

GAZETA LEKARSKA

TRESĆ. I. MIKOŁAJ REJCHMAN. O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka. Str. 637. II. Z. BYCHOWSKI. Teoretyczne podstawy leczenia spastycznych porażań metodą FOERSTER'a. (C. d.). Str. 644. III. RYSZARD HERTZ. Przypadek nagle powstałej odmy piersiowej prawostronnej z natychmiastowym zejściem śmiertelnym—u chorego z odmą lewostronną. Str. 647. *Dział sprawozdawczy.* 98. WITTE JAN. Nowoczesna dyagnostyka chorób kiszek. Str. 649.—99. J. KAUFMANN. Leczenie krwotoków zależnych od wrzodu peptycznego żołądka. Str. 652.—100. PAYR. W sprawie operacyjnego leczenia okrągłego wrzodu żołądka. Str. 654.—101. Z. CHEINISSE. *Amyzia gastrica*. Str. 654.—102. BORODENKO. Poszukiwania nad mechanizmem nerwowym, regulującym wydzielanie soku żołądkowego z uwzględnieniem szczególnem ośrodka regulującego tego w okolicy odźwiernika. Str. 655.—103. BODARI P. Badania kliniczne i doświadczalne nad wpływem środków leczniczych na wydzielanie soku żołądkowego. Str. 656. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenie gastrologiczne dnia 16-go marca 1910 r. Str. 658. *Wiadomości bieżące.* Str. 659. *Ogłoszenia.*

I. O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka.

(Rzecz czytana na posiedzeniu gastrologicznem Tow. Lek. Warsz. 20-go kwietnia 1910 r.)

przez

Mikołaja Rejchmana.

Szanowni Panowie!

Zanim przystąpię do właściwej treści niniejszego odczytu, muszę Szanownym Panom udzielić kilku słów objaśnienia. Redakcja wychodzącego w Berlinie czasopisma p. t. „*Internationale Beiträge zur Pathologie und Therapie der Ernährungsstörungen, Stoffwechsel—und Verdauungskrankheiten*“ urządziła rodzaj ankiety w kwestyi leczenia peptycznego wrzodu żołądka w rozmaitych krajach. Uznając tego rodzaju ankietę za rzecz bardzo pożyteczną, poczytałem ze względów, o których zaraz mówić będę, za stosowne wziąć w niej udział i podać do wiadomości czytelników tego międzynarodowego czasopisma o sposobach leczenia wrzodu żołądka w Polsce stosowanych i o wynikach z tego leczenia u nas otrzymywanych.

Dane, które w ankiecie przedstawiłem, stanowią właśnie treść niniejszego odczytu. Samo się przez się rozumie, że nie mogłem się w niej wdawać ani w kwestye rozpoznawania wrzodu, ani w szczegółowe opisywanie metod leczenia samego wrzodu i jego powikłań, ani w krytyczną ocenę wszystkich środków lekarskich przeciwko wrzodowi u nas stosowanych. Szło mi oczywiście jedynie tylko o wskazanie wytycznych punktów, których się u nas

w leczeniu wrzodu trzymamy. Po tem krótkiem objaśnieniu przystępuję teraz do właściwej treści odczytu.

Peptyczny wrzód żołądka napotyka się w Polsce dość często. Trudność rozpoznawania tej choroby i brak danych liczbowych z prosektoryów szpitalnych nie pozwala na robienie wniosków co do porównawczej częstości wrzodu żołądka u nas i w krajach zagranicznych; każdy jednakże z mających większą praktykę lekarzy musi dojść do przekonania, że wrzód żołądka jest w Polsce chorobą częstą. Ta okoliczność przyczyniła się prawdopodobnie do tego, że właśnie w kraju naszym wykryto fakty, które dały pobudkę do udoskonalenia powszechnie stosowanych metod w leczeniu peptycznego, czyli przewlekłego wrzodu żołądka.

Zasadą leczenia u nas wrzodu żołądka jest metoda CRUVELHIER'a, polegająca na stosowaniu diety mlecznej, uzupełniona i udoskonalona przez LEUBE'go i dlatego powszechnie metodą LEUBE'go zwana. Głównymi częściami składowymi tej metody leczniczej jest spokój, leżenie w łóżku, ciepłe okłady na okolicę żołądka, dyeta mleczna i sól karlsbadzka. W przypadkach bardzo uporczywych, zwłaszcza zaś w razie krwotoku żołądkowego zarówno inni autorowie, jak i LEUBE, radzili pozostawiać na pewien czas chorego bez jadła, a natomiast odżywiać go przez ten czas zapomocą ławatyw pokarmowych. Po kilkunastodniowej dyecie mlecznej zaleca LAUBE stopniowo i powoli przechodzić do zwykłej diety, trzymając się pewnego schematu dyetycznego.

