

Gastrologja Polska

TREŚĆ: **Dr. D. Zel-Zion.** Krwawa biegunka zwrotnikowa (amebowa) wśród wychodźstwa polskiego w Jerozolimie. — **Prof. Dr. H. Strauss.** Przetaczanie krwi w leczeniu nieżytu wrzodziejącego esicy. — **M. Lubelski i A. Szpilman.** Przypadek wrzodziejącego zapalenia jelita grubego z bakteremią. — Posiedzenia Polsk. Tow. Gastrol. — Wiadomości różne.

Les résumés des travaux originaux en langues étrangères se trouvent à la fin du numéro

Redaktor: Dr. med. B. Wejnert.

Wydawca: Dr. I Grundzach.

Krwawa biegunka zwrotnikowa (amebowa) wśród wychodźstwa polskiego w Jerozolimie.

Podał

Dr. D. ZEL-ZION (Jerozolima-Palestyna).

Biegunka krwawa należy w Palestynie do zjawisk bardzo częstych. Statystyka wykazuje nam np., że w Tel-Awivie, mieście o 50000 ludności, ilość chorych na biegunkę krwawą zajmowała pierwsze miejsce wśród wszystkich chorób zakaźnych, a sięgała do 32,5% w szpitalu i 18,5% w ambulatorjum. Ta sama statystyka z roku 1924 mówi nam, że każdy piąty obywatel Tel-Awihu chorował w ciągu tego roku na biegunkę krwawą. W rzeczywistości nie możemy przyjąć tej statystyki za zupełnie miarodajną, ponieważ do tego szpitala, jedyne w tym mieście, są przyjmowani cho-

rzy wyłącznie w ciężkim stanie, natomiast nie są wcale przyjmowani chorzy na malarję, grypę, szkarlatynę, anginę i t. p. z braku miejsca. Wymienieni chorzy są leczeni ambulatoryjnie oraz odsyłani do prywatnych lekarzy. Tem się tłumaczy duży odsetek, przypadający na biegunkę w statystyce szpitalnej. Tem niemniej twierdzić możemy, że przypadki czerwonki są w Tel-Awiiwie, jak również w całej Palestynie, zjawiskiem bardzo częstym.

W ciągu ostatnich pięciu lat moja statystyka wykazuje 248 przypadków biegunki, nie wliczając nawrotów, zaostrzeń i t. p. Sprawa biegunki bakteryjnej (Shiga, Fleksnera etc) wymaga specjalnego omówienia. Nie poruszam tu również spraw chorobowych, zbliżonych do biegunki w swym przebiegu klinicznym, ale będących skutkiem infekcji *Iambia intestinalis*. Cały czas będę w tym artykule mówił wyłącznie o biegunce wskutek *ameby*, aczkolwiek nie zawsze będą używał tego określenia.

Biegunka nie występuje równomiernie w ciągu całego roku, lecz w zależności od pory. Rok do roku również nie jest zupełnie podobny. Według lat przypada:

Tablica Nr. 1.

na rok 1926 (licząc od maja) .	54	przypadki
„ „ 1927	81	„
„ „ 1928	62	„
„ „ 1929	30	„
„ „ 1930	19	„
„ „ 1931 (do maja) .	2	„
razem	248	

Jeżeli zaś rozdzielimy według miesięcy, otrzymamy następującą tablicę: (patrz tabl. 2).

Największa ilość przypadków była, jak widać z tablicy I, w latach 1926, 1927 oraz 1928; w 1929 ilość przypadków nagle się obniża, aby w następnych latach jeszcze bardziej opaść, bo aż do 2 wypadków w ciągu pierwszego tercjału 1931 r. Ten stosunek stoi w zwykłej zależności od imigracji w tych latach. Lata 1926, 1927 oraz 1928 były latami silnej

Tablica Nr. 2.

rok	stycz.	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	paźdz	listopad	grudzień	razem
1926	nieobjęte				2	8	12	9	8	10	4	1	54
1927	0	2	1	2	6	12	15	19	13	7	2	2	81
1928	1	1	1	0	6	9	12	12	14	5	1	0	62
1929	0	0	1	0	2	6	7	8	4	1	1	0	30
1930	0	0	0	1	1	3	4	4	5	0	1	0	19
1931	0	0	0	2	nie objęte statystyką							2	
razem	1	3	3	5	17	38	50	52	44	23	9	3	28

emigracji z Polski do Palestyny; tysiące ludzi tłumnie się zjeżdżało, a znajdując się w nienormalnych warunkach ekonomicznych oraz bez doświadczenia, padali często ofiarami ameby. W roku 1928 imigracja do Palestyny nagle się urwała, a wraz z tem obniża się ilość nowych wypadków wśród wychodźstwa. Z tablicy Nr. 2 widzimy, że fala biegunki zaczyna się w maju, następnie nasila się, aby w trzecim kwartale osiągnąć szczyt. Wahania powyższe tłumaczy się tem, że w maju—czerwcu zaczyna się w Jerozolimie sezon owocowo-jarzynowy. Po przerwie kilku miesięcy ukazują się na rynku najrozmaitsze owoce i jarzyny (i to bardzo tanio), jak misz-mesz, askiedynie, arbuzy, melony, tutaj biały, tutaj czarny i t. p., które zostają zjadane w wielkiej ilości przez tutejszą ludność, a tembardziej przez nowoprzybyłego, dla którego wszystkie te owoce są jeszcze wielką ponętą. Niebezpieczeństwo infekcji jest tembardziej wielkie, że w tych samych miesiącach panują u nas silne upały, i niewiele się znajduje wśród nowoprzybyłych ludzi z silnym charakterem, którzyby potrafili w taki dzień upalny zrzec się orzeźwiającego owocu lub zimnego napoju, t. zw. gazozu. Owocarnie są przeważnie w rękach mało kulturalnych arabów, nie mających prawie najmniejszego zrozumienia dla higieny.

Bardzo pouczająca jest tabl. Nr. 3, która pokazuje nam, kiedy, t. j. po ilu miesiącach pobytu w Jerozolimie, imigrant zapadał na krwawą biegunkę.

Tablica Nr. 3.

W okresie pierwszych 6 miesięcy pobytu w Jerozolimie zapadło	— 95 osób
„ „ między 6 a 12 mies.	„ „ „ „ — 65 „
„ „ „ 1—2 rokiem	„ „ „ „ — 34 „
„ „ „ 2—4 „	„ „ „ „ — 22 „
„ „ powyżej 5 lat	„ „ „ „ 32 razem 248 „

80% chorych przypada na imigrantów w pierwszych dwóch latach pobytu w Jerozolimie. Potwierdza nam to w zupełności wnioski, wyciągnięte z tabl. Nr. 1. Do kateg. pierwszej zaliczeni zostali również turyści (w liczbie 18), którzy zachorowali w pierwszym tygodniu swego pobytu w Jerozolimie. Wszystkie te przypadki z turystami miały miejsce w miesiącach czerwiec—sierpień.

Tablica Nr. 4.

Chorzy w zależności od wieku oraz stanowiska społecznego

	niemowl. do ½ r.	½-1 r.	1-2	2-3	3-6	-12	-20	-30	-40	-50	wyżej
Usytuowani dobrze, przeważ. dłużej, niż 5 lat w Jerozolimie	0	4	2	3	3	1	2	6	8	2	2
Drobni kupcy, handl., uczniowie szkol. rabin. i t. p.	1	5	8	9	6	4	4	11	12	5	2
Imigranci w pierwszym czasie pobytu, bezrobotni i t. p.	3	9	18	22	20	5	6	28	23	10	5
razem	4	18	28	34	28	10	12	45	43	17	9

Jak widać więc z powyższej tablicy, niema prawie biegunki amebowej u osesków, ponieważ są one prawie zawsze karmione piersią. Wspomnę, że tu nie biorę w rachubę tych

mnoгих wypadków biegunki u dzieci w okresie letnich miesięcy, a powodem których są przegrzania, zatrucia pokarmowe i t. p. W drugim półroczu życia już zdarzają się wypadki bieg, o wiele częściej, ponieważ w tym okresie dzieci są dokarmiane i tem samym powiększa się możność infekcji. Ilość wypadków w wieku do 6 lat stanowi 36% wszystkich wypadków. Taki sam odsetek przypada na wiek roboczy 20 — 40, wiek pracy.

