
Gastrologja Polska

TREŚĆ: Prof. Dr. I. Boas. Leczenie dietetyczne jako nauka. — Dr. L. Sellig. Znaczenie badania radiologicznego dla rozpoznania przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. — Posiedzenia Polskiego Towarzystwa Gastrologicznego. — Ocena. — Wiadomości różne.

Wydawca: Dr I. Grundzach.

Redaktor: Dr. med. B. Wejnert.

Leczenie dietetyczne jako nauka*)

Podał

Prof. Dr. Med. I. BOAS (Berlin).

Od Hipokratesa i jego następców aż do początku XIX wieku dietetyka była skrępowana zbyt formalnie ujmowaną empirją oraz dogmatyką. Trzeba jednak zaznaczyć, że wielu uczniów Hipokratesa na pierwszym planie stawiało dietę, a nie naukę o lekach. Niektórzy szczególnie nacisk kładli na wyłączne stosowanie diety, uważając ją za najistotniejszą część terapii. W XX wieku zaszła w tym kierunku zasadnicza zmiana. Masowa fabrykacja środków leczniczych, których wartość nie powinna być niedoceniana i pomniejszana, spowodowała jednak to, że lecznictwo dietetyczne, jako dyscyplina naukowa, pozostało w tyle, chociaż w tym samym czasie dokonaliśmy wielkiego postępu w dziedzinie nauk o przemianie materji i trawieniu, tak w warunkach normalnych, jak i patologicznych.

O ile chcemy być bezstronni, musimy stwierdzić, że, pomijając poszczególne postępy dietoterapii, a przede wszystkim rewelacyjne odkrycie witamin i naukę o żywieniu niemowląt i dzieci, wszystkie gałęzie dietoterapii wyrastają tak jak dawniej z pnia

*) Odczyt, wygłoszony 24.X. 35. w Polskiem Tow. Gastrol.

empirji i dogmatyki. Dziś jeszcze dietetyka opiera się raczej jeszcze na przesłankach intuicyjnych, a nie na prawach naukowych, zdobytych przez zastosowanie metody indukcyjnej do materiału rzetelnych obserwacyj. W każdym razie nie można zaprzeczyć, że trudno o ściśle wnioski terapeutyczne w tej tak skomplikowanej dziedzinie, w której wpływy pokarmu, dokładnie ilościowo i jakościowo nieuzgodnionego, powodują subiektywne i obiektywne zmiany i zaburzenia czynnościowe.

Ażeby móc sformułować wynik końcowy stosowania jakiegoś środka leczniczego, lub jakiejś określonej diety, musimy, jak to już poprzednio powiedziałem, nietylko ograniczyć się do subiektywnego polepszenia samopoczucia, jako miary wartości danego środka leczniczego, lecz zwrócić musimy szczególną uwagę na zmiany na lepsze, jakie zaszły w poprzednio źle funkcjonujących narządach. Przykładami takiego obiektywnie ustalonego działania środka leczniczego, lub dokładnie określonej diety, są: dieta dla djabetyków, leczenie insuliną, kuracja wątrobiana w anemji złośliwej. W chorobach tych widzimy niekiedy więcej lub mniej wartościowe zmiany w stosowaniu diety, lecz naogół podstawa dietoterapii, jak i pokrewnej opoterapii w istocie swej pozostała ta sama i taką prawdopodobnie będzie w przyszłości. Nigdyby jednak te środki lecznicze nie stały się obowiązującymi w praktycznej terapii, gdyby nie były oparte na słusznych obiektywnie kryterjach.

Założeniem dla postępu lecznictwa dietetycznego jest ustalenie łatwo rozpoznawalnych czynności funkcjonalnych. Powrót zaburzonych czynności chorego narządu do stanu normalnego przypisać będzie można wpływowi diety. Dietoterapia, jako punkt wyjścia, obrać musi polepszenie diagnostyki czynnościowej. Dopóki tej nie posiadamy, dopóty będzie dietetyka miejscem igraszek przez romantyzm dyktowanych propozycji i poleceń o sprzecznym charakterze.

Jedno jest jasne: punkt ciężkości sanacji dietetyki może znajdować się tylko w klinice lub wielkim na sposób kliniczny prowadzonym szpitalu wielkomiejskim. Praktyka prywatna, mająca do dyspozycji materiał niestały i powierzchowny, jest najmniej powołana do rozwiązywania problemów terapeutycznych w ogólności i w szczególności do problemów odżywiania dietetycznego. Niektórzy zdolni klinicyści i lekarze wolno praktykujący mogą może

na takim czy innym polu dietetyki mieć szczęśliwe przypadki. Systematyczne poznanie i postęp możliwe są tylko jako wynik badań indukcyjnych, dokonanych w specjalnych instytucjach klinicznych. Ale i tam nie wszyscy są powołani do pracy w tej dziedzinie. W dobie zróżnicowania zainteresowań naukowych, przy wielości gałęzi i odłamów nietylko ogólnej medycyny, lecz także interny — zaszczepienie nowej gałęzi wiedzy, jaką bezsprzecznie jest dietetyka, dokonane być musi przez badaczy, którzy poświęcą się swemu zawodowi nietylko z wielkim zapałem i cierpliwością, lecz także z pewnego rodzaju fanatyzmem.

Powierzchowny obserwator mógłby orzec, że dietetyka jest o wiele łatwiejszym problemem od farmakoterapii. Tymczasem jest naodwrot. Farmakoterapia jest przynajmniej często jednoprzyczynowa, dietoterapia nigdy. Nprz. nigdy nie możemy chorego, nawet wtedy, gdy niema żadnych przeszkód, związanych z brakiem witaminów czy kaloryj, żywić przez dni, czy tygodnie jedynie kartoflami czy chlebem, zupkami owsianymi lub mięsem. W krótkim czasie pożegnałby się z nami. Dietoterapia musi być zwykle kompromisową dietą, zrozumienie działalności jej poszczególnych czynników jest dla ludzkiego umysłu nawet przy największym krytycyzmie niemożliwe. Ażeby przezwyciężyć te trudności, musimy z jednej strony ograniczyć ilość poszczególnych składników diety, z drugiej przede wszystkim uwzględnić główny czynnik dietetyczno-leczniczy (nprz. specjalna dieta tłuszczowa, lub węglowodanowa, mięsna, uboga w białko lub w sól i t. p.).

Dietoterapia posiada wraz z farmakoterapią bardzo ważną cechę, na którą zbyt mało zwraca się uwagi, a mianowicie właściwość oddziaływań pobocznych. Te działania poboczne możemy już zaobserwować u zdrowych (flatulencja, zgaga, wzmożone lub zwolnione ruchy robaczkowe kiszek, zaburzenia w przemianie materji, nprz. skłonność do tycia, szczupłość, anemja, nerwice układu współczulnego, migrena, wzrost zawartości mocznika, alergja itd.).

Tak wielkie podobieństwo zachodzi pod tym względem pomiędzy farmakoterapią a dietoterapią, że możemy śmiało powiedzieć, że obojętne środki żywnościowe powodują taką samą ilość działań pobocznych, co obojętne lekarstwa. Im więcej te lub tamte są skuteczne, tem wyraźniej i drastyczniej zaobserwować możemy działania poboczne.

Te moje krótkie uwagi wskazują na wielkie trudności, które przewyciężyć musi racjonalna dietetyka; może zdawać się nawet, że przyznamy znów rację starym empirikom, którzy swoje sądy o stosowaniu diety chcieli oprzeć jedynie na doświadczeniu. Ja, jakkolwiek uznaję i doceniam rolę doświadczenia, uważam jednak, że wiedza ścisła jest jedynym godnym zaufania kompasem w podróży przez niepewne wody tej dziedziny.

Następujące uwagi mają na celu wskazanie drogi. Mówię tutaj tylko o cierpieniach przewlekłych, ograniczę się nawet jeszcze bardziej. Wiem dobrze, że leki rozmaitego rodzaju są potrzebne, a nawet w przypadkach sugestywnego oddziaływania niezbędne dla wyleczenia pacjenta i uśmierzenia lub złagodzenia jego bólu. Takie farmaceutyczne współ lub obok działanie musi, już ze względów humanitarnych, być podporządkowane nawet w szpitalu w zasadzie terapii dietetycznej. Wtedy jednak doświadczenie dietoterapeutyczne przestanie być zupełnie ścisłe. Staje się jednym z rozmaitych konkurujących ze sobą środków, jak nprz. zabiegi fizyko- lecznicze, począwszy od okładów, masaży, gimnastyki, a skończywszy na djatermji, słońcu wysokogórskim, radzie, rentgenoterapii i innych rodzajach światłolecznictwa. Dietoterapia musi być kiedyś potraktowana jako jedyny czynnik leczniczy. Do ostatecznych wyników stosowania diety przy jednoczesnem stosowaniu farmaceutycznych i instrumentalnych zabiegów, odnoszę się tak samo krytycznie, jak do wzmianek o znakomitych wynikach kuracji farmaceutycznej przy jednoczesnem stosowaniu diety. Materiał dla czysto dietetycznego leczenia powinien być, o ile tylko to jest możliwe, homologicznym, t. zn. przypadki lekkie, niezbyt ciężkie i ciężkie muszą być od siebie oddzielone. Pomyślnie rezultaty w przypadkach lekkich już z samej natury rzeczy są mniej przekonywające, natomiast w ciężkich przypadkach, nawet przy niewielkiej liczbie obserwacji, posiadają wielkie znaczenie. Mniej ciężkie przypadki przy uporczywości i długiem trwaniu określonej kategorii chorób, są również domeną dietoterapii.