Ta metoda LEUBE'go jest u nas już od 30-u lat przeciwko wrzodowi żołądka prawie wyłącznie stosowana. Byliśmy jednakże zmuszeni wprowadzić do niej pewne modyfikacje, do których nas obserwacja wielkiej liczby chorych zniewoliła. Leżenie w łóżku uważamy za nieodzowny warunek pomyslnego skutku leczenia, głównie z tego względu, że niedostatecznie odżywiany chory, dla zachowania siły i wagi ciała, musi pozostawać w bezwzględnyim spokoju. Żołądek przeważnej liczby chorych bardzo dobrze znosi mleko. W wyjątkowych przypadkach mleko bywa źle przez żołądek znoszone i w takich razach doskonale nam usługi oddaje wyłączne żywienie chorych kleikiem jęczmiennym, lub owsianym, zawierającym dużą ilość dobrego masła, albo też zamiast mleka zalecamy chorym śmietankę. Zsiadłe mleko, zwyczajne lub t. zw. bułgarskie, tudzież kumys lub kefir, mniej się nadają do leczenia przewlekłego wrzodu żołądka. Na wyłącznej dyecie mlecznej, śmietankowej lub kleikowej trzymamy chorych od 10-u do 15-u dni, a w razie trwania bólów w żołądku i dłużej. Skoro bole ustąpią i nie doznaje już ich chory w ciągu tygodnia, to zaczynamy stopniowo i powoli przechodzić do innych pokarmów, wybierając na początek pokarmy dla żołądka najłżejsze, jak biszkopty, sucharki, jaja na miękko, kaszkę i t. p. Mięso pozwalamy chorym spożywać dopiero w końcu czwartego lub w piątym tygodniu, o ile nie doznają w żołądku po jedzeniu jakichkolwiek bólów.

Ze środków farmaceutycznych stosowaliśmy dawniej przeciwko przewleklemu wrzodowi żołądka ciepły roztwór soli karlsbadzkiej, a w ostatnich la-

tach, idąc za przykładem FLEINER'a ¹⁾, duże dawki azotanu bizmutu zasadowego, mianowicie 5—15-u grm., które chory przyjmuje w pół szklance letniej wody z rana na czczo, na godzinę przed pierwszym pożywieniem. Stosując takie duże dawki bizmutu, kilkakrotnie spostrzegaliśmy pomyślnie zakończone objawy zatrucia. Okazało się, iż w tych przypadkach azotan bizmutu nie był zasadowym, lecz posiadał odczyn kwaśny i temu, według zdania mego, przypisać należy szkodliwe działanie tego środka na organizm. Od czasu, jakem się o tem przekonał, przepisuję jedynie azotan bizmutu świeżo przyemyty i od tego czasu objawów zatrucia nie obserwowałem. W przypadkach, w których istnieją bardzo silne lub uporczywe bole w żołądku, korzystnym nam się okazało dodawanie do rannej dawki bizmutu 0,5—1,00 ortoformu.

Wogóle przyszliśmy do przekonania, że przeciwko wrzodowi przewlekłemu żołądka—zasadowy azotan bizmutu działa skuteczniej, niż stosowana przedtem w tym celu sól karlsbadzka. Jednakże bywają przypadki, w których chorzy bizmutu nie znoszą, lub przyjmować go nie mogą z powodu przykrości, jakiej doznają przy połknięciu gęstej zawiesiny bizmutowej. Przekonaliśmy się mianowicie, iż w rzadkich przypadkach, w których obok wrzodu istnieje znaczniejsze upośledzenie w wydzielaniu soku żołądkowego, ew. zmniejszenie kwaśności płynu zawartego w żołądku, zasadowy azotan bizmutu bywa bardzo źle znoszony, sprowadza gnecenie w dołku, wzdęcie, nudności i wymioty. Źle również bywa bizmut znoszony w przypadkach, w których istnieje utrudnienie w przechodzeniu zawartości z żołądka do dwunastnicy, skutkiem zwężenia odźwiernika. W tych razach, rozumie się, należy w miejsce bizmutu zastosować inne środki, jak: małe dawki soli karlsbadzkiej, wodę Vichy i t. p. W razie silnego zaparcia stolca do rannej dawki bizmutu dodajemy trochę palonej magnezyi, lub też dajemy choremu na noc $\frac{1}{2}$ —1 łyżeczki tego środka lekarskiego.