Duża ilość przypadków biegunki w wieku roboczym tłumaczy się temi wspomnianemi względami ekonomicznemi, gdyż podczas pracy w gorący dzień, pod palącym podzwrotnikowym słońcem, nie można przestrzegać wszelkich środków ostrożności, i często, jak np. w dzień t. zw. „chamsynu” (gorącego wiatru z pustyni arabskiej), ludzie muszą nawet pić brudną wodę, by uspokoić pragnienie, lub zjeść nieoczyszczony arbuz i t. p. Przy sporządzaniu tablicy Nr. 4. podzieliłem wszystkich chorych na 3 grupy. Do pierwszej grupy zaliczyłem urzędników rządowych, bankowych, bogatych kupców i wogóle ludzi, którzy zdążyli urządzić się w Jeruzolimie i należą do t. zw. pierwszych imigracji, które miały miejsce przed 1924 rokiem. Do drugiej kategorii zaliczyłem imigrantów t. z. czwartej imigracji, z roku 1924 i 1925, do trzeciej grupy — źle sytuowanych i bezrobotnych z pośród tejże imigracji. Wszystkie prawie przypadki należą do grupy ostatnio przybyłych. Większa część tej imigracji mieszka jeszcze po dziś dzień w mieszkaniach, pozbawionych najelementarniejszych urządzeń higjenicznych, jak wodociągów, wygódek, kanalizacji i t. p., a część mieszka nawet w piwnicach bez światła dziennego. Duża stosunkowo ilość schorzeń w wieku 20—40 tłumaczy się również okolicznością, że wśród imigracji znajduje się duży odsetek dziewcząt oraz chłopców bez rodzin lub krewnych, a zmuszonych jadać w rozmaitych jadłodajniach, nie znajdujących się pod żadną kontrolą sanitarną. Większość chorych zamieszkuje w dzielnicy Mea — Szearim oraz w t. zw. Domach Warszawskich. Są to olbrzymie koszarniaki, będące własnością Związku Żydów Polskich, a w których niezamożni imigranci otrzymują darmowe mieszkania w przeciągu kilku lat. Wanien niema

wcale, a na każde 5—6 mieszkań jest jedna ubikacja. Dzieci znajdują się zawsze razem na wspólnym balkonie, okalającym taki koszarniak lub na jednym ze wspólnych placów, znajdujących się między temi koszarniakami. Wszystkie warunki więc sprzyjają szerzeniu się biegunki wśród tutejszeć imigracji, i nie jest dziwne, że odsetek chorych jest z pośród nich duży. Przebieg kliniczny był rozmaity; pod tym względem dają się te przypadki podzielić na 2 kategorie: 1) z łatwym stosunkowo przebiegiem, 2) z ciężkim przebiegiem. Do pierwszej kategorii zaliczyć mogę 217 chorych; gorączka nie sięgała 38°, a w 135 przyp. wcale nie było podwyższenia ciepłoty. Początek jest zawsze nagły, rozwolnienie staje się odrazu dominującym objawem schorzenia, a parcie (tenesmus) jest bardzo silne. Ilość wypróżnień— 5—10 razy w ciągu doby, zawsze z krwią i śluzem, tego ostatniego więcej, niż krwi. Wymioty stosunkowo nieczęsto, a gdy są, nie trudno je uspokoić zwykłemi środkami. Trwały one 5—8 dni i były leczone pozaszpitalnie. Poprawa następowała już następnego dnia leczenia (o właściwem leczeniu mowa poniżej).

Do kategorii o ciężkim przebiegu zaliczam 31 przypadków. Już pierwszego dnia ilość wypróżnień sięgała do 25—30 na dobę; parcie nie do wytrzymania, w stolcu dużo krwi i śluzu; gorączka do 39°, a w 3 przypadkach nawet do 40. Język był obłożony, posiekany i suchy, foetor ex ore, zupełny brak apetytu, natomiast silne pragnienie. Częste wymioty. Od pierwszej chwili objawy ogólnej słabości; puls miękki, niewypełniony i przyspieszony. Bóle brzucha, szczególnie w okolicy esicy, silne. Uczucie palenia oraz bólu w okolicy odbytu. W takich razach musiałem korzystać z opieki i pomocy szpitalnej. Mimo to były tylko 3 wypadki powikłania w postaci silnego krwotoku z jelit.

Ze wszystkich 248 przyp. tylko 6 było śmiertelnych, w ostrem stadium choroby, a przyczyną zejścia — silne wycieńczenie z powodu nagłej i znacznej utraty wody przez rozwolnienie i wymioty. Pozostałe 242 przypadki przetrwały ostre stadium choroby, z tych 185 wyzdrowiało zupełnie. W 57 razach nastąpiło przejście w czerwonkę chroniczną, przebiegającą w postaci chronicznego nieżytu jelit. Czem

później zaczęto i czem bardziej opieszale było prowadzone leczenie, tem częściej występowało powikłanie. Powikłanie to występowało również w przyp. stosunkowo lekkich, o przebiegu wprost ambulatoryjnym, kiedy z powodu takich „błahych“ dolegañ nie udawano się nawet do lekarza.

W 12 razach widziałem objawy, świadczące o udziale wątroby, ani razu — ropnia wątrobowego. Zejście było zawsze pomyślne, a to dzięki działaniu emetyny. O tym środku leczniczym będę jeszcze mówił niżej.

Innych powikłań nie widziałem ani razu.

Powiedziałem przedtem, że większość przypadków miała przebieg naogół łagodny. Jeśli jednak porównamy ten przebieg kliniczny z przebiegiem choroby u tubylców — arabów, żydów sefardyjskich, żydów polskich od kilku pokoleń tu mieszkających — to się okaże, że biegunka krwawa amebowa przebiega u tych ostatnich o wiele łżej, niż u nowoprzybyłych Żydów Polskich, stanowiących 100% tutejszego wychodźstwa. U tubylców trudno znaleźć ciężki przypadek, i prawie wszyscy się leczą ambulatoryjnie. Próbowano to zjawisko objaśnić pewnym uodpornieniem organizmu tubylców przeciw amebie, ale to tłumaczenie jest niesłuszne, ponieważ uodpornienie istnieje w tych wypadkach, kiedy zarazek, powodujący infekcję, wnika do krwiobiegu, jak np. bac. tyfusu, lub o ile zarazek zostaje w miejscu wdrożenia do ustroju, tworzy tam jad, jak np. tężec, błonica, a ten po wnikięciu do krwi tworzy tam przeciwciała. Ameba ani nie wnika do krwiobiegu, ani nie tworzy toksyn — niema tu więc mowy o odporności, ani wrodzonej, ani nabytej. Ja tłumaczę sobie ten stosunkowo lekki przebieg u tubylców tem, że ci chorowali już na biegunkę krwawą w dzieciństwie, a te wszystkie „lekkie“ przypadki, zgłaszające się, są już recydywami lub pogorszeniem się przewlekłego stanu kataralnego jelit, na który przedtem nie zwracali uwagi z powodu zaniedbania, a nie są pierwszym ostrym napadem biegunki krwawej. Tubylcy tak się już przyzwyczaili do czerwonki, że ją bagatelizują. Przy wywiadzie przeczą, jakoby mieli przejść kiedyś w swym życiu dyzenterję, twierdzą, że mieli tylko trochę „parcia“ i nieco tylko krwi (t. zw. „kweccenis“ — według

tutejszego żargonu). Otóż takie kweczenie było bez wątpienia dyzenterją, a później się zgłaszające „lekkie” przyp. są już dalszym ciągiem i skutkiem choroby.

We wszystkich wypadkach stosowałem następujące leczenie.

Po pierwsze dawałem choremu magn. sulfuricum—30,0, rozcieńcz. w $\frac{1}{2}$ szkl. wody. Natychmiast potem:

Rp. Emulsio ol. ricini 50,0/180,0

Extr. belladonnae 0,08

Pyramidoni 1,0

Ol. menthae pp. gtt. 111.

S. Stołową łyżkę co godzinę.

Jednocześnie dawałem pierwszy zastrzyk emetyny 0,05, i, o ile chory dobrze znosił, dawałem drugi zastrzyk w tejże dawce; emetynę dawałem w ciągu 3—4 dni, w dawce 0,1 na dobę, w jednym zastrzyku, lub 2x0,05. Po drugim zastrzyku emetyny krew znikała ze stolca, a w cięższych przypadkach znacznie się zmniejszała. Śluz natomiast zostawał jeszcze dłuższy czas. Szybko znikała również ameba ze stolca. Wczesne używanie emetyny w biegunce krwawej daje nam możliwość uniknięcia rozmaitych powikłań, a w szczególności ropnia wątroby. Jedyną przeszkodą jest wielka toksyczność emetyny. Opisywane są nawet wypadki śmiertelne z powodu emetyny. Na podstawie doświadczenia chcę wypowiedzieć moje zdanie, że toksyczność ta jest o wiele silniejsza w stosunku do nowoprzybyłych polskich imigrantów. U 2 chorych dziewcząt (N. B. Obie cierpiały na nadczynność tarczycy — Thyreotoxikosis — czy to tylko zbieg okoliczności??) wystąpiły objawy zatrucia już po tak małej dawce, jak 0,02 emetyny.