Nie powinniśmy również pominąć następnego ważnego założenia. Przypadki, mające służyć do systematycznych badań terapeutycznych, powinny pod względem diagnostycznym odpowiadać wymaganiom najsurowszej krytyki, jednym słowem muszą to być przypadki klasyczne. Przypadki te muszą być również wolne od

powikłań. Mamy nprz. do czynienia z przypadkiem reumatyzmu stawowego obok dekompensacji zastawek sercowych; należy wtedy koniecznie stosować i dietę ze względu na reumatyzm, jak i leki ze względu na sprawę sercową. Czy to pomyślny, czy niepomyślny wynik, w pewnych warunkach odżywiania, nie może posiadać jednak siły dowodu w cierpieniu dny.

Liczba prawdziwie homologicznych przypadków chorobowych będzie ograniczona nawet przy bardzo bogatym materiale. Do zebrania materiału trzeba przytem wiele czasu, cierpliwości i głośno wypowiedzanej krytyki. Potrzebna do tego jest także dobra organizacja pracy i duża ilość sił fachowych, zdolnych i przejętych zapalem, chęcią rozwiązania zagadnień dietoterapii. Właśnie, o ile chodzi o dietoterapię w przeciwieństwie do farmakoterapii lub terapii mieszanej, szczególną uwagę należy zwrócić na dobór asystentów i personelu pielęgniarskiego. Podawanie bowiem lekarstw, czy to doustnie, czy też drogą podskórną, jest z reguły tak pod jakościowym, jak i ilościowym względem, dość proste do wykonania i skontrolowania. W dietoterapii potrzebny jest jak najściślejszy dozór chorego. Dużą rolę, mającą wpływ na całokształt planu odżywiania, odgrywają tutaj: apetyt chorego, jego skłonności i wstręty, przyzwyczajenia złe i dobre, pragnienie zmian i środków odżywczych i t. p. Wynika stąd to, że w homologicznych stanach chorobowych ścisłe uzgodnienie postaci żywienia jest niemożliwością. Nigdy tak nie wysuwa się na pierwszy plan indywidualna pobudliwość, jak właśnie w wypadku dietoterapii. Schematy dietetyczne lub kucharskie, które ciągle spotykamy w książkach naukowych, są tak samo irracjonalne jak formuły recept, które wbija się sobie w pamięć i na podstawie jednego lub kilku powodzeń przepisuje przez całe życie. Plan diety, wszystko jedno, jakiego rodzaju jest choroba, nie powinien być ustanowiony bezwzględnie na przeciąg paru tygodni lub jeszcze dłuższego czasu, bowiem pod jego wpływem dokonać się mogą istotne zmiany czy to na lepsze, czy na gorsze. Można twierdzić, że nawet racjonalnie skonstruowana dieta w jakimś organicznem schorzeniu lub zaburzeniu czynnościowym, już po upływie krótkiego okresu powinna być zmieniona, jeśli nie w zasadniczej swej części, to choćby w składnikach pobocznych. Także i w tym przypadku istnieją w literaturze określone schematy dietetyczne, które się jednak zawsze będą miały z celem

ze względu na nieprzewidziane wpływy diety pierwotnej. Każda dieta w każdym poszczególnym przypadku, w którym leczenie dietetyczne odgrywa wogóle rolę, powinna podlegać w krótkich odstępach czasu zmianom, rewizjom tak głównych, jak i pobocznych składników. Nawet pacjent wyleczony zapomocą pewnej racjonalnej diety, powinien ze względów zapobiegawczych żywić się podług przepisanej mu diety, która może się od początkowej zupełnie różnić, ale w każdym razie nie jest zupełnie zbędna. Nie powinniśmy zapominać, że przez odpowiednie leczenie w najlepszym przypadku jesteśmy w stanie ograniczyć *functio laesa*, ale przywrócenie status quo ante bez uszkodzenia całokształtu tkanek w przewlekłych schorzeniach jest utopją. A także ta pokuracyjna dieta, że ją tak nazwiemy, wymaga sporego zasobu doświadczenia i uwzględnienia całego szeregu czynników indywidualnych. Przy tożsamości stanów chorobowych uwzględnić powinniśmy także i wiek pacjenta. Wynika to stąd, że przewlekłe procesy chorobowe u ludzi starych, z powodów, których tu rozstrząsać nie widzę potrzeby, są dla wszelkich zabiegów bardziej niewdzięczne, niż u osobników młodych, u których naturalne czynniki lecznicze i własności regeneracyjne ustroju sprzyjają terapii.

Dawniej wielcy lekarze rozumieli jednak pod nazwą diety nie tylko przepisy, określające żywienie, lecz także konieczny dla osiągnięcia i zachowania zdrowia ogólny tryb życia. Późniejsze pokolenia zakreśliły o wiele mniejsze pole dla diety. Niestuszenie. Powinniśmy rozszerzyć pojęcie diety w tym sensie, jak ją ujmowano dawniej, na uporządkowanie naszego życia codziennego, czasu spożywania posiłków, odpoczynku pomiędzy godzinami pracy, na sen, stosunek pomiędzy chwilami odpoczynku a posiłkami, na ruch na świeżem powietrzu, gimnastykę, kąpiele. Tak pojmowaną dietę powinniśmy przepisywać pacjentom.

W związku z tem, co powiedziałem, chciałbym dodać jeszcze parę uwag o diecie. Rzeczy, o których będę mówił, jeszcze za mało w Niemczech przyjęły się w praktyce i w nauce.

Gdy mamy przepisać planowo, we wszystkich szczegółach obmyślaną dietę pacjentowi w przypadku, w którym dieta odgrywa zasadniczą rolę w leczeniu, wielką dla nas wartość stanowią dane o wszystkich szczegółach jego trybu życia. Zazwyczaj wywiad, o ile chodzi o dietę, ogranicza się do sprawy nadużycia alkoholu

lub nikotyny. To nie wystarcza. Musimy wszystko dokładnie wiedzieć o sposobie życia pacjenta, o rodzaju jego zajęcia zawodowego, o czasach jego posiłków, o długości odpoczynków dziennych, dalej używaniu ruchu na świeżem powietrzu, o rocznym urlopie, o czasie kładzenia się na spoczynek, o ilości godzin snu i last but not least, o sposobie przyrządzania, obfitości i składzie codziennych jego posiłków. Zawsze mnie zaciekawiało to, że pacjenci, zapytani o skład swych posiłków, opowiadali dokładnie, czego oni nie jedzą, kosztowało mnie wiele cierpliwości, by skłonić ich do zajęcia się przedstawieniem składu swego pożywienia. Dowodzi to, że nie są oni przygotowani do wyjaśnień tego rodzaju.

Można bezwątpienia osiągnąć dodatnie wyniki przez połączenie różnych sposobów dietetycznych. Ale na tem jednym nie możemy poprzestać. Dodatni rezultat osiąga się przez stosowanie długiej, o ciągle zmieniającym się składzie, diety, stąd niefortunna nazwa „diety zygzakowej“ (Van Noorden). Potwierdza to, że wszystkie drogi ostatecznie prowadzą do Rzymu. Ja wymagam jednak od racjonalnej diety optimum działania, t. j. powinna ona w możliwie krótkim czasie, dzięki kombinacji najprostszych potraw, przy jak najstaranniejszem unikaniu jednostajności, przy przystosowaniu się do upodobań pacjenta, osiągnąć jak największy efekt.

Uzyskujemy w przypadku skłonności do tycia w ciągu 4—6 tygodni spadek 2—3 kg., jednocześnie pacjent opada z sił. Mamy rezultat, ale niezadowalający. Najstosowniejsza dieta musi być tak pomyślana, żeby pacjent bez jakiegokolwiek uszczerbku dla swych przyzwyczajeń, wygody, zdolności do pracy, stracił w określonym czasie 5 lub więcej kilo. W przypadku przeciwnym tak samo przedstawia się sprawa kuracji tuczającej przy uwzględnieniu określonych przez przypadek odmian leczenia, z którymi trzeba się liczyć w leczeniu wszelkich chorób, w których dieta jest traktowana jako zasadniczy środek leczniczy.

