

# Gastrologja Polska

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA GASTROLOGICZNEGO  
POŚWIĘCONY CIERPIENIOM PRZEWODU POKARMOWEGO  
I PRZEMIANY MATERJI.

## PRZY WSPÓŁDZIALE:

A. AJZNERA (Łódź), M. BLASBERGA (Kraków), J. CZARKOWSKIEGO, PROF.  
F. CZUBALSKIEGO, M. DOLKARTA, S. FRANKA, PROF. A. GLUZIŃSKIEGO,  
E. GLIKSMANA, I. GRUNDZACHA, PROF. A. JANUSZKIEWICZA (Wilno),  
L. JUSTMANA, S. KIJEWSKIEGO, S. KLUKOWA (Łódź), W. KNAPPEGO,  
W. KONARA (Częstochowa), I. KRANTZA, ST. KRAMSZTYKA, B. KRYŃSKIEGO,  
A. LANDAUA, PROF. I. ŁĄTKOWSKIEGO (Kraków), PROF. A. LEŚNIEWSKIE-  
GO, M. LUBELSKIEGO, J. MARZYŃSKIEGO (Łódź), M. MESZA, F. NIE-  
WIADOMSKIEGO, J. NUSBAUMA, M. ORZECHA, PROF. Z. RADLIŃSKIEGO,  
J. REZNIKOWA, W. RÓBINA, S. RUBINROTA, T. SAJDMANA, L. SCHLAGERA,  
J. SKŁODOWSKIEGO, A. TUCHENDLERA, PROF. F. VENULETA, B. WEJNERTA,  
E. WITKOWSKIEGO, J. ZAWADZKIEGO.

REDAKTOR: **Dr. BRONISŁAW WEJNERT.**

WYDAWCA: **Dr. IGNACY GRUNDZACH.**

Redakcja: Marszałkowska 73, tel. 8-15-12, od 10 do 11.

Administracja: Marszałkowska 71, Drukarnia „SIŁA”, tel. 8.34-48.

**Roczna przedpłata za 1 tom (4 zeszyty) zł. 8.**

**Konto czekowe P. K. O. Nr. 17-285.**

W A R S Z A W A

1 9 3 5.

# NEUTROL-MOTOR™

KRZEMIAN GLINU  $\text{Al}_2\text{Si}_6\text{O}_{15}\cdot 2\text{H}_2\text{O}$

usuwa pewnie i na czas dłuższy nadmiar  
kwasy solnego, wobec czego jest niezastąpionym środkiem we wszystkich schorzeniach, połączonych z nadmiernym  
wydzielaniem HCl, jako to:

**NADKWAŚNOŚĆ, SOKOTOK ŻOŁĄDKOWY, WRZÓD ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY.**

**STAŁY SKŁAD! PEWNE DZIAŁANIE! NIE ZABURZA TRAWIENIA!**

## CARBO TISSOT

*Aktywowany węgiel topolowy w postaci anyżowanych ziarenek w połączeniu z naftolem i kwasem będzwinowym*

**Wskazania:**

**ZAPARCIA NAWYKOWE,  
NADMIERNA FERMENTACJA JELITOWA,  
WSZYSTKIE STANY PODRAŻNIENIA JELIT.**

**DAWKA DZIENNA:**

1—2 łyż. od herbaty po jedzeniu. Przeciw zaparciom na noc.  
Połykać nierozgryzając.

L. NASIEROWSKI, Warszawa, ul. Kaliska 9—

# Gastrologja Polska

TREŚĆ: **Dr. W. Konar.** Błękit metylenowy, jako odtrutka w zatruciach cjankiem potasu. — **Dr. A. Braude-Hellerowa.** O krwawieniach przewodu pokarmowego u dzieci. — **Dr. A. Uryson.** Przypadek zatrucia pokarmowego ze zmianami w wątrobie i trzustce. — Posiedzenia Pol. T-wa Gastrologicznego.

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

**Wydawca: Dr. I. Grundzach.**

**Redaktor: Dr. med. B. Wejnerl.**

*Szpital powszechny miejski w Częstochowie. Oddział chorób wewnętrz.*

## Błękit metylenowy, jako odtrutka w zatruciach cjankiem potasu.

Podał

Dr. Waclaw KONAR, ordynator szpitala.

Przypadki wyratowane po zatruciu cjankiem potasu należą do rzadkości z jednej strony ze względu na zbyt spóźnioną pomoc udzieloną choremu, z drugiej wskutek małej skuteczności środków stosowanych dotychczas. Dopiero w ostatnich czasach prace amerykańskich lekarzy J. C. Geigera (1), K. K. Chen, Charles L. Rose and Cloewes (2), wykazały, że stosowanie dożylnie 1% roztworu błękitu metylenowego w ilości 50 ccm wyratowało w kilku przypadkach od śmierci ludzi, którzy pochłonęli bardzo duże dawki cjanku potasu.

W literaturze polskiej nie spotkałem ani jednego przypadku wyratowania po takim zatruciu. W praktyce własnej miałem przypadek samobójstwa u inżyniera chemika, którego, pomimo natychmiastowej pomocy (chorego zastałem jeszcze przy życiu), nie udało mi się uratować.



Pamiętam, stosowałem wtedy środki nasercowe i sztuczny oddech. To też przypadek, który miał miejsce dnia 27 lipca b. r., zasługuje na bezwzględną uwagę, zwłaszcza że chory został uratowany tylko dzięki zastosowaniu błękitu metylenowego.

W dniu tym o godzinie 5 po poł. został dostarczony do szpitala przez rodzinę w stanie nieprzytomnym J. G., lat 30, z zawodu galwanizator, zamieszkały w niedalekiem sąsiedztwie szpitala. 15 minut przed dostarczeniem do szpitala chory w celach samobójczych wypił cjanek potasu (łyżeczka od herbaty, rozpuszczona w buteleczce wody). Dla dodania sobie animuszu, chory przedtem napił się 1/8 litra wódki. Jako ordynator szpitala zostałem o powyższem zawiadomiony telefonicznie przez odbywającego praktykę szpitalną studenta 4-go roku medycyny Uniw. Warszawskiego Stanisława Brauna, któremu telefonicznie poleciłem wykonać bezwzględnie przeplókanie żołądka i stosować podskórnie środki nasercowe, sam zaś udałem się natychmiast autem do szpitala.

Chorego zastałem w stanie nieprzytomnym, zeszywniałego, źrenice sztywne, szerokie, nie działające na światło, brak odruchu rogówkowego, oddech powierzchowny, wybitna sinica twarzy, uszu, nosa i kończyn, kończyny zimne, chory obłany potem, z jamy ustnej wycieka pianista ciecz, tętno miękkie 120 do 140 na minutę; jednym słowem, obraz chorego przedstawiał się rozpaczliwie, dla mnie i dla otoczenia beznadziejnie.

Pomyślałem wtedy o zastosowaniu u chorego błękitu metylenowego, o którym to środku poraz pierwszy dowiedziałem się z artykułu A. R a v i n a i S i m o n e L y o n a „Le traitement des intoxications cyanurée et oxycarbonée par le bleu méthylène“(3), umieszczonym w *La Presse médicale* z 25 października 1933 r. Nr. 85.

Podczas kursu ratownictwa i obrony przeciwgazowej, urządzonego przez Polski Czerwony Krzyż, w maju ub. r., jeden z panów prelegentów, major-lekarz B a r t e n b a c h również zalecił stosowanie tego środka w zatruciach kwasem pruskim.

Ponieważ stan chorego, jak wspomniałem, był rozpaczyliwy i zależało mi na szybkości w działaniu, nie miałem czasu czekać na przygotowanie wyjałowionego 1% roztworu błękitu metylenowego, skorzystałem więc z tego, iż w pracowni szpitalnej posiadałem środek ten w stanie sproszkowanym. Rozpuściłem w próbówce około 0,5 grama tegoż w 5 ccm wody przekroplonej, po przefiltrowaniu wygotowałem i po ostudzeniu wstrzyknąłem choremu domięśniowo w pośladek. Po 15 minutach oddech chorego poprawił się, był równiejszy, tętno 120 na minutę, chory chwilami jakby odzyskiwał przytomność. Jednakowoż stan był nadal ciężki, tak, że o godzinie 8 wieczorem zdecydowałem się poraz drugi dać choremu to samo wstrzykiwanie domięśniowo również w pośladki i w tej samej ilości. Tym razem efekt był już nadzwyczajny, po 5 min. bowiem chory odzyskał zupełną przytomność, sinica przeszła, oddech stał się normalny i chory zaczął domagać się, aby mu dano wodę do picia. Noc u chorego przeszła spokojnie i następnego dnia rano zastałem go w stanie zupełnie dobrym; obiektywnie prócz wyczerpania stwierdzić mogłem tylko rozszerzenie źrenic. Zastanawiającem było, że ani jedna z próbek moczu, przesłanych do pracowni szpitalnej, nie była zabarwiona na zielono; białka i cukru w moczu nie było, pod drobnowidzem składników anormalnych nie stwierdzono. Po 9 dniach pobytu w szpitalu chory został wypisany — jako zdrowy.

Zaznaczyć jeszcze muszę, że aby mieć zupełną pewność, że miało tu miejsce zatrucie cjankiem potasu, przesłałem do rozbioru chemicznego nieznaczną resztkę (około 2 ccm) płynu pozostałego w butelce.

Pan inż. chemik Leon M i ę t k i e w i c z, który rozbioru tego dokonał, orzekł, że płyn zawierał stężony roztwór wodny cjanku potasu. Przypadek ten zasługuje na uwagę z kilku względów. Zastanowiło mnie przedewszystkiem to, że chory pomimo, iż wypił dawkę cjanku potasu, wielokrotnie przekraczającą dawkę śmiertelną, nie zmarł przed udzieleniem mu pierwszej pomocy; być może, że tutaj rolę jakąś odegrał alkohol, który chory przedtem wypił. Przypomniało mi się słynne otrucie Rasputina, któremu, jak

głosi wersja, podczas uczty podano śmiertelną dawkę cjan-ku potasu, który pomimo to wyzdrowiał. Wtedy już przypuszczano, że garbnik zawarty w winie, unieszkodliwił śmiertelne działanie trucizny. Być może, że alkohol odgrywa jakąś rolę w spóźnionem działaniu trucizny. Następnie zastanawiałem się, dlaczego ani jedna z próbek moczu nie była zabarwiona, pomimo że chory otrzymał około 1 gr błękitu metylenowego domięśniowo. Pozostawiam tę kwestję do rozstrzygnięcia biochemikom.

Następnie, jak już wyżej wspomniałem, z powodu pośpiechu zastosowałem choremu błękit metylenowy w wstrzykiwaniu domięśniowem, gdy tymczasem wszystkie opisane w literaturze przypadki miały zastosowany błękit metylenowy w wstrzykiwaniu dożylnem. Może mieć to pewną wartość praktyczną, zwłaszcza, że apteki nie posiadają gotowych ampulek wyjałowionego 1% roztworu błękitu metylenowego.

Co się tyczy mechanizmu działania błękitu metylenowego jako odtrutki na zatrucie cjanowe, to biorąc pod uwagę dostępną mi literaturę, można przyjść do wniosku, że przypuszczenia nie są jednolite. S a h l i n, E d d y i M r s. B r o o k s przypuszczają, że błękit metylenowy działa pobudzająco na wytwarzanie się normalnych zacyzynów komórkowych, katalizatorów oddechania tkankowego. W e n d e l natomiast przypuszcza, że o ile błękit metylenowy faktycznie działa dodatnio na drogi oddechowe, to dlatego, że w żywym ustroju działa jako katalizator przy przemianie hemoglobiny w methemoglobinę, ta ostatnia wiąże kwas pruski, tworząc cyanmethemoglobinę, związek stały, z którego związki cjanowe z trudnością dają się usunąć i dlatego też przez to połączenie unieszkodliwiają działanie trujące kwasu pruskiego.

W e n d e l i H u g wykazali na zwierzętach, że również i inne preparaty, jak amylnitrit, azotyn sodu, pyrogallol, pyrocatechol, phenylhydrazyna, przetwarzając hemoglobinę w methemoglobinę, mają podobne własności co i błękit metylenowy i w doświadczeniach na zwierzętach można było uzyskać wyraźną odporność na dawki śmiertelne cjan-

ku potasu. Jednakowoż działanie błękitu metylenowego, zależne od przemiany hemoglobiny w cyanmethemoglobinę, może być tylko ograniczone, jeżeli bowiem połowa lub  $\frac{2}{3}$  hemoglobiny są zmienione, powstaje wskutek tego niedostateczny dopływ tlenu do tkanek, w konsekwencji zaduszenie, i wydaje się niemożliwe związać dawki cjanku potasu, przekraczające 2 do 3-ch gramów.