W ciężkich przypadkach, kiedy nadmiar rozwolnień i wymiotów etc. groził zapaścią, dawałem czopki z opium, belladonną, papaweryną, pyramidonem etc., lub w ostateczności t—ra opii, ale nie zawsze (raczej rzadko kiedy) otrzymywałem wyniki zadawalniające; opiaty i pokrewne nie należą do świetnych środków. Celem ratowania chorego od wyschnięcia dawałem inj. insuliny 2x10 jednostek w ciągu dnia, obok dużych wlewań podskórnych roztw. fizjologicznego lub glukozy. Parcie ustępowało po szeregu nasiadówek.

Gorące kompresy wywierają bardzo dobry wpływ na bóle w okolicy esicy. Na noc zalecałem zawiązywać silnie brzuch, wprost ścisnąć, jakby gorsetem; zabieg ten często usuwał parcie, bóle w pewnej mierze oraz przykre nader uczucie pustki w brzuchu chorego. Kilka razy widziałem dobre wyniki z lawatyw z riwanolu 1,0/2000,0 z dodatkiem kilku kropli opium; parcie szybko ustępowało.

Po minięciu ostrego stadjum choroby zaczynałem od Riwanoletten per os, 3 dni, 3—4 razy dziennie, następnie, o ile stan był zadawalniający, 3 dni pauzy, i następne 3 dni spirocyd 2x1 tabl., i znowu 3 dni pauzy. Od pewnego czasu przestałem zupełnie używać yatren, ponieważ uważam riwanol za środek o wiele lepszy. Co 3 dni badałem wypróżnienia na ameby lub jej cysty i przy ujemnym wyniku przerywałem leczenie medykamentami na 10 dni, przy zachowaniu diety. O ile zaś znaleziono znowu ameby lub cysty znowu wracałem do emetyny. Przejście w biegunkę chroniczną było zawsze powolne, a leczenie podobne jest do leczenia przewlekłego zwykłego nieżytu kiszek, naturalnie o ile w stolcu nie było więcej ameb. Dezynfekujące środki, jak wspomniany riwanol etc., używałem jeszcze dłuższy czas z przerwami.

Dieta jest w leczeniu biegunki krwawej niemniej ważna niż medykamenty. Pierwszego dnia dawałem choremu wyłącznie herbatę lekko cukrzoną oraz cytrynę; zalecałem dużo (100,0 do ½ godziny) pić, o ile wymioty nie stały temu na przeszkodzie. Przyjmowanie wielkich ilości płynów przez chorego ratowało go często od zapaści. Następnego dnia dawałem kleiki cedzone, nieco mleka i odvary mięsne (rosoły), a dopiero 3,4 dnia — kaszki i t. p. Pokarmów, bogatych w drzewnik, chory nie spożywał w ciągu wielu miesięcy. Witaminy dawałem chorym w postaci soku cytrynowego, pomidorowego i t. p. Leczenie zamykałem szeregiem zastrzyków z arseniku, insuliny.

Wnioski:

- 1) Czerwonka amebowa jest częstym schorzeniem imigracji polskiej w Jerozolimie. Zapadają na nią przeważnie no-

woprzybyli w pierwszych dwóch latach pobytu w kraju. Dzieci do $\frac{1}{2}$ roku mało chorują, gdyż nie otrzymują pokarmu innego oprócz piersi. Dzieci starsze, do 6 lat, oraz dorośli w wieku 20—40 lat stanowią razem do 80% wszystkich chorych. Chorzy pochodzą przeważnie ze sfer niezamożnych.

- 2) Biegunka krwawa występuje w Jerozolimie okresowo; początek epidemji w maju, koniec w październiku. Wypadki sporadyczne zdarzają się w ciągu całego roku.
- 3) Przebieg jest przeważnie dobrotliwy quoad vitam; śmiertelność niewielka, w 22% zejście w postać przewlekłą.
- 4) Leczenie emetyną daje najlepsze wyniki. Emetyna niszczy ameby, hamuje krwawienia oraz nie dopuszcza do powikłań wątrobowych.
- 5) Źródłem biegunki są owoce i jarzyny; zarażenie z kontaktu bezpośredniego jest możliwe, ale nie gra pierwszorzędnej roli.
- 6) Wyleczonym należy uważać przypadek, gdy pacjent czuje się zupełnie dobrze, i w ciągu szeregu (6—7) miesięcy co 4 tygodnie robione badanie wypróżnień daje stale wyniki ujemne.

Przetaczanie krwi w leczeniu nieżytu wrzodziejącego esicy.

Podał

Prof. Dr. H. STRAUSS (Berlin).

W pracy o *Colitis gravis*, ogłoszonej przed kilku laty w „Gastrologji Polskiej”, wspomniałem między innymi o leczeniu tego schorzenia zapomocą przetaczania krwi, zupełnie nowej wtedy metody. Nie mogłem jeszcze wtedy wypowiedzieć stanowczego sądu o tej dopiero wtedy zaczątkowanej metodzie. W międzyczasie miałem sposobność skontrolować działanie tej metody w 12 przypadkach, dzięki czemu mogę obecnie wypowiedzieć sąd bardziej stanowczy. W ogłoszo-

nem w swoim czasie przezemnie w „Archiv für Verdauungs-krankheiten” Tom 45, doniesieniu, pierwszym na ten temat, przy całym uznaniu dla przewidywanych wyników pomyślnych, zupełnie świadomie starałem się nie zakreślać zbyt daleko granic celowości tej metody. Niewątpliwie, daje ona w poszczególnych przypadkach wyniki nieomal cudowne — i ja donosiłem o tem — jednak sąd nasz nie może opierać się wyłącznie na takich sporadycznych wynikach nadzwyczajnych. Jak już o tem pisałem (Deutsche Med. Woch. 1931, Nr. 5), zbyt różowe nadzieje mogą zaszkodzić nawet i najlepszym metodom leczniczym. To skłania mnie do przedstawienia tutaj wyników mego doświadczenia, zdobytego na wszystkich przypadkach *Colitis gravis*, leczonych przetaczaniem krwi.

Rozporządzam dotychczas ogółem 12 spostrzeżeniami. We wszystkich objawy *Colitis gravis*: ropa i krew w kale, gorączka, biegunka i mniej lub więcej zaznaczone — przeważnie bardzo wybitne — upośledzenie stanu ogólnego, były zupełnie niewątpliwe. Następnie we wszystkich przypadkach stwierdziliśmy zapomocą wziernikowania obecność mniej lub więcej zaznaczonych zmian zapalnych z mniej lub więcej licznymi owrzodzeniami. Za przypadki ciężkie uważam te, w których obok wzmiankowanych objawów stwierdzałem charłactwo z przedmiotowo stwierdzoną niedokrwistością. Z tych 6 ciężkich przypadków w jednym osiągnęliśmy szybko wyniki pomyślne. W 2 innych mieliśmy wyniki względnie dobre, to znaczy prędko wystąpił nawrót, który szybko ustąpił po ponownem przetaczaniu. W 3 przypadkach nie mieliśmy wogóle żadnych wyników. Jedna z tych chorych była tak wyniszczona, że zarządziłem przetaczanie na żądanie lekarza leczącego; zmarła ona po 6 dniach pobytu w klinice.

Z 6 przypadków średnio ciężkich jeden już po pierwszym przetaczaniu dał nadzwyczajne wyniki, 4 przypadki poprawiły się szybko po jednorazowem przetaczaniu. W jednym przypadku potrzebne były wielokrotne przetaczania, aby osiągnąć wyraźny skutek.

Z całokształtu spostrzeżeń naszych wynika, że w śred-

niociężkich przypadkach wyniki były częstsze i lepsze, niż w przypadkach ciężkich. To samo spostrzegamy i przy leczeniu operacyjnym, z którym miałem podobne wyniki (Jahreskurse für ärztl. Fortbildung, 1921, i inne prace). Należy jednak podkreślić, że mimo wszystko, i w ciężkich przypadkach możliwe są wyniki nadzwyczaj pomyślne. Omówione tu dotychczas wyniki potwierdzają sąd, jaki wypowiedziałem już w mem pierwszym doniesieniu, poświęconem temu zagadnieniu; powiedziałem bowiem wtedy: „nie mam odwagi mieć nadzieję, że zaproponowana tu metoda prowadzi do celu we wszystkich przypadkach *Colitis gravis*, gdyż, jak o tem mówiłem gdzieindziej, ciężkość schorzenia w różnych przypadkach jest różna, a patogeneza w poszczególnych przypadkach nie jest jednolita”. Moje obecne wyniki wskazują jednak na to, jak uzasadniony był wypowiedziany wtedy przezemnie pogląd, iż „należy zwrócić uwagę na przetaczanie krwi w leczeniu nieżytu wrzodziejącego i skłonić do dalszych spostrzeżeń nad tą metodą”...

