

Gastrologja Polska

TREŚĆ: **Doc. Dr. W. H. Melanowski.** Oko a choroby przewodu pokarmowego. — **Dr. F. Turyn i Mag. E. Szamesówna.** przyczynek do poznania flory bakteryjnej żołądka. — Protokoły Polsk. Tow. Gastrol. — Oceny książek.

Les resumes des travaux originaux en langues etrangeres se trouvent a la fin du numero,

Redaktor: Dr. med. B. Wejnert.

Wydawca: Dr. I. Grundzach.

Oko a choroby przewodu pokarmowego.

P o d a ł

Doc. Dr. W. H. MELANOWSKI (Warszawa).

(Odczyt w Polskiem Tow. Gastrologicznem 20.V. 1931 r.)

Wśród chorób ustroju, wywierających wydatny wpływ na narząd wzroku, wybitne miejsce zajmują choroby przewodu pokarmowego, czy to wskutek przerzutów, zakażeń lub nowotworów—czy też jako wyraz zmian wstecznych w narządzie wzroku w następstwie zaburzeń odżywiania ustroju. Nie możemy też pominąć przejawów oczno-nerwowych ze strony chorego przewodu pokarmowego. Toteż w wykładzie naszym przedewszystkiem rozpatrzyć musimy zmiany w oczach spowodowane, względnie związane z chorobami jamy ustnej i zębów, dalej objawy oczne chorób przełyku, zmiany spowodowane chorobami żołądka i kiszek, a w szczególności wylewami krwi, nowotworami i pasorzytami kanału pokarmowego. Wreszcie wspomnimy, jaki obraz zmian w oczach dać mogą choroby wątroby i trzustki. W końcu powiemy jeszcze słów parę o objawach i choro-

bach przewodu pokarmowego, spowodowanych chorobami oczu.

Choroby jamy ustnej i zębów. Już ropnie jamy ustnej i ropne anginy dać mogą przerzutowe zapalenia układu naczyniowego oka, w szczególności tęczówki i ciała rzęskowego, a nieraz nawet spowodować zropienie całego oka. Ma się rozumieć, wielkie znaczenie ma tu typ zarazka — dość wspomnieć porażenie nastawności lub jakiegokolwiek z mięśni zewnętrznych oka np. w miesiąc po anginie, na którą ledwie zwrócono uwagę, a którą już tylko na zasadzie porażień następczych *ex post* rozpoznajemy jako błonicę.

Jedne z częstszych cierpień przewodu pokarmowego dające objawy oczne—to choroby zębów.

Już trudności w ząbkowaniu dzieci mogą być jednym z powodów zapaleń pryszczkowych spojówki, a czasem i rogówki. Choroby zębów, a w szczególności korzonków zębów szczęki górnej, przechodzące na zębodoły *per continuitatem*, iść mogą do tkanek oczodołu i gałek ocznych, powodować obrzęki i ropnie oczodołu, podspojówki, powiek, rogówki, błony naczyniowej, a nieraz siatkówki i nerwu wzrokowego. Prócz tego, drogą przerzutową, zapalenie zębów i zębodołów spowodować może porażenia nastawności, nerwobóle i porażenia pochodzące z nerwów—trójdzielnego, twarzowego oraz upośledzenie wzroku, wywołane zapaleniem n. wzrokowego. Chociaż jedno z pierwszych spostrzeżeń o chorobach oczu, spowodowanych zepsutymi zębami, podane było przez naszego rodaka Ksawerego Gałęzowskiego (1851), jednak prawie do lat ostatnich na coraz to liczniejsze doniesienia w tej sprawie autorów obcych, przeważnie amerykańskich, zapatrywano się u nas sceptycznie i wskutek tego niejedno oko było stracone, gdyż przypadki te nie są znowu tak rzadkie. Dowodzą tego poniekąd i przypadki naszej Kliniki, zebrane i podane przez K. Bałłabana (1930).

Jako bardzo charakterystyczny, pozwolę sobie przytoczyć jeden z moich przypadków.

Przypadek I-szy dotyczył S.S., mężczyzny 30-letniego, który od miesiąca cierpiał na uporczywe zapalenie tęczówki oka lewego. Chory, pomimo starannego leczenia miejscowo atropiną i okładami ogrzewającymi i domięśniowo Alivalem i zastrzykami mleka oraz doustnie Salicylatami—

przez dłuższy czas nie odczuwał żadnej poprawy. Oko wciąż było przekrwione, bolało i wzrok był znacznie upośledzony. Wreszcie dnia 27.III 1929 stwierdziłem u chorego przypadkowo obrzęk zapalny w okolicy szczęki górnej po stronie lewej i wówczas odbyłem naradę z kol. doc. Meissnerem, który po dokonaniu zdjęcia roentgenowskiego zaopiniował, że choremu usunąć należy 9 próchniejących korzonków zębów ze szczęki górnej. Po usunięciu tych korzonków już 5.IV 29 oko było zdrowe, nastrojek okolorogówkowy ustąpił bez śladu, tęczęwka przybrała barwę i zarysy prawidłowe, męty w ciałku szklistem zniknęły i ostrość wzroku, która jeszcze tydzień temu sprowadzała się w oku lewym do liczenia palców z 3 m., obecnie już wynosiła $\frac{5}{6}$.

W innym znowu naszym przypadku (II) uporczywe i ciężkie zapalenie spojówek i krawędzi powiek, pomimo dłuższego leczenia, nie ulegało poprawie, dopóki nie usunięto ze szczęki górnej 2 próchniejących pieńków.

W jednym wreszcie przypadku (III), dotyczącym 26-letniej kobiety, trwające od miesiąca uporczywe głębokie krążkowate zapalenie rogówki (*keratitis disciformis*) oka prawego poprawiło się dopiero po usunięciu prawego górnego zęba mądrości i w ciągu dwóch miesięcy oko, którego wzrok był upośledzony do liczenia palców przed okiem, zaczęło widzieć do 0,3.

Widzimy więc z powyższych przypadków, jak usunięcie spróchniałego korzonka zęba — jako ogniska zapalnego, sączącego stale jad, sprowadza decydującą poprawę choroby oka. Dodamy tu, że szczególnie niebezpieczne są właśnie te ogniska zapalne ukryte — korzonki, pokryte tkanką dziąsła lub też zęby, posiadające „złote koronki” — te słusznie przez kogoś nazwane „złote mauzolea” dla drobnoustrojów, niszczących tkankę zęba i zębodołu, a zatruwających cały ustrój, a w szczególności i oko.

Choroby zębów dać mogą objawy nerwowo-oczne: tak Schmidt-Rimpler (1868), Verrey (1912) i in. zwracają uwagę na obustronne rozszerzenie źrenic, czasem upośledzenie nastawności, skurcz powiek, jak również opadnięcie powiek górnych, spowodowane chorobą zębów.

Choroby ślinianek. Nagminne zapalenie gruczołu przyusznego (ślinka) powoduje rozliczne powikłania oczne. Jedno z dawniejszych doniesień w tej sprawie zawdzięczamy J. Strzemińskiemu (1901). Ostatnio powikłania oczne w ślince opisał H. Villard (1927). Do powikłań tych należą: zapalenia gruczołów łzowych i woreczka łzowego, ostre zapale-

nia spojówki, zapalenia rogówki, błony naczyniowej oka, siatkówki i nerwu wzrokowego. Prócz tego w tem cierpieniu zdarzać się mogą przypadki porażen n. ruchowych oka, a w szczególności m. prostego wewnętrznego.

Zapalenia gruczołów łzowych w tem cierpieniu przebiegają podostro i dają dobre rokowanie. Zapalenia woreczka łzowego są zwykle śluzotokowe, wyjątkowo mają charakter śluzoropotoku z zejściem w ropowicę woreczka. Zapalenia rogówki występują albo pod postacią wrzodów, albo też mają charakter nacieków w miększym rogówki i pozostawiają po sobie zwykle trwałe upośledzenie wzroku. Do zmian w ciałku rzęskowym zaliczymy spotykane upośledzenia nastawności, obok typowych zapaleń ciała rzęskowego i tęczówki, kończących się zwykle dobrze. Zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego powodują natomiast zmiany głębsze i trwałe upośledzenie wzroku. Czasem zapalenie n. wzrokowego ma charakter pozagałkowego z typową przerwą środkową.

W umiarowym zapaleniu ślinianek, t. zw. chorobie Mikulicza — obok obustronnego zapalenia gruczołów łzowych spotykano też zapalenie tęczówki, mające charakter gruźliczy, podobnie jak i nacieki w gruczołach.

Przewlekłe schorzenie ślinianek jest często wyrazem żółtawości ustroju i wiąże się nieraz z przewlekłym schorzeniem krawędzi powiek i grudek w zglębieniu, wzgl. typowo jagliczemi naciekami w spojówce (Angelucci, 1930).

Choroby przełyku. Już wprowadzenie do przełyku zgłębnika żołądkowego, jako jeden z objawów, powoduje przekrwienie spojówek i łzawienie — będzie to t. zw. objaw Carnot'a (1902). Rak przełyku drogą ucisku na przylegające n. współczulne przez powiększone gruczoły chłonne powoduje nierówność źrenic — najczęściej wskutek jednostronnego rozszerzenia źrenicy, czasem daje znowu typowy jednostronny trójbój Hornera: zapadnięcie oka, z niewielkim opadnięciem powieki oraz zwężenie źrenicy. Objaw ten wskazywać będzie na porażenie nerwu współczulnego po danej stronie.

Choroby żołądka.

Już silne wymioty spowodować mogą wynaczynienia spojówki, wyjątkowo zdarzają się nawet w tych przypadkach krwo-

toki śródoczodolowe, a nawet śródoczne—bywały też spowodowane wymiotami odwarstwienia siatkówki.

Dużo cięższe objawy dają krwotoki żołądkowe, po których dojść nawet może do zupełnej ślepoty. Jeden taki przypadek (IV) opisaliśmy z doc. Filińskim (1923).

Dotyczył on chorego K. M., 31-letniego, nieżonatego, dziedzicznie nieobarczonego, u którego nie ustalono żadnych danych na kłę, a który od 10 lat nadużywał kofeiny i tytoniu w celu zwolnienia się od wojska. Osobnik ten nagle dostał obfitych krwawych wymiotów, po których, jak się wyrażał, stracił pół wiadra krwi i pewien czas leżał nieprzytomny. Po kilku dniach leżenia w łóżku wstał i znów dostał krwawych wymiotów — i wtedy został skierowany do kliniki prof. Gluzińskiego w Warszawie. Chory miał silne bóle głowy, był bardzo osłabiony; miał zaparcie stolca, który, o ile się zjawiał, był czarny, jak smoła. Chory był bardzo blady, miał zimne kończyny. Ciężota 38°, tętno małe, miękkie, przyspieszone. Tętno serca głucho z skurczowym szmerem na koniuszku. W narządach wewnętrznych i w układzie nerwowym nie stwierdzono żadnych zmian. Mocz był jasny, o niskim ciężarze gatunkowym i zmniejszonej ilości chlorków. Kał czarny, o wybitnym odczynie na krew. We krwi: ilość ciałek czerwonych 1.400.000, Hb—20%, białych ciałek 5600, w tem 22% limfocytów, 75% wielojądrzastych obojętnochłonnych, 1% dużych wielojądrzastych i 2% eozynochłonnych. W klinice nowych krwotoków u chorego nie spostrzegano, jednak stolec przez czas dłuższy był smolowcowaty, a gdy przyjął już barwę i spistość prawidłową, to długo jeszcze dawał dodatni odczyn na krew. Po miesiącu odczyn na krew znikł zupełnie, a ilość ciałek czerwonych we krwi podniosła się do 3.800.000, Hb 54%. Łaknienie przytem znacznie się poprawiło i ozdrowienie chorego postępowało szybko. Badanie zawartości żołądkowej po miesiącu leczenia wykazało: naczno po wlaniu 100,0 wody wydobyto treść jasnożółtą ze śladami kwasu solnego przy ogólnej kwasocie 2. Pod mikroskopem znaleziono ciała wypocinowe i pasma śluzu. Po spożyciu śniadania białkowego w 3 kwadransie wydobyto 15 ccm. treści z niewielką ilością niestrawionego białka, HCl — 8, kwasota ogólna 32. W przypadku rozpoznano wrzód żołądka, myśli o krwotoku, spowodowanym schorzeniem naczyń, odrzucono wobec młodego wieku chorego, braku zmian w naczyniach reszty ciała i ujemnego wyniku odczynu Wassermanna we krwi.