G e i g e r uważa, że działanie błękitu metylenowego nie jest zupełnie wyjaśnione i przypuszcza, jak to czynią inni autorzy, że błękit metylenowy wywiera wpływ na procesy utleniania i redukcji, działa jako bodziec na oddychanie tkankowe, krążenie i ośrodki ciepło - regulacyjne. Według G e i g e r a stosowanie błękitu metylenowego w zatruciach cjankami i tlenkiem węgla znajduje się jeszcze w fazie doświadczeń.

Otrzymane dodatnie wyniki na zwierzętach, również i na ludziach, winny pobudzić do dalszych prac w tym kierunku.

#### LITERATURA:

- (1) The Journal of the American Medical Association, July 22, 1933.
  - (2) The Journal of the American Medical Association, Juny 17, 1933 rok.
  - (3) La Presse Medicale 25, Octobre 1933, Nr. 85.
-

# O krwawieniach przewodu pokarmowego u dzieci.

Podala

Dr. Anna BRAUDE-HELLEROWA

(Dyrektor Szpitala dla Dzieci im. Bersonów i Baumanów).

Domieszki krwi w wymiocinach lub w wypróżnieniach spostrzegane są u dzieci bardzo często, ale właściwe wymioty krwawe i krwawe wypróżnienia (*hematemesis et melaena*) należą do objawów chorobowych, spotykanych w wieku dziecięcym niezmiernie rzadko.

Zdarzają się jednak krwawienia z przewodu pokarmowego we wszystkich okresach dzieciństwa jako objaw najrozmaitszych spraw chorobowych, względnie najczęściej u dzieci najmłodszych: przede wszystkim u noworodków jako czarna choroba noworodków (*melaena neonatorum*), u niemowląt starszych, jako objaw wrzodu dwunastnicy lub żołądka oraz jako objaw wglóbenia.

W przebiegu *melaenae neonatorum* mogą wystąpić bądź tylko wymioty krwawe (postać ta daje bardzo znaczną śmiertelność, od 60—83%), bądź też wypróżnienia krwawe obok *hematemesis* (ta postać daje lepsze rokowanie, bo śmiertelność dochodzi do 35%). Najmniej ginie noworodków (bo tylko 10%) w tych przypadkach, w których występują wyłącznie krwawienia z jelit.

Zdarzają się postaci *melaenae* dobrotliwej, w których utrata krwi jest nieznaczna, i postaci złośliwe, które przebiegają piorunująco, kiedy giną dzieci zupełnie wykrwa-



wione w ciągu 12— 24 godzin. W tych ciężkich przypadkach stwierdzamy często wydłużony czas krzepnięcia.

Należy odróżniać czarną chorobę objawową, występującą w przebiegu różnych zakażeń noworodków (kila wrodzona, posocznica krwotoczna, wrodzona skaza krwotoczna) od czarnej choroby właściwej, w przebiegu której krwawienia z przewodu pokarmowego stanowią jedyny objaw chorobowy. Oprócz mniej lub więcej gwałtownych krwawień z przewodu pokarmowego nie stwierdza się klinicznie żadnej innej sprawy chorobowej. Ale to, co klinicznie imponuje, jako „*melaena*“ prawdziwa, anatomopatologicznie nie stanowi jednolitej jednostki chorobowej.

Geneza tego schorzenia, jak wykazują badania sekcyjne, jest różnorodna. W znacznym szeregu przypadków stwierdza się obecność wrzodu w przewodzie pokarmowym, najczęściej w dwunastnicy i w żołądku, rzadziej w jelicie cienkim lub w dolnej części przełyku; stwierdzane są bądź pojedyncze owrzodzenia, bądź też liczniejsze, dwa, trzy i t.d. D u s s e r, w 24 przypadkach sekcyjnych „*melaenae*“, znalazł 13 razy owrzodzenia, z tego 8 razy owrzodzenie żołądka, a 5 razy owrzodzenie dwunastnicy; V a s s m e r w 22 przypadkach zebranych z literatury podał, że 3 razy stwierdzano wrzód przełyku, 4 razy wrzód żołądka, 5 razy wrzód dwunastnicy i 1 raz wrzód jelita cienkiego.

Ale tylko w pewnym odsetku przypadków stanowią wrzody przewodu pokarmowego przyczynę krwawień; według danych, zebranych przez Ż u k o w s k i e g o, przyczynę tę stwierdza się w 45%. W większości przypadków *melaenae* badanie sekcyjne wykazuje nieznaczne zmiany lub brak zmian. Często stwierdza się bowiem tylko przekrwienie błony śluzowej przewodu pokarmowego, czasem na bardzo ograniczonym odcinku. Niekiedy widoczne są punkci-kowate wybroczynki albo mniejsze lub większe wylewy krwawe w śluzówce; niekiedy znów mniej lub więcej powierzchowne ubytki krwotoczne, czasem tak niewielkie, że tylko badanie histologiczne może je ustalić. W innych przypadkach nie stwierdza się wogóle żadnych zmian w całym przewodzie pokarmowym. W tych przypadkach należy uwa-

zać, iż miało miejsce krwawienie mięszkowe *per diapedesin*. Ale nawet w tych przypadkach, gdy na obdukcjach stwierdzano owrzodzenie lub ubytek błony śluzowej, nie było pewne, że te zmiany jedynie były powodem tak obfitych krwawień przewodu pokarmowego, gdyż z jednej strony brak było zwykle nadżarcia jakiegoś większego naczynia, z drugiej zaś strony stwierdzano u starszych niemowląt także owrzodzenia, które nie powodowały żadnego krwawienia. Wyjaśnienie patogenezy *melaenae* przedstawia zatem ogromne trudności, istota tego cierpienia dotychczas nie została wyjaśniona. Powstanie wrzodu w żołądku lub w dwunastnicy w przebiegu *melaenae* starano się wytłumaczyć bądź wstecznym zatorem z zakrzepu żyły pępkowej\*), bądź nadżarciem uszkodzonej przez wylew lub przekrwienie błony śluzowej lub jeszcze odwrotnie przez ograniczoną martwicę błony śluzowej, martwicę powstałą na drodze odruchowej naskutek skurczu naczyń w związku z wstrzasem porodowym. Nowsze poglądy gastrologów na genezę wrzodu trawiennego, a mianowicie dysharmonję w układzie nerwu błędnego i sympatycznego również były brane tutaj pod uwagę. Powstanie owrzodzeń nie wyjaśnia istoty *melaenae*, gdyż nawet u noworodków stwierdza się wrzody bez krwawień i odwrotnie krwawienia z przewodu pokarmowego bez obecności wrzodu lub ubytku błony śluzowej. Punktem ciężkości jest pytanie, dlaczego występują krwawienia. Niedokrwienie nie może być przyczyną krwawień, gdyż tylko nieznaczny odsetek dzieci z *melaena* przechodził zamartwicę. Z tego samego powodu nie mogą być brane pod uwagę bez zastrzeżeń i krwawienia wewnątrzczaszkowe. F i n k e l s z t a j n wysuwa ciekawą hipotezę: ze względu na rzadkość tego cierpienia i występowanie w pierwszych dniach życia należałoby genezę *melaenae* powiązać z temi proce-

---

\*) Zakrzep w żyłe pępkowej powstaje według L a n d a u a wskutek zamartwicy, według F r a n k e g o wskutek krzyku i gwałtownych ruchów oddechowych. Jedno i drugie powodować może zmiany w ciśnieniu w żyłach klatki piersiowej oraz w żyłe pępkowej, co uwarunkowuje utworzenie zakrzepów w żyłe pępkowej lub *ductus Botalli*.

sami, które towarzyszą przejściu dziecka w życia pozamaciczne; może i tu należałoby uwzględnić wpływ pewnych zaczynów i takich czynników wyjątkowych, które w pewnych warunkach i u matki powodują odczyny chorobowe w okresie ciąży i porodu.

Tak często u dorosłych występujący pierwotny chroniczny wrzód żołądka i dwunastnicy nie był dotychczas spostrzegany u dzieci poniżej lat pięciu, a również i w późniejszym dzieciństwie spotykany jest niezmiernie rzadko. Wszystkie wrzody, które stwierdzamy u niemowląt i u dzieci młodszych są, według F i n k e l s z t a j n a i innych, pochodzenia wtórnego, powstają bowiem w przebiegu lub jako skutek różnych schorzeń: przewlekłych lub ostrych zakażeń, posocznicy, kily, zapalenia płuc, gruźlicy lub chronicznych dystrofij u niemowląt. Opiswane są ostatnio coraz częściej przypadki krwawień z wrzodów dwunastnicy w przebiegu zapalenia płuc u dzieci nietylko u niemowląt lecz i u kilkoletnich. Autorzy francuscy, podając tego rodzaju przypadki u dzieci, które nie zdradzały żadnych objawów skazy krwotocznej, przypuszczają, iż pewne szczepy pneumokoków posiadają powinowactwo do śluzówki przewodu pokarmowego. Znane są przypadki owrzodzeń żołądka i dwunastnicy u dzieci w przebiegu mocznicy, oparzeń ciała, zamarznienia i w przypadkach t. zw. *erythrodermiae desquamativae*. Wtórne te wrzody powstają niekiedy zupełnie nagle, ostro, powodując wskutek ciężkich krwawień bardzo szybko zejście śmiertelne. W innych przypadkach wrzody rozwijają się w sposób przewlekły wśród nieokreślonych objawów, do których zaliczamy wymioty, ogólne niedomaganie, niedokrwistość, wwniszczenie. Dopiero badanie wypróżnień na krew utajoną lub nagle pojawienie się krwawych wymiotów lub też krwawych wypróżnień wyjaśnia przyczynę dolegliwości dziecka. Tego rodzaju przypadki nawet u niemowląt kwalifikują się do zabiegu operacyjnego. Również u niemowląt ze skurczem odźwiernika w niektórych przypadkach stwierdzona została obecność wrzodu dwunastnicy lub żołądka, co, zdaniem R o z e n b a u m a, było przyczyną powstania owego skurczu.

S c h m i d t stwierdził na 1109 autopsyj u dzieci do pierwszego roku życia dwadzieścia przypadków wrzodu dwunastnicy, czyli 1,8% całego materiału. Natomiast na 2715 autopsyj u dzieci od jednego do dwu lat 17 takich przypadków, co stanowi 0,6%. Pomiędzy dwoma a dziesięcioma laty życia zaledwie jeden przypadek. Jak widzimy, względnie najczęściej spotykane są wrzody dwunastnicy (wyjątkowo żołądka) u niemowląt, a zwłaszcza najmłodszych. Zajmują też one miejsce odrębne w patologji dziecięcej, gdyż występują najczęściej u dzieci ciężko atroficznych. H e l m h o l z z kliniki F i n k e l s z t a j n a stwierdził sekeyjnie w 16 przypadkach dekompozycji osiem razy wrzód dwunastnicy.

Wielkość owrzodzeń bywa różna — są one bardzo drobne, bądź też wielkości grochu i większe. Perforując, powodują niekiedy ogólne lub ograniczone zapalenie otrzewnej. Klinicznie owrzodzenia dają się rozpoznać nieczęsto, z wyjątkiem tych przypadków, kiedy powodują one krwawe wymioty lub krwawe wypróżnienia. Genezę tych wrzodów sprowadza H e l m h o l z do zakrzepu naczyń śluzówki, zakrzepu, który powstał na skutek chemicznego zadziałania soku żołądkowego na ściany naczyń poprzez uszkodzoną śluzówkę dwunastnicy. S c h m i d t uważa, że wszelkie schorzenia, które prowadzą do wyniszczenia, a więc zaburzenia w odżywianiu jakoteż choroby infekcyjne, przygotowują odpowiednie podłoże dla powstania ubytku w błonie śluzowej. I b r a h i m przypuszcza, iż znaczna część wrzodów dwunastnicy u niemowląt starszych pochodzi z okresu, kiedy były one noworodkami, a charaktero tych niemowląt nie jest powodem, lecz skutkiem dłużej istniejącego owrzodzenia dwunastnicy. F i n k e l s z t a j n szuka powstania owrzodzenia przewodu pokarmowego u dzieci atroficznych w uszkodzeniu przez chorobę podstawową tych czynności ustroju, które chronią zdrową śluzówkę przed nadżarciem przez sok żołądkowy. Jeśli wrzody żołądka i dwunastnicy należą do rzadko spotykanych schorzeń w wieku dziecięcym, a jeszcze rzadziej powodują one krwotoki, to opisane w literaturze przypadki krwawień z wrzodów uchyłka M e c-

k e l a należy uważać za wyjątkowo rzadkie. Muszą one jednak być brane pod uwagę w rozpoznaniu różniczkowym krwawień jelitowych u dzieci. M o n d o r zebrał od r. 1913 do 1930 — 40 przypadków wrzodów uchyłka Meckela, z tego 5 przypadków dotyczyło niemowląt.

