak obfite, szybko mijają, pozostawiając cierpienie zasadnicze — kamicę żółciową.

P I Ś M I E N N I C T W O.

A. Aubijoux. Les hémorragies gastro-duodénales dans la lithiase biliaire. Thèse. Paris 1923.

Chauffard. Leçons sur la lithiase biliaire. Masson édit. 1919.

Chiray et Pavel. La vesicule biliaire. Str. 280.

Durand. Séance de la Société de gastro-entérologie de Paris du 7 mai 1923.

Enriquez et Gosset. Syndrôme vesiculo duodénal. Journal de Chirurgie 1914. Str. 659.

Fleiner. Ueber Gallenblasenentzündung u. davon abhängige Magen-darmstörungen. Münch. medz. Wochenschrift 1909.

Gilbert et Lereboullet. Pseudo-ulcère stomacal d'origine biliaire. Journal Médical Français 1907.

Hoppe-Seyler. Nothnagel's Spez. Pathologie und Therapie. Str. 223

Kehr Hans. Kraus-Brugsch. Spez. Path. u. Ther. d. inner. Krankh. Bd. VI.

Naunyn. Klinik der Cholelithiasis. Leipzig. 1892.

Rütimeyer. Kraus Brugsch Bd. V. Str. 1098.

Streszczenia.

Kuźnecow, Sołowjewa, Ilin. Fizjologja i patologja ślinianek. (Archiv. f. Verd. XLVIII. H. 1—2).

Autorzy przeprowadzili badanie ślinianek metodą Juszczewki. Podając rozmaite pokarmy, stwierdzili, że tłuczone sucharki wywołują największe wydzielanie śliny. Mięso, białko z jaja, żółtko gotowane na twardo, wpływają mniej na wydzielanie śliny podczas jedzenia. Płyny: rosół, kleik z owsianki, mleko jeszcze słabiej drażnią ślinianki. Woda wcale nie wywołuje wydzielania śliny. Cytryna, pomarańcze wywołują wzmożone wydzielanie, które jednak po usunięciu tychże zaraz ustępuje.

Pilokarpina podrażnia ślinianki, podczas gdy atropina wstrzymuje wydzielanie. Przy zapaleniu płuc, chorobach gorączkowych, przy ropnem zapaleniu ślinianek wydzielanie śliny zanika.

Schlagger.

Morawitz. T. zw. „agastryczne anemje” i ich stosunek do niedokrwistości złośliwej. (Arch. f. Vrdgskrk. B.LXVII, H. 5—6)-

T. zw. „anemje agastryczne” rozwijają się w 6—8 lat po dokonaniu rezekcji żołądka. Anemje te niezawsze wykazują obraz krwi, charakterystyczny dla niedokrwistości złośliwej. U jednego i tego samego chorego można zaobserwować rozmaite następujące po sobie obrazy krwi.

Autor przytacza 3 przypadki takich niedokrwistości z obrazami krwi cechującymi anemię złośliwą, wtórną i aplastyczną. Leczenie wątrobą daje tutaj podobnie, jak i w niedokrwistości złośliwej, dobre wyniki. Jednakże skuteczne podawanie wątroby jest niezawsze zależne od istnienia t. zw. złośliwie anemicznego obrazu krwi. Wątroba może działać również i w poszczególnych postaciach niedokrwistości wtórnej.

Bezsoczność (Achyilia), ten konieczny warunek powstawania niedokrwistości złośliwej, jak również anemji agastrycznej, jest zapewne owym wspólnym etiologicznym czynnikiem, który

tłomaczy względnie częste współistnienie anemji złośliwej i raka żołądka.

Sama bezsoczność nie wystarcza do powstawania tych niedokrwistości, muszą tu wchodzić w rachubę jeszcze inne pozażołądkowe czynniki.

J. Nusbaum.

Herman Simchowitz. Określanie śluzu w nieżytach żołądka. (Archiv. f. Verd. 1930. H. 1—2).

Autor opisuje metodę określania śluzu w żołądku, podaną przez Straussa i nadającą się do zastosowania w praktyce lekarskiej.

Jako napój próbny podaje się choremu herbatę, którą należy po 35' wydostać z żołądka zgłębnikiem Gantera. Wydobyta zawartość w ilości 15 cm.³ nalewa się do sączka o stałym wymiarze i gatunku. Wysokość lejka powinna wynosić 5,8 cm., obwód — 6,5 cm. Następnie określamy ilość przesączonego płynu w ciągu 1/2 godziny. $DG = \text{Durchlaufgeschwindigkeit}$. — $DG - 30' = 5 \text{ cm.}^3$, t. z. w ciągu 1/2 godziny przesączyło się 5 cm.³. Zawartość żołądkowa bez śluzu daje $DG - 30' = 12 \text{ cm.}^3$. Zawartość z dużą domieszką śluzu daje $DG - 30' = 1 \text{ cm.}^3$. Wartość normalna = $DG - 30' = 7 - 11 \text{ cm.}^3$. Autor twierdzi, że niema stałego stosunku między ilością wydzielonego śluzu i kwasu solnego. Zmniejszenie się ilości śluzu przy wysokiej kwasocie uważa za pozorne, a to wskutek trawienego działania soku żołądkowego. Widzimy wówczas wzmożoną ilość jąder, strawionych komórek.

Schlager.

Miginiac. Pęknięcie wrzodu odźwiernika trzy lata po założonem zespoleniu żołądk.-jelitowem. Arch. App. Dig. 1930-III.

Przypadki te są nadzwyczaj rzadkie. Autor dokonał w 18-ej godzinie po przedziurawieniu wycięcia odźwiernika, chory jednak po 43 dniach zmarł. Dobre wyniki otrzymuje się, o ile się operuje w pierwszych 8 godzinach, po 10-ej i 12-ej godzinie wyniki są zawsze wątpliwe. Niestety objawy pęknięcia nie są zawsze charakterystyczne; objaw „pchnięcia sztyletem“ niekiedy zawodzi.

M. O.

Strauss. Badanie wydzieliny żołądkowej bez pomocy zgłębnikowania. (Arch. f. Verd. T. 48 z. 1-2).

Podając choremu herbatę próbną, określa się kwasotę czynną (Ph) w moczu po zastrzyknięciu 1-2 mg histaminy. Tą drogą daje się określić stopień wydzielania kwasu solnego przez żołądek, omijając potrzebę zakładania zgłębnika żołądkowego. Chory otrzymuje 300 cm nieocukrzanej herbaty i jednocześnie zastrzyknięcie histaminy. W ciągu 3-ch godzin chory oddaje co $\frac{1}{2}$ godziny mocz, w którym zostaje określony P-h przy pomocy metody Michaelisa. Firma Merck wypuściła na rynek wskaźnik uniwersalny, który daje możliwość określenia Ph bez skomplikowanych badań laboratoryjnych. U osobników z normalną kwasotą otrzymujemy liczby dla Ph wahające się między 7-8, przy braku kwasu żołądkowego odnośne wartości Ph leżą poniżej 7, czasami nawet poniżej 6.

Fr.

Rehder. Odżywianie przez zgłębnik wprowadzony do jelita czczego przy przewlekłych owrzodzeniach żołądka i dwunastnicy. (Ther. d. Geg. Nr. 71930).