Od czasu wykrycia przez KORCZYŃSKIEGO i JAWORSKIEGO ²⁾ faktu jednoczesnego istnienia obok wrzodu nadmiernej kwaśności miazgi pokarmowej w żołądku, skutkiem, jak utrzymują ci badacze, przewlekłego sokotoku, zacząłem stosować w przypadkach peptycznego wrzodu żołądka, w których bole w ciągu pierwszych kilku dni powyżej wzmiankowanego leczenia nie przechodzą, duże dawki [4—6 grm.] środków ługowych, w połączeniu z *Extr. belladonnae* lub z atropiną. Ponieważ kwestya wpływu alkaliów na wydzielanie soku żołądkowego u chorych ludzi nie jest dostatecznie rozstrzygnięta, przeto nie można całkowicie zrozumieć pomyślnego działania dużych dawek środków ługowych na przebieg peptycznego wrzodu żołądka; sądzę wszakże, że najważniejszą rolę tutaj odgrywa zubożenie nadmiernie kwaśnej zawartości żołądka i ochranianie przeto powierzchni wrzodu i całej błony śluzowej od drażniącego wpływu tej zawartości. W leczeniu przypadków

1) Münch. med. Woch. 1903, Nr. 23.

2) Deutsche med. Woch. 1887, Nr. 47—49. O niektórych dotąd nieuwzględnionych szczegółach klinicznych i anatomicznych w przebiegu wrzodu okrągłego. Przegląd Lekarski 1889, Nr. 23—26.

uporczywych lub cięższych obejść się bez środków ługowych nie możemy. Przy ich stosowaniu spostrzegamy natychmiast wyraźną zmianę obrazu chorobnego i ustępowanie najważniejszych objawów chorobnych, zwłaszcza bólów. Żeby otrzymać radykalny w tych razach skutek, należy te duże dawki środków ługowych podawać chorym przez czas dłuższy, przez 2 do 4-ch tygodni, zmniejszając z czasem i w miarę poprawy nie dawkę, lecz częstość podawania środka. Rozumie się samo przez się, że środki ługowe podawać chorym należy w ciepłym wodnym roztworze, w godzinę lub 1¹/₂ godziny po przyjęciu posiłku. Najważniejszym z tych środków i najprzyjemniejszym do użycia jest dwuwęglan lub cytrynian sodu; inne więcej stosunkowo kwasu zobojętniające, lecz mniej przyjemne w smaku, jak fosforan amonu i magnezyi, dodajemy w małych dawkach do powyższego, a dla jednoczesnego wpływu na kiszki łączymy te środki z magnezją paloną lub z węglanem magnezyi. Duże dawki środków ługowych (do 15,00 *Natri bicarbonici p. die*) można stosować bezkarnie przez czas bardzo długi; u dwu tylko chorych zdarzyło mi się podczas takiego leczenia spostrzegać napad kolki nerkowej, skutkiem wytworzenia się złożeń fosforanowych.

Stosujemy też u nas w przypadkach przewlekłego wrzodu żołądka oliwę lub inne tłuszcze, które do terapii nadmiernej kwaśności wprowadził AKIMOW-PERRETZ ¹⁾, opierając się na wynikach badań PAWŁOWA, dokonanych na zwierzętach. Wogóle powiedzieć muszę, że rzadko uciekamy się do tego środka, najpierw dlatego, że w skuteczności i prędkości działania znacznie ustępuje środkom alkalicznym, a powtóre dlatego, że nie wielu napotykałem chorych na wrzód żołądka, którzyby dobrze znosili oliwę i chętnie ją przyjmowali. Najlepiej jeszcze chorzy tacy znoszą emulsję z olejku migdałowego i tę najczęściej stosujemy.