Różniczkując należy wspomnieć też o krwawieniach żołądkowych, zależnych od przepukliny przeponowej, kiedy żołądek stanowi zawartość przepukliny, wskutek czego tworzą się miejscowe owrzodzenia. Tego rodzaju przypadki podane są w literaturze światowej.

Wgłobienia, bardzo rzadko skręt, są również powodem krwawych wypróżnień u dzieci, zwłaszcza u niemowląt. *Invaginatio* jest schorzeniem, spotykanem przedewszystkiem w wieku dziecięcym; 80% wszystkich wgłobień przypada na wiek dziecięcy, z tego 3/5 przypadków stanowią niemowlęta. Jednym z kardynalnych, patognomonicznych objawów wgłobienia są krwawe wypróżnienia. Przeważnie bywają one śluzowo-krwawe, ale często też smoliste lub żywo czerwone. Tego rodzaju wypróżnienia są objawem rozpoznawczym bardzo ważnym, gdyż występują w pierwszych godzinach po zachorowaniu; zwłaszcza u niemowląt spotykamy ten objaw w 95% przypadków, u starszych dzieci występuje on mniej często. We wgłobieniu jelit cienkich krwawienia występują dopiero później. Zazwyczaj pierwsze rozpoznanie, jakie ustala pedjatra przy łóżku chorego dziecka, jest wgłobienie jelit, o ile choroba rozpoczyna się nagle wśród objawów silnego bólu, wymiotów oraz krwawych wypróżnień. Różniczkując, należy odrzucić przedewszystkiem krwotoczne zapalenie jelita grubego oraz chorobę S c h o e n l e i n - H e n o c h a (*purpura abdominalis*), dla której również są tak charakterystyczne bóle brzucha i krwawe wypróżnienia. F i n k e l s z t a j n spostrzegł przypadek tej choroby u dziecka 9-cio miesięcznego, chociaż naogół *purpura abdominalis* występuje w późniejszym dzieciństwie, powyżej lat 4-eh, 5-ciu. Z 26 przypadków G l a z m a n a 9 razy początkowo wystąpiły objawy brzuszne — bóle i krwawienia — do których później przyłączyły się bóle stawowe i wysypka krwotoczna na skórze. Oprócz choroby S c h ö n l e i n -

H e n o c h a należy wziąć pod uwagę w różniczkowaniu in-ne skazy krwotoczne i schorzenia krwi (choroba B a r l o w a, hemofilja, anemja aplastyczna, białaczka, żółtaczka hemo-lityczna).

Wyszczególniając przyczyny krwawień jelitowych u dzieci, należy wspomnieć o krwawieniach w przebiegu duru zarówno u dzieci młodszych, jak i starszych, aczkolwiek krwawienia te nie należą do częstych powikłań.

*Poliposis intestini* może również powodować krwawie-nia; żylaki hemoroidalne, jako powód krwawień u dzieci, należą do ogromnych rzadkości. Wogóle guzy krwawnicowe, aczkolwiek bardzo rzadkie, spotykane są nawet u niemowląt.

Również do unikatów należą krwawienia, spowodowa-ne guzami przewodu pokarmowego.

W końcu jeszcze jedna grupa schorzeń powoduje u dzieci obfite krwawienia z przewodu pokarmowego; są to różnego rodzaju *hepatosplenomegalje*. *Hematemesis* i krwa-we wypróżnienia spotykamy w chorobie Banti, w marskości wątroby, a w pierwszym rzędzie w przypadkach splenome-galji splenotrombotycznej, splenomegalji z zakrzepem żyły śledzionowej lub innej żyły z dopływów żyły wrotnej, której główny objaw kliniczny stanowią właśnie wymioty krwawe. Zespół objawów tego schorzenia według O p i t z a stano-wią: duża śledziona, wtórna anemja, krwawienia z przewodu pokarmowego, — zmniejszenie się śledziony po obfitem krwawieniu, leukopenia oraz trombopenia. Najbardziej cha-rakterystycznym objawem jest zmniejszenie się śledziony po obfitem krwawieniu żołądkowym. Mechanizm powstawania tych krwawień tłumaczą autorzy pękaniem rozszerzonych żył, żyłaków żołądka i przelyku, które wskutek zakrzepu ży-ły śledzionowej tworzą bocznicę dla odpływu tej żyły. K l e i n s c h m i d t, B a r d a c h, O p i t z, W a l l g r e n, ostatnio S t r a n s k y opisali u dzieci tego rodzaju przy-padki. Różne zespoły kliniczne, które opisują różni autorzy w przebiegu splenomegalji splenotrombotycznej, zależą od wielkości zakrzepu. Obecność wodobrzusza pozwala przy-puszczać, iż zakrzep przeszedł na pień żyły wrotnej. Tkanka wątroby może okazać się zupełnie niezmienną, natomiast

w olbrzymiej zazwyczaj śledzionie stwierdza się typowy obraz zastoju z rozrostem tkanki łącznej (*fibrosis lienis*). Lecznictwo wskazane jest możliwie wczesne wycięcie śledziony, zanim zakrzep zaczyna się rozrastać. Usunięcie śledziony usuwa potrzebę obocznego krążenia, dzięki czemu ustają krwotoki. Pozatem splenectomia usuwa szkodliwy bodziec, który, uszkadzając szpik kostny, powoduje wtórną anemię.

Oprócz splenomegalji z zakrzepem żyły śledzionowej, opisane są również splenomegalje z wymiotami krwawymi, w których stwierdzono rozrost tkanki łącznej bez zakrzepu w układzie żyły wrotnej. Analogiczne do tego zespołu są, według S t r a n s k y'ego, rzadko spotykane postaci marskości wątroby, w których jednym z kardynalnych objawów są krwawienia z przewodu pokarmowego. Te właśnie krwawienia zwracają uwagę otoczenia. Co się tyczy etiologii różnych postaci hepatosplenomegalji z krwawieniami z przewodu pokarmowego, to tylko w nielicznych przypadkach stwierdzono lokalny powód zakrzepu lub zastoju w układzie żyły wrotnej. W poszczególnych przypadkach znajdowano nowotwory, zlepy lub gruczoly gruźlicze, zrosty po przebytem ograniczonym zapaleniu otrzewnej w miejscu żyły wrotnej lub jej dopływów. W większości przypadków etiologia pozostaje niewyjaśniona. Prawdopodobnie jest to działanie chronicznych infekcyj.

Powyżej zostały wyszczególnione w krótkim zarysie wszystkie najważniejsze powody krwawień z przewodu pokarmowego u dzieci. Widzimy, że objaw ten, aczkolwiek nieczęsty, występuje w całym szeregu schorzeń, obejmujących ogromny dział patologji dziecięcej.

Z oddziału wewnętrznego B szpitala Poznańskich w Łodzi.

(Ordynator Dr. H. Kryszek).

## Przypadek zatrucia pokarmowego ze zmianami w wątrobie i trzustce.

Podał

Dr. A. URYSON (Łódź).

J. F., lat 39, przedtem zupełnie zdrowy, zjadł wieczorem 14 sierpnia kawał zimnego mięsa, pozostałego z obiadu i popił to mięso zimną herbatą. Tego dnia był to pierwszy posiłek chorego; od rana bowiem, będąc zajęty na mieście, nic nie jadł. W nocy wystąpiły bardzo obfite wymioty, bóle w okolicy żołądka i ciepłota do 39°. Przez dwa następne dni utrzymywała się wysoka ciepłota, wymioty, mdłości, bóle brzucha i zaparcie stolca. Na trzeci dzień choroby ciepłota opadła do normy, chory narzekał tylko na nieznaczne mdłości, zaparcie stolca utrzymywało się nadal. Konsultujący lekarz stwierdził ogólny stan dobry, zauważył jednakże dość obfitą pokrzywkę, pokrywającą kończyny dolne i górne. Na czwarty dzień stan zdrowia uległ nagłemu pogorszeniu: chory odczuwał bardzo silne bóle górnej połowy brzucha, bóle te miały charakter wachlarzowaty, promieniowały do lewej łopatki i do kręgosłupa; do tych bólów dołączył się bardzo znaczny niepokój, duszność, uczucie *zamierania*; chory zrywał się z łóżka, bóle jednakże uniemożliwiały chodzenie po pokoju. W tym stanie chory został przewieziony do szpitala, gdzie poza wyżej opisanymi objawami stwier-



dzono pokrzywkę, pokrywającą prawie cały tułów i kończyny, niemiarowość zupełną tętna przy 150 do 160 uderzeń na minutę i ciśnieniu 70 mm — 60 mm rtęci. Twarz czerwona, błyszcząca, jakby polakierowana, brzuch w okolicy nadpępkowej nieco wzdęty, wyczuwa się w tym miejscu nieznaczny opór mięśniowy, pozatem brzuch miękki; stolce i wiatry nie odchodzą. Bolesność uciskowa okolicy nadpępkowej więcej wlewo od linii środkowej; pasy przeczuleniowe He a d a lewostronne. Tętno stale pogarszało się, chorego ogarniał coraz większy niepokój i strach przed zbliżającą się śmiercią, Stan ten trwał przez trzy doby i budził poważne obawy co do utrzymania chorego przy życiu.

Badania laboratoryjne, dokonane w tym okresie przez Dra K o c e n a, wykazały: w moczu 384 jednostek djastazy i ślady białka; krew: Er. 5.360.000; Hg = 102%; ind. 0,96; leukocytów 19.875, obojętnochłonnych 86,7%, w tym młodych 11,25%, pałeczkowatych 16,75%; kwasochłonnych 0,3%, limfocytów 11,25%, monocytów 1,75%, OB = 27'; cukru we krwi naczczo 0,85.

Po zastosowaniu dużych dawek glukozy i ephetoniny i prawie zupełnej głodówki stan chorego uległ stopniowej poprawie. Ilość djastazy w moczu zmniejszyła się do 24 jednostek. Krzywa cukru w tym okresie wykazała naczczo 1,28; po wstrzyknięciu adrenaliny (bardzo silna reakcja ogólna) wykazała maximum po trzydziestu minutach — 1,58, po 150 minutach — 1,35. Krzywa cukru po obciążeniu 50 gr. — glukozy o tyle tylko odbiegła od krzywej poadrenalinowej, iż maximum po 60 minutach wynosiło 1,80, po 150 minutach było jeszcze 1,50.

Były to pierwszy i drugi etap schorzenia, a mianowicie: *gastritis et pancreatitis acuta*.

W dalszym przebiegu schorzenia zjawily się na skórze pleców i bioder, w miejscach, niezajętych przez pokrzywkę, ostro odgraniczone, jakby nakreślone plamy o intensywno żółtem zabarwieniu przy braku ogólnej żółtaczki. Po 2-ch dniach stopniowo rozwinęła się żółtaczka całego ciała; stwierdzono wówczas powiększoną o dwa palce wątrobę.

W moczu: białko 0,4‰, znacznie zwiększona ilość urobiliny, ślady barwików żółci, indykan w normie.

W przebiegu żółtaczki, która trwała około 10 dni, stwierdzono stale powiększającą się śledzionę i zjawienie się w moczu poza białkiem czerwonych ciałek krwi i wałeczków. Wystąpiły gwałtowne bóle głowy i mdłości, wówczas we krwi stwierdzono 280 mgr. mocznika, ksantoproteiny 31, kwasu moczowego 11, indykanu 0,107, chlorków 514; po trzech dniach powtórne badanie krwi wykazało mocznika 56, ksantoproteiny 17, kwasu moczowego 4,8 — w następnych badaniach mocznika 14, ksantoproteiny 18, kwasu moczowego 3,8.

Były to trzeci i czwarty etapy schorzenia, a mianowicie: *hepatitis et nephritis acuta* z objawami ostrej mocznicy.

Stan chorego ulegał powolnej, lecz stałej poprawie, ustąpiła żółtaczka, z moczu znikło białko, tętno wróciło do normy, ciśnienie 120—80; najdłużej jednakże (prawie cztery tygodnie) trwał jeszcze stan podgorączkowy, dość znaczna wtórna niedokrwistość, z wielkim trudem zwalczana preparatami wątroby i żelaza, oraz, co było najwięcej uderzającym, znaczne wychudnienie chorego (stracił na wadze do 9 kgr.) przy dobrym laknieniu i braku bezpośrednich dowodów zbyt złego wchłaniania się tłuszczów w jelitach. Obecnie stan chorego jest zupełnie dobry.