Przez pierwsze trzy dni pobytu w klinice, a więc 12 dni od pierwszego krwotoku, chory widział zupełnie dobrze i źrenice jego oddziaływały na światło prawidłowo. Jeszcze trzeciego dnia na wykładzle klinicznym rozpoznawał on wyraźnie twarze słuchaczy na odległych ławkach. Nagle w nocy, na 4-ty dzień po przybyciu na klinikę, chory zaniewidział. Źrenice rozszerzyły się do 6 mm. średnicy i były też odruchów. Tarcze nerwów wzrokowych stały się blade, o granicach zatartych, tętnice siatkówki — wąskie, żyły szerokie, wężykowate, miejscami nurkujące

wśród obrzękłej tkanki. Na tarczy i w kilku miejscach siatkówki oka lewego widać było niewielkie, płomykowate wybroczyny. W oku prawem widać było kilka białych plam przesiekowych. Z chwilą wystąpienia tych zmian choremu zalecono bezwzględny spokój, głowa była ułożona nisko, dano gorące okłady na oczy, zaczęto stosować zakraplania pilokarpiny 2%, robić zastrzyki podspojówkowe 5% dioniny, zastrzyki podskórne dużej ilości roztworu fizjologicznego Na Cl. Leczenie to jednak niewiele pomogło i oko lewe ostatecznie oślepiło, a prawem okiem, w skroniowej części poła widzenia, chory odróżniał palce z odległości 50 cm. Na dnie ocznem widać było objawy zaniku pozastoinowego z wydatną nitkowatością naczyń.

Wogóle w krwotokach, a w szczególności po krwotokach z żołądka i kiszek zaburzenia w narządzie wzroku wystąpić mogą pod postacią: 1-o) przemijającego kurzoślepu bez zmian na dnie oka; 2-o) jednostronnego widzenia połowiczego obu oczu pochodzenia korowego z następczemi trwałemi przerwami w polu widzenia; 3-o) jako *neuroretinitis ischaemica* — o typie dopiero co opisanym. Niektórzy autorowie, m. in. Abram i Wallich, wiążą zmiany te z brakami w składzie krwi, a więc z różną wielkością krwinek czerwonych, różnorodnością ich i zjawieniem się we krwi ciałek jądrazstych. Zmiany w oczach występują zwykle dopiero wtedy, kiedy % Hb spadł do $\frac{1}{3}$; w naszym przypadku było tylko 20% Hb, przytem zmian w krwinkach nie było; natomiast w przypadku Radzikowskiego (1900) zmiany w krwinkach były wydatne i chory wkrótce zmarł — ale mimo ciężkich objawów ogólnych zmian w oczach nie było. Niektórzy badacze przyczynę zmian w oczach widzą w upadku ciśnienia krwi, czemu znowu przeczy fakt, że po ranach wojennych następuje śmierć raczej, niż zmiany na dnie ocznem. Chodzi więc tu zapewne raczej o jakieś jady pokrwotoczne, *neuro* i *cytotoksyny*, wpływające ujemnie na układ naczynioruchowy i samą tkankę n. wzrokowego, jak to potwierdzają badania de Lapersonne'a, Aosisot i Zentmayera. Ślepotą pokrwotoczną wogóle w 40% przypadków zdarza się w następstwie krwotoków żołądkowych i zdarza się przeważnie u ludzi osłabionych długą chorobą zasadniczą. Osobniki uprzednio zdrowe raczej zginą, niż oślepną wskutek krwotoku.

Z innych chorób żołądka, dających objawy oczne, wspomnimy jeszcze o przypadkach przerzutów raka żołądka do naczyniówki, oczodołu, a czasem i wnętrza czaszki. Przerzuty

śródczaszkowe dać mogą tarczę zastoinową, obuoczną ślepotę lub porażenie niektórych nerwów ruchowych oka. Jeden z podobnych przypadków demonstrowany był ostatnio (1929) przez A. Zamenhafa w Warszawskim Tow. Okulistycznym. Przypadek dotyczył chorej, u której w oku wyluszczonej z powodu jaskry wtórnej, stwierdzono rak typu gruczolaka w naczyniówce. Chora przed paru tygodniami miała silny krwotok żołądka, a w dwa miesiące po wyluszczeniu oka zmarła wśród objawów coraz to nowych przerzutów raka, pierwotnie umiejscowionego w żołądku.

Choroby kiszek i otrzewnej.

Już silne nadęcie się przy wypróżnieniu u ludzi o nieco schorzałych naczyniach krwionośnych spowodować może wynaczynienia do spojówek, a nieraz i do głębszych tkanek oka. Wyjątkowo, np. we wrzodzie rogówki, w podobnym przypadku sprawa zakończyć się może nawet pęknięciem powłok oka i garbiakiem rogówki.

Skłonność do zaparcia stolca ze wzmożonym indykanem w moczu, jak mogliśmy często stwierdzić i w naszych przypadkach, powoduje zatrucia pochodzenia kiszkowego i dać może objawy zapalne ze strony błony naczyniowej oczu. To też często tego typu zapalenia błony naczyniowej oka zmniejszają się, a nawet ustępują po uregulowaniu stolca.

Cięższe krwotoki krwawicze, podobnie, jak i krwotoki z żołądka i kiszek, też wywołać mogą ślepotę.

Zaburzenia żołądkowo-kiszkowe powodować mogą często uporczywe zapalenia krawędzi powiek, jęczmyki, zapalenia błony naczyniowej i t. p. Szczególnie ciężkie objawy oczne spostrzegali niektórzy autorowie w następstwie zakażenia *bac. coli*, *enterococcus*, *bac. dysenteriae*. Ostatnio w sprawie tej pisali Worms i Sourdille (1928). Być może, że w niektórych przypadkach zjadliwość tych drobnoustrojów uwydatnia się w następstwie zaburzeń odżywiania i awitaminozy. (Ławrynowicz, 1930). Dość tu wspomnieć jako wyraz wyczerpania ustroju w ciężkich nieżytach kiszek u dzieci objawy zeschnięcia i zmlęknienia rogówki — najczęściej obustronne i będące już *signum mali ominis*.

Robaki kanału pokarmowego. Jak wykazały m. in. ostatnie badania w Warszawie pod kierunkiem A. Ławrynowicza (1929 — 31), a mianowicie Hryniewiczówny, Wasilewskiej — Mironowiczowej, Cieszyńskiego, Gileczek — Haczowej, częstość występowania pasorzytów jelitowych w latach ostatnich określa się na 33,6 proc. Najczęściej spotykano: włosogłówkę ludzką (*trichocephalus dispar*) w 19 proc. przyp. zbadanych, glistnicę dżdżownicowatą (*ascaris lumbricoides*) w 10 proc. przyp., glistnicę robaczkową (*oxyuris vermicularis*) w 0,76 proc. przyp., tasiemca samotnego (*taenia solium*) w 1,8 proc. przyp., tasiemca przewierconego (*taenia saginata*) w 0,5 proc. przyp. i brzożdżogłowca szerokiego (*bothriocephalus latus*) w 0,25 proc. przyp. W wielu przypadkach, jak potwierdzają zresztą i nasze przypadki, stwierdzono zakażenie kilkoma pasorzytami jednocześnie.

Obok często opisywanych odczynów, spowodowanych jadamami wywołanymi przez te pasorzyty i ich czerwiochy, a więc obok niedokrwistości i osłabienia ogólnego odżywiania, występują tu jeszcze liczne objawy oczne jak: zwężenie, czasem rozszerzenie źrenic, porażenie nastawności, oczopląs, czasem zeschnięcie spojówki, zapalenie rogówki, tęczówki, a nawet tarcza zastoinowa.*) Wreszcie, a dotyczy to tasiemców — czerwiochy tych pasorzytów mogą przenikać do poszczególnych tkanek oka. W 1928 r. opisaliśmy szereg spotykanych przez nas przypadków wągrów powiek, spojówek, komórki przedniej, naczyń i ciała szklanego.

Prócz tego, jak m. in. wykazały i nasze spostrzeżenia, częste są przypadki zakażeń włosniami (*trichina spiralis*). W zakażeniach tych na pierwszy plan z początku występują nieraz objawy oczne, a mianowicie: obrzęk powiek, spojówki gałkowej, stany zapalne mięśni ocznych, sprawiające bóle przy ruchach

*) Tak Strebels (1922) opisuje przypadki uporczywego zapalenia rogówki, które ustąpiło dopiero po wypędzeniu robaków. Nie należy atoli zapominać o ciężkich nieraz objawach ogólnych i ocznych, spowodowanych środkami czerwioepdnie. Do objawów tych należą: żółtawienie (od santoniny), upośledzenie wzroku, a nawet ślepota, spowodowane zatruciem extr. filicis maris.

oczu. Objawy te, jak mieliśmy okazję się przekonać w naszych przypadkach, poprzedzają często objawy ogólne włośnicy.

Schorzenia otrzewnej, jako jeden z objawów ocznych, spowodować mogą obustronne rozszerzenie źrenicy.

Choroby wątroby.

Jak wykazały m.in. doświadczenia Versé (1924), karmienie królików cholesteryną dawało białą obwódkę osadu lipidów w rogówce. Obwódka ta występowała już po 8 dniach karmienia i pozostawała jeszcze i do 400 dni po przerwaniu podawania cholesteryny. Podobnie zapewne, odkładanie się soli tłuszczowych u osobników starszych powoduje obwódkę starczą rogówki (*gerontoxon*), a nieraz i kępki żółte powiek (*xanthelasma*).

Znane jest też żółtawo-brunatno-zielonkawe zabarwienie obwodu rogówki w przypadkach t. zw. choroby Wilsona — cierpieniu, w którym, obok zaniku wątroby, mamy i zanik jądra soczewicowatego mózgu. W rogówce w chorobie Wilsona Vogt (1929), a również i my (1929), stwierdziliśmy odkładanie się ziarenek srebra w błonie Descemet'a. Jak wykazały badania Söldner'a (1913), wątroba i nerki człowieka w stanie prawidłowym zawierają po 0,00328 gr. srebra, mniej więcej tę samą ilość antymonu i około 0,0495 gr. miedzi na 100 gr. tkanki. W chorobie Wilsona, obok złogów srebra w rogówce, stwierdził Vogt (1929) te same złogi w tkance naczyńiówki.

Schorzenie dróg żółciowych, jak wiadomo, wywołać może żółtaczkę powłok skórnych — otóż jedna z najbardziej żółkłych tkanek w tych przypadkach—to spojówka gałkowa. W następstwie żółtaczki chorzy mogą też odczuwać żółtowidzenie — a czasem cierpieć nawet na przejściową krótkowzroczność. W żółtaczce jako wyraz zatrucia ustroju spotykamy też nieraz skłonność do wybroczyn, m. in. wybroczyn spojówki, a czasem i siatkówki.

Niedomoga wątroby sprowadzić może głębsze zmiany wsteczne siatkówki. Tak, niektórzy autorowie, jak Landolt, Litten spotykali zwyrodnienie barwikowe, a więc, zanik siatkówki, w przypadkach marskości wątroby. Takahashi (1925) w 12 przypadkach barwikowego zwyrodnienia siatkówki stwier-

dził wydatną niedomogę wątroby — a mianowicie: dokonanie próby Widala powoduje w tych przypadkach zmniejszenie ilości białych ciałek krwi, obniżenie napięcia krwi oraz zmniejszenie krzepliwości. Na niedomogę wątroby wskazać mogą też próby z podawaniem tłuszczów i dekstrozy. (Zresztą badania w naszej klinice dotąd nie potwierdziły tych spostrzeżeń).