Z innych leków, przepisywanych zazwyczaj chorym na wrzód żołądka, dobre skutki spostrzegamy nieraz przy stosowaniu na czczo wodnego roztworu azotanu srebra, mianowicie w tych przypadkach, w których kwaśność zawartości żołądka nie jest zwiększoną, lecz niższą niż w stanie prawidłowym, lub w których chorzy uchylają się z powodu wstrętu od przyjmowania dużych dawek bizmutu.

W przypadkach silniejszego krwotoku żołądkowego, tudzież w przypadkach, w których żołądek chorych jest tak wrażliwy, że nie znosi najmniejszej ilości czyto mleka, czy też kleiku, czy nawet wody, uciekamy się do leczenia takich chorych zapomocą absolutnej dyety. W innych razach możemy pozwolić na małe dawki wody zwykłej lub słabo alkalicznej, z wyłączeniem wszelkich płynnych pokarmów. Takie leczenie zapomocą absolutnej dyety sprawia często efekt nadzwyczajny: bole i wymioty już zazwyczaj po kilku godzinach przechodzą, a po kilku dniach można bezkarnie zacząć podawać małe ilości mleka lub kleiku. LEUBE, który ten sposób leczenia wprowadził, a za nim i inni klinicyści, radził podczas tego leczenia odżywiać cho-

¹⁾ Wracz 1898, Nr. 4.

rych zapomocą ławatyw pokarmowych. I ja również zalecałem chorym ten sposób odżywiania, wtedy mianowicie, kiedy przetrzymywał ich na absolutnej dyecie przez dziesięć lub kilkanaście dni; od czasu jednakże, jakem zmuszony został, z powodu poniżej wzmiankowanej okoliczności, porzucić ten sposób postępowania, a ograniczyć się do kilkodniowego tylko powstrzymania chorych od jedła, nie uważam za stosowne wprowadzanie płynu pokarmowego do odbytnicy, które mało przynosi pożytku, a natomiast duże sprawia dolegliwości. Nie podzielam bowiem zapatrywania tych lekarzy, którzy nadzwyczaj się obawiają schudnięcia i osłabienia niedostatecznie w tych razach odżywianych chorych. Rozumie się, że chorzy niczem nie odżywiani chudną i tracą siły nieco bardziej, niż odżywiani zapomocą ławatyw pokarmowych, ale ubytek na wadze i osłabienie nie są znowu tak znaczne, żeby po kilkodniowym głodzeniu, przy poprawie stanu żołądka, wkrótce lub później wyrównać się nie dały. Uważam w tych razach za dostateczne wprowadzanie do odbytnicy, w ciągu dnia, częściami 1—1½ litra fizyologicznego roztworu soli kuchennej, co chroni chorych od uczucia nadmiernego pragnienia i od osłabienia działalności serca. Nie przeczę, że w pewnych przypadkach byłoby dla chorych pożytecznem wstrzymywanie się od jedła przez czas dłuższy, ale fatalne komplikacje, zjawiające się czasami u osób w ten sposób leczonych, które przed kilku laty szczegółowo opisałem ¹⁾, nakazują nam wielką w tem postępowaniu ostrożność. Komplikację tę stanowi ropne zapalenie ślinianek przyusznych (*parotitis suppurativa*), które spostrzegałem pięć razy: w 3-ch przypadkach po długotrwałem bardzo przykrem chirurgicznem leczeniu nastąpiło wyzdrowienie, a dwa przypadki zakończyły się śmiertelnie. Dwa ostatnie spostrzegane przypadki tej komplikacji zjawily się pomimo starannego oczyszczania i dezynfekcyi jamy ustnej. Wszystkie spostrzegane przeze mnie przypadki zapalenia ropnego ślinianek przyusznych wystąpiły u chorych po upływie 5-u dni leczenia zapomocą powstrzymania się od jedła. Komplikację tę spostrzegali potem i inni lekarze, w innych krajach, szczególnie w Anglii. W obec tych smutnych faktów dziwić się nie można, że w razach koniecznych zmuszeni jesteśmy leczenie zapomocą absolutnej diety stosować nie dłużej, jak przez 1—3-ch dni. Przez czas dłuższy stosujemy to leczenie tylko w wyjątkowych przypadkach.

