

# GAZETA LEKARSKA

**T R E S C.** I. JÓZEF PO CZOBUT. O działaniu laktobacyliny w chorobach żołądka i kiszek. Str. 333. II. S. GAŁECKI i T. BUDZYŃSKI. O działaniu lecniczem „IK“ C. SPENGLER'a w gruźlicy płucnej. (C. d.). Str. 341. *Streszczenie zbiorowe.* FR. K. Teorya samozatrucia kiszkiwego (t. zw. „*combismus*“). Str. 344. *Dział sprawozdawczy.* 56. WALTER WOLFF. O powstawaniu i leczeniu wrzodu żołądka. Str. 348. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Sekcyja gastrologiczna. Posiedzenie 19-go stycznia 1910 r. Str. 352. *Wiadomości bieżące.* Ogłoszenia.

## I. O działaniu laktobacyliny w chorobach żołądka i kiszek.

Napisał

Dr Józef Poczobut

[Łuck na Wołyniu].

Wśród przetworów mlecznych, stosowanych w medycynie na Wołyniu, najstarszym był kumys, przeniesiony ze wschodnich stepów Rosyi. Wyrób tego napoju prowadzi się dotąd w najstarszej stacyi klimatycznej Wołynia—Sławucie i w mniejszych rozmiarach w ciągu ostatnich kilku lat w Klewaniu [zakład dra BALIŃSKIEGO]. Po kumysie zjawił się kefir [25 lat temu], który przedostał się do nas z Kaukazu *via* Kijów. Kefir pomimo łatwości i dostępności w przyrządzaniu nie cieszył się długo powodzeniem, zapewne dlatego, że miał być w one czasy specyfikiem odżywczym dla chorych gruźliczych. Każdy suchotnik bez względu na stan trawienia pił kefir, oczekując rychłej poprawy od trapiącej go niemocy. Rezultat ostateczny—rozczarowanie, i gdy Warszawa zaczęła go rozpowszechniać, u nas poszedł w zapomnienie. Nakoniec dwa lata temu Bułgaria obdarzyła nas mlekiem bułgarskiem, znanem w tym kraju pod nazwą „*yoghourt*“, a które według MIECZNIKOWA ma zapewniać spożywcom jego długowieczność. Przyszło ono do nas w postaci laktobacyliny naprzód z Paryża, a potem z pracowni dra KARWACKIEGO w Warszawie.

Zacznyn mleczny czyli laktobacylina MIECZNIKOWA, jak wiadomo, jest hodowlą laseczników kwasu mlecznego (*Bacillus bulgaricus*) bez domieszki drożdży, pierwowzór bowiem mleka bułgarskiego ma zawierać jeszcze obok kwasu mlecznego i produkty fermentacji ubocznych, np. kwasu masłowego, który szkodliwie wpływa na ustrój.

Zacznyn służy do przygotowania mleka kwaśnego, kto zaś nie lubi lub nie znosi go, może spożywać zacznyn w postaci proszku lub kołaczyków. Sposób przyrządzania mleka kwaśnego z laktobacyliny, jak i użycie jej zostały opisane szczegółowo przez dra KARWACKIEGO w notatce, dołączonej do każdej rurki z tym przetworem. Pomijam też kwestyę teoretyczną co do znaczenia laktobacyliny w normalnym i patologicznym stanie przewodu żołądkowo-kiszkowego, gdyż została ona poruszona i krytycznie opracowana przez prof. EDMUNDA BIERNACKIEGO we Lwowskim Tygodniku Lekarskim, podkreślam tylko znaczenie jej zapobiegawcze przy gniciu zawartości<sup>1)</sup> jelitowej i przechodzę wprost do opisu tych cierpień kanału żołądkowo-kiszkowego, w których działanie laktobacyliny okazało się dodatnie.

Ubiegłe lato posiadało wszelkie warunki dla rozwoju letnich katarów żołądka i kiszek: gorąco, brak opadów atmosferycznych, spadek wody zaskórnej, pył unoszący się tumanami nie tylko na wsi, ale i w mieście na niezabrukowanych uliczkach i zaułkach, a w dodatku obfitość i taniocść jagód i owoców—wskutek tego mieliśmy prawdziwą endemię choleryną i nieżyłtów jelitowych tak u dzieci, jak i u dorosłych; to też niejednokrotnie alarmowano władze sanitarno-policyjne o zjawieniu się rzekomej cholery. Pierwszy przypadek, w którym zauważyłem dobroczynne działanie laktobacyliny, dotyczył chorej K. P., 51 lat. Osoba ta odznaczała się „kamiennym żołądkiem“, nigdy w życiu nie miała biegunki, to też zachorowawszy na typowy ostry nieżyt kiszek cienkich, lekceważyła go sobie, nie leczyła się wcale, zachowywała jednak odpowiednią dyetę. Gdy po dwu tygodniach ścisłej diety choroba nie ustawała, a nawet przeszła na kiszkę grubą, zaleciłem jej naprzód środek czyszczący—olejek rącznikowy, leżenie w łóżku, a potem środki ściągające (*adstringentia*), będące w powszechnym użyciu: *Tannalbinum*, *Mag. bismuthi per se* lub z dodatkiem opium, wysokie enemy z kwasu bornego lub naprzemian z wina czerwonego według przepisu, podanego w jednym z naszych czasopism lekarskich, największy zaś nacisk położyłem na dyetę wzmacniającą, gdyż chora zdążyła już stracić na wadze 2,5 kilogram. Gdy po upływie dwu tygodni takiej kuracji nieżyt jelit pozostawał *in statu quo*, na wspólnej naradzie kol. POMIANOWSKI zaproponował zamiast tannalbinu użycie tannigenu i pastylek laktobacyliny paryskiej w liczbie 4-ch — 6-u sztuk dziennie. Jakież było moje zdziwienie, gdy po 2-u — 3-ch dniach zażywania tannigenu i pastylek choroba zrobiła stanowczy zwrot ku poprawie: wzdęcie i bole brzucha, częstość wypróżnień z wydymaniem i odejściem śluzu, nie-

<sup>1)</sup> Uwagi nad znaczeniem fizjol. i patol. gnicia w jelitach z powodu laktobacyliny MIECZNIKOWA. 1909, Nr. 3 i 4.

rzadko krwawego, zaczęły się wybitnie zmniejszać, odstawiłem więc tannigen, a podawałem dalej samą laktobacyle; po tygodniu choroba ustąpiła w zupełności, a chora wstąpiła w okres szybkiego zdrowienia. Nie sądzę, aby tannigen, zażyty w ciągu 3-ch dni w ilości 3,6 grm., mógł wywrzeć działanie lecznicze, gdyż używane przedtem w daleko większej ilości i w ciągu dłuższego czasu pokrewne jemu przetwory nie odnosiły żadnego skutku. Że był to ciężki przypadek nieżytu jelitowego, dowodem były późniejsze liczne owrzodzenia skóry [zanogice, czyraki i inne wrzody skórne], które trapiły chorą w ciągu 3-ch miesięcy.

Zachęcony powyższym przykładem, zacząłem stosować laktobacyle w cholerynie i w ostrych i przewlekłych nieżytach kiszek u dzieci. Z powodu ceny względnie wysokiej zmuszony byłem używać małych dawek od 0,3 do 0,5 najwyżej, stosownie do wieku, 3 razy dziennie. W pierwszych dniach choleryny nie mogłem podawać laktobacyle, gdyż żołądek dzieci w tym okresie nie znosi w ogóle żadnych lekarstw, nawet specyficznych przeciwko wymiotom. W początkowych okresach ostrych nieżytów jelit nieraz, po usunięciu fermentującej w nich zawartości zapomocą środka czyszczącego, stosowanie samej laktobacyle w powyższych dawkach wystarczało w zupełności do zatrzymania choroby w 1-ym stadium, a zatem w ostrych nieżytach jelit *ex indigestis* można ją słusznie uważać za swego rodzaju specyfik antyfermentacyjny; podawany w podobnych razach apteczny kwas mleczny niszczy również gnilną florę kiszek, z tą jednak różnicą, że niezawsze go znosi wrażliwy żołądek dziecięcy. Przypadków poronnego nieżytu jelit miałem niewiele, zaledwie 8—10-u, i to przeważnie u dzieci rodziców intelligentnych i zamożnych; w tych razach można było przeprowadzić ścisłą dietę i opiekę odpowiednią.

W późniejszych okresach wspomnianego nieżytu—a z takimi przypadkami przeważnie miałem do czynienia—obok laktobacyle musiałem podawać i przetwory ściągające: tannalbinę, tannigen, *Mag. bismuthi*.

Jestem pewny, że gdybym miał możność używania większych dawek laktobacyle i w ciągu dłuższego czasu, otrzymywałbym daleko lepsze rezultaty, wielu bowiem z moich chorych należało do proletaryatu, który leki apteczne dostawał darmo z tutejszego szpitala, laktobacyle zaś kupował w aptece, wskutek czego musiałem się ograniczać do dawki 6,0—9,0, najwyżej 12,0 grm. w ciągu całego przebiegu choroby, stosowanej zresztą nie systematycznie, a z przerwami. Pomimo tego miałem dobre wyniki, zawdzięczając je zapewne takiemu skombinowanemu leczeniu, gdyż i choroba trwała krócej i liczba wyzdrowień była większą w porównaniu z innymi przypadkami, w których laktobacyle nie używałem wcale. I w przewlekłych nieżytach zdarzały się pojedyncze przypadki, w których po zastosowaniu samej laktobacyle—gwoili prób—następowało zmniejszenie lub zredukowanie do normy obfitych wypróżnień, leczonych przedtem zapomocą środków ściągających. Dodać przytem należy, że tegoroczna epidemia nieżytów letnich u dzieci odznaczała się większą złośliwością w porównaniu z poprzednimi latami. Podobną epidemię widziałem 12—15 lat temu. Rzadko umierały dzieci w obecnej epidemii w pierwszych okresach choroby przy objawach ostrej niedokrwistości móz-

gü—*hydrocephaloid Marshall-Halla*, a to się zdarzało tylko w cholerynie; daleko częściej po upływie 2-u do 3-ch miesięcy wskutek ogólnej niedokrwistości, ogólnego wyniszczenia i upadku sił, przyczem ciepota wewnętrzna, mierzona w kiszce prostej, dochodziła na parę dni przed śmiercią do 35,8°, nawet do 35,5°, a na skórze występowały liczne zmiany: wyprzanie, rumień, a szczególnie owrzodzenia skórne [wrzodzianki i odleżyny], często i gęsto w towarzystwie białkomoczu; stosunkowo rzadziej spotykałem zapalenie płuc nieżytowe. Ze czyraczność skórna, *furunculosis*—może mieć swe źródło w nieprawidłowej fermentacji zawartości żołądkowo-kiszkowej (*dyspepsia*), a następnie w nieżytach żołądka i kiszek, dowodzą tego spostrzeżenia lekarza wojskowego, BLUMA <sup>1)</sup>, poczynione nad żołnierzami. Włóścianin rosyjski przeladowuje swój żołądek pokarmami roślinnymi, zawierającymi, przy stosunkowo małej ilości białka dużą ilość wody. Wstąpiwszy do wojska czyni to samo, jakkolwiek spożywa codziennie mięso, które w małej objętości zawiera dużo białka. W następstwie przepełnienia żołądka zjawia się względna niedomoga ruchowa jego, zastój i fermentacja zawartości pokarmowej, a nawet nieżyt żołądka i kiszek. Na takim tle zwiększa się tak zw. fizjologiczna leukocytoza trawienna, która zwalcza bakterye, wytwarzające nienormalne produkty trawienia, a gdy walka z bakteryami przekroczy granice fizjologiczne, na skórze, podlegającej uciskowi [na szyi, pasie i t. d.] tworzą się czyraki, rozchodzące się następnie na całe ciało. Otóż BLUM miał otrzymywać w leczeniu czyraczności żołnierzy dobre wyniki, stosując dyetę mleczną, zapewne dzięki tworzeniu się kwasu mlecznego z rozkładającego się mleka w kanale pokarmowym.