Zapewne drogą zaburzeń czynności wątroby występują objawy kurzoślepu (*hemeralopia*) w t. zw. awitaminozach. Do objawów ocznych awitaminozy należą: zeschnięcie spojówki gałki ocznej, szczególnie w okolicy kątów szpary powiekowej (*xerosis epithelialis*); są to t. zw. plamy Bitôt, oraz złe widzenie o zmroku. Jak dowodzą dane z papyrusu Ebersa, cierpienie to znane było jeszcze u Egipcjan starożytnych i wtedy już pieczona lub gotowana wątroba zwierzęca uważana była w niem za środek leczniczy.

W następstwie ropnia wątroby zdarzyć się mogą przerzuty do oczodołu, a niekiedy i do mózgu.

Wspomnimy tu jeszcze o powikłaniach ocznych w cukrzycy, która zwykle jest wyrazem zaburzenia w czynności trzustki. Spotkamy tu przedewszystkiem skłonność do zmętnień soczewki—t. zw. zaćm cukrzycowych, zapalenia siatkówki—o charakterze wybroczynowym—często z następstwami rozrostami (*retinitis proliferans*), czasem *neuritis retrobulbaris*, zmiany refrakcji i nastawności, schorzenia układu naczyniowego oka, m. in. rozpulchnienie tylnej barwikowej powierzchni tęczówki, poraz pierwszy opisane przez W. Kamockiego (1883).

Zaćma cukrzycowa co do rokowania przeciętnie niewiele się różni od zaćmy zwykłej starczej. Według mego osobistego doświadczenia stwierdzić mogę, że po pewnem umiarkowanym odcukrzeniu chorego, czasem i z pomocą insuliny, przy możliwym unikaniu zranienia tęczówki, operacja zaćmy cukrzycowej przebiega bez powikłań. Należy tu jednak unikać jednoczesnego stosowania atropiny i insuliny, gdyż wtedy w następstwie możemy sprowokować napad jaskry.

Zmiany w siatkówce wyrażają się najczęściej wybroczynami i wysiękami. Czasem zmiany w siatkówce w cukrzycy są następstwem powikłania tego cierpienia niedomogą nerek.

W następstwie cukrzycowe zapalenie siatkówki prowadzić może do zapalenia rozrostowego i ślepoty. Zmiany w refrakcji oka—występowanie dalekowzroczności lub krótkowzroczności jest zapewne przejawem zaburzeń w sprawności mięśni schorzonego ciała rzęskowego. Zresztą, nieraz występowanie zmiany refrakcji soczewki spowodowane być może jej napęcznieciem i jest wstępem do dalszego jej zmętnienia.

Z rzadziej spotykanych objawów ocznych cukrzycy mieć na względzie należy uporczywe zapalenie krawędzi powiek ze skłonnością do zmacerowania powierzchni skóry.

A teraz słów parę o objawach i chorobach przewodu pokarmowego, wywołanych chorobami oczu.

Napady jaskry, podobnie jak i zranienia oka, spowodować mogą uporczywe wymioty—stąd, szczególnie w jaskrze spotykałem wielokrotnie, jak wybitni nieraz lekarze na podstawie uporczywych wymiotów rozpoznawali i leczyli nerwicę lub wrzód żołądka — nie bacząc na znaczne upośledzenie wzroku chorych, zmętnienie rogówki, rozszerzenie źrenic i twardość gałek ocznych. Ma się rozumieć, że wiele podobnych przypadków kończy się zupełną i nieuleczalną ślepotą.

Wspomnimy tu o fakcie, że nowotwory oka, w szczególności czerniaki, dać mogą przerzuty do wątroby nieraz w kilkanaście lat po stwierdzeniu w oku, pomimo możliwie wczesnego wyluszczenia oka. Podobne przerzuty z ceka dotyczyć mogą też żołądka, otrzewnej, trzustki i śledziony. Przerzuty te spotykaliśmy nawet w przypadkach, kiedy nowotwór nie przebił jeszcze gałki ocznej i kiedy gałka była możliwie wczesnie wyluszczona.

Glejaki siatkówki, jak stwierdził jeszcze Wintersteiner (1897), obok przechodzenia *per continuitatem* do mózgu i kości czaszkowych, wyjątkowo dawać mogą przerzuty do przyusznicy, wątroby, nerek i wogóle gruczołów chłonnych.

Z tego krótkiego przeglądu, dotyczącego związku między okiem a przewodem pokarmowym, widzimy jak wiele cierpień przewodu pokarmowego wyrażać się może objawami ocznymi, i jak te objawy w niektórych przypadkach mogą mieć dużo cięższe następstwa dla ustroju, niż choroba zasadnicza, która je spowodowała. Z drugiej strony widzimy, że niektóre ciężkie

choroby oczu spowodować nawet mogą wydatne objawy, a nawet i chorobę przewodu pokarmowego. Wszystko to raz jeszcze dowodzi, że nie wolno specjalście leczyć tylko jeden narząd, zapominając o innych narządach i o ustroju wogóle. Tylko staranne i możliwie wszechstronne zbadanie chorego w większości poważniejszych przypadków dać może mu prawdziwe rozpoznanie cierpienia i rzeczywistą pomoc.

Z oddz. wewn. Szpitala Starozakonných (Ordynator Dr. med. G. Lewin)
i z pracowni bakteriologicznej Szpitala (Kierownik Dr. med. I. Dworecki).

Przyczynek do poznania flory bakteryjnej żołądka.

P o d a l i

Dr. med. F. TURYN i Mag. chemji E. SZAMESÓWNA.

Żołądek o kwasocie normalnej i nieupośledzonej czynności ruchowej nie zawiera bakterij, które giną w środowisku o Ph niższem, niż 6,4. Bakterje nie zjawiają się w żołądku niewydzielającym kwasu solnego wcale lub w stopniu niedostatecznym. Znajdujemy wówczas miljardy najrozmaitszych saprofitów, niektóre bakterje pasorzytujące normalnie w jelitach cienkich i grubem, jak *streptobacillus*, *b. coli* i t.p. Poza tem, w warunkach specjalnych, spotyka się pałeczki Boasa-Opplera. W żołądku, który wydziela normalne lub nadmierne ilości kwasu solnego, a którego czynność ruchowa jest ograniczona, t. j. w warunkach zastoju, stwierdza się obecność czworniaków, które jedyne utrzymują się w środowisku o Ph zbliżonem do 1.

Badając pod drobnowidem osady zawartości żołądkowych zauważyliśmy kilkakrotnie bakterje, które na pierwszy rzut oka imponowały, jako pałeczki Boas-Opplera. Bylibyśmy skłonni uważać je za takowe, gdyby miareczkowanie kwasoty n/10 ługiem sodowym nie wykazało ilości wahających się pomiędzy liczbami 50 a 80 dla wolnego kwasu solnego. Twory te poddałismy dokładnemu badaniu bakteriologicznemu, przyczem mate-

Przed badaniem pobieraliśmy po wypłókaniu przez chorego ust przez wyjałcowiony zgłębnik dwunastniczy i jałową strzykawkę do jałowej probówki. W przypadkach dodatnich posiew z popłóczyn jamy ustnej i z nalotu gardła nie zawierał omawianych bakterij.

Przedstawiają się one, jako pałeczki grube i długie o końcach zaokrąglonych i brzegach załamujących światło. Układają się pojedynczo, dwójkami i w postaci łańcuszków, miejscami tworzą rozgałęzienia. Morfologicznie przypominają zupełnie prątki *Boasa-Opplera*. Są ruchome, gramododatnie. Rosną na wszystkich zwykłych pożywkach w warunkach tlenowych i beztlenowych. Na buljonie cukrowym tworzą gruby kożuszek, opadający z czasem częściowo na dno. Kolonie na pożywkach stałych przedstawiają się jako warkocze o brzegach wywijanych. Żelatynę rozrzedzają. Na kartoflu tworzą kolonie duże, okrągłe, wypukłe. W hodowlach starszych (po 2-tych tygodniach) zauważono liczne zarodniki. Zachowanie się ich pod względem biochemicznym jest następujące: laktozy nie zmieniają, zakwaszają lekko bez wydzielania gazu: dekstrozę, lewulozę, sacharozę, mannit i maltozę. Zakwaszają i ścinają mleko. Nie wytwarzają siarkowodoru.

Pałeczki *Boasa-Opplera* zachowują się podobnie na laktozie i na innych wymienionych cukrach. W pałeczkach B.-O. nie zauważono zarodników. Rosną one tylko beztlenowo. Zasadniczą różnicą między omawianymi bakteriami, a pałeczkami B.-O., jest fakt, że ostatnie giną w środowisku zawierającym 0,5 pro mille kwasu solnego, gdy zauważone przez nas twory wytrzymują nawet 3 pro mille roztwór kwasu solnego, co w nauce bakterjologii należy wogóle do rzeczy wyjątkowych.

Bakterje te zauważyliśmy po raz pierwszy u chorego ze zwężonym na tle owrzodzenia odźwiernikiem. Zwężenie było znaczne, zaleganie duże, ilość kwasu solnego wynosiła 90, kwasota ogólna przeszła 100. Pałeczek tych było dużo.

Drugi raz uzyskaliśmy te bakterje naczczo z żołądka o typie hypersekrecyjnym. Wolny kwas solny—62, kwasota ogólna—78. Bakterji b. dużo, w miarę leczenia i poprawy w stanie chorego ilość ich zmniejszała się stopniowo.

Za trzecim razem znaleźliśmy je w przypadku owrzodzenia 12-cy z normalną kwasotą żołądka.

Od czasu naszego zainteresowania się omawianemi pałeczkami spotykaliśmy je kilkakrotnie, jednakże sporadycznie i u osób z dolegliwościami żołądkowemi.

Z powyższego wynika, że w żołądku niektórych chorych można wykryć naczczko pałeczki, które morfologicznie i biochemicznie przypominają pałeczki Boasa-Opplera. Nie identyfikując ich bynajmniej, chcemy zwrócić uwagę na ich istnienie, gdyż łatwo mogą czasami wprowadzić w błąd badającego wartość żołądka tylko pod mikroskopem i nieuprzedzonego co do chemizmu danego żołądka.

Opisu tych bakterij w dostępnej nam literaturze nie znaleźliśmy.

O c e n a.

E r i c h L e s c h k e: *Schorzenia przemiany materji* przetłomaczył L. Justman i A n t o n i G o l d m a n: *Cukrzyca a zabiegi chirurgiczne* 152 str. Cena 12 zł. 50 gr. Nakładem Warszawskiej Ajencji Wydawniczej „Delta”.

Ajencja Wydawnicza „Delta” podjęła się bardzo wdzięcznego zadania — mianowicie wydania cyklu książek „Medycyny współczesnej dla lekarzy praktyków”. Medycyna kroczy naprzód bardzo szybko i właśnie lekarz-praktyk, zwłaszcza na prowincji — nie mając pod ręką najnowszych wydawnictw, z trudem śledzić może za zdobyczami wiedzy lekarskiej. Zwłaszcza schorzenia przemiany materji wymagają częstego zaglądania lekarza-praktyka do nowszych monografij z tej dziedziny i autor tej miary, co Leschke, służy dostateczną rękojmią do tego, aby ta książka ładnie wydana i ślicznym stylem przez L. Justmana przetłomaczona, znalazła się na stole każdego lekarza — nietylko internisty. Znajdujemy w niej — pomimo jej zwięzłości — jasne przedstawienie każdego schorzenia, obrazu klinicznego oraz, co najważniejsze, leczenia. Krótko i zwięźle zajmuje się autor fizjologją

ogólną przemianę materji oraz znaczeniem układu roślinnego dla patologji przemiany materji. W rozdziale o cukrzycy omawia autor rzekome zapalenie otrzewny, występujące w silnej kwasicy i w początku śpiączki. Cierpienie to nasuwa wielkie trudności rozpoznawcze.