Przeciwno słabego natężenia krwotokom z wrzodu żołądka przepisujemy z dobrym skutkiem zwykłą metodę leczenia, t. j. spokój fizyczny i umysłowy, dyetę absolutną, okłady lodowe na okolicę żołądka i ławatywy z fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Przy krwotokach silniejszego natężenia usługi nam oddają, prócz powyższych środków, wstrzykiwanie podskórne ergotyny i morfiny, wprowadzanie do odbytnicy czopków lodowych, jako też hipodermoklizy z fizyologicznego roztworu chlorku sodu. Nie zauważyliśmy zaś

¹⁾ O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka zapomocą głodzenia. *Gazeta Lek.* 1904. Gefährliche Komplikationen bei Hungerkur des pept. Magengeschwürs. *Arch. f. Verd.* XI.

wyraźnie pomyslnego skutku od stosowania żelatyny, podskórnie lub wewnętrznie.

W przypadkach, spowodowanego przez wrzód żołądka, nieznacznego stopnia zwężenia odźwiernika uciekamy się nieraz z bardzo dobrym wynikiem do systematycznego przepłukiwania żołądka letnią wodą.

Na zakończenie wspomnieć muszę o zastosowaniu do leczenia wrzodu żołądka sposobu dyetetycznego LENHARTZ'a ¹⁾, polegającego na ograniczeniu ilości płynnych pokarmów, na podawaniu chorym od pierwszego dnia leczenia jaj, których liczba z każdym dniem się powiększa, i na rychłym przechodzeniu do odżywiania chorych mięsem. Do wprowadzenia takiej diety do terapii wrzodu żołądka skłoniły LENHARTZ'a dwie głównie okoliczności, mianowicie chęć zapobieżenia rozwojowi zwiotczenia [atonii] ściany żołądka, które jako-by powstawać miało przy leczeniu dietą płynną, tudzież dążność do tego, żeby chorych bardziej nie osłabiać zbyt niemiernym ograniczeniem dawozu pierwiastków odżywczych, jakto się praktykuje przy podawaniu wyłącznie płynnych pokarmów. Metoda ta znalazła w Niemczech licznych zwolenników. U nas, przynajmniej dotychczas, na większą skalę stosowaną nie była. Mnie się zdaje, że metoda ta nie zdoła wyprzeć z terapii wrzodu żołądka sposobu leczenia wyżej opisanego, który powszechnie zyskał zastosowanie. A zdanie to moje opieram na następujących faktach. Przedewszystkiem zauważyć należy, że dotychczasowy sposób leczenia t. zw. metodą LEUBE'go daje w ogóle bardzo dobre wyniki, jeżeli, rozumie się, jest konsekwentnie przez czas dłuższy stosowany. Wytwarzanie się jakiejś długotrwałej atonii żołądka przy stosowaniu niezbyt dużych dawek mleka i przy powolnem a stopniowem przechodzeniu do zwykłych pokarmów, u chorych naszych, leczonych tą metodą, nie spostrzegaliśmy. Osłabieniu i wychudnieniu zaś, które rzeczywiście są zwykłym następstwem tego leczenia, nie należy przypisywać zbyt wielkiego znaczenia, albowiem chorzy po zabliznieniu wrzodu, dobrze się odżywiając, odzyskują bardzo prędko siły i pierwotną swą wagę ciała. Z drugiej zaś strony wiadomą jest rzeczą, jak wrażliwym jest żołądek, dotknięty przewlekłym wrzodem. W rzadszych przypadkach powstają bole nawet wtedy, gdy chory przelknie bardzo małą ilość mleka, a nawet wody, a daleko częściej zjawiają się gwałtowne bole, gdy chory spożyje pokarm bardziej stały, np. jaja lub mięso. Bardzo często zgłaszają się do nas chorzy, którzy miesiące całe odżywiają się wyłącznie mlekiem, sucharkiem i jajami, i nie bacząc na to, miewają ciągłe bole w żołądku, u których bole te rychło ustają, jak im się zaleci wyłącznie płynną dietę lub zupełne powstrzymanie się od przyjmowania pokarmu.

Nie sędzę jednakże, żeby metoda LENHARTZ'a nie miała znaleźć w pewnych przypadkach zastosowania. Uważałbym ją za wskazaną przy leczeniu chorych z niższej sfery ludności, których żołądek jest przyzwyczajony do znoszenia grubego i trudnostrawnego pokarmu, dla których więc dieta LEN-

¹⁾ Münch. med. Woch. 1904, 1.