W ciągu ubiegłego lata spostrzegałem 160 przypadków ostrych nieżytów tak jelitowych, jak i żołądkowo-jelitowych, z tego 100 przypada na chorych ambulatoryjnych, a reszta na chorych, leczonych w mieście. Z liczby 160 chorych zmarło około 25-u, t. j. prawie 16%. W sąsiednich miasteczkach śmiertelność była jeszcze większa. Laktobacylinę stosowałem ledwo w  $\frac{1}{3}$  części wspomnianych przypadków.

Drugim działem chorób, w którym używałem laktobacyliny już na szerszą skalę—był tyfus brzuszny. Epidemia tyfusu panowała w ciągu całego lata ubiegłego obok ostrych nieżytów jelitowych i dotąd trwa, napastując najbiedniejszą klasę ludności, żyjącą wśród niemożliwych warunków higienicznych; przebieg tyfusu w ogólności długotrwały—od 4-ch do 6-u tygodni, w pojedynczych zaś przypadkach nawet do 8-u tygodni. Z drugiej strony zdarzały się w małej liczbie przypadki o lekkim i krótkim przebiegu—od 1-go do 2-u tygodni; dotyczyły one przeważnie dzieci; wśród tej kategorii przypadków było kilka paratyfusu A lub B, dwa razy rozpoznanie rzekomego dłu opierałem na dodatnim rezultacie, otrzymanym z hodowli paratyfusu B, postępując według sposobu FICKER'a [hodowle durowe i paratyfusowe brałem

<sup>1)</sup> W sprawie etyologii czyraczności. Przegl. Lek. 1909 r. Nr. 22, jako referat z Wraczu. Gaz. 1909 r. Nr. 9.

z pracowni dra KARWACKIEGO]. W wątpliwych przypadkach duru brzuszno-go posiłkuję się często tą metodą.

Wśród powikłań tyfusu ebertowskiego nierzadko zdarzały się krwotoki kiszkowe, zastoinowe zapalenie oskrzeli i nerek, a wreszcie czynnościowe osłabienie mięśnia sercowego, do wykrycia którego posiłkowałem się i swoją metodą: termometryczną różnicą ciepłoty ciała [różnica między wewnętrzną a zewnętrzną ciepłotą ciała]. W tegorocznej epidemii obserwowałem 74 przypadki samego duru brzuszego, rzekomego zaś około 10-u -- 12-u. Z pośród 74-ch, dwa zakończyły się śmiercią u dzieci wskutek nieokreślonego bliżej powikłania mózgowego—może zapalenia opon mózgowych według LIBERMEISTER'a <sup>1)</sup>. W pierwszym przypadku śmiertelnym laktobacylina nie była wcale używana, w 2-im zaś dopiero pod koniec choroby. Laktobacylinę stosowałem w większej połowie przypadków duru brzuszego i to tylko wtedy, gdy przebieg jego był ciężki lub średni, w lekkich zaś postaciach i w durze rzekomym wcale jej nie używałem.

Zauważyłem pomyślny wpływ laktobacyliny na stan jamy brzusznej: brzuch był w ogóle umiarkowanie wzdęty; jeśli zaś w początkach choroby wzdęcie jego było znaczne i jeśli przytem towarzyszyły mu wymioty i bole brzucha, to pod wpływem tego leku zmniejszały się one widocznie, liczba wypróżnień była niewielka od 1-go do 3-ch na dobę, przyczem traciły one smrodliwy zapach. W wielu razach dochodziło nawet do zaparcia stolca, wskutek czego trzeba było używać lawatyw; brak jednak rozwolnienia stawiam w zależności od samego charakteru duru, który u nas nierzadko przebiega z zaparciem stolca.

Przy stałem użyciu laktobacyliny stosowałem czasami w początkach choroby odwar chinowy w myśl zasady: *ut aliquid fiat*, pod koniec zaś przy osłabieniu serca dawałem kofeinę; zresztą całą chorobę pozostawiałem naturalnemu jej biegowi, przestrzegając tylko przepisów dyetytyki i higieny; w okresie zaś zdrowienia, podając laktobacylinę, tem śmieiej mogłem odżywiać chorych. Dobroczynne jej działanie najbardziej uwidoczniło się w przypadkach duru z krwotokami kiszkowymi — takich przypadków było około 7—8. W jednym z nich gorączka trwała przeszło 7 tygodni, krwotok trzykrotnie się powtarzał; w czasie 2-go krwotoku, bardzo obfitego upadek siły serca był tak znaczny i widoczny [moja różnica ciepłoty wynosiła wtedy 1,2<sup>o</sup>—1,3<sup>o</sup>], że tylko energiczne wstrzykiwania kamfory podskórnie w ilości 0,6—0,75 *pro die* zdołały zatrzymać gasnące życie w końcu 6-go tygodnia choroby. Pomimo wspomnianych krwotoków wzdęcie brzucha i ilość wypróżnień były bardzo umiarkowane, z wyjątkiem naturalnie tych dni, w które się zjawiał krwotok. Przypadek ten z długim okresem rekonwalescencji zakończył się zupełnem wyzdrowieniem.

Nie sądzę też, aby laktobacylina mogła skracać typowy przebieg choroby, ale znacznie łagodzi niektóre jej objawy, pochodzące z rozkładu zawartości jelitowej i wsysania się produktów jego do krwiobiegu.

<sup>1)</sup> patrz: Medycyna i Kronika Lek. 1909 r. Nr. 39.

Przy nadarzającej się sposobności nie omieszkać zastosować ją i w innych krwotokach przewodu żołądkowo-kiszkowego, np. w niektórych krwotokach żołądkowych lub w krwotokach płucnych, gdy znaczna ilość krwi dostanie się do żołądka.

Nakoniec korzystny wpływ laktobacyliny obserwowałem w wielu przypadkach niestrawności przewlekłej, cechującej się: odbijaniem, wzdęciami brzucha, kolkami kiszkowymi w połączeniu z odejściem cuchnących gazów; przy nawykowym zaparciu stolca, wreszcie w tych stanach chorobnych, które prowadzą za sobą dłuższe przebywanie w łóżku. Dobroczynny jej wpływ w wymienionych wyżej stanach występuje przeważnie u osobników nerwowych, cierpiących na histeryę, neurastenię, hipochondryę, którzy skrupulatnie śledzą cały akt swego trawienia. Niema w tem nic dziwnego, gdyż wytwarzanie się produktów trawienia, a w tem i gazów stanowi bodziec poważny dla przeczulonych splotów nerwowych jamy brzusznej; podrażnienie tu powstałe przenosi się drogą zwrotną na nerwy sercowe, wywołując kołatanie i sciskanie serca, lub wreszcie przechodzi do mózgu, powodując lub wzmagając istniejący już stan przygnębienia lub podrażnienia sfery psychicznej. Laktobacylina więc, miarkując rozkład pokarmów w kiszkaach i zmniejszając wytwarzanie się gazów, stanowić może jeden z czynników leczniczych neurastenii i histeryi wewnętrznej [wisceralnej], gdy się zwłaszcza poprze stosowanie jej odpowiednim wpływem sugestyi. Sądzę też, że powinna ona znaczną ulgę okazywać przy zamknięciu światła kiszek lub w upośledzonym ich ruchu robaczkowym.

Na kwaśne odbijania laktobacylina, zdaje się, nie wywiera żadnego wpływu.

Jakkolwiek laktobacylina w proszku, według dra KARWACKIEGO, przechowuje się całymi miesiącami bez straty swych własności specyficznych, lepiej jednak unikać starych przetworów. Niedawno w pierwszym tygodniu duru brzuszego zauważyłem po użyciu laktobacyliny niczem niewytłomaczone rozwolnienie, które na drugi dzień ustąpiło samo przez się po odstawieniu jej. Preparat, sądząc z formy rurki bez napisu, musiał być zagranicznego pochodzenia i zapewne przeleżał długie miesiące w składzie aptecznym, nim natrafił na kupca zepsutego towaru.

Co się tyczy dawkowania laktobacyliny, to można ją stosować w dowolnych dawkach, gdyż jest absolutnie nieszkodliwą dla ustroju; ze względów jednak oszczędności używałem mniejszych dawek: od 0,3 do 0,6 grm. *pro dosi*. W celu większego rozpowszechnienia jej wśród biednej ludności, pożądane jest obniżenie teraźniejszej ceny handlowej — 65 kop. za rurkę.

Podając niniejsze spostrzeżenia nad działaniem laktobacyliny w ostrych niezbytach kiszek i w durze brzuszny, miałem na celu zachęcenie kolegów do stosowania jej w pomienionych chorobach, a przede wszystkim w przebiegu duru, gdyż jako środek nieszkodliwy wywiera jednak pożyteczne działanie na fermentację jelitową, a mianowicie ogranicza ją znacznie i w ten sposób zapobiegać może powstawaniu niektórych powikłań, zachodzących w kanale po-

karmowym lub mających w nim swoje źródło pierwotne, albo też zmniejszać może nateżenie i następstwa krwotoków kiszkowych, a więc powinnaby wyrugować wszelkie środki farmaceutyczne, używane w tej chorobie w celu dezynfekcyi kiszek: *kalomel*, *naftol*, *benzonaftol*, *salol*, *Natrium salicyl.*, *kseroform* i t. d., jak również i leki przeciwgorączkowe. Pierwsze środki—dezynfekcyjne nie ziściły pokładanej w nich nadziei: usunięcia samozatrucia organizmu, pochodzącego z rozkładu zawartości pokarmowej w układzie żołądkowo-kiszkowym, i dlatego poczęliśmy je rzadziej stosować w chorobach żołądka i kiszek, a już zupełnie wycofaliśmy z obiegu w tych chorobach, w których samozatrucie miało grać rolę pośrednią, jak w cierpieniach skóry, nerwicach, blednicy; w durze jednak brzuszny cały arsenał środków dezynfekcyjnych nie zmniejszył się wcale. Sądziłbym, że podawanie ich przez dłuższy czas w chorobie gorączkowej, w której jad tyfusowy zatrąwa cały organizm, nie może być dla niego obojętne i dlatego w myśl zasady „*primum non nocere*“, lepiej nie używać ich wcale, a posługiwać się dla dezynfekcyi kiszek przynajmniej obojętnym dla organizmu środkiem, jakim jest laktobacylina. Lepiej już, mojem zdaniem, dawać tyfusowym chorym kwas solny (*Dtum chinæ cum Acido mur.*), za którym przemawia i jego tradycja, jako środka orzeźwiającego w cierpieniach gorączkowych i jego działanie istotne dezynfekcyjne w tych chorobach kanału pokarmowego, w których pewne objawy chorobne pozostają w zależności od braku tegoż kwasu w wydzielinie żołądkowej<sup>1)</sup>.

Co się tyczy leków przeciwgorączkowych, stosowanych dotąd *largamano* w leczeniu tyfusu brzuszego, to one przynoszą jeszcze większą szkodę organizmowi, obniżają bowiem sztucznie ciepłotę przy obfitych nieraz a przykrych potach tylko na krótki czas, po którym następuje znowu podniesienie jej, nierazko już w towarzystwie dreszczy.