A. Goldman w swej monografji, rozpatrując zwięźle każde cierpienie z osobna, zastanawia się nad postępowaniem w poszczególnych schorzeniach chirurgicznych u chorych na cukrzycę. Otóż w powyższem cierpieniu rzekomego zapalenia otrzewny uważa on, iż „lepiej jest bezsprzecznie usunąć omyłkowo zdrowy wyrostek, niż przeoczyć przedziurawienie, zarówno jak znaleźć zdrowy żołądek lub dwunastnicę, niż czekać na ustąpienie kwasicy i przeoczyć odpowiedni moment zabiegu”. Leschke zaś uważa—z punktu widzenia internisty, iż należy dążyć do szybkiego wyjaśnienia obrazu chorobowego i radzi w tym celu zastrzykiwać dożylnie co godzina 50 jednostek insuliny. W przypadku rzekomego zapalenia otrzewny po takim postępowaniu objawy groźne znikają, w przeciwnym razie, gdy ma się przed sobą zapalenie wyrostka lub otrzewny, występuje nasilenie chorobowe. Z tego jednego chociażby przykładu jasną staje się zasługa wydawnictwa, iż jednocześnie wydało ono pracę internisty obok monografji tak wybitnego i doświadczonego chirurga, jakim jest A. Goldman. Wszystko razem składa się na całość, mogącą służyć podniętą dla Wydawnictwa, aby i w przyszłości dobierało autorów, umiejących uwykuć rzeczy ważniejsze dla lekarza-praktyka.

Fr.

Protokoły Posiedzeń.

Posiedzenie kliniczne

Polskiego Tow. Gastrologicznego.

d n i a 28.I.31 r.

Obecnych 60 osób. Przewodniczy Dr. Wejnert.

1. R a d l i ń s k i przedstawia chorą po operacji guza odbytnicy metodą Kraskego, powikłanej uszkodzeniem moczowodu.

2. R a d l i ń s k i: Pokaz chorej po operacji uchyłka przełyku.

3. K a c z y ń s k i przedstawia chorą po wycięciu żołądka wskutek rozległych zmian bliznowatych po przebytem owrzodzeniu oraz wskutek obecności czynnego owrzodzenia blisko części przywpuustowej żołądka. Na rentgenogramie widać klepsydrowaty kształt żołądka oraz duży uchyłek na krzywiznie małej powyżej przewężenia. K. podkreśla trudności techniczne, które należało pokonać przy resekcji żołądka tego rodzaju, gdyż niezmienionym był jedynie jego odcinek przywpuustowy. Operacji dokonano sposobem R e i c h e l - P o l l y a. Pomimo tak rozległej resekcji żołądka trawienie u chorej jest wystarczające, chorej przybywa na wadze; samopoczucie dobre. Zachowanie się pozostałego po resekcji odcinka ilustruje odpowiedni rentgenogram.

4. R u t k o w s k i: pokaz obcych ciał usuniętych z żołądka.

5. K o ł o d z i e j s k i: pokaz dwóch chorych kobiet po licznych operacjach żołądkowych.

6. P i a s e c k i: pokaz chorego po resekcji sposobem R y d y g i e r a.

K. W., lat 38, chory od roku 1918. Bóle w nadbrzuszu w godzinę lub półtorej po jedzeniu, odbijanie kwaśne, a nawet później wymioty, wyraźne zabarwienie kału na kolor fusów. Stan ten doprowadził chorego do b. znacznego wyniszczenia, tak, że pracować nie mógł. Leczenie nie pomagało. W tym stanie zgłosił się w r. 1923 na klinikę i po ustaleniu, że mamy do czynienia z owrzodzeniem w części przyodźwiernikowej z przewężeniem odźwiernika, miał wykonaną resekcję żołądka sposobem Rydygiera. Operacja potwierdziła rozpoznanie. Po operacji chory b. szybko się poprawiał i przez 5 lat czuł się zupełnie dobrze. Od 1928 r. zaczęły się zjawiać te same objawy, co w początku choroby i, stopniowo narastając, prowadziły znowu do wyniszczenia. Po bezowocnej próbie leczenia, chory zgłosił się ponownie do kliniki 2.XII.1930 r. Badanie roentgenologiczne wykazało: Żołądek opuszczony i znacznie rozszerzony, o dużej warstwie pośredniej, część przyodźwiernikowa zbyt krótka. Ruchomość i przesuwalność niezła. Perystaltyka typu

okresowego, po chwilach nadmiernego wzmożenia ustaje zupełnie. Opróżniania się żołądka w ciągu pierwszej półgodziny badania nie stwierdza się. Bolesność uciskowa w okolicy odpowiadającej w normalnych warunkach opuszcze dwunastnicy. Po 4 godz. zalega $3/4$ treści kontrastowej w kształcie miski.

Wobec powyższego, 9.XII.30 wykonano zespolenie żółdkowo-jelitowe tylne. Po operacji wszystkie dolegliwości ustąpiły, ale już od 14.I.31 chory zaczyna odczuwać ciężenie i jak się sam wyraża: „chlupanie w żołądku”. Te objawy ustąpiły po zastosowaniu leżenia na lewym boku po jedzeniu. Badanie roentgenologiczne wykazuje znów: żołądek rozszerzony, nisko położony, ruchomość słaba, przesuwalność swobodna. Treść kontrastowa przechodzi szerokiem pasmem przez sztuczne zespolenie, które jest umiejscowione w środkowej $1/3$ krzywizny dużej. Po 20-u minutach połowa treści kontrastowej znajduje się w jelitach cienkich, reszta zaś skupia się w części przyodźwiernikowej. Bolesności uciskowej w obrębie żołądka nie stwierdza się. Po 4 godz. około $1/5$ zalega w części przyodźwiernikowej. Przechodzenia treści kontrastowej przez odźwiernik i dwunastnicę nie stwierdza się.

Być może, że wobec tego stanu rzeczy, jeśli sprawa nie da się opanować zachowawczo, czeka chorego nowy jeszcze zabieg.

W dyskusji ad 1. zabierali głos K r y ś k i i A b r a m o w i c z. K r y ś k i twierdzi, iż na rentgenogramie widoczne są po stronie chorej zarysy górnego i środkowego kielicha, co świadczy o wydzielaniu uroselektanu przez prawą nerkę. Należy więc przypuszczać, iż mocz znajduje jakieś ujście.

W dyskusji nad pokazem R u t k o w s k i e g o zabierał głos A b r a m o w i c z.

W związku z pokazem K o ł o d z i e j s k i e g o, W e j n e r t stwierdza, iż jakkolwiek przypadki omawiane są bardzo rzadkie, to jednak niewątpliwie zdarzają się. W. widział przypadek analogiczny, operowany 19 razy. Nie słyszał jednak nigdy o podobnem cierpieniu u mężczyzny. W. uważa drogę obroną przez K o ł o d z i e j s k i e g o i H i g i e r a za odpowiednią i oczekuje wyjaśnienia sprawy z ust tych badaczy, którzy mają chęć i możliwość badania w klinice.

G o l d m a n wysuwa ważność rozpoznania konstytucji

przed 1-szym zabiegiem, od którego rozpoczyna się katastrofa tego rodzaju chorych. Bezskuteczność zabiegów dowodzi, że nie mamy do czynienia z anatomicznymi zmianami, które usiłujemy usunąć za pomocą zabiegu operacyjnego, opartego na zasadzie li tylko badania domniemanie chorego narządu bez dostatecznego uwzględnienia całokształtu konstytucjonalnych zmian patologicznych w czynności układu gruczołów dokrewnych. Działalność narządów rozrodczych winna być wzięta pod baczna uwagę i dlatego G. sądzi, iż obok koncepcji prelegenta należałoby się ustosunkować do zadziałania na system narządów płciowych u chorych (prawie wyłącznie kobiet) za pomocą metody opisaną przez Doplera, a polegającej na stosowaniu preparatów karbolowych (Isophenal) — *sympaticodiaphteresis*.

J u s t m a n obserwował 4 podobne przypadki; z tych jeden dotyczył mężczyzny. W 2-ch operowanych — przebieg był niepomyślny; w pozostałych nieoperowanych jeden przez $\frac{1}{2}$ roku był bez dolegliwości po zadziałaniu psychicznem, zastosowanem przez nie-lekarza. Genezą cierpienia były zmiany ustrojowe.

F l o k s t r u m p f zgadza się w zupełności z W e j n e r t e m i G o l d m a n e m, iż znaczna część schorzeń kobiecych daje objawy kliniczne ze strony żołądka i jelit. Dlatego też ściśle badanie ginekologiczne w każdym przypadku schorzenia jamy brzusznej jest niezbędne. Jednakże badanie ginekologiczne bardzo często nie wykazuje zmian chorobowych, mimo iż choroba istnieje. F. przytacza przypadek dotyczący pewnej młodej semitki, u której w 16-tym roku życia dokonano wycięcia wyrostka robaczkowego, który okazał się zresztą zupełnie zdrowym. Od tego czasu co $\frac{1}{2}$ roku dokonywano u chorej laparotomji z powodu silnych bólów w okolicy nadbrzusza, wymiotów i t. p. Dokonano więc gastroenterostomji, cholecystektomji, ileotransversostomji i t. d. Badania oburęczne narządów rodnych nie wykazywały wówczas żadnych zmian uchwytnych.

Po 6-tej laparotomji. t. j. w 3 lata po pierwszej operacji, wystąpiły silne krwotoki maciczne. Ponieważ krwotoki te przy stępcwaniu środków wewnętrznych nie ustąpiły, dokonano wycięcia prawego jajnika, który wykazał drobnotorbielowate zwyrodnienie.

W $\frac{1}{2}$ roku później dokonana została powtórna ovariecto-

mia (lewostronne drobne torbiel. zwyrodn. jajnika). Nasuwa się więc przypuszczenie, że już przed 3-ma laty jajniki były chore, ale nie dawały jeszcze objawów klinicznych.

D o l k a r t zna demonstrowaną chorobę Z. od kilku lat. Często przynosiła ciemne wymiociny, w których odczyn na krew wypadł zawsze wybitnie dodatnio. Badanie kału na krwawienie utajone również dawało wyniki dodatnie. Z punktu widzenia teorii psychogennej trudno jest fakty te wytłumaczyć.

G o l d s t e i n. Przypadki zrostów pooperacyjnych są dość częste, ale, zdaje się, nie mają związku z chorobami, demonstrowanymi przez K o ł o d z i e j s k i e g o. U tamtych chorowanych na pierwszym planie jest upośledzenie psychiczne.

S z o k a l s k i proponuje dla wyłączenia urazu psychicznego zastosowanie hipnozy.

W e j n e r t — zaleca wielką ostrożność przy kwalifikowaniu pacjentów do grupy omawianej przez K o ł o d z i e j s k i e g o.

R ó b i n opisuje przypadek z praktyki, w którym chora 24 letnia, dietna, była operowana z powodu kamicy żółciowej. Usunięty został woreczek żółciowy z kilkoma dużymi kamieniami i wyrostek robaczkowy. Przebieg operacyjny zupełnie prawidłowy, bez powikłań. We 2-miesiące po tym zabiegu chora zaczęła doznawać tak silnych bólów w okolicy wątroby, że chirurg, obawiając się błędu technicznego lub przeoczenia kamienia w przewodach żółciowych, wykonał pełnowygodny zabieg dla kontroli i nic nieprawidłowego nie mógł stwierdzić.

Wkrótce po tem bóle stały się tak gwałtowne, a leki tak bezskuteczne, że chora popełniła samobójstwo.