W tem zestawieniu muszę wspomnieć jeszcze o jednej bołącze dietoterapii: pooperacyjnych przepisach dietetycznych po operacjach brzucha. Nie mam żadnej wątpliwości co do tego, że dieta, we wszystkich swych szczegółach planowo nieopracowana, powoduje po zabiegach chirurgicznych w chorobach jamy brzusznej często przypadki śmierci, a prawie zawsze zbyt długo trwającą rekonwalescencję. O ile jest mi wiadomo, nie istnieją żadne prze-

писы pewne i ogólnie uznane, określające żywienie pooperacyjne. Prawie każdy chirurg ustala je empirycznie i stosuje według swego pewnego szablonu. W przyszłości zastąpi to zorganizowana praca chirurgów z internistami, która, oczywiście, dopiero po upływie wielu lat, po przewyciężeniu wielu rozczarowań, omyłek, niepowodzeń, doprowadzić nas może do celu. Bowiem wtedy dopiero wykryć będzie można właściwe zasady i prawa, pozwalające na ustalenie jaknajlepszych pooperacyjnych przepisów dietetycznych. Być może i wtedy zdarzać się będą nieszczęśliwe przypadki, ale można rzec już teraz, a statystyka operacyjna to potwierdzi, że śmiertelność i długość okresu rekonwalescencyjnego pod wpływem sumiennych, naukowych badań nad dietą, widocznie się zmniejszy. Gdy patrzymy z tego punktu widzenia na stan współczesnej dietoterapii w różnych gałęziach medycyny, musimy stwierdzić, że, pomijając niektóre specjalne stany chorobowe, ogólny poziom tej ważnej dziedziny naszego zawodu lekarskiego jest zawstydzająco niski. Zarzut ten nie jest nieuzasadniony, gdy zastanowimy się nad tem, że w chwili obecnej, w okresie epokowych odkryć w dziedzinie medycyny, nie zażądano w świecie lekarskim dokładnych i przystosowanych do każdego poszczególnego przypadku odręcznie pisanych wskazówek dietetycznych, a zamiast tych, daje się do rąk pacjentom gotowe druczki z przepisami dietetycznymi. A gdy nawet już daje się piśmienne przepisy dietetyczne, są one do tego stopnia pełne błędów i niekompletne, że chorzy nie wiedzą, co z nimi począć.

Jest więc zupełnie jasne, że w tych warunkach brak jest planu leczenia dietetycznego i brak stopniowego gromadzenia przepisów dietetycznych. Zmiana dokonać się może wtedy jedynie, gdy zastosujemy ścisłą metodę indukcyjną we wszystkich częściach dietoterapii i gdy dietoterapia będzie nauczana i stanie się dla przyszłych pokoleń lekarzy przedmiotem egzaminacyjnym.

Gdyby tak się nie stało, to grozi wielkie niebezpieczeństwo, że ten główny składnik leczenia wyslizgnie się ze sfery ścisłej wiedzy medycznej i stanie się domeną rozmaitych znachorów.

Zapomocą tych paru aforystycznych wyjaśnień wykazałem istotę dietoterapii jedynie w zarysach. Jej rozbudowa wymaga wielu, być może dziesiątków lat. Najbardziej narzucająca się tu praca polegać musi na tem, żeby przedewszystkiem określić zakres działania dietoterapii, by, o ile można się tak wyrazić, sporządzić jej

inwentarz. Więc w pierwszej linii należy oddzielić dietoterapię od farmakoterapii tak dalece i tak dokładnie, jak tylko można. Przez to dietoterapia nie tylko stanie się bardziej rzucającym się w oczy czynnikiem leczniczym, lecz także ukaże nam w nowym świetle wartość farmakologicznych i fizycznych środków oddziaływania na organiczne i czynnościowe zaburzenia ustroju. Punkt ciężkości naukowej dietetyki, powtarzam raz jeszcze, znajduje się w klinikach uniwersyteckich i wielkich szpitalach. Lecz także i lekarz praktyk, roszczący sobie prawo do uznania w nim naukowca, posiada możliwość, a nawet obowiązek obudzenia i żądania zrozumienia dla naukowej dietoterapii u swych pacjentów.

My, lekarze, powinniśmy nie tylko wśród wyższych, lecz także i niższych sfer społeczeństwa, propagować myśl, że planowa, pod wszelkimi względami przemyślana dieta, jest niemniejszą sztuką, niż przepisywanie tabletek, lub stosowanie podskórnych czy dożylnych zastrzykiwań. Wprost przeciwnie, doskonała dietoterapia jest nie tylko dziełem wiedzy i doświadczenia, ale i dziełem sztuki. Mówię specjalnym naciskiem — „Jest dziełem sztuki“, bowiem we wszystkich krajach istnieje szczupła ilość artystów w tym zawodzie.

Z tej początkowo empirycznie i intuicyjnie udoskonalanej sztuki, która w chwili obecnej jest własnością tylko niewielu, powinna wyłonić się wkrótce, oparta na indukcyjnych podstawach, dietoterapia jako własność całego świata lekarskiego.

Jest to moja wiara i nadzieja.

Spolszczył S. F r a n k .

Znaczenie badania radjologicznego dla rozpoznania przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Podał

Dr. Med. Leopold SELLIG (Warszawa).

Znaczenie badania radjologicznego dla rozpoznania przewlekłych zmian zapalnych wyrostka robaczkowego, ocena otrzymanych tą drogą wyników oraz granice możliwości rozpoznawczych do dnia dzisiejszego nie są ustalone, a zapatrywania nie tylko chirurgów i internistów, ale również rentgenologów są rozbieżne.

Jeżeli uprzytomnimy sobie, że losy badania radjologicznego wyrostka są podobne do wszystkich zdobyczy wiedzy lekarskiej, które zazwyczaj z trudem torują sobie drogę, aby potem stać się zrozumiałą i bezsporną własnością ogółu, zrozumiemy, dlaczego sprawa radjologii wyrostka robaczkowego jest omawiana często w piśmiennictwie i, postępując naprzód, ma wśród klinicystów swoich entuzjastów i przeciwników. Tłumaczy się to tem łatwiej, że wyniki otrzymane drogą radjoskopji i grafji, a tem samem wynikające stąd wnioski rozpoznawcze zależą w dużej mierze od techniki badania oraz nastawienia, wprawy i doświadczenia poszczególnego rentgenologa.

Pierwszy wyrostek robaczkowy, uzyskany na zdjęciu przez Becklera w r. 1905, oraz pojedyncze otrzymane w następnych latach przez innych autorów, uważane były za rzeczy wyjątkowe, którym nie przypisywano znaczenia, a twierdzenie Grigorjewa, że wszystkie wyrostki robaczkowe prócz zarośniętych są widoczne, Maks Kohn nazywa w r. 1913 fantazją. W 1914 r. Groedel uważa każdy zarysowany wyrostek za chory, a Holzknacht długie lataneguje możność stałego otrzymywania wyrostka i zada-

wala się stwierdzeniem punktu bolesności przy pomocy specjalnego distinktora punktowego. Dopiero przeszło 10 lat później G o t t h e i n e r, D ö n e r i inni otrzymują wyrostek na zdjęciach w 80—90%. C z e p a zaś podaje swoją technikę uwidocznienia wyrostków na zdjęciach. Trudności badania polegają przede wszystkim na tem, że nie możemy dowolnie wypełnić wyrostka robaczkowego masą kontrastową bezpośrednio, jak np. żołądek, lecz musimy się ograniczyć do wyczekiwania, aż wyrostek robaczkowy samoistnie wypełni się m. k., wzgl. musimy pośrednio, przez zastosowanie odpowiedniej techniki, uzyskać jego wypełnienie. Pierwszym warunkiem wypełnienia wyrostka robaczkowego m. k. jest jego drożność i opróżnienie się z kału. Dalszym warunkiem jest odpowiednia konsystencja m. k. w kątnicy, gdyż rzadka m. k. łatwiej wypełni wyrostek, niż gęsta. Czynność ruchowa kątnicy musi być prawidłowa dla należytego wypełnienia wyrostka; wyrostek bowiem wypełnia się biernie, a zdanie F r e n k l a, że może się wypełnić przez działanie ssące, niema poparcia ani fizjologicznego ani fizyko-mechanicznego. Opróżnianie się wyrostka jest aktem czynnym. Przemawia zatem silnie rozwinięta mięśniówka w stosunku do wielkości narządu oraz rentgenologicznie obserwowane skurcze i perystaltyka (W e s t p h a l i S c h m i d t l e i n — pilokarpina). Ważnym czynnikiem przy wypełnianiu jest anatomo-topograficzny stosunek wyrostka robaczkowego do kątnicy. Anatomowie odróżniają 3 postacie: 1) Postać płodowa występuje podobno u dorosłych w 25% przypadków. Wyrostek odchodzi z dolnego bieguna kątnicy nakształł lejka. 2) Postać, kiedy dolny biegun kątnicy jest półkolisty, a od niego odchodzi cylindryczny wyrostek, wyraźnie odcinający się od kątnicy, oraz 3-cia postać, najczęstsza, powstająca wskutek silniejszego rozwoju bocznej i przedniej ściany kątnicy. Miejsce odejścia wyrostka robaczkowego przesuwają się skutkiem tego nieco ku górze, dośrodkowo i ku tyłowi, dolny biegun kątnicy tworzy dwa łuki. W tej postaci silniejsze wypełnienie kątnicy przy odpowiednim kącie odejścia wyrostka robaczkowego, np. w coecoptosis, może mechanicznie zamknąć światło zdrowego wyrostka, nie dając wypełnienia jego. Dopiero odpowiednia palpacja pod ekranem, tak zwana *radjopalpacja*, pozwala wprowadzić m. k. do wyrostka. Wreszcie czas wypełnienia wyrostka robaczkowego m. k. jest różny: waha się od 6—24 godzin od czasu spożycia papki barytowej.

Ponieważ czasem wyrostek szybko się opróżnia, możemy jego wypełnienie przeoczyć.