Kilka lat temu, gdym prowadził badania termometryczne nad zachowaniem się stosunku ciepłoty wewnętrznej do zewnętrznej, zauważyłem niejednokrotnie, że po zadaniu leków przeciwgorączkowych zewnętrzna ciepłota rzeczywiście znacznie się obniża, nawet spada poniżej normy, tymczasem wewnętrzna stosunkowo mniej się zniża, czasem pozostaje nawet na tym samym stopniu, na jakim była przed podaniem leku. Wytwarzająca się stąd różnica w ciepłocie przekracza normę fizyologiczną: 0,5°, dochodząc do 1°. Taka nieprawidłowa różnica nie może być obojętną dla działalności serca i rzeczywiście wskazuje ona na czynnościową niedomogę mięśnia sercowego, naturalnie czasową, przejściową; zresztą obniżenie ciepłoty i wypływająca z niego chwilowa euforia, której chory doznaje pierwszy raz lub drugi po przyjęciu leku, nie idzie wcale w parze ze zmniejszeniem częstości uderzeń serca, bo podniesiona ciepłota wewnętrzna nie przestaje drażnić ośrodków ciepłikowych mózgu, które znowu wpływają podniecająco na sploty nerwowe. Zresztą i sam jad tyfusowy, który nie przestaje krążyć we krwi pomimo obniżenia ciepłoty, powoduje również zwiększoną czynność serca. Wreszcie po kilkukrotnem przyjęciu środka przeciwgorączkowego nie zjawia się już wię-

<sup>1)</sup> EDMUND BIERNACKI. O guicju w jelitach i t. d. Kronika Lekarska 1901 r.

cej ów stan błogi, który chory odczuwał poprzednio, i dlatego nieraz protestuje on sam przeciw dalszemu stosowaniu tych leków. To też zdziwił mię niepomrotnie referat, zamieszczony w „Medycynie i Kronice Lekarskiej“ Nr. 37 roku 1909, z pracy, w której francuski autor GEREST poleca leczenie duru brzuszego zapomożą pyramidonu, podając go w dużych stosunkowo dawkach: 5 do 6-u razy dziennie po 0,5; miał on otrzymywać wyniki nie gorsze, niż w leczeniu innymi środkami, zapewne farmaceutycznymi. Jeżeli śmiertelność, podana przez autora u chorych szpitalnych, leczonych tą metodą [pyramidonem]—15%, ma stanowić normalny procent śmiertelności z duru we Francji, to przyznam otwarcie, że jest to procent zbyt wysoki. Nie wiem, jaki jest procent zgonów z tyfusu w szpitalach warszawskich i od czego on zależy. Przejrzawszy 4 sprawozdania miesięczne ze szpitala Św. Stanisława w Warszawie, podanych w „Medycynie i Kronice Lekarskiej“, widzę, że procent ten waha się od 0% do 8,3% i 11,8%; być może, że w rocznym sprawozdaniu wyjdzie on większym, gdyż w każdym miesiącu powtarzają się cyfry chorych, pozostałych z poprzedniego miesiąca. W prywatnej praktyce takiej śmiertelności [15%] nie spotykałem w Łucku, ani w jego okolicach, pomimo tego, że dur panuje przeważnie, jak to wspomniałem wyżej, wśród proletaryatu, znajdującego się jeszcze w gorszych warunkach leczenia, niż w naszych szpitalach. Z pośród szpitali szpital miejski, będący pod zarządem ziemstwa, a pod kierownictwem wspomnianego wyżej kol. POMIANOWSKIEGO, mieści się w starym prywatnym domu, oddział dla zakaźnych chorób jest wilgotny; szpital żydowski urządzeniem swem odpowiada wymaganiom higieny, ale z powodu braku środków jest pozbawiony dostatecznej obsługi i pomocy lekarskiej. Mimo to nie słyszałem, aby w tych dwu szpitalach śmiertelność z tyfusu była wysoka (15% lub wyżej); przeciwnie, miejski szpital dał tego roku procent zgonów 2,6%, a mianowicie na 38-u chorych zdarzył się tylko jeden wypadek śmierci, przytem chory przybył do szpitala już w agonii; żydowski zaś na na 17-u chorych miał dwa przypadki śmiertelne [11,8%], z których jeden dotyczył chorego, przyjętego do szpitala w stanie beznadziejnym—w obudwu szpitalach stosuje się metodę leczenia wyczekującą lub poleca środki obojętne.

Wyżej opisana przeze mnie epidemia tegorocznego duru miała 2,7% zgonów [na 74-ch zmarło 2 u]. W toku pisania niniejsze pracy przybyło jeszcze 4-ch chorych, z których jeden zmarł na 10-ty dzień choroby wskutek ostrej niedomogi mięśnia sercowego, a zatem na 78-u chorych były 3 zgony—3,8%. W 1906 roku mieliśmy bardzo ciężką epidemię duru, a nie przypominam sobie, aby śmiertelność była wysoka. Wracając do statystyki GERESTA, trzeba przyjąć jedno z dwojga: albo odporność organizmu u Francuzów przeciw tej chorobie, pomimo lepszych warunków higienicznych życia, jest mniejsza w porównaniu z naszą odpornością, albo wadliwe są metody lecznicze, stosowane we francuskich szpitalach, przytem raczej to właśnie przyjąć trzeba gdyż tenże autor podaje, że z 68-u chorych leczonych prywatnie [pyramidonem?] zmarł tylko jeden chory, t. j. 1,5%.

3-go grudnia 1909 r.



II. Z SANATORYUM DLA CHORYCH PIERSIOWYCH W RUDCE.

O działaniu leczniczem „IK“ C. Spengler'a w gruźlicy płucnej.

Podali

S. Gałęcki i T. Budzyński  
Dyrektor zakładu. Asystent.

(Odczyt w Towarzystwie Lekarskim Warszawskiem d. 15. II. 1910 r.).

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 14].

8. C. G., lat 15. *Phthisis ulceroso-cavernosa lobi sup. d.* [St. III T.]. Chory przybył do zakładu z gorączką do 39,5°. W pierwszym tygodniu ciepłota spadła do 37,5°—i na tym poziomie utrzymywała się nadal. W sześć dni po dojściu ciepłoty do powyższego poziomu, zaczęliśmy stosowanie „IK“—i przeprowadziliśmy cały opisany cykl wstrzyknięć.

Odczynu wyraźnego po zastrzykiwaniach nie widzieliśmy. Po pierwszym wstrzyknięciu zanotowaliśmy pewne osłabienie, po trzecim nieco mdłości, raz ból głowy, który zresztą bardzo często trapił chorego.

Rokowanie w danym przypadku było, pomimo poważnej sprawy w płucu, niezłe. Stan ogólny był dobry, łaknienie również, żadnych powikłań nie było. Po kuracji „IK“ zauważyliśmy znaczną poprawę: w płucach objawy rozpadowe ustały, gorączka opadła do normy, ilość płwociny ropno-słuzowej, ciemnej początkowo wielka, zredukowała się do bardzo nieznacznej ilości jasnej płwociny. Kaszel zmniejszył się. Stan ogólny chorego poprawił się, ale łaknienie zmniejszyło się; wskutek tego też choremu nic na wadze nie przybyło. Nie ustąpiły też częste bóle głowy, na które cierpiał chory; natomiast bicie serca ustąpiło w zupełności. Laseczników w płwocinie ani przed stosowaniem „IK“, ani w czasie, ani też po ukończeniu cyklu zastrzyknięć nie zauważono.

Zestawiając wszystkie dane w przypadku powyższym, musimy przyznać, że wystąpiła tu wybitna poprawa. Jakie kryterium przyjąć tu należy, ażeby rozstrzygnąć, czy w danym razie chory zawdzięcza ją „IK“—czy też i bez tego środka wyniki byłyby takie same? Żadnego sprawdzianu w tym względzie nie mamy, musimy jednak przyznać, że poprawy w każdym razie spodziewaliśmy się u danego chorego; pozbycie się zaś gorączki, dochodzącej do 37,5° po 3-ch miesiącach leżenia w łóżku, nie nadzwyczajnego nie przedstawia.

9. J. Sz., lat 19. *Infiltratio lobi sup. d. et ap. sin.* [St. II T.]. Przybył do zakładu 18-go kwietnia 1909 r. Laseczników KOCHA w płwocinie ani razu nie znaleziono; charakter gruźliczy sprawy został jednak niewątpliwie stwierdzony, gdyż nawet po dawkach terapeutycznych tuberkuliny były odczyny gorączkowe, wskutek których leczenie tuberkuliną zostało zaniechane. Cechą charakterystyczną tego przypadku był słaby stan podgorączkowy do 37,2°

—37,3°, tętno 80—90, oraz znaczna ilość płwociny ropno-śluzowej, skawalo-nej, bardzo często zaróżowionej wskutek domieszki krwi. Ciepłota do 37,2° utrzymywała się tak stale, że nasuwało się przypuszczenie, czy nie jest to wyjątkowo normalna temperatura danego osobnika. Przypuszczenie to oba-łały dwie okoliczności: od czasu do czasu trafiały się krótkotrwałe okresy gdy ciepłota obniżała się do 37° maksymalnie, następnie czasami występowały dreszcze i tętno nieco przyspieszone. Stan ogólny chorego od czasu wstąpie-nia do zakładu stale poprawiał się, na wadze przybywało; w stanie płuc je-dnak, zachowaniu się ciepłoty, ilości i wyglądzie płwociny poprawy widocznej nie było. Sądziliśmy, że może „IK“ jako środek swoisty wywrze wpływ na poprawę w tym kierunku.

Rozpoczęto kurację dnia 14. X. 1909 r., ukończono cały kurs leczenia dnia 8. I. 1910 r. Wyraźnych odczynów po wstrzyknięciach nie zauważyliśmy. Stan ogólny chorego pozostał bez zmiany, na wadze stale przybywało, jak i poprzednio, ale stan płuc, ciepłota, tętno, ilość płwociny i jej wygląd pozostały bez żadnej zmiany. „IK“ zrobiło w danym razie kompletne *fiasco*.

10. *Phthisis ulceroso-cavernosa l. sup. et inf. dextri. Infiltratio tbc. in ap. sin.* [St. III T.]. Chory przebywa w zakładzie przeszło od roku. W sierpniu r. z. przy wysokiej ciepłocie, przewyższającej 39°, i silnych krwotokach oddzie-lił się spory sekwestr płuca w płacie górnym prawym — i od tego czasu chory zaczął się powoli poprawiać. 9. X. 1909 r. rozpoczęliśmy zastrzykiwania „IK“. Zrobiliśmy tylko 5 wstrzyknięć, w odstępach 2-u tygodniowych, poczem przerwaliśmy leczenie swoiste, gdyż wystąpiły krwiopłucia, podczas których baliśmy się stosowania środka o działaniu niezbyt jeszcze nam znanem. Po zastrzykiwaniach występowały bole w klatce piersiowej, raz był zawrót głowy.

Wogóle chory bardzo chętnie poddawał się kuracyi, twierdząc, że mu ona bardzo dobrze służy. I rzeczywiście stan ogólny i łaknienie poprawiały się, bicie serca i poty nocne, które były początkowo, ustąpiły, sen znacznie się poprawił, ilość płwociny znacznie się zredukowała, liczba laseczników początkowo zmniejszyła się, następnie po czwartym wstrzyknięciu wca-le ich nie znaleziono; ciepłota, która dochodziła do 37,4°, obniżyła się nieco, tętno stało się wolniejsze. W płucach ostość rzeżeń wilgotnych zredukowała się. Jednym słowem, poprawa na całej linii. Po 5-em zastrzyknięciu wystą-piły krwotoki, w pierwszych dniach dość znaczne, poczem w ciągu dwu tygodni była domieszka krwi w płwocinie. Wobec skłonności chorego do krwotoków, nie przypisujemy ich działaniu „IK“. Pomimo krwiopłucia chory nie gorącz-kował, czuł się dobrze — i poprawa wszelkich innych objawów chorobnych, po-mimo niestosowania żadnego środka swoistego, rażno postępowała, tak, że obe-cnie chory zupełnie nie gorączkuje, czuje się bardzo dobrze; kaszel i ilość płwociny znacznie się zmniejszyły, jama w płucu znacznie się oczyściła.