Wychodząc z założenia, iż owrzodzenia żołądka i dwunastnicy goją się po unieruchomieniu tych narządów, autor wprowadza zgłębnik do jelita czczego i, pozostawiając go w nim w ciągu 30, dni odżywia chorego przez podawanie odpowiednich pokarmów przez zgłębnik. Uważa on, iż taką metodą leczenia uda się w przyszłości uchronić chorego od zabiegu chirurgicznego. Do chirurga należy tylko kierować przypadki ostrego przedziurawienia, zwężenia odźwiernika oraz żołądki klepsydrowato zwężone. Autor stosował odżywianie przez jelito czcze u 120 chorych, zakładając zgłębnik przez nos. Najlepsze wyniki osiągnął on u chorych z owrzodzeniem na małej krzywiźnie z nyżą, która zniknęła przy końcu leczenia; chorzy leczeni tym sposobem tracą w kilka dni swe bóle, tak że autor miewał trudności u chorych z pozostawieniem zgłębnika na tak długi okres czasu.

Za największe powikłanie uważa autor podrażnienie nerwu błędnego, które pobudza zgłębnik do ruchów wstecznych; tworzą się pętle i węzłki, które zmuszają do wyciągania zgłębnika i powtórnego wprowadzenia go. Powodem do tworzenia się

tych węzełków jest zbyt szybkie wprowadzanie pokarmów; doświadczenie nauczyło autora, iż wlewanie $\frac{1}{4}$ litra płynu powinno trwać 1—1½ godzin—tylko wówczas surowiczówka jelita czczego zostaje niepodrażniona — w przeciwnym razie podrażnienie prowadzi do kurczu jelita i powoduje bóle, mdłości, uczucie pełności, bicie serca i zaparcie. Henning proponuje wprowadzać następujące pokarmy: dla pacjenta ważącego 60 kg. 1200 cm mleka ciepłego, do którego należy dodać 2 pastylki Acidol-Pepsiny; mleko przez noc pozostawić w cieplarni; następnie dodać 6 jaj oraz sok wyciśnięty z połowy cytryny, oddzielnie gotować w $\frac{1}{4}$ litra wody — 30,0 mąki, 50,0 Maizena cukier gromy oraz 50,0 masła. Po ostygnięciu tej mieszanki — dodać ją do pierwszej, przecedzić i przy pomocy irygatora wlewać w ciągu dnia po 250—500 cm. każdorazowo. Wobec powyższego należy, zdaniem autora, w przypadkach, w których kuracja dietetyczna i zasadami nie dopisuje, wypróbować leczenia przy pomocy odżywiania do jelita czczego, gdyż metoda ta jest nieszkodliwa i bardzo często doprowadza do wyleczenia.

Fr.

Henning. Cholangja a choroby żołądka. (Arch. f. Verd. B. 48, zesz. n. 1-2.).

Dolegliwościami żołądkowymi w chorobach dróg żółciowych zajmowało się wielu klinicystów, starając się wyświecić stosunek tych dolegliwości do chorób woreczka żółciowego. Wszyscy autorzy obserwowali zmniejszoną kwasotę żołądkową w cierpieniach wątrobowych, lecz nie wszyscy jednakowe dawali objaśnienia tego objawu. Dopiero ostatnimi czasy wziernikowanie żołądka dało możność bliżej rozejrzeć się w zmianach chorobowych żołądka. Powstały 3 pytania, na które należało dać wyczerpujące odpowiedzi: 1) czy cierpienie dróg żółciowych jest to cierpienie pierwotne, powodujące drogą ciągłą powstanie nieżytych zmian w żołądku, 2) czy oba cierpienia powstają jednocześnie i są wywołane przez czynniki szkodliwe wewnętrzne lub zewnętrzne, i wreszcie 3) czy nieżyt żołądka, jako cierpienie pierwotne, powoduje zapalenie w drogach żółciowych.

Autor doszedł do następujących wniosków: na 2-ch przypadkach, kontrolowanych wzornikiem żółdkowym, dowiódł, iż zapalenie dróg żółciowych rozwinąć się może w następstwie przewlekłego nieżytu żółdka. W przypadkach dość częstych wspólnego schorzenia żółdka z wątrobą należy przypuścić żółdkowo-zstępującą postać cholangji. W przypadkach po wycięciu żółdka — powstaje zakażenie dróg żółciowych wstępujące jelitowe — w tych przypadkach dojść może do ostrego zapalenia dróg żółciowych przez zakażenie lasecznikami okrężnicy górnych odcinków przewodu pokarmowego. Zapalenie dróg żółciowych, powstałe u chorych cierpiących na wrzód dwunastnicy we wszystkich przypadkach idzie stale w parze z nieżytowymi zmianami w żółdku. Co się tyczy zagadnienia, czy wrzód żółdka i dwunastnicy powstaje na tle nieżytu tych narządów, jest ono jeszcze nadal nierozstrzygnięte i ma swoich zwolenników jak i przeciwników.

F r.

Albrecht. Klinika uchyłka dwunastnicy jako schorzenia.
(Deutsche Med. Woch. N. 40 1930 r.).

Autor w ciągu ostatnich trzech lat zebrał 50 przypadków uchyłka dwunastnicy i na podstawie tego materiału podaje dane kliniczne dotyczące się tego schorzenia. Bardzo często jest to cierpienie przeoczane przez rentgenologów. Napotyka się ono u ludzi w wieku starszym — a więc trudno w tych przypadkach mówić o „wrodzonym” schorzeniu, można byłoby jedynie przypuścić, iż na tle wrodzonego osłabienia ścianki dwunastnicy dochodzi do tworzenia się uchyłka. Do charakterystycznych objawów przy prześwietlaniu należy zaliczyć następujące: 1) plamisty cień ostro zarysowany na tle dobrze wypełnionej dwunastnicy, 2) przejście części papki kontrastowej obok powyżej opisanej plamki, 3) dłuższe pozostawanie plam po opróżnieniu się całej dwunastnicy i wreszcie 4) zaleganie trwające wiele godzin, a nawet dni. W razie dojścia do zapalenia ścianki uchyłka — występuje bolesność obmacywanej plamki. To zaleganie, które spostrzegać można nawet do miesiąca prowadzi do stanu zapalnego, który przechodzi często na narządy sąsiednie: na trzustkę, żółdek oraz wątrobę. Te wtórne objawy zaciemniają obraz

kliniczny, usunięcie woreczka żółciowego często nie przynosi choremu ulgi, gdyż podstawowe cierpienie — uchyłek, zostaje często przeoczone przez chirurga.

Fr.

H Oppenheimer. O urazowem porażeniu jelit. (Med Kl. N. 18 1930).

2 przypadki złamania kończyny dolnej, w których wystąpiła na drugi dzień całkowita niedrożność jelit. W obu przypadkach na 3 względnie 4 dzień dokonano otwarcia jamy brzusznej i nałożono przetokę kałową. W obu przypadkach nie stwierdzono żadnej przeszkody w jelitach, ani też innych zmian,¹⁾ któreby mogły wytłomaczyć niedrożność. Autor kilkakrotnie podkreśla, że chorzy stanowczo nie doznali urazu brzucha, na co wskazywał również absolutny brak śladów na powłokach brzusznych. Autor usiłuje wytłomaczyć te porażenia zatorami tłuszczowymi naczyń krezkowych, które powstały po złamaniu kości. Jeden z chorych zmarł po zabiegu.