W stosowaniu praktycznym należy pamiętać o tem, że przetaczanie stanowi wogóle zabieg stosunkowo niewinny, powoduje jednak niezbyt rzadko gorączkę z dreszczami lub bez nich. Niekiedy nawet przy postępowaniu lege artis mogą wystąpić nawet ciężkie objawy wstrząsu. W niezmiernie rzadkich przypadkach (podług statystyki angielskiej 5 razy na 3430 przetaczań) spostrzegano nawet zejścia śmiertelne po przetaczaniu. Nie trzeba chyba podkreślać, że krwiodawca musi być niewątpliwie zdrowy, a przynależność grupowa jego krwi dokładnie ustalona. Do wykonania przetaczania posługuję się przyborem Becka, dzięki czemu nie jest potrzebne chirurgiczne obnażenie żyły, gdyż w metodzie tej posługujemy się podaną w swoim czasie przezemnie igłą do nakłucia żył. Zastrzykuję zwykle 300 — 400 ccm. Pomijając wysoką ciepłotę i dreszcze, nie miałem dotychczas żadnych przykrych powikłań.

Z wywodów moich wynika, że w wyraźnych przypadkach nieżytu wrzodziejącego należy spróbować jednorazowe lub kilkakrotne przetaczanie, a w każdym razie zawsze, zanim oddajemy chorego w ręce chirurga. Samo przez się ro-

Stovarsol

Nr.Reg. 6891322.

Energiczny lek przeciwkrętkowy

Zapobieganie zakażeniu kłtą.
Swoisty lek przeciwczernwł-
wy i przeciwczernwonkowy.

OPAKOWANIE:

Flakon zawiera: 28 tabl. po 0,25 g
" " 200 " " 0,01 g

DAWKOWANIE:

1 do 4 tabletek dziennie, zależnie
od wskazań.

Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne
LUDWIK SPIESS i SYN, Sp. Akc. — WARSZAWA

zumie się, że przetaczanie nie zwalnia nas od obowiązku stosowania innych metod leczniczych, uzasadnionych istnieniem nieżytku lub koniecznością poprawy stanu ogólnego. Oczywiście istnieją przypadki, w których istnieją wskazania do nieulegającego zwłóce zabiegu operacyjnego.

Z rękopisu niemieckiego przełożył
Dr. Ludwik Justman.

Z oddziału chirurgicznego szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordynator M. Lubelski).

Przypadek wrzodziejącego zapalenia jelita grubego z bakteraemią

(*Bacillus foecalis alcaligenes*), wyleczony autoszczepionkami.

P o d a l i

M. LUBELSKI i A. SZPILMAN.

Przypadek dotyczy pacjentki G. S., lat 17, maturzystki z Lublina, która przybyła dn. 24/III na II Oddział Chirurgiczny.

Chora bardzo osłabiona, niechętnie odpowiada na pytania. Rodzice zdrowi, 4 rodzeństwa zdrowe. Z chorób wieku dziecięcego wedle słów matki pacjentki w 2-im roku życia—nieżyt jelit, w ciągu 4-ch miesięcy. W 3-im roku życia—odra, w 7-ym roku życia—płonica, a w 13 r. — błonica o lekkim przebiegu. Menses od 13 r. życia prawidłowe, co 28 dni, obfite, trochę bolesne. Obecna choroba od lutego r. z. Zauważyła w stolcu ślady krwi. Zaczęło się to bez widocznej dla chorej przyczyny. Normalnie miewała raz dziennie wypróżnienia. Czuła się źle, nie podawała nawet swego stanu zdrowia do wiadomości rodziców. Taki stan trwał w ciągu kilku miesięcy. Widząc jednak, że traci sporo krwi, blednie i czuje się osłabioną, zwróciła się do lekarza.

który zapisując chorej czopki, powiedział, że cierpi na guzki krwawnicowe. Leczenie jednak nie dało żadnego skutku. Do grudnia r. z. stan ten utrzymywał się. Po tym czasie sprawa chorobowa uległa pogorszeniu. Chora przeszła grypę z wysoką ciepłotą. Od tego czasu samopoczucie gorsze, częste mdłości, wymioty, stale podniesiona ciepłota (37,4), bóle brzucha zwłaszcza przy stolcu, krwawienia intensywniejsze i więcej stolców dziennie. Pogorszenie cierpienia zmusiło chorą do powtórnego zwrócenia się do lekarza i udała się do chirurga, który, jak chora i matka chorej podają, badał kışkę stolcową za pomocą „lampki“ i powiedział, że cierpi na owrzodzenie kışki stolcowej. Zastosowane leczenie (emetyna, lewatywy, nujol) nie odniosło żadnych skutków. Czuła się coraz gorzej. Wobec ciężkiego stanu chorej lekarze skierowali ją do szpitala. Sypia marnie, nie kaszle, łaknienie marne.

St. pr. Średniego wzrostu, miernej budowy kościca i złego odżywienia; skóra blada, sucha. Śluzówki również blade. W płucach, sercu bez zmian. Brzuch łódkowato wciągnięty, pozbawiony podściółki tłuszczowej. Przy obmacywaniu bolesność całego brzucha. Wątroba norm., śledziona lekko macalna. Kończyny górne i dolne bez zmian. Temp. 37,4, tętno szybkie, słabego napięcia, 100. Wobec ciężkiego stanu chorej zaniechano chwilowo rektoskopji.

25/III. St. idem. Częste stolce (8 stolców), wodniste, ciemne, miejscami ślady krwi świeżej. Kał odesłano do badania bakterjologicznego i wzięto krew na posiew. — Lewatywa z krochmalu i rumianku.

26/III. Stan bez zmian, b. osłabiona. Krwawe stolce; wobec ciężkiego stanu i objawów skrwawienia postanowiono przetoczyć krew chorej.

27/III. Zbadano matkę na grupy krwi i wykonano próbę na odczyn Wassermana, który się okazał ujemnym. Przetoczono córce krwi w ilości 220 cm. Reakcji przy przetaczaniu krwi nie zauważono. Chora dobrze zniosła zabieg.

28/III. Czuje się lepiej, rańniejsza, kolorki na policzkach, tętno pełniejsze.

29/III. Stan podgorączkowy, stolce jak wyżej. Badanie stolca wykazało obecność *B. coli* i *Enterococcus*. Przyrządzo-
no szczepionki. Mocz bez zmian, we krwi nic nie wykryto.

30/III. Powtórne badanie krwi. Wykryto *Bacillus faecalis alcaligenes*. Chora otrzymuje szczepionki wyhodowane z kału (*B. coli*) i szczepionki z *B. alcaligenes*, wyhodowanego ze krwi, co drugi dzień. Przemywania kiszczi stolcowej roztworem lapisu (1:3000,0). Szczepionkę rozpoczęto od 100 milionów.

2/IV. Stan podgorączkowy. Po zastrzyknięciu temperatura nieco wyższa, miejscowo żadnej reakcji, bóle głowy.

6/IV. Stolce rzadziej i mniej zabarwione krwią. Czuje się lepiej.

10/IV. Stolce dwa razy dziennie, więcej sformowane; samopoczucie lepsze. Przemywania lapisem (1:2000,0).

15/IV. Szczepionki w dalszym ciągu. Stolce raz dziennie, pozbawione krwi.

25/IV. St. idem. Siły wracają, łaknienie lepsze, przyjmuje kleiki i soki owocowe. Przemywania lapisem (1:1000).

27/IV. Chora siedzi. Silniejsza. Stolce raz dziennie, lepiej sformowane. Chorą zważono, waga jej wynosi 36,2 klg.

30/IV. W ciągu kilku dni wstrzymano zastrzyki ze szczepionki.

Rektoskopja: na wysokości 12 cm. widocznie przekrwienie błony śluzowej, a nieco poniżej mały szaro-brudny nalot wielkości 20 groszy. Ubytku śluzówki nie zauważono.

2/V. Trochę krwi w stolcu. Narzeka na bóle przy defekacji. Temp. normalna.

6/V. Przygotowano świeże szczepionki ze krwi i kału.

10/V. Stan lepszy. Stolce bez krwi. Chodzi, łaknienie dobre.

20/V. Stolce normalne. Bóle brzucha zupełnie ustąpiły. Narzeka na bóle głowy. Otrzymuje zastrzyki z arszeniku.

26/V. Status idem. Chodzi. Stolce normalne.

31/V. Stan dobry. Prosi o wypisanie. Chorą zważono. Waga 39,2 kg. Chorej przybyło 3 kilo. Wypisuje się w stanie zupełnie dobrym.

Chora po rocznem bezowocnem leczeniu z powodu

wrzodziejącego zapalenia jelita grubego przybyła na oddział chirurgiczny w celu poddania się operacji. W przypadkach tych w celu dokładnych przepłókiwań jelita grubego lekami, wykonywamy zwykle apendikostomię, jako zabieg najmniejszy i najprędzej prowadzący do celu. Ale w omawianym przypadku przed przystąpieniem do zabiegu postanowiliśmy jeszcze raz przeprowadzić systematycznie leczenie zachowawcze i wypróbować znane nam środki lecznicze.