W danym przypadku zatem można twierdzić z zupełną pewnością, że cho-ry nie zawdzięcza poprawy zdrowia kilku wstrzyknięciom „IK“, lecz osobistej swej odporności.

11. *A. S. Infiltratio in apice dex.* [St. I T.]. Silna neurastenia i hipo-chondrya, które, sądząc z wywiadów, powstały synchronicznie z cierpieniem

płuc, a zatem prawdopodobnie na tle intoksykacji swoistej. W skąpej płwocinie laseczników KOCHA nie znaleziono, odczyn PIRQUET'a jednak wypadł dodatnio. Charakterystycznym jest u chorej typ ciepłoty ciała, mianowicie na 10 dni mniej więcej przed miesiączkami, które były stale bardzo obfite i trwały po 6—7-u dni, ciepłota podniosła się do 37,5°, i z ustąpieniem miesiączki znikwała, ażeby znów powrócić do poprzedniej wysokości w okresie przedmiesiączkowym.

Rozpoczęliśmy zastrzykiwania „IK“ d. 11. X. 1909 r. Chora przeszła cały cykl wstrzyknięć; ostatnie otrzymała dnia 7. I. 1910 r. Po wstrzyknięciach występowały objawy odczynu ogólnego: oszołomienie, bole głowy, szum w głowie i w uszach, czasami bezsenność. Wobec jednak wielkiej wrażliwości chorej, nie można wyłączyć w danym razie działania autosugestyi. Odczynów gorączkowych nie było.

W danym przypadku ani leczenie sanatoryjne, ani też swoiste, żadnej poprawy nie dały. Waga chorej trzymała się w mierze. Zaburzenia ze strony układu nerwowego, jak: bole głowy, bicie serca, bezsenność, wielka pobudliwość nerwowa, hipochondrya, jako też typ ciepłoty, stan chorego szczytu pozostały bez żadnej widocznej zmiany. Wynik ujemny leczenia trzeba przypisać po części temu, że chora, powodowana fałszywą obawą zaziębnienia, uporczywie nie chciała stosować się do przepisanej kuracyi higienicznej.

12. W. K., lat 26. *Condensatio tbc. in apice dextro.* Chory początkowo zapisał się na oddział W. JANOWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus ze skargami na dolegliwości żołądkowe. Dokonane na oddziale zbadanie zawartości żołądkowej nic anormalnego nie wykryło, natomiast po zbadaniu płuc okazało się, że chory ma skrytą postać początkowej gruźlicy płucnej z towarzyszącą jej wysoką neurastenią.

Objawy ze strony żołądka polegały na bólach w dołku, rozdymaniach po jedzeniu, mdłościach, pustych odbijaniach, ogólnem wzdęciu brzucha, obstrukcyi. Chory przebył dnia 4. IX. 1909 r. Stan był podgorączkowy do 37,4°, tętno 90. Już przed rozpoczęciem wstrzyknięcia „IK“ stan chorego stopniowo poprawiał się, ciepłota na trzy dni przed pierwszym wstrzyknięciem opadła do normy, na wadze przybyło około 15-u funtów; z objawów żołądkowych ustąpiła obstrukcyja.

Rozpoczęto wstrzyknięcia d. 11. X. i ukończono d. 17. XII. 1909, a zatem chory prowadził kuracyę przeszło dwa miesiące. Po kilku pierwszych wstrzyknięciach wystąpił odczyn ogólny w postaci oszołomienia i bólu głowy; na dalsze zastrzykiwania chory nie reagował wcale. Po pierwszym wstrzyknięciu temperatura podniosła się nieco. Trwało to dni kilka. Od tego czasu chory, z wyjątkiem paru sporadycznych wypadków jedno lub dwudniowego lekkiego podniesienia ciepłoty, nie gorączkował wcale. Dwa razy takie podniesienie ciepłoty możnaby było postawić w pewnym związku z zastrzykowaniami „IK“, gdyż wystąpiły na 2-gi lub 3-ci dzień po nich; winnych razach żadnego związku nie dostrzegliśmy.

Stan chorego w dalszym ciągu poprawiał się. Na wadze przybyło mu ogółem 33,5 funta. Tętno stało się wolniejsze, objawy neurastenii bardzo się

zredukowały, wszystkie objawy żołądkowe ustąpiły w zupełności, ilość płwociny zmniejszyła się znacznie. Chory opuścił zakład z wielką poprawą.

Stajemy tu przed dylematem: czy ową wybitną poprawę zdrowia należy przypisać wyłącznie leczeniu zakładowemu, którego przepisy chory wypełniał z wielką ścisłością, czy też należy tu przypuścić działanie swoiste „IK”. Ponieważ jednak już i przed wstrzyknięciami chory znakomicie się poprawił, nie mamy żadnego powodu przypisywania dalszej poprawy stosowanemu środkowi.

13. S. K. *Phthisis ulcerosa pulmonis dextri et apicis sinistri, circumscripta. Laryngitis tbc. Infiltratio chordarum verarum et spariarum et spatii interarytaenoidiei.* [St. III T.]. Przybył do zakładu 10. IX. 1909 r. z gorączką do 37,5°. Wstrzyknięcie „IK” rozpoczęto d. 8. X., t. j. prawie w miesiąc po przybyciu. W ciągu tego miesiąca ciepłota trzymała się na jednym poziomie, ale w stanie ogólnym chorego, w objawach płucnych i krtaniowych wystąpiła już pewna poprawa. Pomimo gorączki choremu przybyło parę funtów na wadze. Po pierwszych dwu wstrzyknięciach były nieznaczne i krótkotrwałe podniesienia ciepłoty. Takie podniesienia zdarzały się od czasu do czasu sporadycznie, zatem nie można z całą pewnością rozstrzygnąć, czy były to objawy reakcyi, czy też przypadku lub, co jest też bardzo możliwe, autosuggestyi. Pozatem po pierwszych trzech zastrzyknięciach chory uczuwał ogólne rozbicie i łamanie w kościach, szum w uszach, ból głowy. Następne wstrzyknięcia żadnych objawów nie wywoływały.

Chory podczas wstrzykiwań poprawiał się dobrze. Gorączka trwała jeszcze całe 2 miesiące, wreszcie ustąpiła zupełnie. Odpowiednio do tego i tętno stało się wolniejszym. W płucach, krtani, w stanie ogólnym wystąpiła wyraźna poprawa.

W danym przypadku znów mamy do rozstrzygnięcia kwestyę, co choremu pomogło: leczenie zakładowe, czy też „IK”. Przyznać się trzeba jednak, że opadnięcie temperatury dopiero po 2-u miesiącach stosowania „IK” w danym przypadku bynajmniej nie imponuje. Środek biernie uodporniający powinienny chorego nieco szybciej uwalniać od gorączki.

[D. c. n.].

---

## STRESZCZENIE ZBIOROWE.

---

### Teorya samozatrucia kiskowego (t. zw. „combismus“).

---

W ostatnich latach pod wpływem obszernej pracy COMBE'a *L'auto-intoxication intestinale*, Paryż, 1907, poczęto znów się zajmować sprawą samozatrucia kiskowego, która aczkolwiek nie nowa, po raz pierwszy dopiero wyodrębnioną została w wyraźny obraz chorobny, uzasadniony ścisłemi

badaniami chemiczno-bakteryologicznymi, przerobionemi na ogromnym materiale klinicznym. Nim jeszcze zdołano się przekonać o prawdziwości jego spostrzeżeń i wniosków, już sposoby leczenia, zalecone przez COMBE'a w tym wrzeczko bardzo rozpowszechnionem cierpieniu, stały się we Francji i Szwajcaryi tak dalece popularnymi, że istnieją hotele i pensjonaty ze specjalną dyetą mleczno-mączną, ściśle wzorowaną na przepisach COMBE'a. Ten właśnie tak modny obecnie „kombizm“ (*combismus*) jest przyczyną, dla której chcemy omówić sprawę autointoksykacji w świetle pracy COMBE'a.

Już w roku 1883 von JAKSCH i BOUCHARD wprowadzili do nauki pojęcie o autointoksykacji kiszkowej. BOUCHARD oparł swe poglądy na słynnym swego czasu doświadczeniu, które polegało na otruwaniu zwierząt moczem chorych na samozatrucie kiszkowe. Stopień samozatrucia wyrażał się „współczynnikiem urotoksycznym“, t. j. ilością moczu, niezbędną do zatrucia 1 kgrama zwierzęcia.

Nauka BOUCHARD'a, początkowo entuzjastycznie przyjęta, wywołała w ostatnich latach silną opozycję w Niemczech i we Francji. Okazało się, że te same własności toksyczne posiada mocz cierpiących na choroby zakaźne, że własność ta stoi w związku z obecnością soli potasu, że pewna ilość bardzo jadowitego moczu staje się nieszkodliwą po odpowiednim rozcieńczeniu i odwrotnie: roztwory soli obojętnych mogą przy odpowiedniej koncentracji wywołać te same objawy zatrucia.

Na nowe tory weszła nauka o autointoksykacji od czasu prac doświadczalnych CHARRIN'a i jego szkoły, poświęconych badaniom siły trującej nie moczu, lecz zawartości samego przewodu pokarmowego w rozmaitych jego odcinkach, wyjaśnieniu roli poszczególnych narządów w sprawie samozatrucia i ustaleniu nowego współczynnika autointoksykacyjnego, tym razem mierzonego stopniem jadowitości kału, przeczco dało się uniknąć wszystkich błędów, wymienionych przy współczynniku urotoksycznym BOUCHARD'a.

Na tych doświadczeniach szkoły CHARRIN'a, na najnowszych badaniach z dziedziny chemii fizyologicznej i fizjologii patologicznej opiera COMBE przede wszystkim teoretyczne podwaliny nauki o samozatrucie. W skomplikowanym chemizmie trawienia interesują nas jedynie losy ciał białkowych, które rozpadając się, tworzą główne źródło substancji trujących. Ciała monoaminowe (tryptofan, tyrozyna, glikokol i inne), powstające pod wpływem enzymów, nie odgrywają ważniejszej roli w patogenezie samozatrucia; natomiast akt drugi rozpadu ciał białkowych, wywołany działaniem drobnoustrojów, prowadzących rozkład dalej aż do ciał aromatycznych, kwasów tłuszczowych, ptomain i gazów, posiada znaczenie dominujące. Część pierwsza tych procesów odbywa się w żołądku i kiszkach cienkich, druga zaś, najważniejsza w patogenezie samozatrucia, ma miejsce w kiszkach grubych. Wobec tego, że funkcja gnilna drobnoustrojów w kiszce grubej należy do objawów normalnych i że wszystkie prawie produkty gnicia są truciznami, wielce szkodliwymi dla ustroju ludzkiego, należało już *a priori* przypuszczać, że ustrój posiada środki obronne przeciw temu wiecznemu ognisku zatrucia. I rzeczywiście, ustrój walczy nie tylko jedną bronią, lecz całym złożonym aparatem sił przeciwdziałających. Przedewszystkiem dąży on do ograniczenia spraw gnilnych przez instynktowny dobór pokarmów mniej ulegających gnicciu i przez szybkie wchłanianie produktów rozpadu już w górnych odcinkach kiszki cienkiej. W tym samym kierunku działają kwasność soku żołądkowego, żółć, wydzielina trzustki i kwasność miążgi kiszkowej. W razie wyczerpania się tych profilaktycznych środków obrony posiada organizm potrójny kordon obronny, rozmieszczony w słówce kiszki, wątrobie i gruczołach antytoksycznych o sekrecyj wewnętrznnej. COMBE jest zdania, że objawy tężyczki, obrzęku śluzkowego i t. d. powodowane są niedomogą czynnościową tych właśnie gruczołów, nie-

zdolnych w razie schorzenia neutralizować enterotoksyny powstałe przy trawieniu ciał białkowych.