M. O.

Protokoły Posiedzeń.

Posiedzenie kliniczne!

Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego.

16 kwietnia 1930 r.

1. J. Grundzach omawia ciała obce, które przynoszą ze sobą chorzy, twierdząc, że są to kamienie, względnie piasek żółciowy. G. pokazuje ciało twarde, wielkości orzecha, sprawiające wrażenie kości. Badanie drobnovidowe kol. Jakubowicza potwierdza to rozpoznanie. Następnie G. pokazuje drobne ciała, jak to wykazało badanie (kol. Bogatówna), pochodzenia roślinnego, przypuszczalnie ziarna z malin.

2. Rozprawa nad odczytami: Weinerta, Niewiadomskiego i Kryńskiego, wygłoszonymi na posiedzeniu w marcu, poświęconemu zagadnieniu raka żołądka.

¹⁾ Poza silnem wzdęciem wszystkich kiszek.

Dolkart. Odsetek chorych na raka żołądka podany przez Weinerta (11 proc.) nie jest stałym, jest cyfrą względną. Zależy to od materiału chorych. U jednych badaczy będzie ta cyfra mniejsza, u innych większa. Statystyka Finsterera zachęca nas do operacji.

Róbin. Poprzez wszystkie trzy referaty przewija się czerwoną nicią jedna myśl, jedna troska o jak najwcześniejsze rozpoznanie raka przewodu pokarmowego, — o zdobycie takiej metody, któraby pozwalała już w samym początku tworzenia się nowotworu ustalić to z pewnością.

Niestety dotąd takiego sposobu nie mamy. Klinika opiera się na poważnych objawach, jak nagła utrata łaknienia, nagłe chudnięcie, jednoczesne znikanie wolnego HCl w żołądku. Objawy te są jednakowoż tylko sygnałami, tylko znakiem ostrzegawczym, który zniewała nas do jaknajdokładniejszego dalszego badania i obserwacji. Metoda kol. Cytronberga, kilkakrotnie w naszym Towarzystwie omawiana i przez wielu z nas przychylnie oceniana, niestety nie wyszła jeszcze z okresu doświadczeń i ostatniego słowa o niej powiedzieć dziś nie możemy. Również metoda Hirszfelda z surowicą krwi narazie wchodzić w rachubę nie może.

Zwracamy się tedy do rentgenologii i tu musimy przyznać, że bardzo często dzięki niej początek choroby rozpoznajemy. To jest wielka zasługa promieni X. i udoskonalonej obecnie metodyki badań rentgenowskich.

Muszę jednakże na tem miejscu zaznaczyć, że ślepo i bezkrytycznie badaniom rentgenologii wierzyć nie wolno. Wszyscy koledzy — gastrologi znają przypadki, w których na ekranie stwierdzano ubytki, a raka nie było. Nieraz bywa to następstwem ucisku zewnętrznego (masy kałowe — przypadek z matką kolegi M.), nieraz mamy twór natury niezłośliwej, zrosty po sprawach zapalnych.

Odwrotnie ujemny wynik badań Roentgena nie wyłącza bynajmniej początkowej sprawy rakowej (naprz. raki przełyku, w których objawy kliniczne nieraz o pół roku poprzedzają dane rentgenol.).

Tak więc i promienie Rentgena z a w o d z ą. Czy mamy

w każdym podejrzanym przypadku robić laparotomię próbną? Narazie nawet i ta metoda, gdyby z innych względów nie była trudna do praktycznego przeprowadzenia, nie zawsze byłaby celowa. Na stole operacyjnym bowiem niezawsze umiemy ustalić z pewnością złośliwy charakter cierpienia (przymiot, sprawy zapalne, owrzodzenia nierakowe). Czy w tych razach należy wykonywać zabieg obszerny, groźny, a właściwie zbyteczny, bo sprawy powyższe poddałyby się leczeniu wewnętrznemu?

Dziś zatem musimy się jeszcze opierać głównie na obrazie klinicznym, bo ten nieraz nasuwa myśl o nowotworze wówczas, kiedy ani Roentgen, ani inne metody wyników pewnych nie dają.

Młody wiek, jak wiadomo, dziś już nie przemawia przeciwko rozpoznaniu raka. Tycie, przybieranie na wadze również nowotworu złośliwego nie wyłącza, bo może być następstwem zbyt forsownego odżywiania, braku ruchu i t. d.

Nagła utrata łaknienia pozostanie mimo wszystko ważnym objawem klinicznym, jakkolwiek neurastenicy i lekarze w tych wypadkach z powodu kankrofobji szybko chudną i przedstawiają typowy obraz chorych rakowych.

Przy sposobności gorąca prośba do Kolegów — rentgenologów, aby w takich przypadkach nie pisali orzeczeń zbyt przejrzystych po polsku (n. p. nasuwa podejrzenie sprawy nowotworowej — „neo“ — lub przemawia za sprawą nowotw. — „ca“).

Nieraz wyrzodziło to wielką szkodę moralną i fizyczną chorym, albowiem wpadali w depresję i rozpacz i stawali się ofiarami znachorów, którzy potrafili wyleczyć z nieistniejącego raka niejednego z takich chorych.

Witkowski uważa, że Róbin w swem przemówieniu wyczerpał właściwie dkusję. Chciałby jednak kilka słów dodać w sprawie próbnego cięcia. Otóż robimy, według Witkowskiego, ten zabieg raczej w celu, by się przekonać, czy jest możliwe jeszcze do wykonania wycięcie guza lub zespolenie z jelitem czczem w przyp. zwężenia oddźwiernika nowotworowego. Gdyby bowiem chodziło wyłącznie o sprawę diagnostyki, to próbne cięcie nie jest właściwie wystarczające, raczej należałoby wykonać cięcie próbne żołądka (gastrotomia), co jednak jest już zabiegiem poważnym. Jeżeli idzie o rodzaj zabiegu już rozpo-

znanych nowotworów żołądka, oczywiście tylko operacja radykalna może dać wynik korzystny. Rokowanie nie jest pewne. Nieraz wycięcie żołądka z powodu ruchomego małego nowotworu wykonane szybko i bez powikłań powoduje śmierć, a naodwrot guzy o większych rozmiarach, przerastające ścianę żołądka z zajęciem gruczołów w sieci po wycięciach dają dobre wyniki. Wyczerpanie ogólne ustroju i brak odporności grają wybitną rolę. Zdaje się, że właśnie tu współpraca chirurgów z internistami jest pożądana. Gdyby medycyna wewnętrzna mogła nam określić stopień odporności, to moglibyśmy stawiać ściślejsze wskazania do zabiegu doszczętnego i osiągać lepsze wyniki. Zespolenie należy wykonywać tylko w przyp. zwężenia. Przy guzach wpustu lub wysoko położonych na małej krzywiźnie zespolenie chybia celu.

Witkowski przytacza, jako ilustrację do trudności rozpoznawczych nawet na stole operacyjnym podczas próbnego cięcia, przypadek, w którym badanie kliniczne i rentgenologiczne przemawiało za sprawą nowotworową, a próbne cięcie wykazało carcinosis disseminata peritonei oraz guz żołądka. Po 10 latach chora zgłosiła się zdrowa, bez śladu guza. Naturalnie błąd rozpoznawczy.