Badania serologiczne krwi (W a s s e r m a n n a, W i d a l a, W e i l - F e l i k s a i B a n g a) kilkakrotnie powtórzone, dały wynik ujemny; posiew krwi (kilkakrotny) bez wyników, w moczu krętków W e i l a nie stwierdzono.

Epikrytycznie w opisanym przypadku mieliśmy do czynienia z ostrem zatruciem pokarmowem, które wywołało na początku objawy ostrego nieżytu żołądka, następnie pokrzywkę, jako objaw anafilaktyczny, w czwartym dniu choroby objawy ostrego zapalenia trzustki, w dalszym ciągu znaczne uszkodzenie miąższu wątrobowego oraz zapalenie nerek z zatrzymaniem we krwi ciał resztkowych. Po ustąpieniu objawów burzliwych pozostała na dłuższy czas podwyższona ciepłota, powiększona śledziona, wtórna niedokrwistość i znaczne wychudnienie.

W analizie przebiegu schorzenia zasługują na uwagę niektóre momenty.

1) Ostre zapalenia trzustki nie są naogół tak rzadkie, jak rzadko rozpoznawane. S c h m i e d e n podaje zestawienie za 8 lat ze 104 klinik, gdzie w tym okresie stwierdzono 1510 przypadków, w tem własnych obserwował 38; objawy schorzenia były naogół te same jak w naszym przypadku. Do zestawienia nie weszły przypadki znacznie groźniej przebiegającego cierpienia: ostrej martwicy tłuszczowej trzustki.

2) Przyjęte jest zdanie, że zapalenie trzustki jest „chorobą drugą“, to jest, na początku zostają zaatakowane drogi żółciowe, wtórnie zaś przewody trzustkowe; naprzykład, znana teoria o powstawaniu martwicy tłuszczowej w kamicy żółciowej. W opisanym przypadku spostrzegliśmy na początku ostre zapalenie trzustki, dopiero po kilku dniach wystąpiła *hepatitis*.

Schorzenie trzustki może być niezależne od schorzenia dróg żółciowych nawet w tych przypadkach, gdzie *materia peccans* dostaje się do trzustki drogą nie krwionośną, a doustną.

Naogół w podręcznikach anatomji podane jest, iż przewód trzustkowy otwiera się do przewodu żółciowego wspólnego; H o l z a p e l dowiódł jednakże na bardzo dużym materiale sekcyjnym, że w 60% przypadków istnieją dwa przewody, otwierające się do jednej brodawki; w 20% dwa zupełnie niezależne od siebie przewody, wpadające do dwóch brodawek i tylko w 20% przypadków istnieje przewód wspólny. Pozatem dość często infekcja może dostać się do trzustki przez dodatkowy przewód trzustkowy, który wpada do dwunastnicy powyżej przewodu żółciowego wspólnego. Z trzustki zaś jest droga otwarta do wątroby i do całego ustroju, naczynia bowiem, odprowadzające krew z trzustki, są to żyła wrotna i śledziona.

3) Zapaść w ostrych zapaleniach trzustki spowodowana jest uciskiem obrzękniętego narządu na splot słoneczny, który leży bezpośrednio pod trzustką. Nie wykluczone jest, iż w stanach zapalnych trzustki wydostaje się do krwi duża

ilość hipotensyjnego zacczynu, który wytwarzany jest w tym narządzie (kalikreina).

4) Diastaza w moczu w ilościach spostrzeganych w opisanym przypadku przemawia bezwzględnie za schorzeniem trzustki; istnieją w literaturze pojedyncze spostrzeżenia, że w innych schorzeniach stwierdzano duże ilości diastazy, gdy sekcyjnie nie można było znaleźć żadnych zmian w trzustce. Jednakże U n g e r uważa za maksymalną liczbę 64, S t e p p podaje tę samą liczbę, S k o o g uważa maksymalną dopuszczalną liczbę w moczu 256. Wedle K a s s a n d r a więcej niż 64 jednostki diastazy przemawia zawsze za schorzeniem trzustki, natomiast brak zwiększonej ilości diastazy nie przemawia przeciwko schorzeniu tego narządu. Zasługują na uwagę wahania ilości diastazy, jak i cukru naczecz. W naszym przypadku diastaza spadła z 384 na 24, cukier zaś podniósł się 0,8 do 1,28. Wahania te zależą od dynamiki schorzenia, które to drażni komórkę, wywołując jej nadczynność, lub też hamuje jej pracę wydzielniczą.

Co do poziomu cukru we krwi, to B e r n h a r d t z kliniki Popperta w Giessen stwierdził w ostrej martwicy tłuszczowej b. wysoką hiperglikemję, natomiast w ostrych zapaleniach trzustki bez martwicy cukier we krwi nie był prawie zwiększony. Przy obciążeniu glukozą spostrzegane są nieznaczne zaburzenia w regulacji wodoranów węgla. Krzywa podnosi się wyżej i dłużej trwa powrót do pierwotnego stanu, niż w warunkach normalnych. (To samo spostrzeżliśmy w naszym przypadku).

5) Pomimo dobrego laknienia chorego i braku dowodów zbyt złego wchłaniania się tłuszczów w jelitach (stolce nie były typowo trzustkowe), chory już po wygaśnięciu ostrych objawów zaczął b. chudnąć; powrót do normy nastąpił dopiero po podawaniu preparatów trzustkowych.

Ponieważ przy zupełnym braku lipazy wchłanianie tłuszczów wynosi jednakże 80% wprowadzonych przez pokarmy, to chudnięcie musi zależeć od jakiegoś innego czynnika, tem bardziej, iż F r i e d r i c h M ü l l e r oddawna już dowiódł, że zastępcza wzmożona praca żołądka, zacczynu żołądka, wątroby i śluzówki jelitowej mogą w zupełności za-

stąpić brak zacyznow trzustkowych. L o m b r o s o, a za nim B e r g m a n, Z u n z i L e w y, dowiedli istnienia w trzustce zacyznu, regulujacego gospodarke tuszczowa ustroju.

6) Dlugotrwała cieplota u naszego chorego i powiekszenie sledziony pozwalaja przypuszczac, iz mieliśmy w naszym przypadku do czynienia nietylę z *intoxicatio alimentaris*, ile z nieokreślona infekcja, wprowadzona przez pokarm.

#### PIŚMIENICTWO.

- 1) R. Holzapfel. Untersuchungen über die Ätiologie der haemorrhagischen Pankreasnekrose. Klin. W. 1930.
  - 2) H. Stocker. Arch. Klin. Chirurgie. 84 (1928).
  - 3) H. L. Popper. Dtch. med. Woch. 1928. II.
  - 4) P. Rostock. Die Urindiastase bei Pankreatitis. Brun's Beitr. z. Klin. Chirurg. Bd. 143. 1928.
  - 5) W. Steff. Pankreas — Neue Deutsche Klinik.
  - 6) F. Umber. Erkrankungen des Pankreas.
-

## Posiedzenia Pol. T-wa Gastrologicznego

Posiedzenie naukowe 18. X. 1933 r.

Przewodniczący Róbin.

1. Reichert wygłosił odczyt pod tytułem „O wartości próby na krew utajoną w kale w owrzodzeniach i nowotworach złośliwych żołądka i dwunastnicy“.

W dyskusji Justman zwraca uwagę, iż próba na utajone krwawienie może dać wyniki dodatnie w najrozmaitszych schorzeniach górnego odcinka przewodu łącznie z drogami żółciowymi, a to ze względu na to, że wszystkim tym schorzeniom towarzyszy nieżyt z minimalnymi krwawieniami lub przynajmniej z wydzielaniem ciał wyciecznych. Wątpi, czy podawanie ferri reducti, a więc żelaza niezjonizowanego, ma istotnie wpływ na odczyn na utajone krwawienie; badania jego na 4 chorych, którzy otrzymywali po 0,6 Ferr. red. dziennie, wykazały brak dodatniego odczynu benzydynowego.

Według Radlińskiego, należy ustalić pewną kolejność badania na krew utajoną, a mianowicie, najpierw badać wypróżnienia bez diety przygotowawczej. W razie otrzymania wyniku ujemnego — dalsze badanie może być zbędne. Pozatem należy najpierw badać kał na krew, a potem dopiero badać treść żołądkową i wdrożyć badanie rentgenowskie, gdyż zgłębnikowanie żołądka i treść kontrastowa, przechodząc przez jelita, może spowodować zranienie i broczenie śluzówki. Mięso mocno przegotowane lub pieczone nie daje dodatniej próby na krew.

Dolkart stwierdza, iż w owrzodzeniach żołądka lub dwunastnicy najczęściej utajonego krwawienia nie

stwierdzamy, a nawet w rakach żołądka niezbyt rzadko próby wypadają ujemnie. Istotne, praktyczne znaczenie ma próba na utajone krwawienie po krwotokach żołądkowych, gdy stopniowe zanikanie krwi aż do ujemnego wyniku daje nam możność orientacji co do leczenia i postępowania dietetycznego.

O r z e c h a zastanawia wysoki odsetek utajonych krwawień w statystykach, przedstawionych przez prelegenta. W ostatnich latach na naszym terenie stwierdzamy względnie mało krwawień utajonych we wrzodziejących sprawach żołądka.

N u s b a u m przypomina, iż w celu uniknięcia sztucznego ranienia żołądka zgłębnikiem — stosował S k ł o d o w s k i zgłębnik dwunastniczy, a ostatnio R ó b i n wprowadził cienką, udoskonaloną sondę z miękką opuszką.

R ó b i n zwraca uwagę, iż chodziło o zwalczanie niesłusznego poglądu o jakoby wysokiej wartości próby na krew utajoną w kale. Autor zatem słusznie podkreśla stosunkowo niewielką wartość praktyczną tego objawu. Tem bardziej, że w ostatnich czasach wielką rolę zaczął odgrywać nieżyt żołądka, który, jak wiemy, również może dawać krwawienie utajone zarówno w kale, jak i w treści żołądkowej.

W odpowiedzi R e i c h e r t podaje, iż w piśmiennictwie spotykał się również z twierdzeniem, że Ferrum reductum nie powoduje występowania utajonego krwawienia; wartość obserwacji biegu krwawienia podkreśla B o a s. Obserwację prof. R a d l i ń s k i e g o, iż dobrze wygotowane mięso nie daje próby na krew utajoną, może wytłomaczyć przypadek J o a c h i m a (z referatu); cytowane statystyki dotyczą ostatnich 30 lat, wreszcie co do uwagi R ó b i n a, stwierdzono, iż anatomo-patolodzy podają ilość niekrwawiących nowotworów złośliwych jako najwyżej 4%.

2) J u s t m a n wygłosił odczyt pod tytułem: „Dieta a konstytucja“.

W dyskusji zabrali głos G r u n d z a c h, D o l k a r t i R a d l i ń s k i.

J. N u s b a u m.

Posiedzenie naukowe dnia 22 listopada  
1933 r.

Przewodniczący W e i n e r t.

M. Lubelski i A. Stückgold demonstrują przypadek ostrej niedrożności jelit na tle wodonercza.

Chory B. L., lat 28, przybył na oddział Dra Lubelskiego z objawami ostrej niedrożności jelit. Przed 4-ma dniami nagle wystąpiły silne bóle brzucha, wymioty, zatrzymanie wiatrów i wypróżnień. Ciężota dochodziła do 38°. W dzieciństwie operowany był powodu przepukliny pachwinowej lewostronnej. Chory średniego wzrostu, szczupły, blade. Ciężota 38,2. Tętno 96. Język podsychnięty. W narządach klatki piersiowej odchyłeń od normy nie stwierdzono. Brzuch cały wzdęty, bolesny przy obmacywaniu, wypuk wszędzie bębenkowy. Po zastosowaniu wysokich przemywań chory oddał trochę wiatrów i stolca i bóle się uspokoiły. Badanie krwi i moczu, wykonane tegoż dnia, stwierdziło: we krwi odchyłeń od normy nie było, natomiast w moczu: 0,3% białka, do 15 wałeczków szklistych, od 300—400 leukocytów i od 40—50 przeważnie niewylugowanych erytrocytów. W nocy stan chorego nagle się pogorszył: znów wystąpiły gwałtowne bóle, wymioty i wzdęcie brzucha, co skłoniło do wykonania zabiegu operacyjnego. W uśpieniu eterem dokonano otwarcia jamy brzusznej cięciem od wyrostka mieczykowatego do pępka i na kilka centymetrów poniżej (Dr. Stückgold). Po otwarciu jamy otrzewnej uwidoczniła się ściana torbieli, leżącej pozaotrzewnowo, wielkości głowy dorosłego człowieka, do której w kształcie obręczy przyrośnięta była okrężnica. Skąd wychodziła torbiel, narazie nie udało się stwierdzić. Przypuszczano, iż jest to torbiel trzustki. Po zaszcyciu ściany brzucha i wszyciu do brzegów rany na niewielkiej przestrzeni ściany torbieli, nakluto trójgrańcem torbiel i wypuszczono ponad litr mętnego płynu. W otwór wprowadzono sącdek gumowy. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Nazajutrz po operacji chory oddał wiatry, na 4-ty dzień było obfite wypróżnienie. Na 6-ty dzień zdjęto szwy i pozostawiono sącdek gumowy w otworze torbieli.