4) Ostatnim wreszcie, ale najenergiczniejszym środkiem walki ustroju z enterotoksynami, których nie udało mu się zburzyć zapomocą pierwszych dwu czynników, z których jeden ograniczał wytwórczość produktów gnilnych, a drugi je niweczył, jest niewątpliwie zdolność usuwania ich drogą narządów w wydzielniczych. Lwią część tej pracy biorą na siebie nerki i odbytnica, w tym samym kierunku, ale w mniejszym stopniu, działają: skóra, płuca i gruczoły śluzowe. Widzimy więc, że w organizmie mierzą się stale dwie siły: enterotoksyczna ze skomplikowaną antytoksyczną, i że od wyniku tej walki zależna jest możliwość powstania samozatrucia.

Same więc przez się wypływają momenty etyologiczne autointoksykacji kiszkowej, zależne bądź od nadmiernej produkcji enterotoksyn, bądź od osłabienia sił niszczących owe trucizny. Tworzenia się substancji gnilnych sprzyjają przede wszystkim niestrawności (dyspepsy) najróżnorodniejszego pochodzenia, zwężenia kanału pokarmowego, enteroptoza, zaparcie, rozstrzeń okrężnicy lub niedomoga mięśniowa kiszek; dość poważne znaczenie przypisuje COMBE także chorobom gardła i nosa, obciążającym kanał pokarmowy, szczególnie w porze nocnej, śluzoropną wydzieliną, obfitującą w mniej lub więcej żywotne drobnoustroje. Do drugiej kategorii przyczyn samozatrucia, wpływających z osłabienia sił obronnych organizmu, należą czynniki natury ogólnej, jak zmniejszenie fagocytozy i wytwórczości aleksyn lub też natury miejscowej, zależne od upośledzenia czynności narządów, biorących udział w walce z enterotoksynami. Zachodzi jednak możliwość kojarzenia się tych dwu czynników patogenetycznych, co ma miejsce w stanach chorobnych ścian jelit, w przewlekłym zapaleniu wyrostka ślepej кишки i przewlekłej postaci *enteritidis mucosae* lub *muco-membranaceae*. Zależnie więc od tych lub owych przyczyn, ich natężenia i indywidualnych cech jednostki powstają rozmaite postaci kliniczne, każda z właściwym sobie zespołem objawów poza symptomami wspólnymi dla wszystkich. COMBE odróżnia trzy postaci kliniczne samozatrucia: najbardziej rozpowszechnioną jest postać ukryta, występująca przeważnie u dzieci, która się objawia najróżnorodniejszymi zaburzeniami i charakterystyczna przez to, że brak tu wszelkich skarg żołądkowo-kiszkowych; postać poronna (*forme fruste*) różni się tem od pierwszej, że poza skargami natury ogólnej wstępują wyraźnie zaburzenia żołądkowo-kiszkowe. Chorzy, przeważnie dzieci, skarżą się na czkawkę, zmiennosć łaknienia, ból brzucha, nieregularność wypróżnień i t. d. Najwybitniej występują skargi żołądkowo-kiszkowe w postaci trzeciej, nacechowanej nieustającymi wymiotami lub napadami biegunki.

W opisie poszczególnych objawów, zaczerpniętych z całej symptomatologii klinicznej, zatrzymuje się COMBE obszerniej nad wynikami badań moczu i kału, pragnąc w ten sposób stworzyć jakieś przedmiotowe kryterium przy rozpoznawaniu stanów samozatrucia. Cechą charakterystyczną wypóżnień jest ich obraz bakteryologiczny, w którym posiadają liczącą przewagę anaeroby ściśle, proteolityczne (*proteus*, *putrificus*) nad aerobami i anaerobami warunkowymi (*bact. coli et lactis aerogenes*). Do chemicznego badania kału na indol, salfoetery przy pomocy aparatu kolorymetrycznego AMANA lub też na fermentację węglowodanów podług metody SCHMIDT'a, COMBE nie przykłada szczególnej wagi, a to z tego względu, że samozatrucie nie jest zależne od substancji wydzielanych z kałem, a przeciwnie od tej ilości, która przeszła do krwiobiegu i od której organizm stara się uwolnić przez nerki, skórę i płuca. Największa ilość tych substancji zostaje wydzielona z nozdem, to też badanie moczu na sulfoetery, których ilość rośnie wraz z natężeniem sprawy gnilnej w przewodzie pokarmowym, przedstawia najpewniejszy środek do stwierdzenia autointoksykacji. Ciężar właściwy, kryosko-

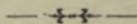
pia, lepkość, napięcie powierzchni, obliczenia najrozmaitszych współczynników, otrzymanych przez liczbowe zestawienia rozmaitych pozycji dokładnych analiz moczu, nie dają pewnych wskazówek przy rozpoznawaniu samozatrucia. Względna wartość posiadają jedynie współczynniki AMANA (stosunek sulfoeterów do całkowitego N) i COMBE'a (stosunek substancji aromatycznych do 100 gr. całkowitego N), zwykle powiększone w stanach samozatrucia. Z funkcjonalnych prób przypisuje C. pewną wartość badaniu sprawności wątroby pod względem przemiany cukru w glikogen, który w przypadkach samozatrucia wytwarza się w ilości zmniejszonej.

W przeciwstawieniu do wielkiej różnorodności objawów w obrazie samozatrucia, leczenie tegoż jest dość proste i jednolite, a to z tego względu, że przy jasnej przyczynie chorobnej terapia zwrócona jest przeciw samej *causa morbi*. Główny schemat leczenia polega na zmniejszeniu ilości produktów gnilnych w przewodzie kiszkowym i na pobudzeniu narządów antytoksycznych i wydzielniczych do żywszej akcji w tym kierunku. Punkt pierwszy leczenia osiągnąć można przez zmianę podłoża, sprzyjającego gniciu i przez wprowadzenie do kanału pokarmowego środków, usuwających bakterie proteolityczne. Do rzędu tych środków należą przetwory przeciwnilne, czyszczące, drobnoustroje i grzybki bakteryobójcze i t. d. Jak już wyżej zaznaczyliśmy, głównym źródłem produkcji substancji gnilnych są ciała białkowe, więc przedewszystkiem starać się trzeba o zmianę diety, obfitującej w białka, na taką, która mniej gniciu ulega. Z pokarmów zawierających białko (bo usunąć go zupełnie jest niepodobieństwem) najodpowiedniejsze jest mleko nie tylko dlatego, że kazeina trudniej ulega gniciu, ale głównie dzięki przeciwnilnemu działaniu wytwarzanych z laktozy kwasów: mlecznego i bursztynowego. To też C. zaleca mleko we wszelkich możliwych jego postaciach, ze szczególnem upodobaniem mleko zsiadłe i serki, które tylko powoli wessane być mogą i dlatego kwas mleczny dłużej pozostaje w kanale pokarmowym, przeciwdziałając gniciu. W tym samym mniej więcej duchu działają węglowodany i dlatego winno się je podawać jednocześnie z ciałami białkowymi, by powstrzymały gnicie. COMBE oddaje pierwszeństwo węglowodanom przy ostrym i przewlekłym niezycie kiszek i zaleca stałe dodawanie węglowodanów do mleka, które przy zbyt długim stosowaniu może wywołać acydozę. Skuteczność takiej diety daje się stwierdzić badaniem flory wypróżnień, w których ilość anaerobów gnilnych się zmniejsza, wypierana przez *bact. coli et bifidi*. Dobrym środkiem pomocniczym przy kuracji dyetycznej jest podawanie choremu yoghourt'u i laktobacyliny, które już w niewielkich ilościach działają przeciwnilnie; grzybki piwne i winne zaleca C. jedynie w przypadkach ostrych i podostrych samozatrucia. W przypadkach więcej uporczywych, gdy wymienione zabiegi nie pomagają, zwrócić się trzeba do bardziej radykalnych środków odkażających lub czyszczących, do wysokich dawek węgla ogólnie stosowanych. Najmniejsze szanse posiadają środki opoterapeutyczne, zwrócone ku pobudzeniu funkcji gruczołów antytoksycznych, nieco większe znaczenie lecznicze mają zabiegi, wywołujące wzmocną czynność narządów wydzielniczych.

Te są w głównych zarysach punkty wytyczne nadzwyczaj misternie i wszechstronnie opracowanego dzieła, które we wnioskach idzie może zbyt daleko, ale przez logiczne, ściśle naukowe powiązanie oddzielnych fragmentów dało stałą podwalinę, na której dalej rozwijać się może nauka o samozatruciu kiszkowym.

Fr. K.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



56. Walter Wolff. O powstawaniu i leczeniu wrzodu żołądka. [Wykład kliniczny].

Wrzód żołądka, jako odrębna postać chorobna, poraz pierwszy został opisany już przez CRUVEILHIER'a. Mimo to przyczyny jego nie zostały dotąd wyświetlone należycie. Na jedno się zgodzono ogólnie, mianowicie, że w powstawaniu wrzodu żołądka odgrywa poważną rolę samotrawienie, powstające, zdaniem EWALDA, wskutek chorobliwie zmienionych stosunków pomiędzy właściwościami soku żołądkowego, a stanem odżywienia śluzówki.

Günzburg w 1852 r., a następnie LEUBE i RIEGEL zwrócili uwagę na nadkwaśność soku żołądkowego jako na przyczynę choroby. Teorię tę poparły doświadczenia na zwierzętach MATTHES'a i innych badaczy. Wrzody, wywołane sztucznie w żołądku zwierząt, goiły się łatwo w zwykłych warunkach, gdy tymczasem gojenie opóźniało się znacznie przy jednocześnie zwiększonej nadkwaśności soku żołądkowego. Jednakże z zapatrywaniem LEUBE'go i RIEGEL'a stoją w sprzeczności te przypadki wrzodu żołądka, które przebiegają przy normalnych lub nawet obniżonych wartościach kwasu solnego. Na zasadzie 700 spostrzeżeń z kliniki EWALDA oraz obcych statystyk WOLFF potwierdza, że nadmiar kwasu solnego jest zjawiskiem częstym we wrzodzie żołądka, lecz bynajmniej nie stałym. Wiele danych przemawia za tem, że najczęściej mamy tu do czynienia nie tyle z nadkwaśnością soku żołądkowego, ile z powiększeniem ogólnej ilości soku żołądkowego [JAWORSKI i KORCZYŃSKI]. GLUZIŃSKI nadmiar soku żołądkowego wobec wrzodu żołądka uważa za patognomiczny dla wrzodu odźwiernika. Obok autorów powyższych inni patrzą na nadkwaśność soku żołądkowego jako na zjawisko towarzyszące chorobie, lecz nie wywołujące jej, jeszcze inni przypisują jej nawet znaczenie lecznicze, odkażające. RZĘTKOWSKI, ROTH, SOLMS, WITTE znajdowali zwiększenie ilości pepsyny przy wrzodzie żołądka. WOLFF i TOMASZEWSKI nie potwierdzają tych zapatrywań. Wogóle z całego szeregu spostrzeżeń, dotyczących wrzodu żołądka, daje się wyprowadzić wnioszek, że w chorobie tej b. często odbywa się nadmierne wydzielanie soku żołądkowego, że objawowi temu nie można odmówić dużego znaczenia rozpoznawczego [EWALD, WIRSING], że jednak uważać go za czynnik etyologiczny można jedynie przy uwzględnieniu innych współdziałających czynników. Należy przypuścić, że jednocześnie ze wzmocnieniem siły trawiennej soku żołądkowego istnieje zmniejszona odporność śluzówki, która przeto ulega strawieniu. HUNTER utrzymuje, że zdrowa tkanka opiera się trawieniu. Doświadczenie CL. BERNARDA z łapą żywej żaby, która została strawiona w żołądku psa, zbija NEUMAN, dowodząc, że w danym wypadku sprawę trawienia poprzedziło obumarcie tkanek łapy. KATZENSTEIN sądzi, że zdolność opierania się trawieniu posiadają jedynie żołądek i dwunastnica wskutek przystosowania się do warunków. Przyczynę więc zmniejszenia się tej odporności należy szukać w miejscowej martwicy tkanek, powstałej pod działaniem różnorodnych czynników. Uraz stosunkowo odgrywa tu rolę niewielką, co zostało dowiedzione przez spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia na zwierzętach. VIRCHOW w 1833 r. zwrócił już uwagę na zaburzenia w krążeniu. Przypuszczenie to zostało potwierdzone przez doświadczenia na zwierzętach, u których wywoływano sztuczne zatory w naczyniach krwionośnych. Sam wygląd anatomiczny wrzodu wskazuje na związek tej sprawy z rozgałę-