Goldstein przytacza przypadek, w którym drogą próbnego cięcia stwierdził guz główki trzustki i wolny płyn żółtawy w jamie brzusznej. Brzuch zeszyto. Rodzinie chorego zakomunikowano o wyniku operacji. Po kilku miesiącach chory się poprawił, ale z powodu złego rokowania postawionego przez lekarzy, chory zwrócił się o pomoc do znachora, który go rzekomo uleczył z raka. Prawdopodobnie błędne rozpoznanie — był to przypadek przewlekłego zapalenia trzustki.

Adelfang jest zdania, że kwestja wczesnego rozpoznania rentgenologicznego jest tylko sprawą techniki i tem samem wielkich kosztów tak instalacji, jak i zdjęć. Nasze warunki w Warszawie są fatalne. Zakłady rentgenologiczne szpitalne i kliniczne nie są tak bogato wyposażone, by można wykonać cały szereg zdjęć u jednego chorego. Również w prywatnej praktyce jest to trudne do wykonania ze względu na niskie honorarja w stosunku do zagranicy. Sprawa orzecznictwa była niejednokrotnie omawiana w tutejszem Towarzystwie. Rentgenolog wi-

nien na podstawie danych rentgenologicznych ustalić rozpoznanie i zakomunikować je leczącemu lekarzowi w zamkniętej kopercie.

J u s t m a n stawia pytanie, czy należy, wobec zupełnej niewystarczalności naszej diagnostyki we wczesnych okresach, w których ewent. można osiągnąć wyleczenie, ukrywać przed otoczeniem grozę położenia, czy zaznajamiać z istotnym stanem rzeczy.

N i e w i a d o m s k i odróżnia dwojakiego rodzaju próbnę cięcia. Jedno wykonuje się, jak słusznie zauważył Witkowski, przy rozpoznanym klinicznie guzie żołądka li-tylko w celu stwierdzenia możliwości wycięcia żołądka. Ale w tych przypadkach nawet najradykalniejsze postępowanie lecznicze nie daje wyników zadawalniających (około 30 proc.). Drugiego rodzaju próbnę cięcie wykonywać winniśmy według Niewiadomskiego w okresach wczesnych, kiedy jeszcze guza nie stwierdzamy, ewent. tylko pewne objawy kliniczne lub dokładne badanie rentgenologiczne nasuwają podejrzenie nowotworu. Jeżeli stwierdzi my u osobnika ponad 40 lat po otwarciu jamy brzusznej owrzodzenie modelowate żołądka, — wprawdzie często nie jesteśmy w stanie odróżnić wrzód zapalny od owrzodzenia nowotworowego lub zwyrodniałego wrzodu, winniśmy postąpić tak, jak gdybyśmy mieli do czynienia z rakiem i wykonać wycięcie żołądka. Przy obecnym braku pewnych objawów wczesnego okresu raka żołądka tylko takie postępowanie może poprawić wyniki lecznicze w zakresie nowotworu żołądka.

W dyskusji zabierali jeszcze głos: Pomper, Higier, Wejnert i Kryński.

Na zakończenie posiedzenia wygłosił Cytronberg odczyt „o badaniach fizyko-chemicznych właściwości soku żołądkowego” (pokaz specjalnych przyborów).

Doroczne Walne Posiedzenie Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego

z dnia 21 maja 1930 roku

Przewodniczący W. Knappe

Przed rozpoczęciem walnego zebrania zabiera głos Grun-
d z a c h i zgłasza swą rezygnację ze stanowiska Prezesa Towa-

rzystwa i członka Zarządu. W serdecznych słowach żegna się z obecnymi i dziękuje Zarządowi oraz Członkom Towarzystwa za współpracę, zarazem zaznacza, że ustępując ze stanowiska Prezesa, nie zaprzestanie pracy na polu gastrologii i będzie nadal brał żywy udział, jako członek Towarzystwa.

Niewiadomski odczytuje sprawozdanie z działalności Towarzystwa za rok ubiegły (22 V. 1929. — 21 V. 1930).

W roku sprawozdawczym odbyto 8 posiedzeń naukowych, na których następujący prelegenci wygłosili referaty:

Adelfang: O badaniu rentgenologicznem schorzeń wyrostka robaczkowego.

Goldman: O wartości klinicznej tej metody rentgenologicznej na podstawie własnego materiału (koreferat).

Grundzach: O mechanizmie działania wód mineralnych czyszczących chlorowo-sodowych w cierpieniach kiszek pochodzenia bakteryjnego.

Justman: Układ roślinny, a czynniki psychiczne w schorzeniach somatycznych.

Justman: Znaczenie niedomogi wątrobowej dla kliniki i leczenia schorzeń dróg żółciowych.

Kryński: Śluzówka żołądka w obrazie rentgenologicznym.

Kryński: O wczesnem rozpoznaniu raka żołądka z punktu widzenia rentgenologa.

Cytronberg: O technice badań fizyko-chemicznych treści żołądkowej.

Lubelski: O leczeniu nitkowatych zwężeń przełyku po oparzeniach płynami żrącymi.

Niewiadomski: Współczesna chirurgia, a rak żołądka.

Weinert: W sprawie nowotworów jelit.

Weinert: Spostrzeżenia i uwagi w sprawie raka żołądka.

Szenkier: Schorzenia układu moczowego, a przewód pokarmowy.

Pozatem porządek posiedzeń wypełniło 15 pokazów, które tyczyły się następujących schorzeń: atresia ani post partum, zwężenie wrodzone jelit cienkich, guzy żołądka i jelit, zwężenie odźwiernika na tle oparzenia, kamienie żółciowe i zwężenie poprzecznicy na tle zrostów, oraz obce ciała w przełyku.

Zarząd odbył podczas okresu sprawozdawczego kilka po-

siedzeń, bądź to w pełnym składzie, bądź to w składzie prezydjum. Kilkakrotnie były omawiane sprawy Towarzystwa na posiedzeniach połączonych z posiedzeniami redakcji Gastrologji Polskiej.

Na pierwszym posiedzeniu Zarządu w czerwcu ub. roku ukonstytuował się Zarząd w następujący sposób:

Prezes — Grundzach, Wice-Prezesi — Weinert, Róbin. Sekretarz — Niewiadomski, i Skarbnik — Kryński, Zastępca Sekretarza — Justman, Członkowie Zarządu: Frank i Czarkowski.

Na posiedzeniach zajmowano się przedewszystkiem przygotowaniem i układaniem programów posiedzeń klinicznych i sprawozdaniemi administracyjnemi.

Kierownictwo Komisji Referatowej pozostawało w rękach Vice-Prezesa Róbina.

Na ostatniem posiedzeniu Zarządu ustalono, że w myśl Statutu Towarzystwa ustępują następujący Członkowie Zarządu: Grundzach, Niewiadomski, Frank i Kryński, na których miejsce Walne Zebranie dokona wyboru czterech członków.

Omawiając sprawozdanie naukowe Zarząd przyszedł do przekonania, że obecny okres 1929 — 30 zawierał szereg ciekawych odczytów w ilości znacznej, bo 12 na 8 posiedzeń, ale zato ilość pokazów w stosunku do ubiegłych lat zmalała. Z tego powodu uchwalono, że nowy Zarząd winien przedewszystkiem zająć się zorganizowaniem i przygotowaniem pokazów, które wpływają w wysokim stopniu na urozmaicenie programu posiedzenia i wywołują żywą dyskusję.