Wobec ciężkiego stanu chorej i wybitnego charłactwa przedewszystkiem dokonano przetaczania krwi w ilości 250,0. Ogólny stan chorej po tym zabiegu nieco się poprawił: poprawiło się samopoczucie; tętno było pełniejsze; poprawił się apetyt. Poprawa taka trwała jednak tylko 2 dni. Zaleciliśmy dalej głębokie przemywania grubego jelita przy pomocy zgłębnika Hegar'a roztworem lapisu 1:3000; przemywania powtarzano co 2-gi dzień. Przeszliśmy od słabych roztworów do mocniejszych, a mianowicie do roztworu 1:1000. Po przemywaniach ilość wypróżnień nieco się zmniejszyła, ale wybitnej poprawy nie było. Nie widzieliśmy też poprawy po zastosowaniu autoszczepionek, otrzymanych z kału chorej (*B. coli* i *enterococcus*); pacjentka dalej gorączkowała, apetytu i łaknienia nie miała. Dokonano wówczas badania krwi (Dworecki) i wykryto *b. foecalis alcaligenes*. Przygotowano autoszczepionkę i dopiero po zastosowaniu autoszczepionki odrazu zauważono znaczną poprawę. Po dwóch tygodniach leczenia autoszczepionką chora przestała gorączkować, wypróżnienia miała raz dziennie, dobrze sformowane; zjawily się apetyt i łaknienie. Chora otrzymała 22 zastrzyki swoistej autoszczepionki, począwszy od 100 milionów do dwóch miliardów 600 milionów, i wypisała się w stanie zupełnie dobrym, przybrawszy 3 kilo wagi.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względów następujących:

- a) przy badaniu krwi chorej wykryto *bacillus foecalis alcaligenes*, i naszym zdaniem, wrzodziejące zapalenie grubego jelita nie było tylko schorzeniem lokalnym,

- a wyrazem ogólnego schorzenia całego organizmu (bakteraemia),
- b) *b. faecalis alcaligenes*, wykryty we krwi chorej, należy do drobnoustrojów, bardzo rzadko we krwi spotykanych,
- c) szybką poprawę i wyzdrowienie chorego zawdzięcza zastrzykom autoszczepionki, przygotowanej z *b. foecalis alcaligenes*.

Posiedzenia Pol. Tow. Gastrologicznego.

Posiedzenie Jubileuszowe w dn. 29/IV/1931 r.

Sprawozdanie z uroczystego posiedzenia w dn. 29/IV. patrz „Gastrologja Polska”, Tom III, № 2.

20/V 1931 r.

1. Selig pokazuje szereg zdjęć rentgenologicznych z dziedziny chorób przewodu pokarmowego:
1. pokaz błony śluzowej prawidłowej trzonu żołądka, części przyodźwiernikowej i opuszki dwunastnicy,
 2. nieżyt przewlekły żołądka ze zgrubieniem fałdów śluzówki i wielką ilością śluzu,
 3. obraz nowotworu trzonu żołądka ze zdjęciem błony śluzowej i konturu przy wypełnieniu,
 4. wyrostek robaczkowy normalny u osoby 68 letniej, jako przyczynek dowodowy nieobliterowania w wieku starym,
 5. appendicopatję — wyrostek długi, leżący pozakątniczo z zaleganiem odosobnionem,
 6. appendicopatję i niedomogę zastawki Bauhina,
 7. wyrostek schorzały ze zrostami z poprzecznicą (badanie potwierdzone operacyjnie),
 8. wyrostek robaczkowy u dziecka,
 9. błonę śluzową jelita grubego otrzymaną unbratorem (przypadek dra Adelfanga),
 10. błonę śluzową jelita grubego otrzymaną zawiesiną siarczanu baru.

W dyskusji zabrał głos Kryński.

II. Kryński wygłasza odczyt o hepatolienografji.

Niewiadomski zaznacza, że pierwszym osobnikiem, u którego została wykonana hepatolienografja przez kol. Kryńskiego w Warszawie, była chora skierowana przez N. z przychodni Komitetu do zwalczania raka z rozpoznaniem carcinoma mammae inoperabile cum metastatibus in glandulis reg. axillaris et in hepate.

Chora mimo dość daleko posuniętego charłactwa zniosła b. dobrze zastrzyk dożylny środka kontrastowego.

Chora była następnie leczona promieniami X. N. podnosi ten fakt dlatego, by innych kolegów zachęcić do korzystania z tej nowej metody, tak ważnej dla rozpoznawania różniczkowego.

Cytronberg stwierdza, iż mamy tu do czynienia z klinicznym zastosowaniem t. zw. blokady układu siateczkowo-nabłonkowego. Metoda ta rokuje nadzieję, że ułatwi nam rozpoznanie przedoperacyjne ewentualnych przerzutów rakowych, ropni wewnątrzwątrobowych, bąblowców i t. p. Również w przypadkach ropni podprzeponowych może ułatwić rozpoznanie oraz umiejscowienie. Ma to, oczywiście, duże znaczenie i w chirurgji. Co do możliwej szkodliwości preparatów wstrzykiwanych w tej metodzie, to skutki blokady układu siateczkowo-nabłonkowego zależą w dużym stopniu od rodzaju wstrzykniętego metalu. Otóż tor jest metalem, który już od dość dawna stosuje się nawet w terapii nowotworowej. Oczywiście, że metoda wymaga dalszego udoskonalenia.

Według Orzecha nasuwają się pewne wątpliwości, co do dalszego wpływu thorium na wątrobę. Obserwacja 2-letnia nie jest wystarczająca. Pożądana jest ostrożność w stosowaniu tego środka. Bardzo pożyteczną może się okazać hepatografja przed operacją doszczętną raka odbytnicy, który daje często przerzuty w wątrobie. Tyczy się to w pewnej mierze i raka piersi.

Dolkart zapytuje, czy metoda ta daje możność rozróżniania ubytków cieniowych różnego pochodzenia, j. np. pochodzenia rakowego, od tych, które powstały z powodu

marskości wątroby? Czy stwierdzona nieszkodliwość stosowanego metalu dotyczyła przypadków zdrowych czy chorych? D. zaznacza, iż powiększenie lewego płata wątroby nasuwa podejrzenie na pochodzenie kiłowe cierpienia.

Knappe zapytuje, czy w metodzie tej chodzi wyłącznie o thorium, jako środek kontrastowy i czy inne metale, przede wszystkim srebro w postaci collargolu, który jest środkiem niewinnym, nie dają takich samych obrazów rentgenicznych, w narządach mięszzowych.

Według Rubinrota nowa metoda endoradjografii zapoczątkowana przez japończyka Oka, wymaga jeszcze dużego krytycyzmu w stosowaniu do człowieka. Najważniejszą obiekcją jest pozostawianie środka kontrastującego w wątrobie i śledzionie na stałe; dopiero wieloletnia obserwacja dałaby odpowiedź na to, czy pozostawianie długotrwałe obcego ciała metalicznego nie spowoduje podrażnienia, które mogłoby być powodem powstania raka. Dalsze trudności przedstawia odpowiednia interpretacja obrazu, która wymagałaby sprawdzania za pomocą autopsji wzgl. operacji.

Szokalski uważa, iż metoda diagnostyczna przy pomocy thorium-dioksydu zapewne nie jest niebezpieczna dla organizmu, skoro znalazła prawo obywatelstwa w podręcznikach dla lekarzy praktyków (Klemperer — Neue Deutsche Klinik). Wartoby jednak przeprowadzić badania nad wpływem tego środka na układ siateczkowo-śródbłonkowy. Jeżeli tor daje blokadę, zapewne wpływa to na przemianę węglowodanową ustroju (cukier we krwi). Sz. przypuszcza, że tylko daleko posunięte schorzenia mogą być tą metodą rozpoznawane.

Justman — zapytuje, czy był kontrolowany obraz biały krwi, a to ze względu na to, że tor był stosowany jako środek przeciw białaczce. Wyniki ówczesne nie były zachęcające, jednak pewien wpływ toru zdawał się nie ulegać wątpliwości.

Grundzach, popierając zdanie Knappego, sądzi, że warto zrobić próby z collargolem. Że w tkankach zostaje srebro, dowodem tego jest argyria, dawniej często spostrzegana. Gdyby układ siateczkowo-śródbłonkowy również

srebro zatrzymywał, wartoby tę metodę dla hepatografji zastosować.

Weinert: Wielkie zaciekawienie, jakie wzbudził referat Kryńskiego, stwierdzone jest liczebnością mówców dyskusyjnych. Nic zresztą dziwnego: metoda ta otwiera przed nami nowe i obszerne horyzonty i w przyszłym swym rozwoju daje wprost nieprzewidziane możliwości. Jednakże W. jest zdania, iż przepojenie na stałe obcem ciałem jest dla organizmu bądź co bądź szkodliwe, tak, jak zresztą każde odchylenie od normy. Dlatego też byłby bezwzględny zwolennikiem nowej metody, gdyby okazała się możliwość usuwania toru z wątroby tak, aby po kilku tygodniach rentgen śladów toru nie wykrywał. W obecnym stanie tej metody W. uważa, iż można ją stosować tylko w przypadkach najrozpaczliwszych.