zieniem naczyń w ścianie żołądka. Według NEUWERK'a punkt wyjścia do podobnych zatorów mogą dawać nawet bakterye, które wtedy działają jako przeszkoda mechaniczna. Wobec częstości obrażeń w ścianie żołądka, pozostaje niezrozumiałem, dlaczego z uszkodzeń tych stosunkowo rzadko wywiązują się wrzody i tak trudno poddają się leczeniu. Tłómaczyłoby się to istnieniem środków ochronnych, którymi rozporządza żołądek zdrowych ludzi, a których są pozbawieni chorzy na wrzód żołądka. Środki te są dwojakiego rodzaju: miejscowe i ogólne. Do pierwszych należą: dostateczna kurczliwość żołądka, ułatwiająca fałdem śluzówki przykrycie uszkodzonego miejsca [SCHMIDT, BLOCH], obecność śluzu w dostatecznej ilości, który ma podobną znaczenie [KAUFMANN, KLUG]. Przez tego BLUM i FULD znaleźli w soku żołądkowym antypepsynę, która, między innymi, posiada tę własność, że się opiera wpływowi gotowania, gdy sok żołądkowy w podobnych warunkach traci zdolności trawienne. WOLEF i HIRSCH przekonali się, że antypepsyna, będąc wydzieloną gruczołów żołądkowych, wpływa hamująco na trawienie, nie mogli jednak stwierdzić, aby sok żołądkowy u chorych na wrzód żołądka posiadał w mniejszym stopniu zdolności przeciwtrawienne, niż u ludzi zdrowych.

Środków ochronnych ogólnych należy szukać we krwi. PAVY podnosi znaczenie zasadowości krwi, która zobojętnia kwas solny na odpowiedniej głębokości ściany żołądka. Przemawia zatem częstość wrzodu żołądka u chłotyczek z obniżoną zazwyczaj zasadowością krwi; przeciw temu zaś świadczą spostrzeżenia na zwierzętach, u których, pomimo sztucznego przeładowania krwi kwasami, nie można było osiągnąć utworzenia się wrzodu w żołądku. RIEGEL kładzie nacisk na zdolności odżywcze krwi, jako na środek chroniący żołądek od samotrąwienia. Prócz tego krew może posiadać specyficzny środek ochronny w rodzaju niweczników, mianowicie antypepsynę. Doświadczenia WOLFFA i HIRSCH'a nie dostarczyły jednak i w tym względzie przekonujących danych co do braku antypepsyny u chorych na wrzód żołądka. Nie można odmówić pewnego znaczenia w powstawaniu wrzodu chorobom zakaźnym ostrym i przewlekłym. Jako momenty sprzyjające należy wymienić wiek i płeć. Z licznych danych statystycznych wynika, że kobiety chorują znacznie częściej, niż mężczyźni, i stosunkowo w młodszym wieku [wogóle 21—25 lat]. U starców i dzieci choroba ta należy do wyjątków. WOLFF z własnych doświadczeń twierdzi, że w latach 40—50 spotykał wrzód żołądka względnie często wbrew zdaniu innych autorów. Z innych warunków sprzyjających GERHARDT, SOHLERN i RÜTIMAYER wymieniają warunki geograficzne, HUBER duże znaczenie przypisuje dziedziczności.

Leczenie wrzodu żołądka polega na leczeniu samego wrzodu, jako też objawów, wynikających z powikłań jego lub następstw. Pierwszym warunkiem leczenia, na który kładł już nacisk CRUVEILHIER, jest pełny spokój. W Niemczech zasady postępowania leczniczego w ulcus ventriculi zostały opracowane przez LEUBE'go i ZIEMSEN'a. Sprowadzają się one do wymagań: leżenia w łóżku, okładów prysznicowskich, stosowania wody alkalicznej karlsbadzkiej i właściwej diety. Co do czasu leżenia w łóżku, to LEUBE wymaga 10 u dni, gdy inni, np. AD. SCHMIDT wyznaczają termin od 2-u do 3-ch tygodni. Ciepłe okłady działają kojąco na ból. Nie wszyscy jednak chorzy je znoszą, czując się lepiej przy zimnych okładach. Ostatnie wyłącznie wskazane są w razie krwotoków. Czynników leczniczych w działaniu wód szukać należy w obniżeniu siły wydzielania soku żołądkowego [JAWORSKI, SPITZER] i w pobudzeniu działania kiszek. Należy jednak zastanowić się nad sprawą wprowadzenia do żołądka znacznych ilości płynu, który bądź co bądź rozciąga ściany żołądka. EWALD uważa, że mleko wystarcza zupełnie do związania nadmiaru kwasu solnego, a enemy podawane co 2—3 dni wystarczą do uregu-

lowania stolca. Wogóle stosowanie wód mineralnych jest właściwsze w okresie późniejszym (*Nachkur*), niż przy objawach świeżego wrzodu żołądka.

Duże znaczenie ma niewątpliwie stosownie dobrana dyeta. Musi ona wypełnić 4 warunki: 1) możliwie mało pobudzać mechanizm żołądka; 2) możliwie mało wpływać na wydzielanie soku żołądkowego; 3) posiadać zdolności wiązania kwasów wydzielających się przy trawieniu, i 4) dostarczyć ustrojowi dostateczną ilość pożywienia. Pierwszemu warunkowi najlepiej odpowiada mleko. W celu uniknięcia tworzenia się dużych skrzepów sernika, EWALD zaleca dodawanie do mleka pegniny. Mleko należy podawać ciepłe w małych, ale częstych dawkach. Dziennie powinny choroby otrzymywać po 300, 1000, 1500, 3000 grm. Dodając inne pokarmy, stopniowo zmniejszamy ilość mleka. W końcu 2-go tygodnia kuracyi mleczej, podług przepisu LEUBE-PENTZOLD'a, można podawać: kleiki, gotowaną kurę, gołębie, mózdzek cielęcy, rosół cielęcy; po 8-u dniach: mięso skrobane pieczone, surową szynkę skrobaną, purée kartoflane, kalafior, sucharek; po następnych 8-iu dniach; drób pieczony, mięso cielęce, wołowe, lekkie ryby, leguminy i t. d.

W ostatnich czasach w celu pewniejszego zaoszczędzenia pracy żołądkowi zaczęto stosować w pierwszych dniach choroby kurację głodową. Na oddziale EWALDA każdy chory na wrzód żołądka podlega temu sposobowi leczenia w ciągu pierwszych 1—3 dni, otrzymując przez ten czas ławatywy odżywcze. W takich ławatywach podaje się: białko jaja kurzego, mleko, krochmal. Rozczyn cukru w celu uniknięcia podrażnienia kiszki należy używać w rozcieńczeniu [15—20 grm. na 300 wody]. Ze składników ławatywy duże znaczenie ma woda. Chory lepiej głód znosi, gdy nie czuje pragnienia. Dodając nieco soli kuchennej, zwiększamy stopień wysysania pokarmu podawanego przez kiszkę. Skład ławatyw odżywczych, zalecany przez różnych autorów, różnie się przedstawia. WOLFF podaje następujący przepis: 250 ctm. sz. mleka, 2 jajka, 5 grm. troponu, na koniec noża soli i cukru gronowego. Podobną ławatywę stosuje się 2—3 razy dziennie z dodaniem kilku kropel makowca, po dokładnem oczyszczeniu kiszki przez ławatywę zwykłą.

Powyżej opisane postępowanie nie odpowiada jednak warunkowi podniesienia odżywienia chorego, zwłaszcza w pierwszych dniach kuracyi. To dało powód LENHARTZ'owi do podania innych przepisów dyetetycznych, które się zasadniczo od poprzednich różnią. LENHARTZ twierdzi, że właśnie głodny żołądek pozostaje w niepokoju wskutek nieustannych ruchów robaczkowych, i zaleca: 1) wiązać kwasy żołądkowe przez pokarm bogaty w białko; 2) szybko zwiększać ilość pokarmów w celu podniesienia sił chorego; 3) dla uniknięcia rozciągania żołądka pęcherz z lodem, leżenie w łóżku, bizmut, ograniczenie płynów, zamiast mleka jaja i już po 6-iu dniach mięso, a potem inne pokarmy. WOLFF zestawia dane statystyczne LENHARTZ'a ze swojemi i nie znajduje możności uznania przewagi metody LENHARTZ'a nad innemi. Ma ona jednak swoich zwolenników, z których jedni, jak WIRNING, MAYERLE, FRAENKEL, LAMBERT, zalecają tę metodę właśnie dla chorych z krwotokami żołądkowymi, inni [MINKOWSKI, BOAS]—we 2—3 dni po ustąpieniu krwotoku. Ważny jednak wniosek stąd można wyciągnąć, mianowicie, że przy starych, przebiegających bez krwawienia wrzodach żołądka należy więcej zwracać uwagi na żywienie chorego, niż się niewolniczo trzyma przepisów dyety LEUBE'go.