Kryński zdaje sprawę ze stanu kasy Towarzystwa.

Na wniosek przewodniczącego uchwalono przyjąć do wiadomości sprawozdanie Sekretarza i Skarbnika oraz wyrazić podziękowanie obu za ich działalność.

Wobec ustąpienia z Zarządu w myśl § 4 Statutu Grundzacha, Kryńskiego, Franka i Niewiadomskiego, przewodniczący zarządza wybory uzupełniające. Zostali wybrani ponownie: Niewiadomski, Kryński i Frank oraz Nusbbaum.

Do Komisji Rewizyjnej na rok 1930 weszli: Dolkart, Witkowski i Sajdman.

Cytronberg zgłasza wniosek: przeprowadzić zmianę regulaminu w tym sensie, aby Walne Doroczne Zebranie wybierało za pomocą tajnego głosowania nie tylko Zarząd, ale i Prezesa Towarzystwa.

W dyskusji Weinert wyjaśnia, iż jest to sprzeczne ze Statutem, zatwierdzonym przez Komisarjat Rządu.

Schlager uważa, iż głosowanie ogólne na Prezesa grozi szeregiem dysonansów i rozbijaniem głosów i, że Zarząd, mający votum zaufania, powinien mieć możliwość wyboru między sobą Prezesa.

Róbin jest tego samego zdania.

Posiedzenie kliniczne.

1. Lubelski. Przypadek kamicy żółciowej z ciężką postacią żółtaczki. Operacja. Wyzdrowienie. Przypadek dotyczy chorej lat 44, która przybyła początkowo na oddział w b. ciężkim stanie, z tętnem nitkowanym, uporczywymi wymiotami, wybitną żółtaczką i wysoką ciepłotą (39° C.). Pierwszego napadu bólów w prawem podżebrzu chora dostała przed 2-ma laty. Powtórny napad bólu z żółtaczką i gorączką wystąpił u chorej przed sześciu tygodniami.

Wątroba macalna na 3 palce poprzeczne poniżej prawego łuku żebrowego, bolesna; pęcherzyk żółciowy twardy, bolesny, wielkości mandarynki; śledzionę wymacuje się na 2 poprzeczne palce poniżej łuku żebrowego. W moczu: Białko — 0.1% , urobilinogen, bilirubina. Chorej zastrzykiwano dożylnie w ciągu paru dni glukozę z urotropiną. Stan się nieco poprawił, wymioty ustały. Wkrótce nastąpiło znowu znaczne pogorszenie (wymioty, suchy język, tętno 120. T° $39,3^{\circ}$ C.). Chorą przepisano na oddział chirurgiczny. Wobec ciężkiego stanu i wybitnej żółtaczki postanowiono chorą przygotować odpowiednio do operacji. W ciągu tygodnia podawano chorej dożylnie glukozę z chlorkiem wapnia, prócz tego chora dostawała dowewnątrz 10% roztwór wapienia chloratu; kroplówkę z glukozą per rectum, środki nasercowe w zastrzykach. Aby zabezpieczyć się jeszcze pewniej przed następczem krwawieniem naświetlano u chorej śledzionę przed zabiegami promieniami X. Operacji dokonano w znieczuleniu przykręgowem D_6-L ; (Chloroform i eter, jak wiadomo, w takich

przypadkach fatalnie wpływają na wątrobę, powiększając jej nie-
domogę.) Usunięto pęcherzyk, znajdujący się wśród zrostów,
wypełniony gęstą ropą i kamieniami; usunięto też duży kamień,
szczelnie zamykający przewód wspólny. Wprowadzono sączek
gumowy w formie T do przewodu wątrobowego; ranę zaszyto.

Podczas operacji z przewodu wątrobowego żółć się nie
wydzielała; krwawienie było tak nieznaczne, że założono tylko
jedną podwłazkę. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań; wymioty
ustały, ciepłota przez cały czas gojenia się rany była normalna.

Zaznaczyć należy, że żółć zaczęła się wydzielać przez są-
czek wprowadzony do przewodu wątrobowego, dopiero po paru
godzinach (6). Chora wypisała się z zagojoną raną po 3 ty-
godniach.

Prelegent zwraca uwagę na doniosłość należytego i su-
miennego przygotowania i uzależnia dobry wynik operacji w tym
przypadku od tej metody postępowania przedoperacyjnego.

Dyskusja:

Gliksmán stosuje w celu poprawy stanu krzepliwości
krwi i przeciwdziałania krwotokom pooperacyjnym wlewanie do-
żylne 0,2 proc. roztworu cytrynianu sodu w ilości 300 — 400 gr.
Wyniki dobre: również wykonuje w tym samym celu, o ile tylko
warunki pozwalają, przetaczanie krwi.

Goldman sądzi, że metoda podana przez prelegenta
nie odbiega od ogólnie przyjętego i stosowanego sposobu przy-
gotowania chorych żółtaczkowych do zabiegu. Uzależnienie
małego krwawienia podczas zabiegu li tylko od przygotowania
chorego do operacji jest niezupełnie uzasadnione, również nie
jest ustalone działanie promieni rentgena na śledzionę.

2. Frank: Chora lat 57. Klinicznie — objawy nowotwo-
ru żółądka. Frank zwraca uwagę, że rentgenologicznie w tym
przypadku otrzymano w ciągu jednego tygodnia sześć różnych
zdjęć, w tem ostatnie wykazuje zupełnie normalny żółądek. Ba-
danie fizyko-chemiczne metodą Cytronberga wskazuje z ca-
łą pewnością na istnienie raka.

Dyskusja:

Adelfang wyjaśnia, iż widząc ubytek przy prześwietlaniu
zalecił choremu leżeć na prawym boku przez 15 minut, ubytek
jednak pozostawał w dalszym ciągu.

Przypuszczając, iż chory mógł nie być naczczo i, że brak cienia mógł być wywołany przez pokarm zalegający, dokonał prześwietlenia dnia następnego po wysondowaniu treści żołądka — tym razem stwierdził na zdjęciu malusieńkie ubytki, na zasadzie których podejrzewał istnienie w danym przypadku nowotworu.

Goldszajn ma wątpliwości co do raka, ponieważ guza nie wymacuje się. Zabieg mógłby tę sprawę rozstrzygnąć.

Kryński uważa, iż rentgenologicznie przypadek był niezupełnie wyzyskany pod względem technicznym, nie zastosowano bowiem małych porcyj kontrastowych, które pozwoliłyby uchwycić ewent. drobne wciągnięcia śluzówki w części przyodźwiernikowej.

Czarkowski zarzuca rentgenologii, iż bardzo często zawodzi. W 5 przypadkach, mimo zupełnie pewnego rozpoznania rentgenowskiego raka żołądka, operacja tego rozpoznania nie potwierdziła. Wobec tego radzi sprawdzać kilkakrotnie wyniki rentgenowskie u różnych rentgenologów bez ich wiedzy.

Goldman uważa, iż rozpoznanie i wskazanie do zabiegu nie może się opierać li tylko na badaniu przypuszczalnie chorego narządu; badanie rentgenowskie jest tylko częścią badania klinicznego. Rentgenolodzy winni zawsze asystować przy zabiegach stanowiących, prócz pomocy dla chorego, materiał dla kontroli wniosków rentgenologicznych.