Torbiel okazała się wodonerczem lewej nerki. W badanym płynie stwierdzono: 10.5% mocznika i kreatynę, natomiast diastaza i trypsyna były nieobecne; płyn więc był moczem. Chromocystoskopja stwierdziła normalną czynność nerki, natomiast czynność wydzielnicza lewej była zupełnie zniesiona. Postanowiono usunąć chorą nerkę drogą lędźwiową. W tym celu w pięć tygodni po pierwszym zabiegu w lewej okolicy lędźwiowej wykonano przeciwotwór i połączono otwory brzuszny i lędźwiowy sączkiem gumowym. Po paru dniach usunięto sączek z rany brzusznej, a do otworu lędźwiowego wprowadzono cewnik P e t z e r a. Rana brzuszna wkrótce zagoiła się, i chory wypisał się na własne żądanie z przetoką moczową w okolicy lędźwiowej.

Po 10 miesiącach chory powtórnie zapisał się na oddział celem usunięcia chorej nerki. Wstrzyknięto do przetoki rozczyn 10% bromu i dokonano zdjęcia rentgenowskiego. Zdjęcie wykazało cień kontrastowy, wypełniający dużą jamę, sięgającą do miednicy nadół i do połowy brzucha. Nerka usunięta była (Dr. Lubelski) podotoczkowo cięciem G u y o n'a. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań i pacjent wypisał się z raną zagojoną.

W dyskusji głos zabierali: G o l d s t e i n, R a d l i ń s k i i G r u n d z a c h.

Według G o l d s t e i n a, w przypadku powyższym nasuwają się następujące uwagi:

1) czy w wywiadach chorego nie było danych, któreby nasuwały przypuszczenie schorzenia nerki;

i 2) czy wobec stwierdzenia dużych zmian w moczu (białko, leukocyty, krwinki) i względnie dobrego stanu chorego, nie należało dokonać czynnościowego badania nerek, które z pewnością ułatwiłoby rozpoznanie; wówczas chirurg nie dokonywałby cięcia po linii środkowej, które mogłoby w danym wypadku wywołać niepożądane i niebezpieczne powikłania.

R a d l i ń s k i w sprawie podanego przez prelegenta podziału rodzajów niedrożności jelit zaznacza, że trzyma się podziału na niedrożność mechaniczną i dynamiczną. Pierwsza dzieli się na niedrożność z zatkania (ileus ex obturatione).

ł ze skrętu (e strangulatione). Czynnościowa, dynamiczna niedrożność może być albo porażenna (il. paralyt.), albo skurczowa (il. spasticus). Wszelkie postaci dają się pomieścić w tych typach.

St. R u d z k i wygłosił odczyt pod tytułem: „*Gruźlica a narządy trawienia*“.

R ó b i n zgadza się z opinią prelegenta, że u gruźlików przekarmianie jest często szkodliwe i powoduje bądź nieżyt żołądka, bądź biegunkę — wskutek czego chory musi pozostawać dłuższy czas na diecie ścisłej. Co do owrzodzeń żołądka specyficznie gruźliczych, to niewątpliwie one istnieją, tylko nie rozpoznajemy ich. R ó b i n przypomina przypadek, spostrzegany wspólnie z Drem R u d z k i m, gdzie bóle i objawy żołądkowe ustaly dopiero po dłuższem stosowaniu diety mlecznej; po paru miesiącach chory zginął spowodu zapalenia otrzewnej (przebiecie owrzodzenia?).

Co do t u b e r c u l o m a c o e c i, R. jest raczej za zabiegiem operacyjnym w celu usunięcia ogniska infekcji, niż za leczeniem konserwatywnem. Badanie kału na laseczniki gruźlicze rzadko ułatwia rozpoznanie owrzodzenia jelit, chyba że istnieje wyłącznie owrzodzenie jelita bez zmian płucnych.

Wreszcie R. przypomina aforyzm jednego ze sławnych ftizjologów, że gruźlik z dobrym żołądkiem i dobrym sercem znacznie lepiej znosi cierpienie i większe ma szanse wyzdrowienia.

Stanowisko R a d l i ń s k i e g o w gruźlicy przewodu pokarmowego:

Gruźlica żołądka — występuje rzadko, nieraz w postaci guza; leczenie operacyjne.

Gruźlica jelit cienkich — nie stanowi w zasadzie obiektu leczenia operacyjnego. Perforacje są zawsze śmiertelne.

Gruźlica kątnicy z guzem — jest zawsze wskazaniem do operacji, chyba że jest za późno. Guza, nawet już wyjętego z brzucha, nie można nieraz odróżnić od raka.

Gruźlicę okołodbytniczą należy, o ile to wykonalne, operować.

D o l k a r t zwraca uwagę na biegunki u osób cier-

piących na gruźlicę płuc. Tłem owych biegunek może być gruźlica jelit, mogą one być pochodzenia toksycznego, wreszcie powodować je może niespecyficzny nieżyt jelit. Często dłuższa obserwacja i leczenie pozwalają rozpoznać prawdziwą naturę biegunki.

C z a r k o w s k i jest zwolennikiem operacyjnego leczenia gruźlicy kątnicy w okresach względnie wczesnych, nie zważając na stan płuc, ponieważ po operacjach stan płuc bardzo często poprawia się i kończy zupełnem wyzdrowieniem. Gruźlica kiszek cienkich rzadko nadaje się do zabiegów operacyjnych, przeważnie li tylko w przypadkach, wywołujących zwężenie silnego stopnia lub zamknięcie światła. Zetoki okołodbytnicze przy dobrym stanie ogólnym winny być operowane radykalnie przy zastosowaniu zastrzykiwań barwnika (błękitu metylowego).

J u s t m a n, przemawiając przed kilku laty w tem gronie na ten sam temat, ograniczył się do wywodów, dotyczących wtórnych zmian w przewodzie pokarmowym na tle zatruć ustroju jadami gruźliczemi, t. zw. schorzeń paragraźliczych (np. wrzód trawienny na tle cierpienia n. błędnego w jego przebiegu przez śródpiersie w pobliżu schorzałych gruczołów wnekowych). Gruźlica jest cierpieniem wybitnie atakującym układ wegetatywny, a przewód pokarmowy szczególnie łatwo reaguje na wahania tego układu. Między gruźlicą płuc a zmianami w przewodzie istnieje pewien antagonizm. Dobrotliwe postaci włókniste stosunkowo często dają dolegliwości w przewodzie pokarmowym, odwrotnie postaci rozpadowo-wysiękowe, nie bacząc na ciężkość obrazu, rzadziej powodują te skargi. O ile one się zjawiają, cichnie sprawa w płucach, względnie ulega zahamowaniu. Dolegliwości trawienne, które są często pierwszym objawem gruźlicy, szczególnie wieku pokwitania, powodują, iż chorzy ci zgłaszają się przedewszystkiem do gastrologów. Rozpoznanie jest tu niezmiernie trudne, a to zmusza do bardzo posuniętej oględności w stosowaniu diety niedostatecznej. Również i gruźlicze pochodzenie wrzodu trawiennego stanowi poważne ostrzeżenie przed niedostatecznym żywieniem.

Zdaniem W i t k o w s k i e g o — szwankuje w gruźli-

cy jamy brzusznej rozpoznanie. Objawy, przytaczane przez Prelegenta (wygląd kredowy, papierowe powłoki, zapach stolców) nie są charakterystyczne dla początkującej gruźlicy. Niejednokrotnie bardzo dokładne badanie nie pozwala nie wykryć, chory jednak skarży się uparcie na bóle i wtedy przy otwarciu brzucha stwierdza się rozsianą gruźlicę otrzewny bez wysięku (przykład: W. operował dziś chorą, u której zmian w płucach nie było, płwocina nie zawierała prątków, stwierdzono jedynie brak środkowego kielicha nerki prawej przy doskonałej czynności nerki i bez zmian w moczu. Bardzo uporczywe bóle skłoniły chorą do operacji. Nerka była tylko opuszczona, lecz bez zmian, natomiast po otwarciu jamy otrzewnej stwierdzono rozsianą gruźlicę w całej jamie brzusznej, pozatem małeńki pęcherzyk żółciowy, wypełniony kamieniami. Według W. operacja (laparatomia) choremu nie zaszkodzi, a w wielu przypadkach może pomóc. W jednym z przypadków gruczol pozaotrzewnowy zatykał moczowód (rozpoznawano calculus intra muros); po usunięciu powrót czynności nerki do normy. W innym przypadku uporczywej żółtaczki stwierdzono gruczol uciskający na ductus cysticus (negatywna kontrola d. cystici et vesicae felleae) — po usunięciu gruczolu żółtaczka ustąpiła i bóle znikły.

Guzy kątnicy należy wycinać lub robić zespolenia. W przypadkach przetok odbytniczych — należy, według W., operować radykalnie (wycięcie c a l e j przetoki i zaszcycie).

A b r a m o w i c z uważa gruźlicę kątnicy za postać odrębną pod względem anatomo - patologicznym. Naogół gruźlica w jelicie grubym nie tak często się zdarza. Jeżeli bywa w kątnicy, to dzięki temu, że tu, w cavité closé, zbierają się opadające skądinąd masy zainfekowane, które mają tu dobre warunki do rozwoju. Schorzenie z miejsca tego nie przenosi się; pozostaje lokalnem. Potwierdzają to liczne operacje. Drugim dowodem jest fakt, że już po 3—4 tygodniach po usunięciu guza — następuje duża poprawa. Co do przetok odbytniczych, to są one przeważnie uleczalne, lecz, niestety, niezawsze bywają dostatecznie dokładnie usuwane.

G o l d s t e i n zwraca uwagę na postać gruczolową gruźlicy w jamie brzusznej, w której powstają uporczywe

bóle w okolicy lub powyżej punktu M-Burney'a. Po usunięciu makroskopowo mało zmienionego wyrostka chorzy ci doskonale się poprawiają i ciepłota całkowicie opada.

Według K r e m e r a — różniczkowanie pomiędzy zapaleniem wyrostka robaczkowego gruźliczem bądź sprawą gruźliczą w tej okolicy, a zapaleniem wyrostka banalnym często napotyka na duże trudności. K. zwraca uwagę, iż we wszystkich przez niego obserwowanych przypadkach pochodzenia gruźliczego chorzy przy uciskaniu okolicy wyrostka robaczkowego reagowali bardzo silnie bólem promieniującym w nadbrzuszu.

Według A u g a r t e n a — gruźlica jelit jest skutecznie leczona przy pomocy odmy brzusznej (pneumo-peritoneum); kilka dopełnień może stan chorego znacznie poprawić, a nawet wyleczyć owrzodzenia. Przetoka okołododbytnicza jest często zwiastunem gruźlicy płuc (sposzrzeżenia własne). Objawy gruczolów zaotrzewnowych występują również w innych schorzeniach jamy brzusznej (torbiel jajnika). Przed każdym zabiegiem operacyjnym powinno być przeprowadzone bardzo dokładne i wszechstronne badanie chorego — wówczas chirurg niejednokrotnie uniknie mnóstwa niespodzianek.

W dyskusji zabierali jeszcze głos M e s z i W e j n e r t. Odpowiadał R u d z k i.

J. N u s b a u m.

Posiedzenie naukowe dnia 20. XII. 1933 r.

Przewodniczący W e j n e r t.