Celem uzyskania wypełnienia wyrostka robaczkowego, o ile istnieje któraś z wyżej wspomnianych trudności, i celem zachowania możliwie fizjologicznych warunków badania wypracowałem technikę badania, przy której otrzymuję wyniki równające się najlepszym podanym w literaturze.

W dniu poprzedzającym badanie zalecam wieczorem lawatywę. Badanie rozpoczynam rano naczczo, podając zwykłą zawiesinę barytu w kefirze i przeprowadzam normalne badanie żołądka. Następne badanie przeprowadzam po 4-ech do 5 godz., stwierdzam czynność ruchową żołądka, rozmieszczenie m. k. w jelicie cienkim i z chwilą zarysowania się kątnicy staram się przez odpowiednią radjopalpację całej okolicy kątnicy pobudzić perystaltykę kątnicy i wyrostka robaczkowego. Następne badanie ma miejsce 6 godz. oraz 8 i 10 godz. po posiłku barytowym.

Bardzo często już w czasie jednego z tych badań otrzymuję wypełniony wyrostek rob., obserwuję zachowanie się ostatniej pętli jelita cienkiego, położenie i ruchomość kątnicy i t. d. Dalsze badanie przeprowadzam po 24, 32, 48, 56 i 72 godz. po posiłku barytowym, czasem krócej lub dłużej aż do opróżnienia jelita grubego, co pozwala mi wyciągać wnioski o czynności samego wyrostka robaczkowego. Jeśli do 32 godz. po posiłku barytowym wyrostek nie zarysował się, podaję o 11-iej w nocy (4—5 godz. po ostatnim posiłku) porcję zawiesiny barytowej z dodatkiem soli karlsbadzkiej i badam po 10 g. (naczczo). Jeżeli wyrostek nie zarysował się wogóle, podaję jeszcze raz zawiesinę barytową w wodzie i badam po dalszych 4, 8, 10 i 24-ech godz. Od chwili zarysowania się wyrostka prześwietlam w dłuższych odstępach czasu, jak wyżej. W przypadkach, w których zależy na czasie, podaję badanemu na noc zawiesinę barytową z solą karlsbadzką (5 h. po ostatnim posiłku) tak, że rano mam już wypełnioną okolicę kątnicy, następnie przeprowadzam badanie zwykłe, a jeżeli do 10-ciu h. po śniadaniu kontr. nie mam obrazu wyrostka, podaję na noc trzecią porcję zawiesiny barytowej z solą karlsbadzką lub bez, zależnie od efektu pierwszej dawki. Dalsze badanie przeprowadzam jak wyżej. Przy zarysowaniu się wyrostka w tych przypadkach badanie nie trwa dłużej jak 48 godz. Odpowiednie obrazy utrwalam na filmie. Zdjęcia na papierze mają

wartość tylko dla ogólnej orientacji, a nie dla szczegółów. W niektórych przypadkach można otrzymać wypełnienie wyrostka robaczkowego przy pomocy wlewania kontrastowego, szczególnie zwiększając ciśnienie, jednak przypadkowość i trudności są tu znacznie większe.

Z chwilą wypełnienia światła wyrostka robaczkowego m. k., możemy go badać i określić odchylenia od normy. Długość prawidłowego wyrostka robaczkowego waha się od 5—10 cm., czasem jednak spotyka się wyrostki robaczkowe długości ponad 20 cm. Grubość wyrostka wynosi anatomicznie przeciętnie $\frac{1}{2}$ cm. Światło jednak jest znacznie węższe i często w czasie badania zmienne. Kształt wyrostka jest lejkowaty lub cylindryczny, ewent. zwęża się ku końcowi. Kontury są gładkie, a koniec półkolisty lub owalny. Wypełnienie przeważnie jednolite. Zdrowy wyrostek robaczkowy opróżnia się czasem wcześniej, czasem zaś równocześnie z kątnicą, lub nieznacznie później. Fizjologicznie światło wyrostka nie zarasta z wiekiem, a często w starszym wieku spotykana obliteracja jest raczej wyrazem pozostałości po przebytych stanach zapalnych, które może nie doszły nawet do świadomości danego osobnika. Wyrostek robaczkowy posiada ruchomość czynną, t. j. zmienia swe położenie samoistnie, i widzimy go w różnych fazach badania w rozmaitem ułożeniu, oraz bierną, t. j. możemy palpacyjnie zmienić jego ułożenie, przyczem wyrostek wolny od zrostów pozostanie w nowej po-



Rys. 1.
Wyrostek robaczkowy
u staruszki (73 lat).



Rys. 2.
Odosobnione zaleganie
m. k. w drugim
wyrostku.

zycji, przy obecności zrostów wróci do swego pierwotnego położenia z chwilą ustania działania naszej ręki.

Wykrycie zrostów wzgl. unieruchomienia wyrostka robaczkowego jest ważną domeną radjologii. Gdy zrosty unieruchomią wyrostek wzgl. go przemieszczą, np. pod wątrobę, chorzy skarżą się na bóle w nietypowym miejscu, w danym przypadku w okolicy wątroby. Lekarze badający chorego myślą wtedy raczej o schorzeniu woreczka żółciowego, lub o wrzodzie XII-cy, a dopiero badanie radiologiczne wyjaśnia, z czym się ma do czynienia. Zrost samego końca wyrostka robaczkowego zaznacza się szczególnie wyraźnie przy prześwietleniu; palpując widzi się wtedy ruchy wahadłowe wyrostka, a punkt stały jest często tkliwy na ucisk. Zrosty samego końca dają też obrazy napiętych cienkich wyrostków. Przy operacjach okazuje się wtedy często, że światło do miejsca zrostu nie jest tak wąskie a różnice te tłumaczą się wyciągnięciem wyrostka a może też zwiększeniem się napięcia mięśniowego.

Unieruchomienie wyrostka nazewnątrz od kątnicy jest bezwarunkowo patologiczne, podobnie jak ułożenie pozakątnicze. Kształt wyrostka robaczkowego unieruchomionego może być różny, znacznie ma tylko niezmiennność obrazu przez cały okres badania. Wyrostek prawidłowy może być nieruchomy, jeżeli leży zaotrzewnowo, lub gdy jest osadzony na bardzo krótkiej krezce. Są to rzadkie odmiany anatomiczne i rzadko tylko mogą stać się przyczyną omyłki



Rys. 3.
Wyrostek w ułożeniu pozakątniczem (zdjęcie tylne przednie).



Rys. 4.
Wyrostek w ułożeniu pozakątniczem (zdjęcie w II-gim skosie).

rozpoznawczej. Z drugiej strony zrosty z narządami ruchomymi, jak np. z jelitem biodrowym, mogą rentgenologicznie nie dać objawów unieruchomienia.

Obrazy wyrostków krótkich a równocześnie na końcu ostro ściętych, zazębionych lub rozszerzonych należą do grupy obrazów nieprawidłowych. Dowodzą one, że m. k. nie dochodzi do samego końca, a przyczyną może być zaleganie kału lub zamknięcie światła. Zamknięcie światła może być wywołane przez obrzęk błony śluzowej, blizny, kamyki kałowe oraz przez załamania spowodowane zrostami. Obrazy ostrych załamania przy wypełnionym wyrostku są wywołane projekcją, gdyż rzeczywiste ostre załamanie zamyka światło tak, że m. k. przejść nie może.

Zwężenie światła wyrostka robaczkowego, wywołane przez wyżej wspomniane zmiany, dają na obrazie rentgenologicznym nieregularne kontury jego cienia lub przerwy w wypełnieniu. I znowu muszę podnieść, że obrazy takie są wyrazem zmienionych wyrostków tylko wtedy, gdy się stale utrzymują, gdyż przerwy wypełnienia mogą być także wywołane przez domieszkę kału lub skurcze mięśniówki.

Zwężenie światła powoduje często zaleganie m. k. w części końcowej.

Ogólne zaleganie m. k. w wypełnionym wyrostku robaczkowym, oznaczone przez F r e n k l a jako *appendicostasis*, jest ważnym momentem rozpoznawczym. On sam uważa je za stan chorobowy *sui generis*, który może dawać objawy bólowe i za ważną przyczynę powstawania zapaleń wyrostka robaczkowego. Zaleganie takie m. k., choćby kilka godzin po opróżnieniu kątnicy, przy normalnej czynności jelita grubego, jest wyrazem zaburzeń choćby czynnościowych wyrostka wzgl. jego mięśniówki. Podanie środka czyszczącego upewnia nas w rozpoznaniu *appendikostazy*.

Dalszym ważnym momentem rozpoznawczym jest ustalenie stosunku punktu bolesności do cienia wyrostka. M a c i e j e w s k i żąda, aby rzut miejsca bolesności uciskowej w każdej pozycji tak stojącej, jak i leżącej, przypadał na cień wyrostka robaczkowego. Uważam to za bardzo słuszne, gdyż w stanach zapalnych narządów sąsiednich również otrzymamy ból uciskowy, ale nie w każdej pozycji będzie on rzutowany na cień wyrostka. Przypomnę przytem,

że schorzenie wyrostka może istnieć bez bólu uciskowego lub samoistnego.