Pośrednie miejsce między metodą wstrzemięźliwości LEUBE'go a metodą odżywiania LENHARTZ'a zajmuje dyeta podana przez SENATORA. Polega ona na podawaniu chorym mieszaniny z żelatyny [15—20 : 200.00], 50-ciu grm. *Elaeosacchar. citri*,  $\frac{1}{4}$  litra śmietany i 30 grm. masła. SCHNÜTGEN, stosując tę metodę, otrzymał te same wyniki co przy innych sposobach leczenia, w ciągu jednak krótszego czasu. Rzecz prosta, że trzy podane metody leczenia dyetetycznego wrzodu żołądka stanowią podstawę do różnych modyfikacji

w poszczególnych wypadkach bądźto ze względu na samą chorobę, bądź na stanowisko chorego. Prócz przepisów dyetytycznych są w użyciu różne środki lekarskie. Bizmut był już zalecany przed stu laty przez ODIERA, jako środek przeciw kurczom żołądka. Działanie bizmutu ma polegać według jednych na wpływie czysto mechanicznym przez przykrycie wrzodziejącej powierzchni i uniedostępnienie jej działaniu soku trawiennego; zdaniem innych autorów bizmut pobudza wydzielanie śluzu, któremu należy przypisać dopływ ochraniający. WOLFF w swoich spostrzeżeniach nie widział szczególnego znaczenia kuracji bizmutowej. Ze względu na możliwe, jakkolwiek rzadkie otrucia wydzielającym się pod wpływem pewnych bakterii kwasem azotnym, najlepiej jest używać *Bismuth. carb.* lub połączeń białkowych. GERHARDT i BOAS zalecają lapis. KAUFMAN przypuszcza, że i tu działanie dodatnie należy przypisać powstawaniu większej ilości śluzu pod wpływem lapisu. TABORA zastrzykuje pod skórę 2—3 razy dziennie 1 mg. atropiny w celu powstrzymania ruchów żołądka. Podawania preparatów żelaza, jakto czyni LENHARTZ, WOLFF nie zaleca ze względu na możliwą symulację krwotoku żołądka. Co do częstości pojedynczych objawów choroby, to dane liczbowe różnych autorów wykazują znaczne wahania. WOLFF na swoim materiale znalazł: krwotok żołądkowy w 56,3%, bole napadowe, występujące w ciągu godziny po jedzeniu, w 66%, wymioty w 47,2%, ograniczony ból na ucisk w okolicy żołądka w 44,1%; bolesny punkt uciskowy z tyłu, na który Boos zwracał szczególną uwagę i znajdował go w  $\frac{1}{3}$  części swoich przypadków, był objawem rzadkim w przypadkach WOLFFA. Nadkwaśność soku żołądkowego określił autor w 52,9%, nadmiar soku żołądkowego w 16%. Wszystkie wyżej przytoczone objawy zwykle ustępują przy ogólnej kuracji [spokój i dyeta]. Niekiedy jednak wymagają osobnych zabiegów. I tak, przy b. ciężkich krwotokach niezaprzeczoną usługę oddają: *Plumb. acet., Liq. ferr., sesquichlorat.*, stypticyna, stypol, stagnina, adrenalina, ergotyna, często morfina. W bardzo uporczywych przypadkach bywa pożyteczne podawanie per os lub podskórnie żelatyny. Do wewnętrznego użytku dobrze jest używać kombinacji żelatyny z innym środkiem wiążącym, naprz. chlorkiem żelaza. Co się tyczy eskaliny, zalecanej przez KLEMPERERA, to WOLFF nie zauważył żadnego szczególnego wpływu tego środka. W kilku przypadkach rozpaczliwych krwotoków Ewald zastosował z dobrym skutkiem przepłukiwanie żołądka wodą lodową. Częste nawroty mogą dawać wskazania do operacji. O ile bole wymagają specjalnego leczenia, to można podawać bizmut z chloroformem lub środki narkotyczne. Stosunkowo rzadziej okazuje się potrzeba szczególnego uwzględnienia w leczeniu stanu soku żołądkowego. W tych razach najlepiej jest stosować proszki alkaliczne (*Mag. usta, Natr. bicarb.*). Z powikłań i następstw wrzodu żołądka przedewszystkiem energicznego leczenia wymaga przedziurawienie ściany żołądka. Leczenie to należy do chirurga i wymaga pośpiechu. Do rzadkich bardzo, bo dopiero trzy razy spostrzeganych powikłań, należy ropne rozlane zapalenie żołądka. Znacznie częściej niż z poprzednimi spotykamy się z następstwami zbliznowacenia ścian żołądka (zrosty z sąsiadującymi narządami, zwężenia odźwiernika, klepsydrowate przeżęcenie żołądka). W ostatnich czasach w przypadkach tworzenia się blizn zalecają zastrzykiwanie fibrolizyny. Zdania jednak co do skuteczności tego leku dotąd są podzielone. Conheim gorąco poleca w podobnych wypadkach systematyczne przemywanie żołądka i stosowanie oliwy. Pierwsze ma na celu podniesienie sprawności ruchowej żołądka, druga ma ułatwiać przesuwanie się pokarmów. W przypadkach, gdzie tą drogą nie osiąga się poprawy, pozostaje zabieg operacyjny. Do rzadkich powikłań, występujących prawdopodobnie wskutek samozatrucia ustroju produktami rozkładających się pokarmów w żołądku ze zwężeniem odźwiernika—należy *tetania*.

Przechodząc z kolei do wyników leczenia wogóle, WOLFF zestawia statystyki różnych autorów i dochodzi do wniosków następujących: 1) z liczby chorych, którzy zakończyli kurację, jako wyleczeni, połowa z górą uzyskała trwałe zdrowie, reszta uległa mniej lub więcej ciężkim nawrotom; 2) otrzymane w szpitalu polepszenie w  $\frac{3}{4}$  przypadków jest powierzchowne, i po powrocie chorych do zwykłego trybu życia znowu wracają dawne dolegliwości; 3) nieznaczną liczbę chorych, którzy się nie poprawili przy leczeniu szpitalnym, należy uważać jako nienadających się do leczenia środkami wewnętrznymi wogóle. Należy zaznaczyć, że przypadki z krwotokami dają lepsze rokowanie co do trwałości poprawy, niż bez nich. Jak z powyższego widać, wyniki leczenia wrzodu okrągłego żołądka dotychczasowymi metodami dalekie są od ideału. Jako wniosek stąd nasuwa się przedewszystkiem potrzeba dłuższego leczenia zakładowego.

(Samml. klin. Vortrüg. Nr 572/573).

M. Gliński.

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

### SEKCJA GASTROLOGICZNA.

#### Posiedzenie 19 go stycznia 1910 r.

GRUNDZACH przedstawił preparat wyrostka robaczkowego wraz z kawałkiem sieci, do której wyrostek był przyrośnięty [zoperowi kol. CIECHOMSKI]— i zwrócił uwagę na 3 punkty, godne zaznaczenia:

1) przed operacją, oprócz kilku „ataków“, chory miewał częste bóle podczas chodzenia, co G. chce uzależnić od zrostu, znalezione podczas operacji;

2) podczas ostatniego przedoperacyjnego „ataku“ na 6-y dzień wystąpiły zmiany w moczu, jak strzępki, zmętnienie, obok objawów bólu i parcia na mocz z niemożnością oddania moczu przez całą dobę i podniesioną ciepłotą (*cystitis*, *pyelonephritis purulenta infectiosa*). Na badanie moczu należy w tem cierpieniu zwracać baczną uwagę. Sprawa ta trwała około 2 tygodni (salol, urotropina narkotyki);

3) w piątym tygodniu po ostatnim napadzie jeszcze otrzewna kiszkiowa w okolicy kiszeki ślepej była bardzo przekrwiona (z tego powodu nie zaszywano rany doszczętnie). Wniosek: należy operować w 5 lub 6 tygodni po napadzie.

W dyskusyi ODERFELD sądzi, że przedstawiony przypadek jest dość powszedni; co do powikłania ze strony dróg moczowych, to nie przytoczono dostatecznych danych do rozpoznania *pyelonephritidis*; mógł być także ropień, który się otworzył do pęcherza lub wyżej. W sprawie operowania zapalenia wyrostka robaczkowego wyraża zdanie, że należy operować możliwie w pierwszym dniu choroby, a po napadzie dopiero po upływie 2-u miesięcy.

LANDAU spostrzegł przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego, w którym na 5-y dzień choroby wystąpiło zatrzymanie moczu, mocz był alkaliczny i zawierał licznie fosforany, bez ropy; sądzi, że obliczanie leukocytów mogłoby w takich razach rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z „*pyelonephritis*“, czy też nie.

RZĘTKOWSKI jest zdania, że obliczanie leukocytów nie dałoby w tym kierunku stanowczej odpowiedzi i przytacza przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego, w którym wystąpiły bole w okolicy nerki, w moczu stwierdzono ciała ropne i erytrocyty, potem została tylko bakteriuria; sądzi, że mamy w tych razach do czynienia z różnymi następstwami jednej infekcji.

REJCHMAN podnosi wartość badania bakteriologicznego moczu, które nie raz wykrywa obecność znacznej liczby laseczników okrężnicy w moczu i przytacza własne tego rodzaju spostrzeżenia.

HALPERN również widział przypadek fosfaturyi po zapaleniu wyrostka robaczkowego.

SKŁODOWSKI sądzi, że sprawa terminu operowania zapaleń wyrostka robaczkowego jeszcze nie może być uważana za przesądzoną i wymaga indywidualizacji.

GRUNDZACH wyjaśnia, że w jego przypadku było dokonane badanie mikroskopowe moczu przez kol. MUTERMILCHA, które stwierdziło niewątpliwe istnienie *pyelonephritidis*.

2) HAGMAJER przedstawił przypadek 8-dniowej niedrożności kiszek z powodu kamienia żółciowego dużych rozmiarów.

Dopiero 8-go dnia choroby — częste wiatry oraz obfite stolce, przyczem wyszedł kamień wielkości kurzego jaja. Stan chorej prędko zaczął się poprawiać i 4-go dnia wstała z łóżka.

W czerwcu roku ubiegłego przeprowadziła kurację w Karlsbadzie, obecnie zupełnie zdrowa. Kamień, który H. przedstawił, waży 16,5 grama, ma kształt kurzego jaja, powierzchnię na szerokim biegunie gładką, pozatem jest chropowaty. Wymiary  $4\frac{1}{2}$ ,  $3\frac{1}{2}$  ctm.

Po zbadaniu przez kol. PASZKIEWICZA okazało się, że składa się z cholesterolu oraz barwików żółciowych.

W dyskusyi GRUNDZACH dodaje, że wspólnie z kol. HAGMAJEREM obserwował chorobę, że stan ogólny chorej nie był ciężki, pomimo istnienia niedrożności kiszek, że chora mogła schodzić do wanny i sądzi, że nie należy w tych razach zbytnio śpieszyć się z zabiegiem chirurgicznym, gdyż przypadki te mogą się kończyć pomyślnie bez operacji.

LANDAU zapytuje, czy były widoczne objawy zapalne, odpowiadające chwili przedostania się kamienia do kiszek?

HAGMAJER odpowiada, że objawów takich nie obserwował.

SKŁODOWSKI sądzi, że w takich razach wogóle nigdy nie udaje się uchwycić momentu, kiedy kamień do kiszek przechodzi.

ODERFELD jest zdania, że nie należy zwlekać 11 dni z operacją, lecz operować możliwie szybko, odsetka śmiertelności jest wtedy o wiele niższa.

HAGMAJER wyjaśnia, że absolutnej niedrożności w opisanym przypadku nie było, gdyż wiatry odchodziły, — i że zarówno ta okoliczność, jak i zachowanie się tętna, ciepłoty i t. d., nie decydowały tu o niezbedności zabiegu chirurgicznego.

RZĘTKOWSKI spostrzegł przypadek niedrożności kiszek po napadzie kamicy żółciowej, w którym wiatry odeszły po wysokiej lawatywie; wogóle sądzi, że czekać z operacją 2—3 dni można.

REJCHMAN potwierdza fakt kliniczny, że przedostawanie się kamieni żółciowych do kiszek dość często nie wywołuje żadnej reakcji i wyraża przekonanie, że niejednokrotnie zabieg chirurgiczny okazuje się niepotrzebnym.

3) TUCHENDLER przedstawił chorego z przepukliną w dołku podsercowym.