S. F r a n k demonstuje przypadek owrzodzenia dwunastnicy u 13-letniego chłopca.

Przypadek dotyczy 13-letniego chłopca, do którego został wezwany dn. 16-go listopada r. b. Chłopiec już od dwóch tygodni narzekał na lekkie bóle w okolicy żołądka, ale dolegliwości te przechodziły po kroplach Inoziemcowa i zastosowaniu mlecznej diety. Zachorował nagle poprzedniej nocy. Cierpienie rozpoczęło się od mdłości i lekkiego ściskania w dołku. Ale już nad ranem mdłości przeszły w wymioty,

wpierw z małą domieszką krwi, następnie chory zwracał w dużych ilościach samą krew o ciemnym zabarwieniu. F. zastał chłopca w bardzo ciężkim stanie. Był blady, oddychał powierzchownie, tętno było niemacalne, bolesność w dolku minimalna. Odnosiło się wrażenie, że chory zginie z nadmiernej utraty krwi. Po zastrzyknięciu dożylnie 10% sol. NaCl. zarządzono natychmiastowe przewiezienie chorego do II Kliniki Chirurg. Uniw. Warszawskiego. W Klinice zaraz po przybyciu chorego dokonane zostało przetaczanie krwi w ilości 400 cm., pobranej od ojca chłopca, po stwierdzeniu wspólnej grupy A. Bezpośrednio po zabiegu samopoczucie chłopca poprawiło się znacznie. F r a n k zastanawiał się nad rozpoznaniem cierpienia, które mogło spowodować tak obfite krwawienie. Podejrzał małopłytkowość samoistną (trombopenia essentialis), ponieważ chory miał poprzednio częste i uporczywe krwawienia z nosa. Obraz morfologiczny krwi wykazał 25.11.1933 r.: Czerw. ciałek 3100000, białych 13200; obojętnochłonnych 45%, limfocytów 48,5%, monocytów 2%, kwasochłonnych 4%, hemoglobiny 58%; wskaźnik barwnikowy 0,93.

12.XII.1933 r. powtórne badanie krwi wykazało: hemoglobiny 62%, czerw. ciał. 3.900.000, białych 8.000. Czas krzepnięcia krwi 4', czas krwawienia 40'. W miejscach nakłucia — brak krwotocznie zabarwionych obwódek czyli próba Koeha wypadła ujemnie. Chory przebywał w klinice i czuł się dobrze. Dn. 4. XII. wykonane zostało zdjęcie rentgenowskie, które wykazało b. żywą i głęboką perystaltykę żołądka, opróżnianie powolne. Część odźwiernikowa — kształt prawidłowy, opuszka dwunastnicy rozmiarów normalnych. U podstawy dwunastnicy po stronie krzywizny malej widoczna była plamka cieniowa wielkości małego ziarnka grochu. Bolesności uciskowej w obrębie żołądka i dwunastnicy badanie nie wykazało.

Na tej zasadzie rozpoznany został wrzód dwunastnicy, umiejscowiony w pobliżu jej podstawy po stronie krzywizny malej.

F. uważał za stosowne przedstawić ten przypadek, ponieważ niezwykle rzadko zdarza się tak silny krwotok żołąd-

kowy u pozornie prawie zdrowego chłopca, krwotok, któryby napewno doprowadził do zejścia śmiertelnego, gdyby nie szybkie zastosowanie transfuzji.

W dyskusji K r y Ń s k i stwierdza, iż owrzodzenia w wieku młodzieńczym są rzadkie, jednakże spotykają się. W Szpitalu Baumanów i Bersonów obserwował 2 przypadki w wieku od 10 do 12 lat; 1 przypadek w wieku lat 9 obserwował w szpitalu w Kielcach. Ten ostatni był operowany.

G r u n d z a c h uważa przedstawiony przypadek za niezmiernie rzadki i zasługujący na uwagę. Co do leczenia, uważa, że należy lege artis przeprowadzić kurację, a potem zbadać rentgenologicznie. W razie ujemnego wyniku leczenia — należy operować.

S a i d m a n podnosi, iż wrzód żołądka u niemowląt zdarza się częściej, niż w wieku dziecięcym. Jest on następstwem procesów embolicznych w ścianie żołądka lub dwunastnicy, które powstają powodu zakrzepu w naczyniach pępkowych. Krwotoki żołądka w wieku dziecięcym i u młodocianych bywają też na tle rozszerzonych żył w ścianie żołądka lub krwiaków (haemangioma). Co do postępowania operacyjnego, powinno ono być, zdaniem S a i d m a n a, takie same, jak u dorosłych, z tą jedynie różnicą, iż u dzieci chirurg prędzej zadowolony się zabiegiem zachowawczym jak gastroenterostomia.

D o l k a r t miał w obserwacji przed rokiem 16-letniego chłopca z owrzodzeniem przyodźwiernikowem i z następowem zwężeniem odźwiernika.

Według W e i n e r t a, owrzodzenia u młodocianych, choć są rzadkie, niewątpliwie się zdarzają i to w formie bardzo groźnej. W. przytacza z własnej obserwacji jeden taki przypadek. Co do postępowania, zgadza się G r u n d z a c h e m, zalecając jaknajdalej idącą ostrożność przy kwalifikowaniu do operacji.

2. O r z e c h przedstawia przypadek odejścia kamienia żółciowego przez żołądek po długotrwałem zatkanium odźwiernika.

G r u n d z a c h widział przypadek rozstrzeni żołądka, demostrowany w Tow. Lek., jako obiekt anatomo-patolo-

giczny przez ś. p. kol. Bączkiewicza z oddz. Sokolowskiego. Były 4 przetoki, prowadzące z pęcherzyka do żołądka (odźwiernik) i tworzące bliznowaty walek, który stworzył olbrzymią rozstrzeń. G. opisał około r. 1888 z pracowni ś. p. Dra Rejchmana przypadek rozstrzeni, gdzie udało się z czczego żołądka wyplókać 4 kamyki żółciowe wielkości dużego grochu. Przypadek Bączkiewicza jest analogiczny do opisanego przez Grundzacha oraz do demonstrowanego przez Orzecha. Niekiedy kamyk może się dostać do żołądka drogą prawidłową, lecz wówczas nie stwierdzamy rozstrzeni.

K r e m e r przytacza przypadek, dotyczący 40-letniej kobiety z typowemi dla kamicy żółciowej wywiadami od lat 10-ciu.

Przed 5-ciu laty po przebyciu pewnej sprawy chirurgicznej na nodze, nie wspólnego z kamicią żółciową nie mającej, chora poczuła silne bóle brzucha, nudności i wymiotowała około 15 kamieni żółciowych rozmaitej wielkości. Od tego czasu chora ataków nie miała.

3. A b r a m o w i c z wygłosił odczyt p. t.: „O rzekomych zapaleniach wyrostka robaczkowego“.

N i e w i a d o m s k i zgadza się z prelegentem, że w przypadkach t. zw. beznapadowego zapalenia wyrostka robaczkowego musimy dążyć do rozpoznania ściślejszego zapomocą wszelkich dostępnych nam badań klinicznych, laboratoryjnych i rentgenologicznych. Jednak, jeżeli badania te nie wykryją innego schorzenia, któreby mogły objawy brzuszne wytłomaczyć, a dolegliwości nie ustępują, należy tych chorych poddać operacji. Postępując inaczej, możemy przeoczyć prawdziwe zapalenie wyrostka robaczkowego.

D o l k a r t zgadza się z prelegentem, iż zbyt często operuje się wyrostki robaczkowe, jednakże, zdaniem D., opadnięcie żołądka i jelit nie wyłącza cierpienia wyrostka.

F r a n k uzupełnia zdjęcia rentgenowskie prelegenta następującym przypadkiem. Chirurg rozpoznał zapalenie wyrostka robaczkowego. Przy operacji wykonał cięcie w miejscu zwykłym; nie znalazłszy jednak wyrostka — dokonał cięcia po stronie lewej. Chora miała situs viscerum inversus. Opadnięcie trzew zwykle nie daje dolegliwości. Dopiero po



wykonaniu zdjęcia rentgenowskiego — chory dowiaduje się o opuszczeniu narządów — i wówczas chodzi, nieszczęśliwy, od lekarza do lekarza, narzekając na bóle.

J. N u s b a u m.

### Posiedzenie dnia 17.I.1934 r.

Przewodniczący Dr. W e j n e r t.

1. Fr. N i e w i a d o m s k i demonstruje przypadek guza krezki jelita cienkiego.

W dyskusji J. N u s b a u m zapytuje, czy były stosowane roztwory hipertoniczne soli.

L u b e l s k i stwierdza, iż w przypadkach poopercyjnego porażenia jelit staramy się wywołać ruch robaczkowy jelit i wypróżnienie rozmaitemi środkami. Stosujemy lawatywy glicerynowe (łyżkę gliceryny i  $\frac{1}{2}$  szklanki wody), kroplowe lawatywy ze stężonej soli kuchennej (150,0 — 10% NaCl), wstrzykiwania domięśniowe lub dożylnie hipofizyny. Przypadki takie, o ile wypróżnienia nie udaje się wywołać, kończą się śmiertelnie. Śmierć następuje z powodu zatrucia organizmu toksynami płynnego kału, zalegającego w jelitach cienkich. Toksyczność kału jest największa w dwunastnicy i zmniejsza się w kierunku do jelit grubych. Chorych z porażeniem jelit udaje się niekiedy uratować, wykonując, celem wydalenia z jelit płynnego kału, coecostomję lub enterostomję. L. przypomina sobie przypadek, który dotyczył 10-letniego chłopca; po operacji usunięcia przedziurawionego wyrostka robaczkowego wystąpiły objawy porażenia jelit. Na 5-ty dzień po zabiegu, kiedy wystąpiły wymioty kałowe, podczas opatrunku otworzył coecum żegadłem Paquelin'a; wylał się płynny kał, stan ogólny szybko zaczął się poprawiać, i dziecko wróciło do zdrowia.

Według G o l d s t e i n a guzy dobrotliwe krezki jelita cienkiego są dość rzadkie. Częściej spotykamy tłuszczaki i torbiele, natomiast włókniaki należą do bardzo rzadkich.

G r u n d z a c h zgadza się ze zdaniem kol. Niewiadomskiego, że mieliśmy raczej do czynienia z bezwładem, niż z zapaleniem otrzewny.

Według D o l k a r t a przyczyną zejścia śmiertelnego mogło być zakażenie otrzewny, w następstwie czego rozwinął się stan porażenny jelita cienkiego.

2. G o l d s t e i n. Pokaz guza mięśnia prostego.

W dyskusji N i e w i a d o m s k i podaje, jako przyczynek kazuistyczny, przypadek, operowany przez niego w ubiegłym roku, mięśniaka wychodzącego z lewego mięśnia prostego u 15-letniej dziewczyny. Guz był wielkości jaja; w wywiadach brak było urazu. Mięśniaki mogą występować również w młodszym wieku, bez urazu podczas ciąży i są nie tak rzadkie.

G r u n d z a c h widział raz pseudo-nowotwór mięśnia prostego prawego. Był to skurczony mięsień, który robił wrażenie guza. Pochodzenie tego kurczu było reumatyczne. Po pewnym czasie kurcz ustąpił i guz zginął.

A. F r y s z b e r g wygłosił odczyt pod tytułem: „Z pogranicza chorób kobiecych i przewodu pokarmowego“.

W dyskusji L u b e l s k i stwierdza, że schorzenia zapalne biegną nie tylko z wyrostka robaczkowego na trąbki i jajniki, lecz i w odwrotnym kierunku. Stwierdzenie w ropie trąbek pałeczki okrężnicy niezawsze świadczy o tem, że sprawa zapalna wyrostka przeszła na trąbkę. Niezbędne jest stwierdzenie schorzenia samego wyrostka. Wiadomo, że w niewątpliwych przypadkach wiewióra — w ropniach przerzutowych lub ropnych zapaleniach stawów już w krótkim czasie po infekcji nie stwierdzamy w ropie dvoinek Neissera, natomiast znajdujemy inne drobnoustroje ropne; z drugiej strony wiadomo, że do ropni w jamie brzusznej przedostać się mogą pałeczki okrężnicy. Ropne więc zapalenie trąbki może być pochodzenia wiewiórowego, a do ropy przedostać się mogą później pałeczki okrężnicy.

Ropne zapalenie trąbek, wywołując zrosty z jelitami, może dać objawy zupełnej niedrożności jelit. Wreszcie L. zwraca uwagę, że w wątpliwych przypadkach rozpoznania różnicowego między ciążą zamaciczną a zapaleniem wyrostka robaczkowego badanie krwi na leukocytozę może nam bardzo pomóc.

G r u n d z a c h widział 2 ciężkie przypadki wymiotów u ciężarnych.

Po bezskutecznem leczeniu różnemi środkami wykonano wczesny poród, który chorą uratował.

G o l d s t e i n stwierdza, że w chorobach dróg żółciowych w ciąży odgrywa rolę poza zwiększeniem follikuliny i cholesteryny czynnik mechaniczny, a mianowicie ucisk ze strony powiększonej macicy.