Z objawów pośrednich, występujących zresztą w innych schorzeniach jamy brzusznej, najważniejszym jest przedłużenie czasu opróżnienia jelita cienkiego ponad 6—8 godzin przy normalnej czynności ruchowej żołądka; musimy wtedy wyłączyć w pierwszym rzędzie gruźlicę lub guz i wogóle przeszkody w niższych odcinkach przewodu pokarmowego. Znaczenie ma też *coecostasis*, polegająca na zaleganiu grudki barytowej w kątnicy, równocześnie z *appendikostasis*. Według *Gottheinera* i *Oppenheimera* przez przeprowadzenie leczenia wewnętrznego można oba stany usunąć. Jeśli uda się usunąć tylko stan pierwszy, autorzy ci uważają to za wskazanie do operacji. *Coecostasis* spotykamy też w zwykłym zaparciu stolca, opadnięciu kątnicy, megacoecum. Jeszcze mniej patognomiczne dla omawianej sprawy są żywsza peristaltyka żołądka i bolesność okolicy kątnicy bez danych radijskopiijnych.

Przy zastosowaniu odpowiedniej techniki badania, tylko znikoma ilość normalnych wyrostków nie wypełnia się. Naogół w przypadkach nie wypełnienia się musimy przyjąć poważne zmiany anatomiczne wyrostka robaczkowego, jak to wykazał *Czepa*, podnosi *Izraelski* i jak to stwierdziłem na moim materiale. W materiale moim prywatnym, wynoszącym 436 chorych, zbadanych w kierunku wyrostka robaczkowego, nie otrzymałem cienia wyrostka robaczkowego w 46, z tego było operowanych 12, przyczem zawsze znaleziono zamknięcie światła i daleko posunięte zmiany. W 8 przypadkach były zmiany kątnicy, z góry wyłączające możliwość wypełnienia się wyrostka robaczkowego, jak gruźlica lub nowotwór, raz megacoecum. O losie 24 przypadków nie otrzymałem wiadomości. W 32 przypadkach nie mogłem z różnych przyczyn przeprowadzić badania pełnego i rozpoznanie co do stanu wyrostka robaczkowego pozostało nieustalone.

W 358 przypadkach zarysowania się wyrostka robaczkowego u 146 chorych stwierdziłem normalne obrazy, u pozostałych 212 zmiany przemawiające za mniej lub więcej posuniętymi zmianami wyrostka robaczkowego lub tylko *appendikostasis*. Kontrolę operacyjną miałem 26 razy, z tego w 24 wypadkach potwierdziła ona w zupełności moje rozpoznanie. W jednym przypadku wyraż-

nych zmian makroskopowych nie stwierdzono, mimo zmian radiologicznych pod postacią kolbowato rozdętej części wyrostka, odosobnionego zalegania i upośledzonej ruchomości. Dolegliwości chorego zaś w krótkim czasie po zabiegu powróciły i jest podejrzenie, że sprawa ma tło swoiste.

W jednym przypadku nie stwierdzono zrostów pozapalnych, lecz wrodzone błony Jacksona, unieruchamiające wyrostek i wywołujące przemijające jego uwięznięcia z napadami bólówemi.

Rozpoznanie rentgenologiczne przewlekłego stanu zapalnego wyrostka robaczkowego nawet zrostów nie jest równoznaczne ze wskazaniem do zabiegu. Jeden taki przypadek dotyczy mężczyzny lat 25, u którego obok *appendicitis chron.*, stwierdziłem *gastro-duodenocolitis* i włókniste zmiany swoiste w płucach. Po odpowiednim leczeniu klimatycznym, dietetycznym i zastosowaniu diatermji na okolicę kątnicy i wyrostka robaczkowego, wszystkie objawy ustąpiły i badany czuje się od 3 lat zupełnie dobrze.

Na zasadzie powyższych wywodów należy wyprowadzić wnioski następujące: Badanie radiologiczne samo przez się nie jest i nie może być jedynym sposobem rozpoznawania przewlekłych zmian zapalnych i ich następstw w wyrostku robaczkowym i jego otoczenia. Jest ono natomiast metodą pomocniczą, która w ramach ogólnego rozumowania klinicznego musi oddać ogromne usługi w rozpoznaniu i ewent. wskazaniu do operacji, jakoteż w rozpoznaniu różnicowem dla wyłączenia lub ustalenia schorzeń innych części przewodu pokarmowego, jak żołądka, XII-cy, kątnicy i t. p. niedostępnych często dla innych metod badania klinicznego.

1) Wypełnienie wyrostka otrzymujemy prawie w każdym przypadku braku zmian i w dużym odsetku zmienionych wyrostków.

2) Badanie bezpośrednio wypełnionego wyrostka robaczkowego wykazuje nam jego położenie, kształt światła, czas opróżniania i ruchomość.

3) Jeżeli nawet odchylenia pojedynczych objawów radiologicznych mogą wystąpić w stanach fizjologicznych, to jednak suma odchyień od normy, przy uwzględnieniu ewent. objawów pośrednich, wraz z krytyczną oceną obrazów radiologicznych posiada duże znaczenie.

4) Dla lokalizacji wyrostka robaczkowego przed operacją jest badanie radiologiczne samo przez się pełnowartościowe.

Posiedzenia Pol. Tow. Gastrologicznego.

Uzupełnienie dyskusji w sprawie pokazu: „Ostra niedrożność jelit na tle wodonercza“. (Patrz „Gastr. Pol.“ Nr. 1 r. 1935 str. 22).

L u b e l s k i. W związku z pokazem przedstawiam szemat przyczyn ostrej niedrożności jelit, podany przez chirurgów francuskich ¹⁾.

Przyczyny ostrej niedrożności jelit.

A. Niedrożność spowodu obcych ciał w zawartości jelit:

1) Ciała patologiczne, wewnątrzpochodne — kamienie żółciowe, kałowe. Zewnątrzpochodne — pasorzyty. 2) Ciała obce (spożywcze lub przypadkowe).

B. Niedrożność spowodu ucisku: 1) Ucisk obszerny: guzy zewnątrzkiškowe: guz macicy, jajnika, nerki.

2) Ucisk ograniczony: zrost, patologiczne wiązadło, powrózek zapalny, otwór normalny, patologiczny.

C. Niedrożność spowodu stanu napięcia (tonus) mięśni ścian jelit: 1) Niedrożność skurczowa. 2) Niedrożność porażna.

D. Niedrożność spowodu zmian w ścianie jelita: 1) Guzy ścian: Dobrotliwe (tłuszczak, włókniak, torbiel). Złośliwe (nabłoniak, mięsak). 2) Nienormalna pozycja pętli kišzek: Podłużna (wgłobienie). Poprzeczna (skręt).

E. Niedrożność spowodu zmian unaczynienia i unerwienia:

1) Przyczyny naczyniowe (zawał, — zakrzep). 2) Przyczyny nerwowe — niedrożność odruchowa.

L u b e l s k i zaznacza, że przedstawiony szemat obejmuje wszystkie przyczyny, wywołujące ostrą niedrożność jelit — przyczyny mechaniczne (patrz rubryki A. B. D.) i przyczyny dynamiczne (patrz rubrykę C i rubrykę E — niedrożność odruchowa). Schemat ten jest szczegółowym wykazem dwóch omówionych zasad-

¹⁾ A. G. Guillaume. Les occlusions aiguës et subaiguës de l'intestin.

nicznych grup, wywołujących ostrą niedrożność jelit (monografja A. G. Guillaume'a).

Wskazania do natychmiastowego zabiegu w omówionym przypadku niedrożności, mojem zdaniem, były bezwzględne. Aczkolwiek chory po wysokich wlewaniach trochę się poprawił, i odeszło, trochę gazów i stolca, ale w nocy tegoż dnia stan chorego znacznie się pogorszył: wystąpiły znowu silne bóle brzucha i wymioty; brzuch był wzdęty, tętno szybkie, ledwo macalne. Na dalsze badania w kierunku schorzenia nerek nie było czasu (np. prześwietlenie, czynność wydzielnicza) wobec wyraźnych objawów ostrej niedrożności jelit i błędem byłoby zwlekanie z zabiegiem. Przy operacji stwierdzono, że przyczyną niedrożności był ucisk torbieli nerki na poprzecznicę i zstępicę, które w kształcie obręczy obejmowały torbiel wielkości głowy dorosłego człowieka. Odnośnie do etiologii powstałej torbieli, to aczkolwiek chory z całą stanowczością twierdzi (chory jest inteligentem, tłumaczem w biurze patentowem), że zachorował dopiero przed czterema dniami, ale przypuszczać należy, że wodonercze istniało już oddawna, ale nie dawało się we znaki choremu. Jakaś bliżej nieznaną nam przyczyna wstrzymała zupełnie odpływ moczu z nerki, która w przeciągu ostatnich dni znacznie się powiększyła i uciskiem swym na grube jelito wywołała niedrożność.

B.) Uzupełnienie dyskusji w sprawie odczytu D-ra Rudzkiego St. „Gruźlica a narządy trawienia”. (Patrz. „Gastr. Pol.” Nr. 1 r. 1935 str. 24).

L u b e l s k i. Pragnę wypowiedzieć parę uwag w sprawie chirurgicznego leczenia niektórych schorzeń gruźliczych przewodu pokarmowego.