Robin obserwował przypadek, w którym klinicznie wyczuwano guz w okolicy żołądka, rentgen stwierdzał ubytek. Rozpoznawano raka żołądka. Powtórzone po pewnym czasie prześwietlenie wykazywało zupełnie normalne kontury żołądka również i palpacyjnie guza za drugim razem nie stwierdzono — chodziło w przypadku tym o kamień kałowy. Robin radzi zatem, podobnie jak Czarkowski, zdjęcie rentgenowskie powtarzać.

Podobnie Dolkart stwierdza, iż rentgenologia często zawodzi — w 2-ch przypadkach rentgenologicznie rozpoznano owrzodzenie dwunastnicy — w obu przypadkach wyczuwano guzy. W jednym z tych przypadków chorego skierowano do badania rentgenowskiego tylko po to, aby ustalić, czy guz ten należy do żołądka, czy leży poza nim.

Cytronberg wskazuje na to, że sprawa tocząca się w żołądku, doprowadziła już do zwężenia oddźwiernika, na co wskazuje znaczne zaleganie pokarmowe. Wobec ogólnego dobrego stanu chorej proponuje Cytronberg zabieg chirurgiczny. Podczas zabiegu można będzie zdecydować się, czy należy ograniczyć się do zespolenia żołądkowo-jelitowego, czy też wykonać resekcję.

Orzech uważa, iż przypadek Franka, ze względu na duże wątpliwości rozpoznawcze, szczególnie nadaje się do badania gastroskopijnego. Krwawienie utajone w żołądku nie powinno stanowić przeciwwskazania do tego badania, gdyż kwestjonowane zmiany w żołądku leżą daleko poza obrębem zektnięcia się ściany żołądka z rurką metalową gastrokopu.

Wejnert podnosi myśl Adelfanga o potrzebie narad między rentgenologami w przypadkach wątpliwych. Wejnert sądzi, iż narady te powinny się odbywać bezpłatnie na mocy porozumienia wzajemnego rentgenologów. Myśl ta rzucona na posiedzenie gastrologów powinna być podjęta w Towarzystwie Rentgenologicznem. Wspomniane narady niewątpliwie będą korzystne zarówno dla rentgenologii polskiej, jak i dla lekarzy-internistów i gastrologów oraz dla samego pacjenta.

W części drugiej J. Nusbaum wygłosił odczyt pod tytułem „Wymioty krwawe w przebiegu kamicy żółciowej,” (ogłoszony drukiem w „Gastrologii polskiej” str. 192)

Mintz przypomina, iż przed 3 laty demonstrował w Towarzystwie Gastrologicznem przypadek niedrożności kiszek w górnym odcinku, spowodowanej uwięzieniem kamienia żółciowego. W przypadku tym dwa razy, mianowicie 6-go i 7-go dnia od początku napadu, który zakończył się po 10 dniach odejściem kamienia przez odbytnicę, wystąpiły wymioty krwawe.

Cytronberg sądzi, że we wszystkich 3-ch wypadkach przytoczonych przez J. Nusbauma wchodzą w rachubę aż 4 możliwości rozpoznawcze:

1. kamica żółciowa z krwotokami kiszkowemi, tak jak to rozpoznają referenci,
2. wrzód dwunastnicy o przebiegu „kamicowym,”
3. współistnienie jednego i drugiego cierpienia.

4. istnienie innego cierpienia, t. j. ani wrzodu, ani kamicy, lecz inna sprawa chorobowa w obrębie nadbrzusza.

Przypadki te winny być dokładnie zbadane jeszcze (prześwietlenie przewodu pokarmowego, cholecystografia, badanie treści dwunastniczej).

Knappe wyjaśnia, iż początkowy wrzód śluzówki żołądka anatomo-patologicznie przedstawia się, jako czarno-brunatna plamka na śluzówce żołądka. Jest to ograniczona martwica śluzówki wskutek zaczerwienienia drobnego naczyrnia; sekwestr taki się oddziela i powoduje krwawienie, choć klinicznie wrzodu jeszcze nie ma. Zakaźne zapalenie pęcherzyka żółciowego może łatwo spowodować zaczerwienienie naczyrnia, w następstwie drobną martwicę, oddzielenie się sekwestru i krwawienie, a owrzodzenie może się zagoić i nie doprowadzić do klinicznych objawów wrzodu.

Czarkowski wątpi, czy kamica żółciowa może powodować wymioty krwawe i, sądzi, iż w wypadkach przytoczonych przez J. Nusbauma, chodziło bądź o owrzodzenie żołądkowe, bądź o współistnienie kamicy żółciowej i owrzodzenie.

Róbin zaznacza, że gdyby podane przypadki były zaawansowane, z poważnemi zmianami anatomicznemi w miększu wątroby, — krwotoki nie byłyby pod względem klinicznym ciekawe i niezrozumiałe, w literaturze znajdujemy opis odnośnych przypadków i niektóre z nich przytoczyliśmy w naszej pracy.

Przypadki nasze różnią się właśnie od tamtych tem, że są świeże, a zatem zmian poważnych anatomicznych jeszcze nie mogło być. Chorzy ci nie mieli wad serca, objawów zastoinowych i t. p. przyczyn, które mogłyby spowodować wymioty krwawe. W tych razach traktujemy zazwyczaj krwotoki żołądkowe, jako następstwo owrzodzenia żołądka lub dwunastnicy, — co pociąga za sobą ciężką kurację przeciwwrzodową (łózko, głódówka).

Jeśli w tych wypadkach pomyślimy o możliwości współistnienia wymiotów krwawych i zapalenia woreczka żółciowego to niejednokrotnie zaoszczędzimy choremu długotrwałej i wyczerpującej kuracji.

To jest strona praktyczna poruszonej sprawy. Ale niemniej ciekawa jest strona teoretyczna, patogeneza tych krwawień. Wiemy, że istnieją t. zw. krwotoki żołądkowe, w których

najściślejsze badania anatomopatologiczne za życia i na stole sekcyjnym nie mogą wykryć przyczyn krwawienia, jeśli nawet za życia występowały wyraźne objawy owrzodzenia (bóle, wymioty i t. d.), — to, co White nazwał „Gastrotaxis” (27 przyp.). Tłumaczono to działaniem toksyn, patologiczną przepuszczalnością ścian naczyńowych żołądka i t. p., ale te tłumaczenia nie są zbyt przekonujące. Nie można również uważać za analogję t. zw. „krwotoki zastępcze”, które spostrzegamy naprz. w braku miesiączkowania, w okresie przekwitania.

Najbardziej uzasadnione wydaje nam się tłumaczenie „nieżytowe”. Oddawna są znane i ściśle sprawdzone krwotoki w przebiegu nieżytów przewlekłych żołądka (R ü t i m e v e r i inni). Czasem występują one obficie w postaci napadów. Hurd wyodrębnia je nawet pod nazwą „postaci krwotocznych nieżytów przewlekłych żołądka.” Koledze C z a r k o w s k i e m u, jako chirurgowi, może są mniej znane te przyczyny krwotoków, dlatego skłonny jest widzieć w każdym krwotoku owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy. A znajomość tej sprawy jest ważna ze względu na wskazania operacyjne. Nie jest to nowa choroba, lecz podkreślenie jeszcze jednej przyczyny nie wrzodowego pochodzenia wymiotów krwawych.