D a t y n e r. w związku z t.zw. „Pubertätsschmerzen”, wspomina o 13-letniej dziewczynie, która leczyła się u niego przed kilkoma miesiącami z powodu zapalenia pęcherza moczowego. Obecnie zwróciła się z powodu silnego wzdęcia i bólów w brzuchu. Ze strony dróg moczowych obecnie zmian nie stwierdzono. Ze względu na usunięty przed rokiem wyrostek robaczkowy badanie D. szło w kierunku narządów rodnych. Przypuszczenie to zostało potwierdzone przez ginekologa, który również tłumaczył to bolesne wzdęcie silnem obrzmieniem narządów rodnych wskutek rozkwitu w związku z mającem się pojawić miesiączkowaniem.

K n a p' p e z zadowoleniem dowiedział się, że próbę Ascheim-Zondek'a można zastąpić określeniem ilości cholesteryny we krwi. Rozpoznanie ciąży pozamacicznej jest sprawą pilną, a próba chemiczna, jako szybsza, mogłaby liczyć na większe powodzenie od próby biologicznej.

Inż. L e j w a wyjaśnia, że prolan wpływa na wzrost cholesteryny we krwi.

Badania powyższe przeprowadzone były przez badaczy francuskich, którzy zastrzykiwali prolan świnkom morskim, poczem stwierdzali znacznie zwiększenie zawartości cholesteryny we krwi.

Odczyn Ascheim-Zondek'a nie da się zastąpić reakcją cholesterynową, gdyż jest o wiele pewniejszy od cholesterynowej.

Według D o l k a r t a cholesterynemja nie jest decydującym czynnikiem. wywołującym napady kamicy żółciowej.

Przeciwko temu przypuszczeniu przemawia fakt, że najczęściej pierwsze napady kamicy występują nie podczas ciąży, lecz dopiero po porodzie.

W dyskusji głos zabierali jeszcze J u s t m a n. S a i d m a n, odpowiadał F r y s z b e r g.

J. N u s b a u m.

### Posiedzenie z dnia 21 lutego 1934 r.

Przewodniczący: Dr. Br. W e j n e r t.

I. K i g i e l przedstawia przypadek skrętu grubego jelita. Chory R. N., lat 16. Zachorował po raz pierwszy przed 2 dniami. Dostał silnych bólów w okolicy prawego śród- i podbrzusza, którym towarzyszyły wzdęcie brzucha, nudności i wymioty. Następnego dnia chory miał nieznaczne wypróżnienia, bóle jednak nie ustąpiły. Po prawej stronie brzucha zauważono wystąpienie guza. Ponieważ stan chorego nie poprawił się, a wymioty były coraz bardziej uciążliwe, chory został przywieziony 19.11.1933 r. do szpitala. Język był suchy, obłożony, ciepłota  $37,7^{\circ}$ . Tętno 108 — 112. Jama brzuszna niesymetrycznie wysklepiona. Palpacyjnie — stwierdziło się guz, obejmujący prawe śród- i podbrzusze i sięgający po stronie lewej do linii sutkowej lewej. Powierzchnia guza — gładka, wypuk bębnekowy. Ponieważ stan chorego nie poprawiał się, zdecydowano się na zabieg operacyjny.

Po otwarciu jamy otrzewnowej stwierdzono duże wzdęcie w poprzecznicy, kątnicy i wstępnicy, które miały własną, wolną, długą krezkę. Cała ta część grubego jelita skręcona była od strony prawej do lewej na  $180^{\circ}$ , przyczem poprzecznica z częścią sieci była przyrośnięta pod kątnicą do wolnej krezki wstępnicy. Po oddzieleniu zrostów i odkręceniu pętli odeszły gazy. Przez hegar założony przed operacją do odbytnicy wylało się kilka litrów płynnego, ciemnego kału.

Następnie dokonano bardzo szerokiego zespolenia kątnicy i części wstępnicy z esicą. Brzuch zaszyto naglucho, warstwowo. Przebieg pooperacyjny — bez powikłań. Chory wypisał się ze szpitala zdrów 21.12.1933 r.

W związku z powyższym przypadkiem — L u b e i s k i omawia warunki, w jakich powstaje tego rodzaju schorzenie i podaje statystykę przypadków.

M. L u b e i s k i. Pokaz chorego po wycięciu żołądka spowodu wrzodu dwunastnicy. Przypadek dotyczy chorego mężczyzny P. Zl. l. 45.

Przybył do Szpitala na oddział chirurgiczny dn. 22-go grudnia 1933 r. Skargi datuje od 10 lat. Leczył się u lekarzy internistów, szczególnie u gastrologów od roku 1926-go.

Ostatnio chory miewa bóle w dolku podsercowym i górnej połowie brzucha. Bóle występują po jedzeniu po godzinie, dwóch i trwają kilka godzin. Chory ma kwaśne odbijania, nieraz z zapachem zgnitych jaj. Również miewa nudności i często wymiotuje. Ostatnio czuje się coraz gorzej, wymiotuje częściej. Przeważnie ma zaparcia po 3 — 4 dni. W narządach klatki piersiowej objawów chorobowych nie stwierdza się. Język wilgotny, obłożony. Brzuch lekko wciągnięty, lekka bolesność dotykowa w prawym podżebrzu i w dolku podsercowym.

Badanie moczu odchyień od normy nie wykazuje. Badanie krwi: 7.900 białych ciałek. WaR — ujemny. Badanie treści żołądka po próbnym śniadaniu: Oddziaływanie — kwaśne; próba na krew utajoną — ujemna. Wolny kwas solny — 17; związany — 5; ogólna kwasota — 43; w osadzie — skrobie, tłuszcz, drożdże. Badanie kału: próba benzydynowa na krew utajoną — ujemna. Badanie Rentgenowskie: 1) Badanie dokonane w r. 1926-ym wykazuje: *Ulcus duodeni* (justa pylori).

W szczegółach: Masa kontrastowa przez odźwiernik przechodzi słabo. Opuszka dwunastnicy wyraźnie zdeformowana i wypełnia się tylko przelotnie. Na powierzchni zwróconej ku odźwiernikowi widoczna jest utrzymująca się stała plamka. Ucisk na opuszkę silnie bolesny. Żołądek po 10-ciu godzinach —  $\frac{1}{2}$  treści zalega na dnie znacznie rozszerzonego i opuszczonego żołądka.

2) Badanie Rentgenowskie dokonane obecnie wykazało: Żołądek duży hipertoniczny, opadnięty. Śluzówka zgru-

biała. Część wypustowa ma linję szeroka. Czynność ruchoma upośledzona. (Zrosty).

Operacja dn. 13.I.1934 r.

Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono w dwunastnicy modzelowaty wrzód, macalny bardzo nisko w kierunku zstępującej części dwunastnicy. Po dokonaniu *décolément* wykonano operację wycięcia odźwiernika i części dwunastnicy metodą Rejchel-Poly'a. Pewne trudności przy operacji przedstawiało oddzielenie dwunastnicy od trzustki. Aby podwiązać i obszyć kikut dwunastnicy należało oddzielić prawie całą główkę trzustki od dwunastnicy. Ranę brzuszną zeszyto nagłucho. Pierwszego dnia po operacji — wieczorem założono choremu zgłębnik do żołądka — wylało się nieco płynnej krwistej zawartości.

Następnie przez trzy doby zakładano zgłębnik co dzień zrana do żołądka, i wydobywano płynną ciemną zawartość w ilości do 1-go litra. Dopiero na 4-y dzień, kiedy nie stwierdzono zalegania w żołądku — pozwolono chorego odżywiać płynnymi pokarmami (kleiki i płyny). Do tego czasu chory otrzymywał wlewania podskórne płynu fizjologicznego i kroplówki z cukru gronowego.

Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Stałe pokarmy chory otrzymał na 8-y dzień. Wypisał się ze szpitala dn. 2.II. 1934 r. jako zdrowy.

W związku z pokazanym przypadkiem, chcielibyśmy omówić kwestję znieczulania i doustnego odżywiania chorego po zabiegu.

Kwestja znieczulania przy operacji wycięcia żołądka dotychczas jest aktualna. Unikamy uśpienia ogólnego i najchętniej operujemy w znieczulaniu miejscowym. Znieczulanie *splotu słonecznego* metodą Finsterera nie zabiera dużo czasu i umożliwia wykonanie zabiegu bez bólu. Zastrzykujemy w *splot słoneczny* od 60,0 — 100,0 roztworu  $\frac{1}{2}^{\circ}$  nowokainy z adrenaliną tępa igłą pomysłu Finsterera.

Interesuje nas kwestja, na który dzień po operacji wycięcia żołądka można przejść do odżywiania chorego drogą doustną.

Po każdej operacji wycięcia żołądka występuje na pewien czas porażenie mięśni gładkich żołądka (gastroplegia), i dlatego wkrótce po operacji Reichel-Poly'a w żołądku zbiera się resztką krwi pooperacyjnej, sok żołądka i cała żółć wydzielona przez wątrobę. To nas zmusza wprowadzać zrana i wieczorem zglębnik do żołądka, aby wypuścić zalegający w nim płyn. Niekiedy wylewa się przez zglębnik przeszło litr ciemnego brunatnego płynu. Takie zaleganie płynu w żołądku przemawia za trwającym nadal brakiem ruchów mięśni żołądka i dlatego bezcelowem jest podawanie choremu doustnie płynnych pokarmów. Chorych odżywiamy kroplówkami cukrowymi i wlewaniem podskórnymi. Do odżywiania drogą doustną przystępujemy wówczas, kiedy zglębnik nie stwierdza zalegania w żołądku. Trwa to czasami 2 i nawet 3 doby.

Następnie Dr. J. N u s b a u m wygłosił odczyt p. t. *„Przyczynę do nawrotu bólów bezpośrednio po usunięciu pęcherzyka żółciowego“*.

P o s i e d z e n i e z d n i a 28 m a r c a 1934 r.

Przewodniczący Dr. W e j n e r t.

Plk. Dr. S a b a t wygłosił odczyt pod tyt.: *„Radjografia interrektalna“*, podając metodę, przyrząd, technikę, wskazania i wyniki.

Następnie wygłosił odczyt Dr. J. S c h a r f z Karlsbadu: *„O podstawach naukowych leczenia wodami mineralnymi ze szczególnem uwzględnieniem wód karlsbadzkich“*.

W dyskusji R ó b i n jest zdania, że główny czynnik w zdrojowisku stanowi nie woda sama, lecz t. zw. „przestrojenie ustroju“, t. j. zespół dodatnich wpływów, jakie wywierają na ustrój: usunięcie się od zajęcia zawodowego, klimat górski, czy morski, odpoczynek, powietrze, kąpiele, lepszy system nerwowy i t. d.

Nie ulega wątpliwości, że wody Karlsbadzkie posiadają wielkie znaczenie w leczeniu chorób przewodu pok., że wymienię nieżyty kiszek, kamicy żółciową i t. d. Ale do dnia dzi-

siejszego wszystkie usiłowania naukowego wyjaśnienia tego działania nie osiągnęły skutku.

W swojej skromności Dr. Scharf pominął ważny dział, w którym właśnie lekarze karlsbadzcy, zwłaszcza z praktyką długoletnią mają głos decydujący. Mam na myśli doświadczenie empiryczne, nabyte w Karlsbadzie. Tu mogliby nam pewnością dużo ciekawego powiedzieć.

W sprawie poruszonej przez prelegenta, czy wody mineralne, przechowywane w butelkach, po kilku miesiącach są jeszcze czynne, — Robin cytuje pracę Dra Oko z kliniki Prof. Orłowskiego w Wilnie, w której autor podaje, że po 6 mies. stwierdzał jeszcze odczyny dodatnie.

W końcu R. zwraca uwagę, że reklamowanie się naszego Truskawca i Morszyna nazwami „Polski Karlsbad“ nie jest właściwe, bo pod wzgl. chemicznym zupełnie składowi wód karls. nie odpowiadają. Również byłoby może pożądaniem, aby nasze zdrojowiska bardziej wyspecjalizowały się we wskazaniach i ograniczyły je do pewnych gałęzi cierpień, a nie ogłaszały każde z osobna, że leczą skutecznie wszystkie niemal choroby.

Dr. W a s s e r t h a l (z Karlsbadu) wspomina o własnych badaniach nad własnością wód karlsbadzkich (Szprudla i Mühlbrunna) aktywowania fermentów.

Badania przeprowadził nad działaniem wód karlsbadzkich na djastazę Takomine (Parke Davis) i djastazę śliny ludzkiej.