Kryński. Kol. Dolkart zapytuje, czy hepatolienografia dokładnie może określić rodzaj ubytków. Określa ona ich wielkość, ilość i lokalizację. Nic innego dać ona nie może. Te dane jednak, wespół z danymi klinicznymi oddać nam mogą rozpoznawczo cenne usługi. Nie mogę zgodzić się z kol. Rubinotem, iż dotychczasowe badania prowadzone były wyłącznie na zwierzętach. W październiku 1930 r. Radt ogłosił w Med. Klinik pracę opartą na badaniach u ludzi z pokazem rentgenogramów marskości wątroby i pojedynczych guzów. Materiał jego, o ile mi wiadomo, przewyższa 100 przypadków. Na tych przypadkach robiona była kontrola sprawności wydzielniczej wątroby, obejmująca zarówno materiał chory jak i zdrowy. Stosowany środek jest kolloidalnym metalhydrosolem z 25% domieszką thorium-dioxydu o wysokiej nierozpuszczalności, co stanowiło największą trudność laboratoryjną. Preparat ten nie wyszedł jeszcze całkowicie z ram laboratoryjnych, czego najlepszym dowodem, iż niema go w sprzedaży. Dostarczony nam preparat przez dział naukowy firmy Heyden, jest ulepszeniem preparatu stosowanego przez Radta. Cóż więc dziwnego, iż do zarzutów Joffego, który pracował w 1929 r., odnieść się musimy z wielką rezerwą.

Czy można zastąpić thorium innym metalem, na to odpowiada nam Radt, którego początkowe badania opierały się

na stosowaniu Elektrazydu z różnemi domieszkami metalowemi, niestety, bez wyniku dodatniego. Krew po zastrzyku była badana i poza nieznaczną przejściową leukocytozą, żadnych stałych zmian nie stwierdzono.

Czy hepato-lienografja daje nam co nowego — nad tem dyskutować jest trudno, gdyż nie ulega to, zdaje się, żadnej wątpliwości. Co się tyczy interpretacji, to każda interpretacja wymaga fachowości i sumiennosci, w przeciwnym bowiem razie nie unikniemy błędów nawet przy najprostszem badaniu.

Odróżnienie powietrza w jelicie od ubytków w wątrobie należy właśnie do takiej fachowości. To samo dotyczy i hepatoptozy, która nie ma nic wspólnego z powiększeniem wątroby w całości.

Byłoby bardzo pożądanem, abyśmy mogli wypłókać thorium z komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego, jak to proponuje Wejnert. Kto wie, może i to się uda.

3. Odczyt: Doc. Melanowski. Oko a choroby przewodu pokarmowego (ogłoszony w Gastrologji Polskiej T. III Nr. 3).

W dyskusji Dolkart zapytuje, czy przy schorzeniach wywołanych glistami, rzeczywiście stwierdza się rozszerzenie źrenic.

Knappe zaznacza, że wągier w oku jest dowodem propagowanej przez niego teorii, że soliter u człowieka powstaje z jajeczka, nie zaś z wągra, pochodzącego od pośrednika, jak to podają uporczywie podręczniki. Do oka dostaje się jajeczko solitera i tam rozwija się dalej. Z jajeczka powstaje u człowieka wągier lub całkowity soliter zależnie od miejsca, gdzie się usadowi i jakie ma warunki dla swego rozwoju.

W dyskusji zabierali jeszcze głos Cytronberg i Wejnert.

4. Justman. Dwa przypadki ciężkiego nieżytu wrzodziejącego wyleczone emetyną (ogłoszone drukiem w „Warsz. Czas. Lek.” 1931).

Posiedzenie naukowe 17. VI. 1931.

1. Dolkart pokazuje kamienie żółciowe, zbadane chemicznie, które przedostały się do jelit i opuściły przewód pokarmowy per vias naturales. Ilość: 9 wielkości orzecha laskowego i 31 wielkości grochu małego.

2. Turyn i Szamesówna wygłaszają odczyt p. t. Przyczynek do poznania flory bakteryjnej żołądka (ogłoszony drukiem w Gastrologji Polskiej T. III. Nr. 3).

3. Saidman pokazuje preparat pochodzący od noworodka z zanikiem przełyku (obliteratio oesophagi) oraz preparat wgłobienia jelit na tle uchyłka Meckel'a (autoreferat nienadesłany).

W dyskusji zapytuje Lubelski i Knappe, na jakiej podstawie S. mógł rozpoznać wgłobienie i jak sobie tłumaczy sposób powstania wgłobienia.

Niewiadomski nie zgadza się z mianownictwem podanem przez S. Nazwę — obliteratio — stosujemy zwykle przy zwężeniach po sprawach zapalnych. W tym przyp. uważa N., że raczej mamy do czynienia z wrodzonym, częściowym brakiem przełyku, ewent. z t. zw. atresia oesophagi.

Saidman w odpowiedzi podnosi, że kierował się przy rozpoznaniu nast. objawami: atak bólów, krwawe stolce i wymioty. Autor powołuje się w sprawie mianownictwa na piśmiennictwo odnośne w zakresie anatomji patologicznej.

4. M. Lubelski i K. Szpilman. Przypadek wrzodziejącego zapalenia jelita grubego z bakteraemią, wyleczony autoszczepionkami (Patrz „Gastrologja Polska“ T. III. Nr. 4)

Turyn uważa, że Lubelski nie docenia wpływu leczniczego przelewania krwi w przebiegu wrzodziejącego niezytu jelit. Często transfuzja sama sprowadza wyleczenie. W danym przypadku poprawę należy przypisać połączeniu działania transfuzji i szczepionek.

Rubinstein przypomina przypadek owrzodzenia

jelita grubego u młodego człowieka, który wyleczono szczepionkami.

K n a p p e popiera twierdzenie prelegenta, że owrzodzenie kiszki grubej zostało wyleczone szczepionkami. Najoporniejszymi owrzodzeniami jelita grubego są owrzodzenia czerwinkowe, na które nie posiadamy żadnego innego sposobu leczniczego, jak właśnie szczepionki swoiste.

S c h l a g e r prosi prelegenta o wyjaśnienie, czy w danym przypadku mieliśmy do czynienia z wrzodziejącym niezłym kiszki grubych, zwłaszcza, że nie było przeprowadzane dokładniejsze badanie, jak wziernikowanie prostnicy i badanie promieniami x. Jest bowiem cały szereg schorzeń jelita grubego, które są połączone z krwawieniem o podłożu innym, jak przy niezłym wrzodziejącym jelita, które S c h l a g e r zalicza do najcięższych chorób jelit.

5. J. K i g i e l i E. L u x e n b u r g. Przypadek rany kłutej żołądka.

Dnia 16. IV. 31. o godz. 1⁰⁰ w nocy na oddz. chirurg. Szpitala na Czysym przybył chory D. S., l. 26, i podał, że 15. IV. 31. o godz. 11 wieczorem w zamiarze samobójczym uderzył się nożem rymarskim w lewe nadbrzusze. Przed przybyciem do Szpitala, jak podaje otoczenie, chory miał wymioty treścią krwawą.

S t. p r. Budowa prawidłowa, odżywianie mierne. Skóra i śluzówki nieco blade, tętno miarowe, miernie wypełnione 76/min.

Jama brzuszna: powłoki lekko napięte, w lewym górnym kwadrancie obrona mięśniowa. Symetria powłok zachowana, smuga biała bez zmian. Nawewnątrz od linii sutkowej lewej, na wysokości trzech palców powyżej pępka, tuż przy lewym łuku żebrowym — rana poprzeczna dług. 3 cm., o brzegach równo ciętych, ziejąca; w dnie rany widoczne mięśnie; rana lekko krwawi. Okolica rany przy obmacywaniu b. bolesna. Kończyny dolne w półgięciu.

Wkrótce po przybyciu na oddział chory zaczął narzekać na nudności, o godz. 2⁰⁰ kilkoma ruchami wymiotnymi rzucił kałużę żywo czerwonej krwi, częściowo z wiśniowemi skrzepami, z licznymi częściami pożywienia.

Tętno badane po paru chwilach 90/min, następnie 110/min, słabo wypełnione. Po naradzie z ordynatorem oddziału (Dr. Lubelskim) przystąpiono natychmiast do zabiegu operacyjnego.