Przypadek ten R ó b i n podkreśla dlatego, że poczęści mógłby rzucić światło na etiologję cierpienia 2-ch przedstawionych przez K o ł o d z i e j s k i e g o pacjentek.

W opisanym przypadku, zakończonym śmiertelnie, przebieg był ostry, uraz psychiczny bardzo silny i reakcja również b. ostra, u pacjentek demonstrowanych ten sam uraz psychiczny działał wolniej, miał charakter przewlekły, bóle przerzucały się z jednego miejsca na drugie. Nasilenie bólów również tam było gwałtowne, tu słabsze.

Na szczęście przypadki takie są rzadkie. R. spostrzegął ten *crux medicorum* zaledwie 2–3 razy.

Nigdy nie możemy przed zabiegiem przewidzieć, czy chory ulegnie takiemu urazowi psychicznemu i jaki charakter ten ostatni przybierze.

d n i a 18.II.31 r.

Obecnych 35 osób. Przewodniczący Wejnert.

P o k a z y:

1. L u b e l s k i. Wycięcie żołądka powikłane skazą krwotoczną.

Chory, u którego dokonałem wycięcia żołądka z powodu wrzodu dwunastnicy, może służyć przykładem ważności niezbędnych badań krwi na krzepliwość przed większym zabiegiem chirurgicznym w celu uniknięcia nieprzewidzianych powikłań, które mogą niekiedy stanowić o życiu chorego. Badania na krzepliwość krwi przeprowadzam systematycznie przy wszystkich zabiegach na drogach żółciowych i wątrobie i odpowiednio tych chorych do operacji przygotowuję. W omawianym przypadku wycięcia żołądka badanie krwi na krzepliwość przed zabiegiem nie było dokonane; wobec zmniejszonej krzepliwości krwi wystąpiły po zabiegu ciężkie powikłania, które omal nie doprowadziły do katastrofy.

Chory L. L., lat 29, od półtora roku skarży się na bóle w dołku podsercowym. Bóle występują w parę godzin po jedzeniu i w nocy; chory często wymiotuje. Kilkakrotnie przeprowadzał kurację, ale stan ogólny stale się pogarszał.

Przy badaniu — bolesność uciskowa w obrębie odźwiernika i dwunastnicy.

Badanie zawartości żołądka naczczo wykazało: kwaś. solny wolny — 7,5; kwasota ogólna 22,5; próba na krew ujemna. Po próbnym śniadaniu: HCl. wolny — 37,5; kwasota ogólna 61; próba na krew — ujemna. Badanie kału na krwawienie utajone — ujemne.

Badanie rentgenologiczne wykazało: opuszka dwunastnicy zniekształcona; stwierdzamy w niej uchyłek wielkości groszku

stale wypełniony pokarmem kontrastowym. Po 8 godzinach — $\frac{1}{3}$ treści kontrastowej znajduje się w żołądku; nieco treści kontrastowej znajduje się jeszcze po 20 godzinach.

Wywiady, objawy, zdjęcia rentgenologiczne przemawiały za owrzodzeniem dwunastnicy ze zwężeniem, postanowiliśmy więc dokonać operacji wycięcia żołądka. Operację wykonałem w znieczuleniu miejscowym. Po otwarciu jamy brzucha stwierdziłem w obrębie dwunastnicy tuż przy odźwierniku owrzodzenie bliznowate, zrosnięte z trzustką. Wycięcie żołądka przeprowadziłem metodą R e i c h e l - P o l y a. Przy oddzielaniu owrzodzenia od trzustki naderwała się dwunastnica, wobec czego po zaszcyciu dwunastnicy, wprowadziłem pasek gazy. Stan chorego po zabiegu był ciężki. Tętno szybkie, 120 — 130, słabego napełnienia. Poleciłem wlewanie podskórne roztworu soli i cukru, środki nasercowe. Nazajutrz po operacji stan chorego jeszcze gorszy: tętno do 140, słabo wypełnione. Po wprowadzeniu zgłębnika do żołądka wylało się dużo płynu brunatno zabarwionego (zmieniona krew). Na trzeci dzień po operacji przy płókaniu żołądka, po opróżnieniu go z płynu brunatnego, zauważyliśmy płyn zabarwiony świeżą krwią, co przemawiało za stałym krwawieniem do żołądka. Zastosowałem zastrzyki dożylnie chlorku wapnia, żelatynę pod skórę, koagulen i adrenalinę per os. Stan chorego jednak pomimo wszystkie zabiegi stale się pogarszał, a wieczorem piątego dnia po operacji tętno stało się już niewyczuwalne; chory na nie prawie nie reagował. Zastosowaliśmy przetaczanie krwi w ilości 250,0 (Pomper). Już podczas przetaczania zauważyliśmy poprawę: zaróżowiły się wargi chorego, zjawilo się tętno. Od tego czasu stan chorego z dnia na dzień stale się poprawiał: zjawilo się łaknienie, apetyt; tętno coraz lepsze. Po dwóch dniach zgłębnik wprowadzony do żołądka, nie wykazał żadnej treści. Aby wytlómaczyć sobie przyczynę pooperacyjnego krwawienia do żołądka (nie poczuwaliśmy się bowiem do żadnego błędu technicznego) dokonaliśmy w 10 dni po operacji badania krwi na krzepliwość. Krzepnięcie było opóźnione: nastąpiło dopiero po 28 minutach. Tem opóźnieniem krzepnięcia krwi możemy, przypuszczam, wytłómaczyć sobie następce krwawienia do żołądka, które omal nie skończyły się tragicznie dla chorego.

Dalszy przebieg pooperacyjny był normalny. Samopoczucie

pacjenta obecnie b. dobre; bóle ustąpiły; łaknienie, apetyt—dobry.

E i s e n f a r b sądzi, iż w związku z obrazem renigenologicznym należałoby przypuścić, że w przedstawionym przypadku mieliśmy do czynienia z obrazem zespołu objawów humoralnych, jak hyperazotemja, hypochloremja i t. d., z uszkodzeniem narządów mięszszowych jak wątroba, nerka. Objawy te mogły się po operacji wzmóc, o czem świadczył ciężki stan chorego. Jego więc krwawliwość można byłoby objaśnić uszkodzeniem wątroby; w takich razach lepsze wyniki od przetaczania krwi dają według G o s s e t a, P e t i t i innych zastrzyki dożyłne roztworów hypertonicznych soli kuchennej.

Ł a ż y ń s k i zapytuje, jak zachowała się rana operacyjna powłok brzusznych podczas i po operacji. Ł. zgadza się z Lubelskim, iż nie było *hemofilji*, lecz tylko skaza krwotoczna.

A b r a m o w i c z uważa, że zagadnienie skazy krwotocznej winno być podane pewnej naukowej rewizji. Na zasadzie statystyki chirurgicznej możemy twierdzić, iż odsetek przypadków *hemofilji* jest znikomy. Natomiast dentyści często przytaczają przypadki skazy krwotocznej. Niezawodnie powstaje to wskutek osobliwego ułożenia w dziąsłach naczyń, które wskutek związku z tkanką łączną, nie mogącą się prędko zamknąć po przecięciu. W danym przypadku należałoby przypuścić, iż bliskość dróg żółciowych wpłynęła na utrudnione krzepnięcie krwi.

G r u n d z a c h nie kwestjonuje w tym przypadku *hemofilji*, zwraca uwagę na to, że w pracy Hahma znalazł opisy przypadków, gdzie po operacji G—E. na drugi dzień wydobywały się glibryzmie ilości cuchnących czarnych mas (z krwią) podczas przepłókiwania żłądka. Stan chorego po ciężkich objawach *gastreplegji* potem się poprawia zupełnie.

K a h a n zapytuje, czy była badana krew morfologicznie.

2. N i e w i a d o m s k i pokazuje obce ciało — grzyb, który utkwiał w jelicie cienkiem i wywołał objawy ostrej niedrożności. 27.I. b. r. przybyła na II oddział chirurgiczny Szpitala Przemienienia Pańskiego (ordynator—T. Budkiewicz) 75-letnia pacjentka, która 2 dni przed przybyciem dostała nagle wieczorem gwałtownych bóli brzucha w okolicy pępka z wymiotami i wzdęciem.

Napady bóli powtarzały się co kilka godzin. Wiatrów

i stolca nie oddała. Przy badaniu stwierdzono silne wzdęcie, brak większego oporu mięśniowego, „stawianie się” kiszek, bolesność przy obmacywaniu jelit w okolicy pępka, cisza w jamie brzucha, tętno 96 m., ciepłota normalna. Po wlewaniu Hegara wiatry nie odeszły, wzdęcie się nie zmniejszyło. Rozpoznanie: ostra niedrożność jelit, prawdopodobnie cienkich. Operacja (T. Butkiewicz) w znieczuleniu lędźwiowym, cięciem środkowym poniżej pępka otwarto jamę brzuszną. Żołądek, jelito czcze i część biodrowego wzdęte i przekrwione aż do miejsca niedrożności, znajdującego się w odległości 80 cm. od kątnicy. W tem miejscu stwierdzono w świetle jelita twardy walcowaty twór przesuwalny, który wywołał całkowitą niedrożność, bo poniżej jelito było spadnięte, o wyglądzie prawidłowym. Nacięto ścianę jelita i wydobyto twór, który się okazał marynowanym grzybem. Rany zaszyto na głucho. Przebieg pooperacyjny gładki, na 2 dzień odeszły wiatry, rychłozrost. Pacjentka pozostaje jeszcze w leczeniu szpitalnem z powodu odleżyny pośladków.

N. kwalifikuje ten przypadek, jako ileus obturatorius i nadmienia, że tego rodzaju przyczyna niedrożności należy do wyjątkowych, albowiem grzyb normalnie uległ by przez rozkałkowanie i żucie w jamie ustnej i zadziałanie soków żołądkowych i jelitowych strawieniu i nie mógłby spowodować niedrożności. Brak zupełny użębienia oraz prawdopodobnie łapczywe połknięcie niepogryzionego i twardego grzyba tłumaczy do pewnego stopnia możliwość powstawania tego rodzaju niedrożności. Podczas każdorazowego napadu bóli i równoczesnego wzmocnienia perystaltyki ciało obce przesunęło się niżej. Jak wiemy z badań rentgenologicznych, normalnie pokarm zatrzymuje się nieco dłużej na odcinku jelita biodrowego, tem sobie możemy wytłómaczyć ostateczne uwięźnięcie grzyba w odległości 80 cm. od kątnicy.