Gruźlica kątncy, forma przerostowa, tak zwana tuberculoma coeci, bezwzględnie podlega wówczas zabiegowi, kiedy wywołuje niedrożność jelit (bóle, zatrzymanie wypróżnień, wzdęcie brzucha). W innych przypadkach wykonywamy zabieg, kiedy widzimy bezowocność leczenia klimatycznego i leczenia światłem (Rentgen, lampa kwarcowa). Odnośnie do techniki samego zabiegu trzymamy się zasady, że u chorych bardzo osłabionych i wyniszczonych wykonywamy narazie tylko zespolenie jelita krętego z poprzecznicą, jako zabieg krótkotrwały, mniejszy i mniej dla chorego niebezpieczny.

O ile stan chorego po tym zabiegu poprawia się, a guz pod wpływem leczenia (lampa kwarcowa, prom. Rentgena) zmniejsza się, porzucamy na tym zabiegu. W moich przypadkach po takich zespoleniach widziałem bardzo dobre wyniki. Zdaniem Kochera takie zespolenie w gruźlicy kątnicy może dać zupełne wyleczenie (przypadek sekcyjny).

Rozpoznanie gruźlicy kątnicy nie jest łatwe. Niekiedy nawet podczas zabiegu, mając guz przed sobą, nie jesteśmy w stanie z całą pewnością wypowiedzieć się odnośnie do charakteru guza: gruźlica, czy nowotwór, resp. rak? Gruźelki wielkości łebka od szpilki, rozsiane na ścianie otrzewnej i na jelitach w kilku moich przypadkach upewniły mnie podczas zabiegu, że mam przed sobą guz kątnicy pochodzenia gruźliczego.

Kiedy jednak po zespoleniu jelita krętego z poprzecznicą gruźlicy guz kątnicy nie zmniejsza się, i pomimo leczenia (Rentgen, lampa kwarcowa), stan chorego nie poprawia się, wykonywamy wycięcie kątnicy, jako drugi akt operacji.

Wobec uprzednio dokonanego zespolenia ten drugi akt operacji jest też zabiegiem, zajmującym mniej czasu. Jednocześnie wykonywamy wycięcie gruźliczego guza kątnicy, jeśli ogólny stan chorego na to pozwala.

W przypadkach gruźlicy otrzewnej poglądy na leczenie zmieniły się od lat kilkunastu. Dawniej przypadki gruźlicy otrzewnej (przeważnie u dzieci) z puchliną wodną brzucha, bólami chętnie poddawano zabiegom: otwierano jamę brzucha, wypuszczano płyn i po przecięciu zrostów zapalnych między jelitami ścianę brzucha zaszywano. Dobre wyniki otrzymane po takim zabiegu przypisywano bezpośrednim wpływom światła i powietrza na chorą otrzewną. Obecnie przypadki gruźlicy otrzewnej leczymy przeważnie zachowawczo naświetlaniem ściany brzucha promieniami Roentgena, lampą kwarcową; kierujemy takich chorych prócz tego do leczenia klimatycznego.

Gruźlicze gruczoły pozaotrzewnowe, macalne przez ścianę białucha, zasadniczo leczymy zachowawczo: leczenie klimatyczne, naświetlania prom. R. i lampą kwarcową.

Gruźlicze przetoki przyodbytnicze wówczas operujemy, jeśli możemy jednocześnie usunąć przyczynę, która dała zimny ropień przyodbytniczy, a później przetokę. Dlatego w każdym przypadku

przetoki odbytniczej wykonywamy zdjęcia Rentgenowskie kości ogonowej, krzyżowej i kości miednicy. Gruźlica tych kości może wytworzyć ropień opadowy przyodbytniczy. W przypadkach, kiedy zdjęcia Rentgenowskie wykazują gruźlicę kości ogonowej, usuwamy jednocześnie z przetoką kość ogonową. W przypadkach, kiedy miejsce, wytwarzające ropień opadowy przyodbytniczy, a później przetokę, dla zabiegu jest niedostępne, lub przyczyna, wytwarzająca przetokę gruźliczą, nie jest nam znana, wycięcie przetoki gruźliczej przyodbytniczej nie dawało nam wyleczenia, i obecnie takie przetoki gruźlicze leczymy zachowawczo naświetlaniem lampą kwarcową, słońcem i nasiadówkami.

Posiedzenie

dnia 16 stycznia 1935 r.

Obecnych 76 osób, Przewodniczy W e j n e r t.

Orzech i Chanarin demonstrują przypadek megabulbus o niezwykłych rozmiarach.

W dyskusji zabierali głos prof. Radliński i Mész.

J. Nusbäum przedstawia przypadek omyłki rozpoznawczej rentgenowskiej.

S. G., lat 51, kierownik kablowni w Zakładach Skody, zgłosił się 12. 9. 1934 r., skarżąc się, iż od 6 tygodni miewa bóle kurczowe w okolicy pępka i w lewym podżebrzu; ścisłego związku z czasem przyjmowania ani z rodzajem pokarmów nie zauważył, podaje jednak, że bóle występują codziennie mniej więcej o tej samej porze, początkowo około 6—7 wieczorem i trwają 1—2—3 godziny, ostatnio w nocy (obiad jada około 5-ej popołudniu). Bóle mają charakter kurczowy; nie występują nagle, ustępują również powoli. Miewa odbijania puste i niesmak w ustach. Nudności ani wymiotów nie miewa. Apetyt stracił; wstrętu do potraw mięsnych nie odczuwa. Stolce od 6-ciu tygodni zaparte; dotąd miał codziennie, normalne. W ciągu tego krótkiego czasu stracił na wadze 7 klgr. Bardzo osłabł.

Kaszle, nie pluje. Dolegliwości sercowych obecnie nie miewa. Przed 3 laty atak duszniczy bolesnej. Zaburzeń przy oddawaniu moczu nie ma.

Ze względu na wiek chorego, krótki okres choroby, znaczne go stopnia osłabienie i wychudzenie podejrzewałem u pacjenta nowotwór i skierowałem go najpierw do prześwietlenia przewodu pokarmowego. Badanie to wykazało na krzywiźnie małej w pobliżu odźwiernika zmiany charakterystyczne dla ca. ventriculi.

W celu uzupełnienia badań poleciłem zbadanie kału: próby na krew utajoną wypadły ujemnie.

Badanie zawartości żołądkowej: naczczo wydobyłem kilkanaście cm³ płynnej zawartości o zapachu kwaśnym, z nieznaczną domieszką śluzu, bez resztek pokarmowych. L—60, A—70. Próba benzydynamowa — ujemna. Po próbnym śniadaniu L—30, A—46. Mikroskopowo: skrobia, nieliczne leukocyty, pasemka śluzu, detritus. Odczyn Wassermanna — ujemny. Jak widzimy, badania laboratoryjne nie tylko nie potwierdzały wyniku rentgenowskiego, lecz do pewnego stopnia rozpoznanie nowotworu żołądka obalały.

Postanowiłem chorego jeszcze raz prześwietlić i tym razem inny rentgenolog, nie stwierdził poza hipertonią żołądka — żadnych zmian. Chorego potraktowałem jako pacjenta z owrzodzeniem żołądka, zaleciłem pozostanie w łóżku i kurację przeciwwrzodową.

Po 4 tygodniach pacjent stracił bóle — apetyt się poprawił; chory przybrał na wadze.

W dyskusji zabierali głos: R ó b i n, M e s z, W e j n e r t, E l e k t o r o w i c z i J. N u s b a u m.

R ó b i n demonstruje łącznie z K r y ń s k i m i M e s z e m przypadek niezłośliwego nowotworu żołądka.

Pana R. A., dziś lat 33, znam od 11 lat. W r. 1924 zwrócił się do mnie powodu sprawy jelitowej — Colitis chr. recidivans. Obserwowałem chorego około 2 lat i w tym okresie żadnych zaburzeń ściśle żołądkowych nie było. Z wywiadów pragnąłbym tylko podkreślić życie restauracyjne, które chory prowadził, — co przyczynić się mogło do nawrotów sprawy jelitowej.

1. 6. 34. nagle, w pełni dobrego samopoczucia, podczas chwilowej bytności w Łodzi, wystąpiły czarne wypróżnienia. Krwawienie było obfite. Pomimo absolutnej głodówki i energicznych leków, zastosowanych przez gastrologa łódzkiego D-ra Margolisa, krwawienie ustępowało w tempie powolnym. Próba na krew utajoną

w kale wypadła stale dodatnio, małokrwistość rosła, siły wyczerpywały się. Widziałem chorego w tym okresie w Łodzi i stwierdziłem niezwykłą uporczywość krwawienia. Chory leżał 2 miesiące.

Po powrocie do Warszawy przeprowadzone zostało przez kol. Kryńskiego badanie rentgenologiczne. Wasserman ujemny. Badanie krwi w tym okresie, t. j. w 3 miesiące od początku choroby, wykazało 58% Hb. przy 4.300.000 erytrocytów.

W międzyczasie widział chorego także kol. Jerzy Glass.

Epikryza: Chory był operowany w Wiedniu i guz przy bad. histolog. okazał się włókniakotłuszczakiem żołądka z owrzodzeniem na dnie. Jest to, jak wiadomo, b. rzadka postać nowotworów dobrotliwych żołądka. Z nowotworów dobrotliwych żołądka znamy mięśniaki, gruczolaki, włóknaki, tłuszczaki i polipy. Specjalnie rzadkie są właśnie fibromaty i lipomaty (Calzavara, Konjetzny, Tigler, Bircher, Krüger). Nasz przypadek należy zatem do unikatów w literaturze (6-y lub 7-y przyp.).