W znieczuleniu miejscowym wykonano laparotomię z cięcia pośrodkowego, nadpępkowego. Po otwarciu otrzewnej pokazał się płyn zabarwiony krwisto w niewielkiej ilości. Wyłoniono żołądek, przyczem stwierdzono na przedniej ścianie, o 2 cm. od krzywizny większej, mniej więcej w równej odległości od wpustu i wypustu, ranę długości 3 cm., lekko ziejącą, krwawiącą, idącą w kierunku skośnym do krzywizny. Tuż poniżej rany żołądka stwierdza się krwawiącą małą tętniczkę na krzywiznie większej, którą podwiązano. Ranę żołądka zeszyto szwem ciągłym katgutowym, następnie dano ciągły szew jedwabny Lemberta. Ponad szwem umocowano cypel sieci. W pobliżu wypustu trafiono na krwiak, który podwiązano również na krzywiznie większej. Po wykonaniu powyższego przystąpiono do obejrzenia tylnej ściany żołądka. W tym celu poprzez szczelinę, zrobioną w ligamentum gastro colicum, wyłowiczo tylną ścianę żołądka, na której żadnych zmian nie stwierdzono. Zeszyto rozszczep w ligamentum. Rewizja jamy brzusznej innych uszkodzeń nie wykazała. Ranę otrzewnej po uderzeniu nożem zeszyto od wewnątrz. Brzuch zamknięto na głucho. Pod skórę, w miejscu rany ciętej, wprowadzono pasek gazy. Dalszy przebieg pomyślny.

Według Goldsteina decyduje o wyniku operacji przy zranieniu żołądka czas, który upłynął od chwili uszkodzenia żołądka do operacji oraz stan zawartości żołądka w chwili zranienia.

Saidman uważa, że należy wykonać rewizję tylnej ściany żołądka przez kreskę poprzecznicy, unosząc się i poprzecznicę ku górze.

Kigiel w odpowiedzi zaznacza, że stosuje się w chirurgii obydwie sposoby t. j. przez wiązadło żołądkowo-jelitowe i przez kreskę poprzecznicy. W przypadkach, w których mamy do czynienia z zakażeniem górnego odcinka jamy brzusznej, jak w przyp. rany żołądka, nie jest wskazane

stosować sposób zalecany przez Saidmana, bo zachodzi obawa zakażenia dalszych części jamy brzusznej.

6. M. Lubelski. Zespolenie żołądkowo-jelitowe w przypadku zatrucia kwasem solnym.

Chory R. C., lat 25, wypił 50,0 stężonego kwasu solnego i stracił przytomność. Wystąpiły krwawe wymioty, i chory przywieziony został do szpitala. Na drugi dzień przytomność wróciła. Chory skarżył się na bóle w gardle i w dołku podsercowym. Tętno było słabego napięcia, do 96. W narządach wewnętrznych, w moczu zmian patologicznych nie stwierdzono. Po 10 dniach stan chorego znacznie się poprawił, i na własne żądanie chory został wypisany ze szpitala. W domu jednak po 2-ch dniach wymioty wróciły i wystąpiły bóle brzucha. Stan taki trwał 5 tygodni, chory bardzo schudł i znów zgłosił się do szpitala na oddział chirurgiczny. Teraz chory wszystkie pokarmy zwracał. Stwierdziliśmy wybitne charłactwo i ból brzucha na ucisk w dołku podsercowym. W kale stwierdziliśmy utajoną krew. Zdjęcia rentgenowskie wykazały duży opadnięty żołądek, dochodzący do małej miednicy; żołądek w kształcie miski, zaleganie masy kontrastowej w żołądku — dwudziestopięciogodzinne (Mesz). Rozpoznaliśmy zwężenie oddźwiernika po oparzeniu kwasem solnym i postanowiliśmy dokonać operację. Po otwarciu jamy brzucha (uśpienie eterowe) stwierdziliśmy, co następuje: żołądek bardzo duży; w obrębie oddźwiernika wymaczywał się bliznowaty, okrągły guz wielkości orzecha włoskiego, zamykający zupełnie światło oddźwiernika. Dokonaliśmy zespolenia żołądkowo-jelitowego tylnego z krótką pętlą. Przebieg pooperacyjny był pomyślny, bez powikłań.

Po 12 dniach chory przyjmował pokarmy stałe; pokarmów nie zwracał, na bóle nie narzekał. Wypisał się w stanie zupełnie dobrym.

Bardzo interesujący i trudny do wytłomaczenia jest, jak podnosi D o l k a r t, ten objaw, że kwas solny przechodzi przez przełyk i część wpustową i dno żołądka, nie uszkadzając śluzówki. Dopiero część oddźwiernikowa wykazuje daleko idące zmiany zapalne. W każdym razie według D. nie zależy to od rodzaju trucizny.

7. W sprawie odczytu Justmana z ubiegłego posiedzenia o leczeniu emetyną nieżyty jelit zabiera głos Turyn. Uważa, że emetyna działa swoiście w schorzeniach na tle zakażenia pierwotniakami. Francuzi, którzy stosują emetynę w zakażeniach pełzakowych, twierdzą, że działanie tego leku jest skuteczne w przypadkach o etiologii rozmaitej.

8. Następnie odbyło się doroczne walne zebranie pod przewodnictwem Dr. Knappe, który powołał na asesora Dr. Lubelskiego i Dr. Cytronberga a na sekretarza Dr. Schlagera. Sekretarz Tow. Niewiadomski wygłasza obszernie sprawozdanie z działalności Polsk. Tow. Gastrolog. za ubiegły rok. (Patrz niżej).

Skarbnik Kryński podaje stan kasy w dniu posiedzenia oraz przedstawia budżet na rok przyszły.

Po przyjęciu do wiadomości tych sprawozdań oraz komisji rewizyjnej przystąpiono do wyboru wylosowanych członków Zarządu. Na wniosek Dr. Szpilmana wybrano ponownie Weinerta, Róbin, Czarkowskiego i Justmana.

Sprawozdanie doroczne Sekretarza za okres od 21 maja 1930 — 17 czerwca 1931.

W roku sprawozdawczym odbyto wraz w dzisiejszem walnem posiedzeniu 9 posiedzeń naukowych, na których odczyty wygłosili następujący referenci:

W. Róbin: O wczesnych objawach kamicy żółciowej.

J. Czarkowski: Kilka uwag w sprawie powikłań w przebiegu kamicy żółciowej.

Prof. M. Michałowicz: Zaburzenia w czynnościach jelita grubego, ich patogeneza i ich leczenie.

J. Eisenfarb: O niedrożności jelit spowodowanej przez kamienie żółciowe.

Onodera z Fukoaka w Japonji: O zawartości w śluzówce żołądka substancji pobudzającej perystaltykę. (Przetłumaczony i odczytany przez J. Nusbauma).

Prof. Malinowski: Kiła przewodu pokarmowego.

B. Kryński: Hepato-lienografia.

Doc. Melanowski: Oko a schorzenie przewodu pokarmowego.

Justman: Dwa przypadki ciężkiego nieżytu jelita wrzodziejącego uleczone emetyną.

Turyn i Szamesówna: Przyczynek do poznania flory żołądka.

Razem referatów naukowych było 10.

Pozatem porządek posiedzeń wypełniło 29 pokazów, które tyczyły się następujących schorzeń: Dilatatio duodeni (Głodzik), późna przetoka żółciowa po cholecystostomii (Grodziński), ropień podprzeponowy (Dobryszycki), przepuklina przeponowa (Schlager), rzekomy rak żołądka (2 przyp. — Róbin i Reichert), Skurcz oddźwiernika (Frank), rentgenogram kamicy żółciowej (Selig), Glioma ventriculi (Radliński i Siedlecka), Guz trzustki (Lubelski), Obce ciała w dwunastnicy (Kohan), Guz odbytnicy (Radliński), Uchyłek przełyku (Radliński), Owrzodzenie żołądka (Kaczyński), Obce ciała w żołądku (Rutkowski), 2 przyp. licznych laporatomij (Kołodziejewski), przyp. resekcji żołądka sposobem Rydygiera (Piasecki), Skaza krwotoczna jako powikłanie po wycięciu żołądka (Lubelski), Obce ciało w jelicie biodrowym (Niewiadomski), Guz jelita cienkiego (Niewiadomski), Guz jamy brzucha (Schlager), Ostre przedziurawienie wrzodu żołądka (Niewiadomski), Obce ciało w odbytnicy (Pomper), Sarcoma ventriculi (Nusbaum i Niewiadomski), Obliteratio oesophagi (Saidman), Wgłobienie jelit (Saidman), Colitis ulcerosa (Lubelski i Spilman), Rana kłuta żołądka (Kigiel i Luxenburg), Zwężenie żołądka na tle zatrucia kwasem solnym (Lubelski), Pokazy rentgenogramów z dziedziny chorób przewodu pokarmowego (Selig).

Przeciętna liczba obecnych wynosiła od 35 — 60.

Na walnem posiedzeniu w u. r. 21 maja wybrano do Zarządu w miejsce ustępujących w myśl § 4 Statutu Grun-dzacha, Kryńskiego, Franka i Niewiadomskiego ponownie Niewiadomskiego, Franka i Kryńskiego oraz na miejsce Grun-dzacha, który zrezygnował, Nusbauma.

Do komisji rewizyjnej weszli na rok 1930/31 Dolkart, Witkowski i Saidman.