3. N i e w i a d o m s k i pokazuje następnie preparat guza jelita cienkiego, który wywołał również niedrożność. W dn. 20.XII. przybyła do szpitala Przem. Pańsk. na II oddział chirurgiczny (ordynator T. Butkiewicz) 36 letnia pacjentka Tr. Sk., u której od 2 miesięcy przed przybyciem zaczęły się pojawiać napady gwałtownych bóli w okolicy pępka, krótko trwających. Nieraz przyłączały się wymioty. O ile nasilenie bóli się potęgo-

wało, następowało równocześnie zatrzymanie stolca i wiatrów. W chwili przybycia poza ograniczonem wzdęciem w dolnej części brzucha i osłabioną perystaltyką nie stwierdzono nic szczególnego. Chora nie chciała się poddać dokładniejszemu zbadaniu i opuściła na 2 dzień szpital. W tym samym dniu dostała silnego napadu bóli z wymiotami. Stolica nie ma od 19.XII. Po ustąpieniu napadu zgłosiła się do N. wieczorem w godzinach przyjęć. N. podejrzewając poza opadnięciem trzewi jakąś sprawę zrostową, skierował chorą do rentgenologa. Nazajutrz w godzinę po przyjęciu 200 gr. pokarmu kontrastowego stwierdzono pod ekranem resztkę pokarmu w odepchniętym ku górze żołądku i silne rozdęcie jelita czczego do wymiarów okrężnicy. Z powodu ustalenia wysokiej przeszkody w jelicie cienkim oraz z obawy, że zalegająca w pętłach jelita powyżej przeszkody papka kontrastowa może pogorszyć sprawę chorobową, rentgenolog odesłał chorą natychmiast do N., który niezwłocznie po przywiezieniu chorej do szpitala przystąpił do laparotomii. W uśpieniu eterowem cięciem środkowem otwarto jamę brzucha i stwierdzono w jednej z pętli jelita cienkiego guz wewnątrzkiшковy, powyżej pętli jelitowe rozdęte i przekrwione, o żywej perystaltyce, poniżej jelito spadnięte, blade. Guz zatykał światło jelita i powodował wgłobienie jelita na przestrzeni 10 — 12 cm., które po pewnym czasie ustępowało. Podczas rewizji, a szczególnie dotykania się do jelit powyżej przeszkody, kilkakrotnie ten stan się powtarzał. Guz się jakby przesunął ale tylko na krótkiej przestrzeni. Po odgłobieniu i nacięciu jelita stwierdzono guz wielkości śliwki, dosyć twardy, o szerokiej szypule wychodzącej z wewnętrznej ściany jelita. Po zewn. stronie widoczna w miejscu guza czerwona, brodawkowata wyniosłość. Nie mogąc wykluczyć złośliwego charakteru nowotworu, dokonano wycięcia jelita wraz z guzem szeroko w granicach zdrowych tkanek. Stan chorej, z początku zadawalniający, pogorszył się z powodu obustronnego zapalenia płuc. Na 4 dzień po operacji chora zmarła. Oględziny pośmiertne wykazały obustronne rozlane zapalenie płuc i włóknikowe zapalenie otrzewnej jako przyczynę zgonu. Badanie drobnowidowe guza jelita: *naczyniowłókniak*.

Włókniki jelita cienkiego, jak ich odmiany w postaci naczynio-włókników należą do względnie rzadkich. Stämmeler ze

brał w literaturze 39 przypadków. U nas w ostatnich latach Szper pokazywał w Tow. chirurg. podobny przypadek, który również wywołał wgłobienie. Dąbrowska podaje, że oprócz powyższego przypadku badała dwa przyp. włókniaka jelita. Guzy te występują częściej w jelicie cienkim, niż grubym, pojedyncze lub wielorakie, w kilku miejscach jelita, wewnątrz i zewnątrzjelitowe, uszypułowane lub nie, rozmiar guzów b. różnorodny, od wielkości grochu do pięści lub głowy dziecięcej.

Guzy te, gdy się nie powiększają, mogą dłuższy czas nie dawać o sobie znać i bywają nierozpoznane, jak w tym przypadku, aż do czasu wystąpienia objawów niedrożności.

E i s e n f a r b uważa, iż tłumaczenie na drodze mechanicznej przedostania się grzyba do jelit cienkich nie wystarcza, dla czego grzyb, który przeszedł przez dość wąski odźwiernik, zatrzymał się w jelicie, szerszem i elastyczniejszym. E. tłumaczyłby fakt ten zmianą odczynu. Grzyb w kwaśnej treści skurczył się, a w alkalicznej zaczął pęcznieć aż do rozmiarów, które wywołały zamknięcie. Można to sprawdzić na prostym doświadczeniu, kładąc kolejno grzyb do roztworu kwasu, a następnie zasad.

L u b e l s k i widział podczas wojny wszechświatowej dwa przypadki niedrożności jelit, wywołanej dużą ilością „peluszki” (rodzaj grochu), niedostatecznie rozgotowanej, która wypełniała całą odbytnicę i część esicy. Mechaniczne usunięcie per rectum „peluszki” — usunęło też i niedrożność. L. przypomina opisane w piśmiennictwie ciała obce w jelitach, które wywołały niedrożność, a mianowicie: przypadek Martensa, gdzie znaleziono w jelicie jabłko gotowane, przypadek Kaufmana, gdzie znaleziono gruszkę i Gregoir'a — suchą figę.

W kwestji guzów jelit cienkich L u b e l s k i przypomina sobie dwa przypadki, operowane przed kilkunastu laty. Jeden identyczny z przypadkiem demonstrowanym przez kol. Niewiadomskiego, gdzie guz uszypułkowany, wielkości małego jaja kurzego wywołał wgłobienie. Po dezynwaginacji dokonano wycięcia części jelita razem z guzem; zespolenie obu końców, wyzdrowienie.

Drugi przypadek dotyczył guza wielkości pomarańczy, który wywołał niedrożność, był nieruchomy i znajdował się w miednicy małej. Guz obejmował ścianę jelita cienkiego i był przy-

rośnięty do dna miednicy małej. Guz wycięto razem z częścią otrzewny, wyściełającą dno miednicy tak, że obnażono po wycięciu guza oba moczowody. Zespolenie jelit po wycięciu guza — boczne. Wyzdrowienie.

3. S c h l a g e r: pokaż chorej z guzem jamy brzucha.

D o l k a r t — uważa, iż ciało, które się wyczuwa, jest to prawdopodobnie wodnik pęcherzyka żółciowego, a nie nowotwór pęcherzyka; dlatego jest ono takie duże i tak łatwo przesuwalne z prawej strony na lewą i naodwrot.

Ł ą ż y ń s k i przypomina identyczny prawie przypadek, przytoczony niedawno przez prof. Finstera z Wiednia. Na zasadzie zdjęć rentgenowskich rozpoznawano raka odźwiernika. Podczas operacji znaleziony normalny żołądek; rzekomy nowotwór, uciskający odźwiernik, okazał się pęcherzykiem żółciowym, wypełnionym kamieniami.

K a h a n zapytuje czy przy pierwszym badaniu nie mógł guz usadowić się tak, że spowodował ucisk żołądka w odnośnem miejscu.

W danym przypadku należałoby różniczkować między guzem uciskającym na żołądek a skurczem lokalnym żołądka — nie dowodzi to jednak omyłki w rozpoznaniu rentgenologicznem.

P o m p e r zwraca uwagę na zaniedbywany sposób rozpoznawczy przy różniczkowaniu spraw chorobowych (guzów) żołądka i poza żołądkiem, polegający na wdmuchiowaniu powietrza do żołądka. Ma się wówczas możność dokładnego obejrzenia, obmacania i opukania granic żołądka w stosunku do guza.

R ó b i n zaznacza, że tego rodzaju przypadki mnożą się w ostatnich czasach. Rentgen stwierdza ubytek cieniowy, klinika istnienie raka wyłącza.

Winna jest najprawdopodobniej technika rentgenowska i niewłaściwe odczytanie rentgenogramu.

B. K r y ń s k i zwraca uwagę na niedokładność badania rentgenolog. w danym przypadku. Obydwaj rentgenolodzy pracowali w różnych warunkach (mniejsza i większa ilość pokarmu) i obydwaj przeprowadzili badanie niewystarczające, nie dając nam obrazu w pozycji leżącej ani badania śluzówkowego. Zarówno w jednym jak i drugim obrazie stwierdzamy zmiany ucis-

kowe. Wina więc nie jest po stronie rentgenologii, lecz rentgenologa.

Żądać winniśmy od klinicysty, by na tyle orjentował się w obrazie rentgenologicznym i w podobnych przypadkach domagał się badań dodatkowych, a wówczas ilość pomyłek zmniejszy się do minimum. Pozostanie tylko pewna część omyłek rozpoznawczych, opisanych przez Haudeka jako „Pseudotumoren des Magens“.

W odpowiedzi kol. Pomperowi o pompowaniu powietrza, Kryński zaznacza, iż jest to najstarsza metoda, niezupełnie bezpieczna i niezawsze prowadząca do celu.

Lepsze wyniki daje stosowanie umbratora.

O d c z y t y :

1. Prof. O n o d e r a z Fukowka w Japonji: O zawartej w śluzówce żołądka substancji pobudzającej perystaltykę, przetłómaczony i odczytany przez J. Nusbauma. (Gastrologja Polska, Tom III, Nr. 1).

2. J. E i s e n f a r b. O niedrożności jelit spowodowanej przez kamienie żółciowe. (Gastrologja Polska, Tom III, Nr. 2).

L u b e l s k i: Jeśli w wywiadach stwierdzamy objawy kamicy żółciowej, a później rozwija się obraz kliniczny niedrożności jelit, to zawsze możliwa jest zależność niedrożności od kamienia żółciowego, który po przedziurawieniu dróg żółciowych przedostał się do przewodu pokarmowego. Prócz innych objawów klinicznych, rozpoznanie niedrożności, wywołanej kamieniem żółciowym, potwierdza niekiedy badanie przez odbytnicę. Jeśli przy tem badaniu wymacuje się extra rectum twarde ciało, które po uniesieniu go do góry, znów opada ku dołowi, to możemy z pewnością w danym przypadku rozpoznać kamień żółciowy, jako przyczynę niedrożności (przypadki M. Willarda i Delagieniere'a). W przypadku kol. Eisenfarba badanie krwi wykazało normalną ilość leukocytów i dlatego trzeba było wyłączyć zapalenie wyrostka robaczkowego i zapalenie pęcherzyka żółciowego, jako schorzeń, dających leukocytozę. Obraz kliniczny przemawiał całkowicie za niedrożnością jelit, a wówczas operacja jest wskazana, nawet gdyby ścisłego rozpoznania nie postawiono. Aczkolwiek dany przypadek skończył się bez zabiegu pomyślnie, nie powinniśmy liczyć na szczęśliwy wynik przez wyczekiwanie:

większość tych przypadków bez zabiegu kończy się śmiercią. Są przecież i takie przypadki, kiedy kamień po przedziurawieniu wspólnego przewodu żółciowego lub pęcherzyka żółciowego nie przedostaje się do przewodu pokarmowego, a do jamy brzucha i wywołuje ropne zapalenie otrzewny. Taki przypadek niedrożności jelit, powikłany przepukliną pępkową u kobiety 38-letniej, był operowany przezemnie. Przy otwarciu jamy brzucha, wśród zrostów jelit, w ropie zabarwionej żółcią, znalazłem kamienie żółciowe. Przypadek ten skończył się wyzdrowieniem.

D o l k a r t. W przypadku ostrej niedrożności, gdy nie wiadomo, jakiego ona jest pochodzenia, wskazana jest bezwzględnie operacja. W przypadku zaś kol. Eisenfarba niedrożność była tylko częściowa, nie całkowita, bez ustalonego rozpoznania. Dlatego słuszne było konserwatywne traktowanie chorej.

G r u n d z a c h nie zgadza się z kol. Lubelskim co do szybkości wskazań operacyjnych, gdyż w 3 przypadkach, spostrzeganych (2 rozpoznane), opisanych i demonstrowanych w naszym Towarzystwie, na 11 i 12 dzień kamienie duże wyszły i chorzy wyzdrowieli. Operacja jest koniecznością ostateczną i ze względu na skutki bardzo niebezpieczną. Należy starannie rozpoznawać i szukać w wywiadzie kamicy.

N i e w i a d o m s k i wspomina z oddziału Ś. p. Zawadzkiego o przypadku niedrożności jelit, wywołanej przez kamień żółciowy, który utkwiał w ścianie poprzecznicy i wywołał oprócz niedrożności ropień między pęcherzykiem a poprzecznicą. (Przyp. demonstrowany przez Witkowskiego na Zjeździe chir. we Lwowie 1925 r.).

P o s i e d z e n i e d n i a 18.III.31 r.

Przewodniczący Dr. Wejnert.