Chodziłoby teraz o wyjaśnienie, czy krwotok pochodził z samego guza, czy też z owrzodzenia na dnie guza. Wiemy, że guzy dobrotliwe mogą wywoływać krwawienia, zwłaszcza polipy. W naszym przyp. należy raczej przypuścić, że krwotok był następstwem owrzodzenia na guzie i że guz ten mógł u chorego istnieć cały szereg lat, nie wywołując żadnych objawów klinicznych.

Tak, czy inaczej, wskazanie do zabiegu było bezwzględne.

W dyskusji zabierali głos: J. Glass, Mész, Prof. Strauss, J. Nusbaum, Prof. Radliński, Elektorowicz.

Prof. Strauss z Berlina wygłosił odczyt p. t. „Sigmoiditis et perisigmoiditis“ (wydrukowany w Gastr. Polsk.).

Posiedzenie

dnia 20 marca 1935 r.

odbyło się w Klinice Chirurgicznej prof. Radlińskiego. Obecnych 68 osób, przewodniczący Wejnert. Posiedzenie wypełnione zostało pokazami, dostarczonemi przez klinikę:

1. Dolichocolon.
2. Wrzód żołądka z niszą (żołądek dwudzielnny).
3. Wrzód dwunastnicy (wycięcie żołądka wyłączające).

4. Uchyłek przelyku z rakiem u wejścia do krtani.
5. Rak kątnicy.
6. Promienica kątnicy.
7. Przypadek splenomegalji.
8. Niedrożność jelit.
9. Przepuklina uwięziona.
10. Guz esicy (wyłonienie).
11. Z dziedziny powikłań po wycięciu odbytnicy.

Posiedzenie

dnia 24 kwietnia 1935 r.

Obecnych 54. Przewodniczy Wejnert.

Reichert przedstawia przypadek wieloletniej przetoki pęcherzyka żółciowego.

W dyskusji P. Goldstein stwierdza, że przetoki samoistne pęcherzyka żółciowego, jako skutek pęknięcia ropnia woreczka żółciowego nazewnątrz, nie należą do rzadkości. Nieraz przetoka otwiera się w miejscu dość odległym, na przykład w pępku lub nawet, jak to miał możliwość demonstrowania w Tow. Gastrologicznem, na zewnętrznej powierzchni uda prawego.

Z otworu tego wydzielają się kamienie i żółć.

Powstanie przetoki tłumaczymy sobie w sposób prosty: cholecystitis purulenta, pericholecystitis purulenta, przyrośnięcie woreczka żółciowego do przedniej ściany brzucha, wytworzenie się ropnia w powłokach brzusznych i wreszcie pęknięcie tego ropnia nazewnątrz.

B. Kryński uważa przedstawione zdjęcia rentgenowskie za niedostateczne, a twierdzenie, że przetoka nie daje się wypełnić wskutek wysokiego ciśnienia, jest, według Kryńskiego, niezrozumiałe.

Według Mészara, przetoki, zarówno żółciowe, jak i trzustkowe, goją się dobrze po naświetlaniu promieniami Rentgena: ilość płynu stopniowo się zmniejsza i przetoka zarasta.

Prof. Radliński uważa za wskazane leczenie operacyjne. Należy usunąć torbę worka żółciowego, zachowującego się jak wodniak woreczka przy zamkniętym przewodzie woreczkowym.

Odpowiedział kol. Reichert.

Kol. K e n i g s b e r g demonstruje przypadek zaburzeń jelitowych, spowodowanych przez ameby tropikalne.

R o b i n zastanawia się, czy należy nosicieli ameb uważać za chorych i niebezpiecznych dla otoczenia oraz czy należy w takich razach stosować emetynę, stovarsol i t. p.

F r e y d stwierdza, że przed wojną czerwonka pełzakowa była chorobą b. groźną: śmiertelność dochodziła do 38% (Indochiny). Po wprowadzeniu do leczenia emetyny i arsenu śmiertelność spadła do 2%. W krajach subtropikalnych stwierdzono nosicieli — 5% ogółu ludności. W krajach tropikalnych 10—30%.

Obserwowano następujące powikłania i następstwa: zgorzel, krwotoki, zwężenia кишки grubej, ropień wątroby, ropień płuc, zapalenie oskrzeli i odoskrzelowe płuc, ropień mózgu i ropień podokostnowy.

Momentami ważnemi do rozpoznania są: 1) obecność ciałek kwasochłonnych w kale, 2) zasadowość stolców i 3) wielka bolesność przy wprowadzaniu ciał obcych do odbytnicy (kanka, rektoskop itp.). Jeśli chodzi o leczenie, to w pierwszych 2-ch tygodniach działa specyficznie emetyna — minimum 0,08 pro die (podskórnie). Chory winien podczas leczenia pozostawać w łóżku. Podajemy przytem choremu $\frac{1}{2}$ litra mocnej kawy. Emetyna kumuluje się w organizmie, pozatem może powodować omdlenia, zapaści i zapalenie nerwów.

W przypadkach starszych, gdy znajdujemy już cysty, leczenie emetyną jest bezcelowe. Jedynym wówczas skutecznym środkiem jest arsen pięcio- i trójwartościowy.

J. K r y ń s k i demonstruje przypadek włókniaka żołądka.

Prof. Z. R a d l i ń s k i wygłosił odczyt pod tyt.: „Epiplöitis“ (drukow. w *Gastrol. Polskiej*).

P o s i e d z e n i e
dnia 5 czerwca 1935 r.

Obecnych 60.

Posiedzenie zagał Prezes Tow., dr. Br. W e j n e r t, żalobnem przemówieniem ku czci zmarłego Marszałka Polski J ó z e f a P i ł s u d s k i e g o, które obecni wysłuchali stojąc.

Szper-i Mesz. przedstawiają przypadek z dziedziny powikłań po zespoleniu żołądkowo-jelitowym.

Zdaniem Goldsteina, znaczne rozszerzenie pętli doprowadzającej, które wytworzyło jakgdyby wielką banię, zostało wywołane przewężeniem tej pętli przez brzeg krezki poprzeczniczy. Natomiast żołądek opróżniał się względnie dobrze przez otwór zespoleniowy, co potwierdzają zdjęcia rentgenowskie. W tej wielkiej banie zastoinowej było bardzo mało masy kontrastowej, która opuszczała żołądek z pewnym opóźnieniem i przechodziła do pętli doprowadzającej.

Według Kohana, opisana bania, która wytworzyła się z doprowadzającej pętli, mogłaby powstać jedynie wówczas, gdyby przy pierwszej operacji zostało założone również zespolenie Brauna. Byłby to przypadek wyłączenia się pętli z krążenia pokarmowego.

W dyskusji zabierali jeszcze głos Zaorski i Mesz. Odpowiadał Szper.

Kol. Glass przedstawia przypadek przepukliny przeponowej.

Kol. Schlager przypomina, że przed kilku laty demonstrował podobny przypadek przepukliny. Chora nasutek uporczywych wymiotów była bardzo wyczerpana. Poprawa nastąpiła po masażu brzuszny. Chora do dziś czuje się zupełnie dobrze.

Kohan demonstruje przypadek choroby Hirschsprunga, w którym dokonano colectomji dwuczasewej. Rentgenogramy pokazał kol. Mesz.

Br. Sabat wygłosił odczyt p. t. „Radiokinografja i jej zastosowanie w gastrologji“.

Posiedzenie

dnia 16 października 1935.r.

Br. Wejnert wygłosił sprawozdanie z I Zjazdu Międzynarodowego Gastroenterologów w Brukseli. (Wydruk. w Gastrolog. Polskiej)!

M. Reichert podał sprawozdanie ze Zjazdu w Karlsbadzie (wydruk. w Gastrologji Polskiej).

J. Nusbaum demonstruje przypadek gruźlicy kątnicy.

Niewiadomski stoi na stanowisku, że w przypadkach ograniczonych zmian gruźliczych jelit, a w szczególności guza gruźliczego kątnicy, należy wykonać zabieg doszczętny wycięcia jelita. Podaje przypadek podobny do przypadku kol. Nusbauma; chory po operacji, wykonanej przed kilku miesiącami, czuje się zupełnie dobrze.

Według Goldsteina, należałoby sprawdzić, czy w przypadku kol. Nusbauma chirurdzy uważali operację za niemożliwą ze względu na stan ogólny chorego, czy też z przyczyn zasadniczych.

Z tem ostatniem stanowiskiem G. się nie zgadza. Ograniczoną gruźlicę kątnicy, t. zw. tuberculoma coeci, o ile guz jest ruchomy, usuwa się doszczętnie zwykle z wynikiem pomyślnym. Jeżeli sprawa gruźlicza objęła już tkanki otaczające i guz jest nieruchomy, to raczej nie należy porywać się na usunięcie doszczętne, a zadowolić się zespoleniem (ileo-transversostomia). Operacja ta daje znaczną, nieraz długotrwałą poprawę. Głos zabierał jeszcze L. Justman. Odpowiadał kol. J. Nusbaum.