Zarząd się ukonstytuował w następujący sposób: Prezes — Wejnert, Wiceprezes — Róbin, Sekretarz — Niewiadomski, Zastępca Sekretarza — Nusbaum, Skarbnik — Kryński, członkowie Zarządu: Czarkowski, Frank, Justman.

Zarząd odbywał miesięcznie jedno do dwóch posiedzeń bądź to w pełnym składzie, bądź w składzie prezydjum lub łącznie z posiedzeniem redakcyjnym „Gastrologji Polskiej”. W myśl uchwały ustępującego Zarządu z u. r. starano się o zwiększenie ilości pokazów, co się w zupełności udało, jak wykazuje liczba (29) pokazów w porównaniu do u. okresu (15). Pomimo tego ilość odczytów nie zmalała. Razem z przemówieniami na posiedzeniu jubileuszowym wygłoszono 14 odczytów.

W celu zainteresowania wśród szerszego ogółu lekarskiego i członków Towarzystwa oraz uważając, że to będzie z wielką korzyścią dla nauki, zorganizowano szereg odczytów z pogranicza innych specjalności, upraszając na referentów wybitnych przedstawicieli i znawców tych gałęzi medycyny. Cel, jaki sobie postawił zarząd, osiągnięto całkowicie, przemawia za tem powyższe sprawozdanie, protokoły z posiedzeń naukowych i zwiększona frekwencja na poszczególnych zebraniach.

W tym roku zajął się Zarząd urządzeniem obchodu 20-lecia istnienia Towarzystwa. Uroczyste posiedzenie Jubileuszowe odbyło się dn. 29 kwietnia w sali Tow. Naukowego Warsz. przy ul. Śniadeckich. — Posiedzeniu temu poświęcono Nr. 2 tomu III-go „Gastrologji”, gdzie też są wydrukowane przemówienia Wejnerta, Grundzacha i Róbina.

W okresie sprawozdawczym wychodziła w dalszym ciągu „Gastrologja Polska” (Nr. Nr. 3 i 4 tomu II-go i Nr. Nr. 1—2 tomu III-go).

Działalność Towarzystwa nazewnątrz wyraziła w się 2 punktach:

1. We wzmocnieniu i utrwaleniu stosunków z zagranicą, gdzie udało się rozbudzić większe zainteresowanie naszą działalnością, co znalazło swój wyraz w nadsyłanych

artykułach do „Gastrologji” i w szeregu depesz i listów gratulacyjnych na obchód 20-lecia.

2. W udziale naszych przedstawicieli na zjazdach w Budapeszcie, Karlsbadzie i Jugosławji.

Wiadomości różne.

Międzynarodowy Kongres Lekarski w Vichy.

Wyłączny temat: Kamica żółciowa,

Międzynarodowy Kongres Lekarski o kamicy żółciowej odbędzie się w Vichy w dniach od 19 do 22 września 1932 roku pod przewodnictwem profesora Carnot'a, członka Académie de Médecine.

Obrazy jego podzielone zostaną na sekcje:

- 1^o.— Teoretyczno-diagnostyczną,
- 2^o.— Chirurgiczną,
- 3^o.— Terapii i wodolecznictwa,
- 4^o.— Elektro-radio-i fizjoterapii.

Tytuły referatów winny być przesłane do Sekretarjatu Głównego najpóźniej do dnia 1 czerwca 1932 r. Treść referatów wygłoszonych na Kongresie ma być, po przepisaniu na maszynie i poprawieniu w formie ostatecznej, złożona w Sekretarjacie Głównym. Referat nie powinien przekraczać pięciu stron pisma maszynowego, po 40 wierszy na stronie i po 68 liter w wierszu.

Wobec znacznej już liczby zgłoszonych referatów, każdy z uczestników będzie mógł przemawiać raz jeden, a czas przemówienia ograniczony zostaje do 10 minut.

Wpisowe ustalone zostało dla członków w wysokości 50 fr. franc; obejmuje ono już koszt sprawozdania z Kongresu, które rozesłane zostanie później uczestnikom.

Uczestnikom towarzyszyć mogą członkowie ich rodzin, którzy chcieliby wziąć udział w uroczystościach i przyjęciach organizowanych z racji Kongresu; każdy z uczestników

winien podać liczbę towarzyszących mu osób i za każdą z nich wpłacić wpisowe w wysokości 25.—fr. franc.

Wszelkie informacje uzupełniające przesłane zostaną uczestnikom Kongresu w czasie późniejszym.

P.P. Lekarze, którzy chcieliby wziąć udział w Kongresie, proszeni są o zgłoszenie go pod adresem: Secrétariat Général du Congrès, 24 Boulevard des Capucines, Paris; tam również przesyłać należy wszelką korespondencję.

K o m u n i k a t N a c z e l n e j I z b y L e k a r s k i e j o utworzeniu Biura Propagandy Medycyny Polskiej, ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr. 10 z dnia 1 października b. r., znalazł żywy oddźwięk wśród lekarzy, co jest najlepszym dowodem potrzeby takiego Biura.

W nadsyłanych listach zwracają Szanowni Korespondenci w pierwszym rzędzie uwagę na racjonalną organizację pracy, któraby zapobiegała wykonywaniu tych samych wysiłków przez różne czynniki i różne osoby.

Biuro Propagandy Medycyny Polskiej, chce obecnie nawiązać kontakt z szeregiem czasopism zagranicznych, w sprawie umieszczania w nich streszczeń polskich prac lekarskich. Kierując się zasadą organizacji pracy, B. P. M. P. prosi Panów Lekarzy, którzy są stałymi korespondentami pism zagranicznych, o powiadomienie z jakimi pismami zagranicznymi pracują, aby pism tych nie brać już pod uwagę.

Redakcja otrzymała: 1) Bulletin international de l'Académie Polonaise des Sciences et des Lettres, classe de Médecine Nr. Nr. 1—4, 1930 oraz Nr. Nr. 1—4 1931. 2) Comptes rendus mensuels des Séances de la Classe de médecine, 1930—1931.

Resumées.

The problem of the tropical Dysentery among the Polish immigrants in Jerusalem

Dr. D. Zel-Zion, Jerusalem.

During the last five years Dr. med. D. Zel-Zion had treated 248 cases of dysentery among the Polish immigrants in Jerusalem not to mention the recidives, chronic cases, acute dysentery caused by Bac. Shige Kruse, Flexner etc.

The dysentery appears epidemically at its top in the month of July, August, September, and begins in the month of May.

The poor class and people with limited means consist 90% of the total number of cases.

In 57 cases it was followed by descent in a chronic catarrh of the intestins (chronical dysentery) — there was no single case of manifest abscess of the liver owing to the treatment with emetin from the very first moment.

Bluttransfusionen bei Colitis gravis.

von Prof. H. Strauss.

Der Verfasser berichtet über die weiteren Erfolge mit den Bluttransfusionen in der Behandlung von Colitis ulcerosa gravis. Auf Grund dieser günstigen Erfolge wird die Methode als sehr empfehlenswert besprochen.

*Fall von Colitis ulcerosa mit Bacteriaemie geheilt durch
Autovakzinebehandlung.*

von Dr. M. Lubelski und K. Szpilman.

In dem beschriebenen Fall ist Colitis ulcerosa keine örtliche Erkrankung, sondern ein lokaler Ausdruck eines Allgemeinleidens—im Blute wurde *Bac. faecalis alcaligenes* gefunden. Die Autovakzinebehandlung ergab bald eine wesentliche Besserung und in kurzer Zeit wurde der Patient gesund.

Aŭtoreferatoj en esperanto.

Tropika sanga diareo inter pola elmigrintaro en Jeruzalemo.
Dro Z e l - Z i o n (Jerusalemo).

La ameba disenterio estas ofta malsano de la pola emigracio en Jeruzalemo. Malsanigas precipe jusalvenintaj en la unuaj 2 jaroj. La trakuro estas plejparte benigna, morteco negranda, iafaĵe transiro en kronikan formon. Fonto de la diareo oni konsideras fruktojn kaj legomojn, infekto pro senpera kontakto estas ebla, sed ne ludas eminentan rolon. Plej bonajn rezultojn donas kuracado per emetino.

Transfuzioj de sango ĉe „colitis gravis“.
Prof. Dro H. S t r a u s s (Berlin).

La aŭtoro komunikas siajn pluajn sukcesojn en la aplikado de sangtransfuzioj en kazoj de grava ulcera kojlitio. Bazante sin sur la bonaj rezultatoj, aŭtoro varme rekomendas tiun metodon.

Kazo de ulcera kojlitio kun bakteriemo sanigita per Aŭtovakcinoj,
Dro M. L u b e l s k i kaj A. S z p i l m a n.

En la priskribita kazo la ulcera inflamo de kojlonon ne estis nura sekvo de loka proceso, sed de generala malsano, nome de bakteriemo. En la sango oni trovis la „bacillus foecalis alcaligenes“. Estis preparita aŭtovakcino, kiu post mallonga tempo kaŭzis plibonigon kaj poste plenan resanigon.