P o k a z y:

1. Fr. N i e w i a d o m s k i pokazuje chorego studenta medycyny, który przybył na II. oddział chirurgiczny Szpitala Przemienienia Pańskiego (Kierownik Dr. Butkiewicz) wieczorem dnia 18. II. 1931 r. Internista skierował pacjenta z rozpoznaniem: ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Przy badaniu chorego stwierdzono największą bolesność na dotyk w nadbrzuszu, opór mięśniowy wzmożony w obrębie całej ściany brzucha, tętno mia-

rowe około 90, ciepłota 37. Rozpoznano ostre przedziurawienie wrzodu żołądka. Rok temu cierpiał na dolegliwości żołądkowe; badanie rentgenowskie, wykonane wówczas, przemawiało za obecnością owrzodzenia dwunastnicy. Brak wolnego płynu w jamie brzusznej oraz obecności powietrza w okolicy dwunastnicy i wątroby tłomaczono sobie wczesnym okresem choroby od momentu przedziurawienia (3 godziny). Cięcie brzuszne pośrodkowe od mostka piersiowego do pępka. Stwierdzono na przedniej ścianie oddźwiernika bliżej od małej krzywizny otwór wielkości główki od zapałki o brzegach miękkich, z którego się sączył płyn mętny. Otwór zakryto 2-piętrowym szwem jedwabnym. Przejście przez oddźwiernik wolne. Brzuch zaszyto. Przebieg pooperacyjny z początku gładki. Po 7 dniach wystąpiły nagle objawy krwotoku wewnętrznego do jelit. Czarne stolce, szybkie tętno, spadek ciśnienia, bledność skóry i śluzówek, brak wymiotów. Pod wpływem odpowiednich zabiegów i leków stan chorego się w ciągu 48 godzin poprawił. 10 dnia usunięto szwy.

Z końcem drugiego tygodnia od operacji wystąpiły nagle bóle w prawym dole biodrowym, bolesność na dotyk w p. MacBurneya oraz Lanza, wzmożony opór mięśniowy po prawej stronie. W krwi stwierdzono wybitną leukocytozę. Rozpoznanie kliniczne: ostre zapalenie wyrostka robaczkowego albo obostrzenie sprawy przewlekłej. W znieczuleniu miejscowym dokonano usunięcia wyrostka robaczkowego. Badanie drobnowidowe wykazało cechy zapalenia przewlekłego. Dalszy przebieg gładki. Na 7-my dzień po drugiej operacji usunięcie szwów, rana zagojona. Chory skarża się na bóle przy oddawaniu moczu. Badanie moczu: zwiększona ilość białych ciałek. Dwukrotny zastrzyk cytotropiny usuwa te dolegliwości. Po miesiącu chory wypisuje się zdrowy; zalecono dalszą obserwację, odpowiednią dietę bezmięsną i leczenie farmakologiczne. Przedstawiam ten przypadek z dwóch powodów:

1) Mamy do czynienia z współistnieniem dwóch schorzeń, choroby wrzodowej żołądka i zapalenia przewlekłego wyrostka robaczkowego, albo możemy uważać chorobę żołądka, jako sprawę wtórną, wywołaną zakażeniem, szerzącym się drogą naczyń chłonnych od wyrostka robaczkowego według teorii Moynihana.

Z początku na pierwszym planie były objawy ostre ze stro-

ny wrzodu żołądka, a dopiero podczas leczenia operacyjnego wystąpiły ponownie objawy pierwotnego schorzenia, t. j. zapalenia wyrostka robaczkowego. Może usunięcie wyrostka robaczkowego we wczesnym okresie choroby byłoby uchroniło pacjenta od niebezpieczeństwa przedziurawienia wrzodu żołądka.

2) W przypadku przeze mnie przedstawionym mamy jeszcze jeden dowód istnienia choroby wrzodowej, a nie tylko pojedynczego wrzodu okrągłego.

Po przedziurawieniu wrzodu żołądka nastąpił krwotok z owrzodzenia dwunastnicy. Inaczej nie możemy sobie wyobrazić przy tak ciężkim krwotoku wewnętrznym braku wymiotów krwawych.

Jest to jeszcze jeden cenny przyczynek do poparcia stanowiska chirurgów — zwolenników metody wycięcia. Jeżeli po odpowiednim i umiejętnym leczeniu wewnętrznym nie następuje poprawa ogólna i miejscowa, należy wykonać rozległe wycięcie żołądka wraz z częścią dwunastnicy, a nie ograniczać się na zespoleniu, które nie może wpłynąć korzystnie na wyleczenie. Zespolenie należy wykonywać tylko w przypadkach zwężenia bliznowatego oddźwiernika lub w przyp., w którym ogólny stan chorego nie pozwala na wykonanie zabiegu wycięcia.

Rozprawa:

L u b e l s k i kieruje się w wątpliwych przypadkach wynikiem badania morfologicznego krwi. Leukocytoza przemawia według L u b e l s k i e g o raczej za zapaleniem wyrostka robaczkowego, niż za przedziurawieniem żołądka. Jeżeli wszelkie badania kliniczne, które się dadzą natychmiast urzeczywistnić, skrupulatnie przeprowadzone nie przechylą szali na jedną lub drugą stronę, należy przystąpić do operacji bez uzyskania należytego rozpoznania. W tym celu L u b e l s k i radzi stosować cięcie przyprostne dolne, w razie stwierdzenia pęknięcia żołądka, przedłużyć cięcie aż do łuku żebrowego.

D o l k a r t podnosi tę okoliczność, że dzięki wczesnemu rozpoznaniu i natychmiastowej pomocy chirurgicznej pacjent wyzdrowiał. D o l k a r t powątpiewa, czy drugi zabieg był wskazany. Może zapalenie miedniczki nerkowej było powodem ataku, który wystąpił w dwa tygodnie po operacji. Za tem przemawia analiza moczu i wynik badania histologicznego wyrostka robacz-

kowego. Obraz morfologiczny krwi może być w obu schorzeniach podobny.

O r z e c h jest zdania, że należało wykonać wycięcie żołądka wraz z wrzodem. Uchroniłoby może pacjenta od wyżej wymienicznych powikłań. O ile stan chorego nie pozwalał na tego rodzaju zabieg, można się było ograniczyć do wycięcia części oddźwiernikowej w celu usunięcia wrzodo-twórczego aparatu.

R ó b i n przypomina, że w schorzeniach nagłych jamy brzusznej rozpoznanie jest zadaniem trudnem. Zmniejszenie bólów nie daje nam żadnych pewnych wskazówek co do siedliska choroby. Leukocytoza mówi mało, ale raczej przechyla szalę ku zapaleniu wyrostka robaczkowego.

N i e w i a d o m s k i w odpowiedzi zaznacza, że objawy, które wystąpiły z końcem drugiego tygodnia, po kilku dniach zupełnie zadawalniającego stanu ogólnego i miejscowego, były typowe dla zapalenia wyrostka robaczkowego. Również badanie morfologiczne krwi przemawiało za tem. Po usunięciu wyrostka robaczkowego bóle ustąpiły. Miedniczki były zaatakowane równocześnie lub wtórnie. W przypadkach przedziurawienia wrzodu żołądka ograniczamy się zwykle do najmniejszego zabiegu. Dodajemy do zeszycia wrzodu zespolenie, o ile istnieje obawa następczego zwężenia bliznowatego. Zabieg wycięcia żołądka w tych przypadkach daje większą śmiertelność. Krwotok następczy po pierwszej operacji mógł pochodzić od owrzodzenia dwunastnicy nisko położonego, któreby mogło nie być objęte wycięciem i wywołać, mimo radykalnego zabiegu, krwawienie.

P o m p e r. Obce ciało w prośnicy. Mężczyzna 35-letni, zachorował nagle nad ranem podczas coitus, który został przerwany z powodu gwałtownych bólów w odbycie, krzyżu i dolnej części brzucha. Chory próbował oddać stolec, lecz parcia wywoływały jeszcze większe bóle. Poza tem zawsze był zdrow, tylko od niespełna dwóch 2-ch lat miewa od czasu do czasu, szczególnie po jedzeniu, bóle w dołku podsercowym. Wezwany lekarz ogólnie zbadał chorego i przepisał czopki z belladonną. Wstawienie czopka jeszcze nasiliło stan bólowy. Parcia na stolec nie ustawały, chory nie mógł się wyprostować, a najmniejsze ruchy wywoływały dotkliwe bóle w kiszce stolcowej. Wezwany następnego dnia Pomper zastał chorego zgiętego w łóżku i wyjącego

z bólu. Po wsadzeniu palca do prostnicy, które było znacznie utrudnione z powodu silnego skurczu zwieracza, Pomper nama-cał jakieś ciało, stojące w poprzek odbytnicy, prawie na długość palca od zewnętrznego otworu. W tym momencie chory odruchowo wyrwał palec. Przy ponownem wprowadzeniu palca usunięto powyższe obce ciało, które okazało się starą kością wołową wielkości 8×2 cm., pozbawioną na pierwszy rzut oka swej struktury kostnej z powodu długotrwałego pobytu w przewodzie pokarmowym. Kość ta była przez chorego połknięta; chory twierdzi, że wskutek prędkiego jedzenia kilkakrotnie się krztusił, lecz nie pamięta, kiedy kość tę połknął. Po usunięciu kości stan chorego natychmiast się poprawił: bóle i parcia odrazu zginęły.

Po omówieniu powyższego przypadku, P o m p e r zwraca uwagę na konieczność badania chorych per rectum — zaniedbanie powyższego w przypadku przedstawionym naraziło niepotrzebnie chorego na silne bóle w ciągu całej doby.

R u b i n s t e i n - J e z i e r s k i obserwował 2 przypadki obcych ciał w prostnicy, w jednym przyp. rozwidlona kość, która utkwiała jednym ramieniem w śluzówce jelita, a drugim przyp. długa ość, lecz silnych bólów chorzy nie odczuwali.

G r u n d z a c h opisał w swoim czasie w „Medycynie” przypadek, w którym utkwiała w bańce odbytnicy długa ość rybia, leżała poprzecznie i sprawiała bóle i wzdęcie całego brzucha, szczególnie w jego dolnej części.

3. Prof. M a l i n o w s k i wygłosił odczyt pod tytułem: Kiła przewodu pokarmowego. (Ogłoszony drukiem w Gastrologji Polskiej. Tom III. Nr. 1).

Dyskusja:

Według J u s t m a n a kilaki przewodu pokarmowego są dla nas ważne, często musimy różniczkować między rakiem a kilakiem. W opisanym przez J u s t m a n a przypadku kiłowego zwężenia przełyku brak charłactwa rozstrzygnął na korzyść kiły. Winniśmy pamiętać o sprawach pokiłowych, a przede wszystkim wιάdzie rdzenia, który daje nam przełomy wιάdowe, naśladowujące zupełnie wrzody trawienne. Większość leczonych przez partaczy raków rzekomych, są to przypuszczalnie kilaki. Byłoby celowe ustalić statystycznie stosunek ilościowy kilaków do raków.

H i g i e r porusza bliżej sprawę żółtaczki w 2 okresie przymiotu i podobieństwo jej do pleocytozy mózgowo-rdzeniowej tegoż okresu. Ważne jest badanie zębów (Hutchinson) i języka (Blossitis hypertrophicans et cirrhosis linguae). Niema lues hereditaria, choroby zakaźnej nie można dziedziczyć, istnieje jedynie lues congenita. U dzieci przejawia się kiła wrodzona częściej w przewodzie pokarmowym, nie wyłączając zębów, niż nerwowym układzie.

D o l k a r t porusza również kwestję żółtaczki w 2 okresie kiły. Oprócz żółtaczki pochodzenia kiłowego może wystąpić żółtaczka po wstrzyknięciach salwarsanu. Nie wykluczonem jest współistnienie kiły i żółtaczki na tle kamicy żółciowej lub wywołanej katarem dwunastnicy. Należy być bardzo ostrożnym z oceną żółtaczki, bo od tego zależy zawsze dalsze postępowanie. Najbliżej będziemy prawdy, jeżeli każdy przypadek będziemy dokładnie analizować i traktować indywidualnie.