W II-giej części posiedzenia odbyło się Walne Zebranie roczne. Przewodniczy P. Goldstein. Sekretarz Tow. J. Nusbaum złożył sprawozdanie następujące:

W roku sprawozdawczym odbyło się 7 (siedem) posiedzeń naukowych, na których wygłoszone zostały następujące referaty:

1. A. Braude-Heller. — O krwawieniach z przewodu pokarmowego u dzieci.

2. Prof. Hermann Strauss z Berlina. — Sigmoiditis et perisigmoiditis.

3. Prof. Radliński Z. — Epiploitis.

4. Br. Sabat. — Radjokinografja i jej zastosowanie w gastrologji.

Pozatem porządek dzienny wypełniło 35 następujących pokazów: 2 przypadki krwawień z przewodu pokarmowego u niemowląt, 2 przypadki krwawień z przewodu pokarmowego u dzieci

starszych, pokazy anatomopatologiczne i pokazy rentgenowskie, dotyczące tych schorzeń — rak odbytnicy, pęknięcie torbieli ciała żółtego o niezwykłym przebiegu, pokazy chorych, operowanych spowodu opuszczenia żołądka, rak wyrostka robaczkowego, dwa przypadki wycięcia esicy, pokaz preparatów z dziedziny chirurgji dróg żółciowych, przypadek choroby Hirschsprunga, przypadek wgłobienia jelita cienkiego, megabulbus o niezwykłych rozmiarach, omyłka rozpoznawcza rentgenowska, b. rzadki przypadek samostnego rozszerzenia przełyku, przypadek dobrotliwego guza żołądka, dolichocolon, wrzód żołądka z niszą, wrzód dwunastnicy, uchyłek dwunastnicy, uchyłek przełyku z rakiem u wejścia do krtań, rak kątnicy, przypadek splenomegalji, promienica kątnicy, przypadek niedrożności jelit, przepuklina uwięziona, guz esicy, przypadek dotyczący powikłań po wycięciu odbytnicy, przypadek wieloletniej przetoki pęch. żółc., przypadek zaburzeń jelitowych, spowodowanych przez ameby tropikalne, włókniak żołądka (pokaz rentgenogramów), przypadek przepukliny przeponowej, przyczynek do powikłań po zespoleniu żołądkowo-jelitowem i wreszcie o colectomji dwuczasewej w przypadku choroby Hirschsprunga.

Podczas okresu sprawozdawczego Zarząd odbył 6 posiedzeń bądź w pełnym składzie, bądź to Prezydjum dla załatwienia spraw bieżących i ułożenia programu posiedzeń.

Na I posiedzeniu Zarząd ukonstytuował się, jak następuje: Prezes — Dr. Br. Wejnert, Wice-Prezesi: Prof. Z. Radliński i Dr. W. Róbin, Sekretarz Dr. Józef Nusbaum, Skarbnik Dr. B. Kryński.

Członkowie Zarządu: Dr. Fr. Niewiadomski, Dr. St. Frank, Dr. Dolkart i Dr. Józef Czarkowski.

Nazewnątrz Polskie Tow. Gastrologiczne brało żywy udział w pracach organizacyjnych i propagandowych I Międzynarodowego Zjazdu Gastrologicznego w Brukselli.

Po złożeniu przez Skarbnika Sprawozdania kasowego i po odczytaniu protokołu Komisji Rewizyjnej, uchwalono absolutorjum dla Zarządu.

Ustępujący członkowie Zarządu wybrani byli ponownie.

O c e n a.

Podręcznik „Choroby wewnętrzne w zarysie“, opracowany przez Prof. D-ra S. Bronowskiego, Prof. D-ra L. Karwackiego, D-ra M. Millera, D-ra S. Rudzkiego, D-ra B. Wejnerta.

D-rowi Millerowi mamy do zawdzięczenia ukazanie się nowej wartościowej pracy, w postaci podręcznika chorób wewnętrznych. Już sam tytuł podręcznika, choroby wewnętrzne w zarysie, wskazywałby na ujęcie tematu syntetyczne z przeznaczeniem raczej dla lekarzy praktyków, niż klinicystów, czego zresztą redaktor naczelny podręcznika w przedmowie swej nie omieszkął podkreślić, polecając go zwłaszcza młodym lekarzom i słuchaczom medycyny.

Podręcznik powyższy opracowany został przez grono lekarzy, dających gwarancję wyczerpującego i krytycznego opracowania rozległego materiału. Prof. Bronowski ze znaną sumiennością i drobiazgowością opisał odpowiedzialny rozdział metodyki badania klinicznego; Dr. B. Wejnert, jeden ze znanych gastrologów, opracował cały przewód pokarmowy wraz z narządami, stojącymi w związku z procesem trawienia. Prof. Karwacki dał jasny i wyrazisty obraz chorób krwi; znany ftyzjolog Dr. S. Rudzki potrafił na kilkudziesięciu stronicach dać przejrzysty pogląd na gruźlicę poszczególnych narządów. Całość wyrównał i zakończył działem o chorobach zawodowych Dr. Miller — redaktor podręcznika.

Mimo rozległości materiału, ujęto go w sposób rzeczowy na 900 stronach druku, podając w treściwym wykładzie dokładny obraz dzisiejszego stanu medycyny wewnętrznej. Ujęcie tematu wszechstronne i ciekawe, a uzupełnienie każdego z działów etjologią, patogenezą i anatomją patologiczną poszczególnych jednostek chorobowych, daje czytelnikowi całkowity obraz omawianego zagadnienia. Na szczególne jednak podkreślenie zasługuje jednoli-

tość i zgodność w opracowaniu poszczególnych działów książki, dzięki czemu nie robi ona wrażenia pracy zbiorowej, lecz jednolicie opracowanego tematu, co, jak wiadomo, jest bardzo trudne do osiągnięcia w pracach tego rodzaju. Estetyczne wydanie uzupełnia 76 rycin i tablic kolorowych, co przy dobrym papierze oraz wyraźnym i czytelnym druku sprawia bardzo dodatnie wrażenie.

Dr. Med. *Al. Maciejewski.*

Wiadomości różne.

W dniach 16—18 września 1937 r. odbędzie się w Vichy Międzynarodowy Kongres w sprawie niedomogi czynnościowej wątroby.

Przewodniczący honorowi: Prof. Dr. Von Bergmann — Berlin, Prof. Dr. Carnot — Paryż, Prof. Dr. M. Castex — Buenos-Aires, Prof. Dr. Dustin — Bruksela, Prof. Dr. W. Langdon Brown — Londyn, Prof. Dr. G. Maranon — Madryt, Prof. Dr. Marchoux — Paryż, Prof. Dr. W. Orłowski — Warszawa, Prof. Dr. Pende — Rzym, Prof. Dr. G. H. Whipple — Rochester (New York).

Przewodniczący: Prof. Dr. M. Loeper — Paryż.

Zastępcy przewodniczącego: Prof. Dr. Cade — Lyon, Prof. Dr. Giraud — Montpellier, Prof. Dr. Merklen — Strasburg, Prof. Dr. Olmer — Marsylja.

Sekretarz generalny: Dr. J. Aimard.

Prace kongresu podzielone zostaną między dwie sekcje:

Sekcję teoretyczno-poznawczą: pod przewodnictwem Prof. Dr. N. Fiessinger'a, Profesora Patologii Doświadczalnej i Porównawczej Uniwersytetu Paryskiego.

Sekcję terapeutyczną: pod przewodnictwem Prof. Dr. Mauriac'a, Dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Bordeaux.

Jednocześnie przypominamy, że kongres w Vichy poprzedzony zostanie przez Międzynarodowy Kongres Lekarski, poświęcony schorzeniom żołądkowo-jelitowym, który odbędzie się w Paryżu w dn. od 13 do 15 września 1937 r.

Komitet Organizacyjny Lekarskich Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku-Cieplicy zawiadamia, że IX Lekarski Kurs

Wakacyjny w Ciechocinku - Cieplicy odbędzie się w dn. 4, 5, 6 września roku bieżącego.

Szczegółowy program Zjazdu będzie rozesłany w swoim czasie wszystkim Szanownym Koleżankom i Kolegom.

Międzynarodowe Towarzystwo Gastro-enterologiczne w Brukselli zawiadamia, iż składka członkowska została obniżona do wysokości 350 fr. belg. (za każde 3 lata).

W dniach 20—26 września 1936 r. odbędzie się w Brukselli II Międzynarodowy Zjazd Przeciwrakowy. Zgłaszać można prace z dziedziny biologii raków, diagnostyki, leczenia, statystyki i walki społecznej z rakiem. Wszelkie bliższe informacje w sprawie tego Zjazdu u kol. Wejnerta (Warszawa, Marszałk. 73).

Zarząd Pol. Tow. Gastrologicznego na rok bieżący ukonstytuował się następująco: Prezes — Wejnert, wice-prezysi: — prof. Radliński i W. Róbin. Skarbnik — B. Kryński, Sekretarz — J. Nusbaum. Członkowie Zarządu: I. Czarkowski, Frank, Niewiadomski, Dolkart.

Redakcja otrzymała: Dr. L. Justman — Schorzenia układu trawiennego. Dr. M. Blassberg — Wadliwe zapisywanie recept. Journal Belge de Gastro-Enterologie N.N. 2—10 — 1935. Centralny Med. Żurnał N.N. 7—10.