Kol. C y t r o n b e r g wymienił kilka możliwości rozpoznawczych w opisanych przez nas przypadkach. Obserwacja kliniczna, przebieg i wreszcie wyjście kamieni żółciowych w jednym przypadku, upoważniły nas do niewątpliwego powiązania wymiotów krwawych w danych przypadkach z zapaleniem woreczka żółciowego.

W odpowiedzi Czarkowskiemu stwierdza N u s b a u m, iż współistnienie obu tych spraw chorobowych jest oddawna notowane i bynajmniej nie jest rzadkością, jednakże istnieją przypadki typowej kamicy żółciowej, powikłane wymiotami krwawymi, gdzie żadnego owrzodzenia stwierdzić nie można. (Szereg przypadków z tezy Aubijoux).

Wiadomości różne.

W lipcu r. b. zmarł nagle Dr. Henryk Adelfang. Urodzony w r. 1884, był początkowo specjalistą chorób serca i płuc i dopiero od roku 1922 poświęcił się rentgenologii. Dzięki wybitnym zdolnościom, niezmordowanej pracowitości i energji i wszechstronnemu wykształceniu lekarskiemu stanął niebawem w pierwszych szeregach rentgenologów polskich. Brał żywy udział w pracach Tow. Gastrologicznego, słuchany zawsze z żywą uwagą. Dzisiejszy numer „Gastrologji Polskiej” zawiera, niestety, już ostatnią pracę Zmarłego. Pozostawia On po sobie pamięć prawego człowieka, uczynnego kolegi i wybitnego lekarza. Cześć Jego pamięci!

—o—

Od Polskiej Akademji Umiejętności otrzymujemy następujące zawiadomienie o warunkach przedstawiania i publikacji prac naukowych w Wydawnictwach Wydziału Lekarskiego Akademji.

Autorowie, pragnący przedstawić swe prace Akademji, zechcą nadsyłać je pod adresem: „Polska Akademia Umiejętności. Kraków, ul. Sławkowska 17, dla Sekretarjatu Wydziału lekarskiego”. — Nadesłane prace przedstawiają referenci, wyznaczeni przez Dyrektora Wydziału, na miesięcznych posiedzeniach naukowych, a o przyjęciu pracy do druku rozstrzyga Wydział na posiedzeniach administracyjnych zwyczajnych (§ 11 Statutu, i § 7 Regulaminu P. A. U.).

Wydział lekarski P. A. U. posiada następujące wydawnictwa: 1) „Rozprawy Polskiej Akademji Umiejętności, Wydział lekarski” w języku polskim, 2) „Bulletin [international de l'Académie”, w którym pomieszczane są prace w językach obcych (francuskim, angielskim, niemieckim) nie przekraczające 3 arkuszy druku, 3) „Mémoires de l'Académie”, dla prac w językach obcych powyżej 3 arkuszy druku, 4) Comptes rendus mensuelles des Séances de l'Académie”, w językach obcych. Praca, którą przyjęto do druku, może być ogłoszona: 1) albo po polsku w „Rozprawach” Wydziału IV, przyczem musi obowiązkowo wyjść także w języku obcym w „Biuletynie”, 2) albo tylko w języku obcym w „Biuletynie”.

Prace ogłaszane po polsku w innem czasopiśmie mogą za zgodą Wydziału IV P. A. U. być ogłoszone w języku obcym w „Biuletynie Akademji”.

W razie ogłoszenia pracy po polsku i w obcym języku jeden z tekstów (polski lub obcy) musi być przedłożony w skróceniu.

Akademja nie przyjmuje żadnej pracy, ogłoszonej poprzednio gdzieindziej w obcym języku, może jednak zezwolić na publikację w obcym języku pracy, już ogłoszonej w „Biuletynie Akademji”.

Prace przedkładane Akademji muszą być napisane czytelnie (najlepiej na maszynie) po jednej stronie, jak do druku, a jeżeli mają wyjść w dwóch tekstach (polskim i obcym), to oba teksty muszą być odrazu nadesłane. Nadto do każdej pracy musi być odrazu dołączone streszczenie polskie, najwyżej 45 wierszy druku (dla ogłoszenia w „Sprawozdaniach z posiedzeń” Akademji) i streszczenie w języku obcym, najwyżej 100 słów (dla ogłoszenia w „Comptes rendus”). Teksty prac i streszczeń w języku obcym muszą być zupełnie poprawne. Rysunki, wykresy i t. p., należy dołączać na osobnych kartach (nie wśród tekstu).

Akademja zastrzega sobie prawo żądania skróceń nadesłanej pracy przed przyjęciem do druku, oraz prawo ograniczenia liczby tabel i ilustracyj. Korekty autorskie są uwzględniane tylko wtedy, jeżeli zostaną zwrócone Sekretarzowi Wydziału najdalej do 10 dni od daty wysłania ich autorowi. Koszt takich zmian tekstu w korekcie, które wymagają ponownego przełamywania wierszy, ustępów lub stronic, ponosi autor.

Honorarjów autorskich Wydział IV P. A. U. narazie nie przyznaje. Autorowie otrzymują bezpłatnie najwyżej 100 odbitek swej pracy w języku polskim i obcym.

— o —

Związek Uzdrowisk Polskich nadsyła nam następujący spis wykładów „uzdrowiskowych”:

31.X.30 r. Wykład wstępny Prof. Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie Dra A. Sabatowskiego.

15.XI. „ Wykład Dra Wiktora Proszowskiego „O Truskawcu”.

- 6.XII. „ Wykład Prof. Dra Szmurło J. z Uniw. Stefana Batorego w Wilnie „Walory lecznicze Ciecho-cinka”.
- 20.XII. „ Wykład Dra St. Sroczyńskiego „O wartościach leczniczych Inowrocławia”.
- 3.I.1931 r. Wykład Dra Wita Tarnawskiego „O uniwersytetach powszechnych w uzdrowiskach i w jaki sposób przeprowadzono to w Lecznicy Kosowskiej”
- 17.I. „ Wykład Dra Antoniego Kaczyńskiego „Właściwości zdrojowiskowe Niemirowa”.
- 31.I. „ Wykład Dra A. Krassowskiego „Rzut oka na środki lecznicze Solca Zdroju”.
- 14.II. „ Wykład o Druskienikach jednego z profesorów uniwersyteckich.
- 28.II. „ Wykład o Rabce.
- 14.III. „ Wykład Dra Iwanowskiego „Inwestycje Ciecho-cinka”.
- 28.III. „ Wykład o Krynicy.
- 4.IV. „ Dwa wykłady: Dra J. Sroki „Wskazania lecznicze solanki jodo-bromowej w Goczałkowicach-Zdroju” i Dra Kotarskiej-Dettloffowej „Wody szczawnickie”.
- 11.IV. „ Wykład o Nałęczowie.
- 25.IV. „ Wykład o Morszynie.
- 9.V. „ Wykład o Truskawcu.

Wykłady odbywać się będą wleczorem o godz. 20-ej (8-ej) w Sali Aktowej Zboru Ewang. Augsburgskiego, Pl. Małachowski 1. Wejście obok Z.Z.M.W.

Wstęp na wykłady bezpłatny.

Wykłady, o ile możliwości, objaśniane będą wykresami, bądź też obrazami świetlnymi. Słuchaczom zaś wykładów stać będą do dyspozycji drukowane materiały informacyjne i propagandowe, dotyczące omawianych uzdrowisk. Wykłady połączone będą z ewentualną dyskusją.