Okazało się, że wody karlsbadzkie wybitnie aktywują djastazę, przyczem działanie wód świeżych jest znacznie silniejsze od działania wód nieświeżych. Już po 3 — 4 dniach działanie w znacznym stopniu słabnie. Działanie ekwimolarnych roczynów t. zw. natu.



## Wiadomości różne.

I. Międzynarodowy Zjazd Gastroenterologów odbędzie się w Brukseli dnia 8 — 10 sierpnia b. r. pod przewodnictwem prof. Schoemakera i przy udziale przedstawicieli trzydziestu kilku państw. Tematami są: „*Les Gastrites*“ i „*Les Colites ulcereuses non-amibiennes*“. Szczegółowe programy oraz karty uczestnictwa otrzymać można u członków Komitetu Organizacyjnego na Polskę lub u sekretarza Komitetu, Dra Józefa Nusbauma, Warszawa, Marszałkowska 81a.

Członkami powyższego Komitetu są: Prezes honorowy — prof. A. Gluziński, prezes — Dr. Br. Wejnert, wiceprezes — Dr. Wilhelm Róbin, sekretarz — Dr. Józef Nusbaum, członkowie: prof. Z. Radliński, dr. I. Grundzach, dr. Fr. Niewiadomski, dr. B. Kryński, dr. S. Frank, dr. J. Czarkowski, dr. Dolkart — z Warszawy, prof. Rencki (Lwów), prof. Januskiewicz (Wilno), prof. Oszacki (Kraków), dr. Marzyński (Łódź), dr. Klukow (Łódź) i prof. Pelczar (Wilno).

Koledzy, którzy zechcą wziąć udział w Zjeździe, powinni wypełnić blankiet zgłoszeniowy i przesłać go wraz z należnością na ręce skarbnika Zjazdu, p. Dr. F. Evely, 239, rue Royale Sainte Marie, Bruxelles. — Jednocześnie należy zawiadomić sekretarjat warszawski (Dr. J. Nusbaum, Warszawa, Marszałkowska 81a), podając imię i nazwisko swoje i osoby towarzyszącej oraz adres (paszporty, ulgi kolejowe i t. p.).

---

Zarząd Pol. Tow. Gastrologicznego na rok bieżący ukonstytuował się następująco: Wejnert — prezes, Prof. Ra-

dliński i W. Róbin — vice-prezes, B. Kryński — Skarbnik. J. Nusbaum — Sekretarz. J. Czarkowski, S. Frank, F. Niewiadomski, Dolkart — członkowie Zarządu.

---

Redakcja otrzymała: Dr. A. Maciejewski. Uśpienie ewipanowe. Journal Belge de Gastro-Enterologie. N. 1 r. 1935. Revue Belge des Sciences Medicales T. 4, N. 10. Centralnyj Medicinskij Żurnal, T. XIV, N. N. 1 — 6.

---

W ostatniej chwili doszła nas wiadomość o śmierci jednego z najbardziej zasłużonych lekarzy polskich ś. p. Prof. Antoniego Gluzińskiego, który rozstał się z tym światem w dn. 10 b. m. Zmarły, wysoko i powszechnie ceniony dzięki niespolitym zaletom umysłu, serca i charakteru, położył wielkie zasługi na polu Gastroenterologji. Badaniom w tym dziale medycyny przez wiele lat się poświęcał. Z Pol. Tow. Gastrologicznem łączyły go zawsze jaknajlepsze stosunki. Nieraz uczęszczał na posiedzenia i przyjmował udział w dyskusjach. Brał stale udział we wszystkich uroczystościach Towarzystwa, zaznaczając przy każdej sposobności, iż uważa siebie za „gastrologa“ i tylko nawał pracy i wiek podeszły stoją na przeszkodzie bardziej aktywnemu uczestnictwu Jego w pracach Pol. Tow. Gastrologicznego. Ś. p. Prof. Antoni Gluziński pozostawia szczerzy i powszechny żal wśród całego lekarskiego Świata Polski.

Od Sekretarjatu Generalnego I. Międzynarodowego Zjazdu Gastro-entologów w Brukselli otrzymaliśmy z prośbą o ogłoszenie komunikat następujący:

Podczas trwania Wystawy Międzynarodowej w Brukselli (1935) i w jej ramach odbędzie się Pierwszy Międzynarodowy Zjazd Gastro-entologiczny w dniach 8 — 9 — 10 sierpnia r. b. Długi szereg internistów, chirurgów, radjologów i bio-chemi-

ków całego świata obiecał swój udział. Tematy: *Les Gastrites, Les Colites Ulcèreuses Grawes Non-Amibiennes*. Wysoka wartość naukowa referatów programowych, które będą wygłoszone przez wybitne i szczególnie kompetentne osoby jest pierwszorzędną atrakcją Zjazdu na którym też projektowane jest założenie Międzynarodowego Towarzystwa Gastro-enteryologicznego.

Komitet Organizacyjny zapewni cały szereg ułatwień dla kongresistów. Ulgi kolejowe i morskie, bezpłatne wejście na wystawę, zarezerwowanie lokali, szereg uroczystości zjazdowych, tanie wycieczki i t. p.

Z powodu spodziewanego znacznego napływu cudzoziemców w m. sierpniu Sekretarjat Generalny prosi o możliwie najwcześniejsze zapisywanie się na Zjazd i zamawianie mieszkań.

Wpisowe dla Członków 150 fr. belg., dla osób towarzyszących 75 fr. belg. Bliższe informacje, szczegółowe programy, karty uczestnictwa u prezesa Komitetu Org. na Polskę Dra Wejnerta. Marszałkowska 73, Warszawa, tel. 8-15-12. u Sekretarza Dra J. Nusbauma. Marszałkowska 81a. Warszawa, tel. 9-26-78.

**PASTYLKI > NEUTRACID <  
Z ZAKONNIKIEM**  
**STOSUJĄ SIĘ PRZY  
ZGADZE I NADKWAŚNOŚCI ŻOŁĄDKA**



Preparat krajowy z orzechów muszkatułowych, lek roślinny o doskonałym działaniu alkalizującym i spasmolitycznym (nie zawiera żadnych alkaloidów) doskonale **skuteczny przy nadkwasotach wszelkiego rodzaju** oraz dolegliwościach z nią związanych, szczególnie przy **zgadze i uczuciu pełności żołądka.**



## Resumés.

---

### *Les hémorragies gastro-intestinales chez l'enfant.*

Dr. B r a u d e - H e l l e r o w a.

Les hémorragies gastro - intestinales s'observent très rarement dans l'enfance, on en rencontre pourtant à toutes les périodes de la vie de l'enfant comme symptôme qui peut être commun à diverses affections. On les voit le plus fréquemment chez les plus jeunes comme méléna des nouveau-nés, chez le nourisson comme symptôme traduisant l'ulcère de l'estomac du duodenum ou l'invagination intestinale.

Au cours du méléna des nouveau-nés on peut voir apparaître tantôt l'hématémèse seule (forme de méléna donnant la plus grande mortalité — 85%) tantôt des hémorragies gastro-intestinales (pronostic meilleur — 35% de cas mortels). La plus faible mortalité s'observe dans les hémorragies intestinales isolées (10%). Il y a de formes de méléna bénignes dans lesquelles la perte du sang est insignifiante, on en voit par contre de formes foudroyantes entraînant la mort par anémie.

L'ulcère rond chronique primitif de l'estomac et du duodenum, si fréquemment rencontré chez l'adulte n'a pas encore été observé chez l'enfant au dessous de 5 ans; même chez l'enfant plus âgé l'ulcère rond chronique se voit très rarement.

Tous les ulcères observés chez le nourisson et le jeune enfant sont d'origine secondaire: ils apparaissent au cours ou comme complication des affections les plus diverses,

aigues ou chroniques; septicémies, syphilis, pneumonie, tuberculose, athrepsie infantile.

On voit des ulcérations de l'estomac et du duodénum chez l'enfant qui se développent à la suite d'un traumatisme, d'une brûlure, des engelures. Leur pathogénie est probablement identique à celle de l'érythrodermie desquamative.

Ces ulcères secondaires se manifestent parfois d'une façon brusque par une hémorragie abondante amenant une mort rapide.

Les hémorragies provenant des ulcères du diverticule de Meckel sont rarement signalées dans la littérature médicale.

Les invaginations intestinales, les volvulus constituent aussi une cause de selles sanglantes, surtout chez la nourison. Chez l'enfant au dessus de 4 — 5 ans en présence de douleurs abdominales et des pertes du sang par l'anus, il faut penser à la maladie de Henoch-Schoenlein (purpura).

Les hémorragies intestinales au cours de la fièvre typhoïde sont exceptionnelles chez l'enfant.

Les polypes adénomateux sur la muqueuse de l'estomac et de l'intestin peuvent aussi déterminer des hémorragies, tandis que les hémorragies provenant des varices hémorroïdales ou des tumeurs de l'appareil digestif sont extrêmement rares.

Il faut encore mentionner un groupe d'affections qui déterminent chez l'enfant des hémorragies abondantes: ce sont les diverses hépatosplénomégalies. On voit des hématomèses et des hémorragies intestinales dans la maladie de Banti, les cirrhoses hépatiques et surtout dans la splénomégalie avec thrombose de la veine lienale.

---

---

KURACJA  
KEFIROWA

**K. SIGALINA**

Warszawa, ulica Królewska Nr. 31.

---

---

## Aŭtoreferatoj en esperanto.

*Stomak-intestaj hemoragioj ĉe l'infano.*

Dro Braude-Hellerowa.

La stomak-intestaj hemoragioj tre malofte estas observataj en la infaneco, sed oni renkontas ilin en ĉiuj periodoj de la infana vivo, kiel simptonon ĉe diversaj afekcioj. Plejofte oni vidas ilin ĉe „la plejjunaj kiel „melaena neonatorum”, ĉe suĉinfanoj kiel signo de stomaka aŭ duodena ulcero aŭ d'intesta invaginacio.

En la „melaena neonatorum” ni observas aŭ hematemezon solan (tiu formo donas la plej grandan mortalecon — 85 $\frac{9}{10}$ ), — aŭ hemoragion stomak-intestan (prognozo plibona — 35 $\frac{0}{10}$  da mortkazoj). Plej malgrandan mortalecon donas hemoragioj intestaj solaj (10 $\frac{0}{10}$ ). Ekzistas formoj de „melaena” benignaj, en kiuj la sangperdo estas negrava, sed oni observas ankaŭ formojn fulmajn, kaŭzantajn morton pro anemio.

Primarian rondan kronikan ulceron de la stomako kaj de duodeno, tiel oftan ĉe plenkreskaj homoj, oni ne observis ankoraŭ ĉe l'infano ĝis 5 jaroj, eĉ ĉe pliaĝaj infanoj la suprenomitaj ulceroj renkontiĝas tre malofte.

Ĉiuj ulceroj, observataj ĉe suĉinfanoj kaj ĉe junaj infanoj, estas sekundaraj: ili aperas, kiel komplikajo aŭ dum diversaj afekcioj akutaj aŭ kronikaj: septicemio, sifiliso, pneŭmonio, tuberkulozo, atrepsio infana.

Oni observas stomakajn kaj duodenajn ulcerojn ĉe infanoj, disvolviĝantaj post traŭmo, post brulo, frostiĝo. Ilia patogenio similas kredeble al eritrodermio deskvamiĝa.

La nomitaj sekundaraj ulceroj evidentiĝas ofte subite, kiel flua hemoragio kun rapida morto.

Hemoragioj, kiel sekvo de ulcero el Meckel'a divertiklo, renkontiĝas tre malofte en la medicina literaturo.

Intestaj invaginacioj, volvulo estas ankaŭ kaŭzoj de sangaj defekaĵoj, speciale ĉe suĉinfanoj. Ĉe pliagaj infanoj, depost 4—5 jaroj, se ni konstatas abdomenajn dolorojn kaj sangperdon tra anuso, ni devas pensi pri malsano de Henoch-Schoenlein (purpura).

Intestaj hemoragioj en la daŭro de tifoŝda febro nur escepte renkontiĝas ĉe l'infano.

Adenomaj polipoj sur la stomaka kaj intesta mukozo ankaŭ povas sekvigati hemoragiojn — sed hemoragioj el hemoroidaj varikoj aŭ el tumoroj de la digesta kanalo estas tre maloftaj.

Ni devas ankoraŭ menciigi pri grupo d'afekcioj, kaŭzanta fluajn hemoragiojn ĉe l'infano: diversaj hepatosplenomegalioj.

Oni observas sangajn vomojn kaj intestajn sangfluojn ĉe la malsano de Banti, hepataj cirozoj kaj precipe ĉe splenomegalio kun trombozo de la liena vejno.