G o l d s t e i n przytacza przypadek, w którym wszystkie objawy żołądkowe kładziono na karb kiły. Leczone jako crises gastriques bez dodatniego wyniku. Dopiero po przebytych krwotoku żołądkowym rozpoznano wrzód żołądka. Choremu wykonano zespolenie żołądkowo-jelitowe, po którym wszystkie dolegliwości ustąpiły. Należy więc nie zapominać o tem, że kiła może symulować różne stany chorobowe. Nie można zawsze u syfilityka tłumaczyć objawy chorobowe, jako pochodzenia kiłowego.

R u b i n r o t podnosi cechy radiologiczne kiły przewodu pokarmowego. W przełyku zdarza się rzadko. Rentgenologicznie trudno rozpoznać. Kiła żołądka przedstawia pewne cechy charakterystyczne, a mianowicie kilaki rozpadające się symulują obraz wrzodu, różnią się tylko rozmiarami i występują w mnogiej liczbie. Nierozpadające kilaki dają obraz ubytku cieniowego. Rozpoznanie jest tylko możliwe w przypadkach obecności kiły w innych narządach, jak mesaortitis luetica, względnie sclerosis pulmonum. Trzecią postacią kiły żołądka jest linitis plastica w postaci butli skórzanej albo manierki wojennej. Obraz ten może poniekąd występować i w raku żołądka. Kiła kiszki grubej, a mianowicie prostnicy, daje obraz zwężenia o ściankach gładkich i na rozległej przestrzeni. Rozpoznanie radiologiczne jest częściej

możliwe, niż się to zdaje na pierwszy rzut oka, o ile przy badaniu ma się na uwadze kiłę.

R ó b i n przyłącza się do zdania przedmówców i uważa, że odczyt prof. Malinowskiego jest bardzo na czasie. Zanadto myślimy o nowotworach i wrzodach, a zapominamy o kilakach. A jednak lues atakuje niemal wszystkie narządy trawienia. Zgodnie z opinią H i g i e r a u dzieci z lues congenita, mogą być zmiany nieżytowe i zapalnego pochodzenia swoistego w narządach trawienia. Dowodem tego może służyć okoliczność, że u dzieci syfilitycznych badanych przez R ó b i n a przez 2 lata na oddziale Dr. M a r k u s f e l d a, R ó b i n często spostrzegał brak HCl, a po skończonej kuracji HCl powracał do normy. R ó b i n przytacza 2 niezmiennie pouczające przypadki z praktyki. Jeden opisany przez R ó b i n a przed 29 laty, u którego rozpoznano raka żołądka. Chory był już in extremis, a jednak powrócił do zdrowia pod wpływem jodu. Drugi przyp. z zapaleniem woreczka żółciowego u młodego człowieka. Po bezowocnem leczeniu wewnętrznem został z powodu stanu gorączkowego i żółtaczki zakwalifikowany przez Dr. R e j c h m a n a i prof. B a r a n o w s k i e g o do operacji. Nagle na prąciu zjawił się guzik, uznany za niewątpliwy kilak. Po zastosowaniu swoistego leczenia sprawa zapalenia woreczka żółciowego się zlikwidowała.

G r y n k r a u t, nawiązując do wywodów R u b i n r o t a, zwraca uwagę na umiejscowienie guzów kiłowych w żołądku. Ubytek cieniowy na górnym biegunie nasuwa zawsze podejrzenia, że mamy do czynienia z kilakiem. Speder z Casablanca nazywa to miejsce w żołądku terenem zarezerwowanym dla kiły.

O r z e c h stwierdza, że obecnie kwestja kiły przewodu pokarmowego straciła wiele na aktualności. Świeże zakażenia kiłą stały się wględnie rzadkie.

W e j n e r t jako przewodniczący zamyka dyskusję, zaznaczając, że prelegent w odczycie zwrócił uwagę na szereg szczegółów, o których gastrologdzy nie zawsze pamiętają, a które odnoszą się do sprawy ważnej dla nas — sprawy kiły. Zdaje się zamało w swej pracy praktycznej myślimy o kile, a wszak ona wkracza w naszą specjalność często i nieraz tragicznie. Jak wielką żywotność ma ta sprawa, dowodzi tego to wielkie zaintereso-

wanie, jakie wzbudził odczyt i ta dyskusja rzeczowa i obszerna, jakiej wysłuchaliśmy — nie bez korzyści. Zamykając posiedzenie dziękuje Panu Profesorowi M a l i n o w s k i e m u w imieniu zebranych za poruszenie tej doniosłej dla nas sprawy.

Resumées.

L'oeil et les maladies de la tube digestive.

W. H. Melanowski (Varsovie).

En se basant sur le material de la Clinique Ophtalmologique de Varsovie l'auteur nous demontre les plus importantes complications de l'appareil visuel, causées par les maladies de la tube digestive, comme aussi les symptômes de la pert du canal digestif causés par les maladies des yeux.

Des complications de l'appareil visuel des maladies de la tube digestive l'auteur nous présente les differents cas des blepharites, des conjonctivites, des kératites et des irites, provoquées par les procès carietiques des dents; ensuite il nous dit sur les complications oculaires des maladies des glandes salivaires, des maladies d'oesophage. Parmi les plus importantes consequences des maladies d'estomac et des intestins il nous présente la cécité après une hémorrhagie stomacale ou intestinale, les métastases oculaires des neoplasmes de la tube digestive, les complications oculaires des autres maladies intestinales et du peritoine, particulièrement considerant des parasites intestinaux, la trichinose, et les maladies de la foie et du pancréas.

Des symptômes et des maladies de la tube digestive qui en sont suite des maladies oculaires, nous dit l'auteur sur les métastases de la foie et de l'intestin des neoplasmes de l'oeil. D'ailleurs il nous ajoute sur les symptômes stomacales du glaucome, comme aussi des blessures des yeux.

Le travail est terminé par une remarque que ici, comme dans les autres maladies, un diagnostic véritable et un secours réel on peut etre obtenu par examen le plus minutieux et le plus complet du malade.

Beitrag zur Kenntnis der Magenflora.
von Turyn und Szamesówna.

Bei 3 Kranken, von denen 2 mit Duodenalgeschwüren und höheren Werten für Magensalzsäure (50—80), wurde im Sediment des nüchtern ausgeheberten Mageninhaltes eine Art von Bakterien gefunden, die mit den Boas-Opplerschen Milchsäurebazillen morphologisch ganz identisch erscheinen. Die Bakterien sind Gram-positiv, wachsen an- und aërob auf allen üblichen Nährböden. Ältere Kolonien sind sporenbildend. Sie sauern Galaktose, Levulose, Sacharose, Mannit, Maltose und Milch an. Dieselben Eigenschaften sind auch den B.-O. Bazillen eigentümlich. Letztere wachsen aber nur anaërob, eine 0,5^{0/00} HCL-Lösung tötet sie, während die von T. u. S. beschriebenen auch eine 3^{0/00} HCL-Konzentration vertragen.

Die Verfasser warnen vor Täuschungen, die leicht vorkommen können, wenn man den Mageninhalt, ohne sich über die Aziditätsverhältnisse zu vergewissern, mikroskopisch untersucht.

Aŭtoreferatoj en esperanto.

Okulo kaj malsanoj de digestiva kanalo.

W. H. Melanowski (Warszawa).

Sin apogante ĉefe je materialo de kliniko por okulmalsanoj de Varsovia Universitato l'aŭtoro trarigardas la gravajn okulajn komplikadojn dum malsanoj de digestiva kanalo kaj simptomojn flanke de digestiva kanalo renkontatajn dum okulmalsanoj. El okulaj komplikadoj dum malsanoj de digestiva kanalo l'aŭtoro priskribas kazojn de konjunktivito de palpebra rando korneo kiel sekvon de putraj dentmalsanoj, plue okulajn komplikadojn dum malsanoj de salivaj glandoj, okulajn simptomojn dum malsanoj d'ezofago, blindecon kiel sekvon de hemoragio el stomako kaj intestaro, metastazojn al okulo de neoplasmoj de digestiva kanalo, okulajn komplikadojn dum malsanoj d'intestaro kaj peritoneo. Konsiderante intestparazitojn kaj trihinozon, ŝanĝojn en vidorgano dum malsanoj de hepato kaj pankreaso.

El malsanoj kaj simptomoj flanke de digestiva kanalo, renkontataj kiel sekvo d'okulmalsanoj, l'aŭtoro citas metastazojn d'okulaj neoplasmoj al hepato kaj digestiva kanalo, parolas pri simptomoj de stomaka incitado kiel sekvo de glaŭkomo kaj okulvundo.

Fine li rimarkas, ke tie ĉi same kiel en aliaj malsanoj, nur zorga kaj kiel eble preciza esplorado de malsanulo povas doni en plejmulto da kazoj veran diagnozon kaj alporti realan helpon.

Notajo al esploro de stomakfloro.

Turyn kaj Szamesówna.

Che 3 malsanuloj, el kiuj 2 kun duodena ulcero kaj pli altaj ciferoj de stomaka kloracido (50—80) oni trovis en pre-

cipitaĵo de stomakenhavo, ricevita je malplena stomako, specon da bakterioj, kiuj aperas morfologie tre similaj al Boas-Oppleraj laktacidaj baciloj. La bakterioj estas gram-pozitivaj, kreskas „anaërob” kaj „aërob” sur ĉiuj kutimaj nutroj. Pliiĝaj kolonioj formas sporojn.

Ili acidigas galaktozon, levulozon, saĥarozon, maniton, maltozon kaj lakton. La semajnecojn havas ankaŭ la B—Oppleraj baciloj. La lastaj tamen kreskas nur „anaërob” 0,5^{0/00} HCL solvaĵo mortigas ilin, dum la priskribitaj de T. kaj S. toleras ankaŭ 3^{0/00} HCL koncentraĵon.

La aŭtoroj avertas je eraroj, kiuj facile povas aperi se oni esploras mikroskope la stomakenharon, ne certigante sin je la acidrilatoj.

PIERWSZA PRZYCHODNIA

TRĘBACKA 2.

PORADY WE WSZYSTKICH SPECJALNOŚCIACH

Telef. 308-50.

Wydawnictwo Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka

W. S. Bainbridge „ZAGADNIENIE RAKA”

z dodatkiem „RAK w POLSCE”, (stronic 508 z kilkudziesięcioma tablicami na kredowym papierze).

Do nabycia w Sekretarjacie Pol. Komitetu do Zw. Raka Warszawa, Karowa 31.
Tel. 279-61 od godz. 10 — 12 i 3 — 5. lub księgarni Gebethner i Wolf.

— — Cena egzemplarza zł. 18. Konto P. K. O. 20.830. — —

JÓZEF OLSZEWSKI

Mag. Farmacji

Warszawa, Hoża № 42.

Tel. 962-88.

Dostawca M. S. Wojsk. Minist.
Kolei Państw. Klinik Uniwersyt.
Szpitali, Kas Chorych, Lecznic
i Domów Zdrowia.

Jeneralna Agentura Paryskich
Instrumentów Cellin'a Guyot'a
i Lepine'a.

Przedstawicielstwo narzędzinie-
rdzewiących Marki R.K. 3. Bre-
villier i S-ka i A. Urban i Sy-
nowie w Ustroniu.

Zamiana natychmiastowa szpryc
Record. Reperacja, ostrzenie i ni-
klowanie narzędzi.

Meble i urządzenia szpitalne,
przybory laboratoryjne

INTERNACIA MEDICINA REVUO

Jedynie pismo lekarskie w ję-
zyku Esperanto, organ oficjal-
ny Wszechświatowego Związku
Lekarzy Esperantystów [TEKA]
pod Redakcją Naczelną Prof.
D-ra Vanverts Lille.

Umieszcza prace oryginalne,
referaty, ankiety międzynarodo-
we w sprawach zawodowych i t.d.
Przedrukowuje stale autorefe-
raty esperanckie z „Gastro-
logji Polskiej”.

Roczna prenumerata wynosi tyl-
ko 10 zł. które można przesyłać
do Skarbnika na Polskę:

D-ra St. Wysokińskiego
Warszawa
ul. Marszałkowska № 81-a.