O każdym wykładzie z osobna będziemy powiadamiali wszystkich PP. Lekarzy warszawskich bezpośrednio.

„W myśl uchwały VIII Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich z dnia 26.IX.1929 r. odbędzie się IX Zjazd Internistów w Krakowie w dniach 24 — 27 września 1931 r.

Tematami programowymi są: 1) Reumatyzm, 2) Hyperthyreozę.

Krakowski Komitet, jako organizujący IX Zjazd Internistów, zwraca się do Kolegów z prośbą o przygotowanie odpowiednich prac i wzięcie czynnego udziału w Zjeździe.

Tematy odczynów i ich streszczenia należy nadsyłać na ręce Prof. Dr. J. Łatkowskiego najpóźniej do dnia 31 maja 1931 roku.”

Resumées.

Appendicitis chronica im Röntgenbilde. von Dr. H. Adelfang (Warszawa).

Nach einem kurzen Überblick der geschichtlichen Entwicklung der Röntgendiagnose von Appendicitis chron. berichtet der Verfasser über eigene Erfahrungen. Der Gang der Untersuchung ist der für den Darmkanal übliche, nur wird mit einer besonderen Sorgfalt die Appendixgegend untersucht und die Dauer der Untersuchung bedeutend, manchmal auf 4 Tage, verlängert. Eventuell wird die Untersuchung nach 2 Wochen wiederholt. In meisten Fällen war der Wurmfortsatz zwischen 12 und 24 Stunden post coenam gefüllt. In 80—90% der Fälle gelangte es dem Verfasser den Wurmfortsatz sichtbar zu machen. Es wird das Bild und Lage des normalen und erkrankten Wurmfortsatzes besprochen, die Bedeutung der genauen Lokalisation des Schmerzpunktes, des Appendostaze und der indirekten Symptome geschildert. Der Verfasser betont die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung für die Diagnose der Appendicitis chronica.

Ueber die diagnostische Bedeutung der Röntgenuntersuchung bei Appendicitis chronica.

von Dr. S. Mintz (Warszawa).

Die Erkennung der chronischen Appendicitis stösst mitunter auf grosse Schwierigkeiten. Da, wo sichere Anhaltspunkte für die richtige Diagnose der vermuteten chronischen Blinddarmentzündung fehlen, kann die Röntgenuntersuchung gute Dienste leisten. Besonders eignet sich für die Differenzialdiagnose bei der chronischen Appendicitis die Röntgenuntersuchung nach Czepa. In einigen vom Referenten zitierten, diagnostisch unsicheren Fällen brachte die Methode Entscheidung. Referent empfiehlt deshalb, von dieser Methode häufigen Gebrauch zu machen.

Ueber das Blutbrechen im Verlaufe von Cholelithiasis
von Dr. W. Róbin und Dr. J. Nusbaum (Warszawa).

Auf Grund der eigenen Beobachtungen behaupten die Verfasser, dass das Blutbrechen bei Cholelithiasis entweder als ein Vorbote, oder als ein Symptom auftritt. Ungeachtet der grossen Literatur ist dieses Symptom den Ärzten wenig bekannt. Das Blutbrechen wird nach Meinung der Verfasser durch den begleitenden Katarrh des Magens und Duodenums bedingt.



Aŭtoreferatoj en esperanto.

La hĥronika apendicito en la rentgena bildo.

de D-ro H. Adelfang (Warszawa).

Post mallonga revuo de la historia disvolvigo de la demando pri rentgena diagnozado de hĥronika apendicito, aŭtoro priskribas proprajn spertojn. La esplormetodo estas la ĝenerale aplikata por la intesta kanalo, sed la regiono de l'apendico estas esplorata kun speciala atento kaj la esploro daŭras multe pli longe, i foje ĝis 4 tagojn. Eventuale oni ripetas la esploron post 2 semajnoj. Plejofte plenighas la apendico post 12 — 14 horoj. En 80—90% da kazoj aŭtoro sukcesis evidentigi la apendicon. Aŭtoro preparolas la bildon kaj pozicion de norma kaj malsana apendico, — klarigas la signifon de preciza lokalizo de la dolorpunkto, de la apendostazo kaj de nedirektaj simptomoj. Fine aŭtoro substrekas la grandan valoron de rentgena esploro por la diagnozo de hĥronika apendicito.

Pri la diagnoza valoro de rentgena esploro de la apendico.

de D-ro S. Mintz (Warszawa).

La diagnozado de hĥronika apendicito renkontas i foje grandajn malfacilajhojn. Se mankas certaj simptomoj por tiu diagnozo, la rentgena esploro povas doni bonajn servojn. Precipe taugas por la diferencdiagnozo la esploro laŭ Czepa. En kelkaj, cititaj de aŭtoro necertaj kazoj, la supra metodo estis decidiga. Aŭtoro rekomendas tial la nomitan metodon.

Pri sangaj vomoj che Hholelitiazo.

de D-ro W. Róbin kaj D-ro J. Nusbaum (Warszawa).

Bazante sin sur propraj kazoj aŭtoroj pravas, ke sangvomoj povas aperadi kiel prodromo aŭ kiel unu el simptomoj de hĥolelitiazo. Kvankam la literaturo tiurilata estas sufiĉe vasta, la tushita demando estas al kuracistoj malmulte konata. Kauzon la aŭtoroj vidas en duodena kaj stomaka kataroj.

Calcium-Dipurin

THEOBROMIN.—CALC. SALICYLIC.

/.„5 eo“/. (REJESTR. M.S.W. 13.41.)

W PROSZKU I W TABLETKACH (RURKI 20 x 0,5 GR.)

ŚRODEK MOCZOPĘDNY, SERCOWY I NACZYNIOWY.

DOBRA ŻYŁOŚĆ I POZBAWIONY SMAKU ŁUGOWATEGO.

STOSUJE SIĘ W STANACH HIPERTONII, ARTERIOSKLEROZY,
ASTMY ŹŁOŻEŁOWEJ, DUSZNYCH BOLESNEJ.

Jod-Calcium-Dipurin

/.„5 eo“/. (REJ. M.S.W. 12021/1203)

W PROSZKU I W TABLETKACH (RURKI 20 x 0,6 GR.)

DZIAŁANIE JAK W PREPARACIE POPRZEDNIM, WZMOŻONE
PRZEZ POŁĄCZENIE Z JODKIEM POTASU. WYBITNY LEK
SERCOWY I NACZYNIOWY.

Veraxolon

DI-METHYL-AMINOANTIPYRIN DIAETHYL-MALONYL-UREA

W PROSZKU I W TABLETKACH
(10 LUB 20 TABL. X 0,4 GR.)

CHEMICZNE POŁĄCZENIE
PYRAMIDONU Z VERONALEM.
NIESZKODLIWY ŚRODEK
KOJĄCY I PRZECIBÓŁOWY.

DZIAŁA SZYBKO I DEUGOTRWALE.
NIE WYWOŁUJE SENNOŚCI,
ANI PRZYZWYCZAJENIA



„GEO“
WARSZAWA
BIEŁAŃSKA 3

LITERATURĘ I PRÓBY WYSYŁA SIĘ NA ŻĄDANIE W.P.D. LEKARZY.