4) Kol. BORSUK przedstawił preparat cienkiej kiszki ze zmianami tyfusowemi. Chora lat 40, od paru tygodni skarżyła się na ogólne niedomaganie, ból głowy, przytem jednak chodziła i mogła zajmować się swymi obowiązkami. Na 4 dni przed operacją z powodu tych dolegliwości udała się do szpitala Wolskiego, gdzie umieszczono ją w oddziale kol. Rzętkowskiego. Po kilku dniach pobytu w szpitalu niespodziewanie chora dostała w nocy gwałtownych bólów brzucha, wymiotów. Nad ranem chora już nawpół przytomna, *facies hippocratica*, tętno ledwo wyczuwalne, kończyny zimne, brzuch wzdęty, wrażliwy, przeważnie w prawej połowie. Rozpoznano przedziurawienie kiszki, prawdopodobnie na tle zapalenia wyrostka robaczkowego. Zaraz kol. BORSUK dokonał laparotomii w lekkim odurzeniu chloroformem. Po otwarciu jamy brzusznej wylało się sporo płynu posokowatego, a kiszki, również jak i otrzewna ścienna mocno zaczerwienione. Wykryto przytem kolosalne rozszerzenie *S romani*, powodowane przez skręcenie tegoż.

Po odprowadzeniu kiszki gazy swobodnie odeszły, ale w okolicy dołu biodrowego cienkie kiszki okazały się zlepiane ze sobą. Po rozdzieleniu ich na kiszce biodrowej blisko ślepej kiszki wykryto otwór, przez który zawartość kiszkowa obficie się wydzielala; otwór ten został odpowiednio zaszyty, jama brzuszna oczyszczona i po założeniu licznych pasków z gazy między kiszkami częściami jamę brzuszną zaszyto. Operacja trwała około  $\frac{1}{2}$  godziny. Po operacji—przemijająca poprawa. Nazajutrz jednak ponownie wielki upadek sił i mimo zastrzykiwań dożylnych fizyologicznego rozczyynu z adrenaliną chora zmarła.

Sekcyja, dokonana przez kol. Rzętkowskiego, wykryła tyfusowe zmiany w kiszkach. Pęknięcie kiszki *B. tlomaczy* tem, że wskutek skręcenia *S romani* wystąpiła ostra niedrożność kiszkowa, która spowodowała pęknięcie owrzodzonej kiszki cienkiej.

MALINIAK przytacza z oddziału JANOWSKIEGO przypadek, w którym przebieg kliniczny nasuwał przypuszczenie rozlanego zapalenia otrzewnej w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego, tymczasem sekcyja stwierdziła zupełnie nietknięty wyrostek robaczkowy i przedziurawienie pętli kiszki biodrowej przy absolutnym braku zmian tyfusowych; przypadek ten dowodzi, że pozornie zdrowa kiszka może uleść przedziurawieniu.

6. RÓBIN demonstrował ułatwiony sposób sondowania chorych żołądkowych.

Z powodu napotykaney nieraz trudności przy wprowadzeniu zwykłej sondy żołądkowej, R. opierając się na fakcie, że twarde zgłębniki o wiele łatwiej dają się wprowadzać, niż miękkie, bo nie wymagają czynnego udziału ze strony chorego, od kilku lat używa w tych razach twardej sondy windlerowskiej, służącej do przepłukiwania przelyku, wewnątrz wydrążonej i mającej u dołu tępe zakończenie z 2-ma otworami. Wprowadzenie takiej sondy trwa jeden moment i nie wymaga żadnej pomocy ze strony chorego. Sondowanie wykonywa R. zawsze po śniadaniu próbnem i jeśli wystarcza mała ilość soku żołądkowego, to momentalnie sondę z żołądka wyciąga i wydobytą z okienek jej zawartość bada na obecność kwasu solnego, na odczyn i t. d. Zazwyczaj wydobywa się w ten sposób 3—15-u ctm. sz. zawartości żołądkowej.

Jeśli chory jest cierpliwy i na sondę nie reaguje, to przy pomocy aspiratora i rurki gumowej, łączącej sondę z butelką, można wydobyć większą ilość zawartości.

W dyskusyi TUCHENDLER zgadza się, że naogół o wiele łatwiej wprowadzać sondę twardą, niż miękką, jakkolwiek spostrzegal przypadki, w których i twardy zgłębnik wprowadzonym być nie mógł.

REJCHMAN przypomina próby różnych autorów, mające na celu umożliwić wydobycie choćby kilku kropeł zawartości żołądkowej, między innymi woreczki GERMAIN'a SEE.

6) JANCZUROWICZ odczytał rzecz: „O dyzenterji amebowej“.

Mówca podaje opisy trzech przypadków przewlekłej biegunki krwawej; w stolcach obecna była w znacznej liczbie *amoeba histolytica*; przypadki te uważa mówca za dysenterję amebową. Dwa przypadki dotyczyły osób mieszkających stale w kraju, trzeci—przyjeźdnego, który zachorował w Mandżurji. Mówca streszcza obecny stan pojęć o patogenie, patologii, terapii dysenterji amebowej i biologii ameb, znajdujących u człowieka. Stwierdza, że biologia *amoebae histolyticae* w wielu punktach nie jest dostatecznie wyjaśniona. Wbrew obecnym poglądom sądzi, że w strefie umiarkowanej dyzenterja amebowa zdarza się częściej, niż to bywa przyjmowane; że zarażenie przychodzi do skutku najczęściej przez zetknięcie żywych ameb z otworem stolcowym, (*proctitis amoebosa ulcerosa*), że następnie zakażenie idzie zwolna do góry, wywołując *sigmoiditis amoebosa ulcerosa ascendens*. Mówca uzasadnia zupełne prawdopodobieństwo takiej drogi zarażenia; obecnie jedynie przyjmowane zarażenie przetrwalnikami *per os* uważa za mniej częste. Mówca zaleca rektoskopję i energiczne leczenie miejscowe irygacyami z garbnika, azotanu srebra, chininy, czopkami, zawierającymi duże dawki jodoformu oraz chininy, maściami zawierającymi też same i inne środki, pudrowaniem ścian kiszki przy pomocy rektoskopu proszkami amebobójczymi.

W dyskusji RZĘTKOWSKI i MUTERMILCH sądzą, że dla stanowczego wyłączenia dyzenterji bacylarnej SHIGA-KRAUSE'go należało wykonać próbę aglutynacyjną.

HALPERN zapytuje, czy nie była stosowana *Quasseina*, widział bowiem w Hamburgu dobre wyniki przy stosowaniu tego leku.

GRUNDZACH wyraża przypuszczenie, że dyzenterja amebowa, tak groźna w krajach tropikalnych, u nas traci na sile.

RÓBIN widzi pewną analogję pomiędzy sprawami anatomicznymi, wywołanymi w opisanych przypadkach przez amebę, a sprawami, wywołanymi przez *balantidia coli*, i zapytuje, czy nie były stosowane ławatywy octowo-garbnikowe, które w przypadkach *bal.-colitis* okazały się nader skuteczne.

JANCZUROWICZ odpowiada, że opisane przypadki były niewątpliwie pochodzenia amebowego, nie bacylarnego, dowodem czego jest fakt, że liczba ameb powiększała się stale, ilekroć objawy kliniczne się wzmagaly, że nie było gorączki i t. d.; o kwasie nie słyszał; w krajach tropikalnych są również przypadki o różnym natężeniu, nie tylko ciężkie; że *balantidium-colitis* jest zupełnie analogiczną sprawą z dyzenterją amebową i że ławatywy octowo-garbnikowych nie stosował.

W. Róbin.

## Wiadomości bieżące.

— Na zgromadzeniu ogólnem Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu wybrani zostali: na prezesa związku prof. Czeczorr, na skarbnika dr ULIŃSKI, na bibliotekarza dr JASTRZĘBSKI; w wydziale lekarskim: na wiceprezesa

prof. ZIEMACKI, na sekretarza naukowego doc. Sowiński i na sekretarza administracyjnego dr WILAMOWSKI. Członkiem honorowym został obrany były prezes, profesor S. ZALESKI.

— W końcu zeszłego miesiąca wydano Nr. 1-y pisma, zatytułowanego: *Nasze Zdrowie*, poświęconego zdrojowiskom, miejscom klimatycznym, sanatoriom, turystyce i ruchowi przejezdnych w zdrojowiskach. Pismo wychodzi w Krynicy pod redakcją dra JULJUSZA BANDROWSKIEGO; w sezonie letnim wychodzić będzie dwa razy na tydzień, w zimowym raz na tydzień.

— Wyszedł z druku Nr. 1-y nowego czasopisma lekarskiego p. t. „*Medycyna Współczesna*“, które wychodząc w odstępach dwutygodniowych, ma być poświęcone „przeglądowi najnowszych zdobyczy na polu wszech nauk lekarskich“. W Nr. 1-y m pomieszczono w tłumaczeniu dra CHODECKIEGO początek dwu prac: 1) prof. ORTNERA—Choroby układu krążenia i 2) prof. BRAUBERA—Choroby narządu oddychania.

— Zarząd Tow. klinicznego studentów w Kijowie nadesłał nam pracę studenta med. WACŁAWA GOLDMAŃA p. t. „*Serodyagnostyka syfilisu według WASSERMAN'a* [po rosyjsku] z przedmową prof. PAWŁOWSKIEGO. Praca ta, o której się bardzo pochlebnie wyraża prof. P., zawiera bardzo przystępnie i jasno wyłożoną znaną reakcję WASSERMAN'a z uwzględnieniem jej podstaw teoretycznych.

— Komitet organizacyjny XI Zjazdu im. PIROGOWA, [Petersburg, 4-go—11-go maja r. b.] rozesał pierwszy zeszyt wydawnictwa zjazdowego, obejmujący, poza ustawą i składem osobistym komitetów, referaty zgłoszone na Zjazd; obok tytułów niektórych referatów podano obszernie streszczenia, które uczestnikom Zjazdu pozwolą na przygotowanie się dyskusji.

— Sprawozdania i rozprawy zeszłorocznego Zjazdu lekarskiego w Peszcie będą rozesłane uczestnikom Zjazdu w kwietniu. Jednocześnie każdy uczestnik otrzyma dziełko o ochronie dzieci na Węgrzech, wydane przez ministerjum spraw wewnętrznych.

— Na Zgromadzeniu zarządów Berlińskich Towarzystw Lekarskich zapadło w sprawie wzajemnego placenia honoraryów przez lekarzy postanowienie następujące: pobieranie opłaty za leczenie lekarzy i ich rodzin nie sprzeciwia się bynajmniej przepisom etyki lekarskiej.

— Władze centralne lekarskie wydały rozporządzenie, aby w Taszkencie przedsięwzięto bezzwłocznie środki celem zaprowadzenia wśród tuziemców obowiązkowego szczepienia ospy. Jest to jednak prawie niewykonalne wobec tego, że mieszkańcy Turkiestanu uważają ospę za chorobę zaszczynną i ten, kogo ona nawiedziła, nie ma prawa leczyć się, ani też stosować środków zapobiegawczych przeciwko szerzeniu się choroby. Wprowadzenie obowiązkowego szczepienia zaszkodzi sprawie, bo mieszkańcy zaczną ukrywać chorych i bezwarunkowo unikać szczepienia, na które teraz można ich jeszcze czasem namówić.

— Żona pewnego lekarza bawarskiego, również lekarka, zwraca słuszną uwagę lekarzy, przybywających na letni wypoczynek do miejscowości klimatycznych, na to, że postępują nie pokoleżeńsku, odbierając praktykę lekarzom stale tam mieszkającym, przez udzielanie porad „z grzeczności“. Lekarze przyjezdni winni pamiętać, że przyjechali dla wypoczynku i choćby nawet praktykowali „dla zabicia czasu“ szkodzą tem nawet kolegom i materialnie i moralnie. Winni oni udawać się do chorych wtedy jedynie, gdy są prośzeni na naradę, lub w przypadkach nagłych, gdy chodzi o szybką pierwszą pomoc.

---

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.