HARTZ'a, w porównaniu ze zwykłą ich dietą, stanowi pokarm bardzo lekki i łagodny; nadto chorzy tacy muszą mieć po odbytej kuracji dostateczny zapas sił, ażeby zaraz mogli się oddawać ciężkiej pracy na swe utrzymanie. Prócz tego uważałbym metodę dyetetyczną LENHARTZ'a za wskazaną przy leczeniu wrzodu żołądka po silnych krwotokach, w których to przypadkach, jakto stwierdzili KORCZYŃSKI i JAWORSKI ¹⁾, bole ustępują, żołądek staje się mniej wrażliwym i odczyn kwaśny zawartości żołądkowej ulega zmniejszeniu. Być też może, iż w tych razach żołądek, pobudzany przez pokarm, a niezbyt przez tę małą objętość jego wypełniony, kurczy się energicznie i w ten sposób zapobiega powtórzeniu się krwotoku. W każdym razie metoda LENHARTZ'a jest zbyt nową, abyśmy mogli mieć dostateczne dane do oceny jej praktycznej wartości w porównaniu z metodą od dawna powszechnie stosowaną do leczenia peptycznego wrzodu żołądka.

Kilka słów muszę jeszcze powiedzieć o chirurgicznym leczeniu wrzodu żołądka i jego następstw. W ogóle zauważyć można, że nasi lekarze stosunkowo rzadko w tym celu uciekają się do interwencji chirurgicznej. Jako wskazanie do operacji uważamy:

- a) przedziurawienie ściany żołądka;
- b) zrosty żołądka z organami sąsiednimi, sprawiające choremu nieznośne bole;
- c) miejscowe zwężenia żołądka, czyli t. zw. żołądek klepsydrowy i długotrwałe, znaczniejszego stopnia zwężenie odźwiernika; niedawno powstałe i w niezbyt znacznym stopniu rozwinięte zwężenia odźwiernika, pomimo istnienia dających się widzieć i ręką wyczuć wzmoczonych ruchów robaczkowych żołądka, dają się nieraz wyleczyć systematycznymi przepłukiwaniami tego organu, nie stanowią więc bezwzględnie wskazania do operacji;
- d) często powtarzające się niezbyt znaczne krwotoki, lub ciągle sączenie krwi z wrzodu, w takim stopniu, że kał jest ciągle na ciemno zabarwiony, a chory staje się coraz więcej małokrwistym;—w przypadkach gwałtownych krwotoków, sprowadzających od razu znaczny stopień małokrwistości, uważamy wszelki zabieg chirurgiczny za przeciwwskazany;
- e) brak poprawy lub częste nawroty wrzodu żołądka pomimo systematycznego i konsekwentnego leczenia, zwłaszcza zaś u ludzi pracy, niezamożnych, którzy ani czasu, ani środków nie mają na długotrwałe leczenie.

¹⁾ l. c.

II. Teoretyczne podstawy leczenia spastycznych porażen metodą Foerster'a

Napisał

Z. Bychowski,

ordynator oddziału w szpitalu na Pradze.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 26].

Ścisłejsze badania anatomiczne wykryły zresztą w każdym bocznym szlaku piramidowym nieznaczną część włókien nieskrzyżowanych, pochodzących od półkuli po tejże stronie się znajdującej tak, że trzymając się naszego przykładu, nawet przy zniszczeniu lewej wewnętrznej torebki i w bocznym prawym szlaku piramidowym są jeszcze zdolne do przewodnictwa włókna pochodzące od prawej półkuli. Wynika z tego, że—*sit venia verbo*—w razie potrzeby przedni szlak piramidowy może zastępować — częściowo przynajmniej—uszkodzony boczny szlak piramidowy.

Ale badania nad zstępującymi zwyrodnieniami pokazały, że oprócz szlaków piramidowych istnieją jeszcze inne tory przez które impulsy ruchowe mogą się dostać od kory do szarej istoty rdzenia. Pierwsze miejsce tu zajmuje t. zw. pęczek MONAKOWA, czyli *tractus rubro-spinalis*, który zaczyna się w czerwonym jądrze (*nucleus ruber*), krzyżuje się zaraz z przeciwległym pęczkiem i przechodząc przez most WAROLA, gdzie do niego przyłączają się jeszcze nowe włókna (*tractus pontospinalis*), wchodzi w boczny pęczek, przylegając wentralnie do bocznego szlaku piramidowego. Do tej samej grupy zstępujących ruchowych dróg należą jeszcze: *tractus thalamospinalis*, zaczynający się od *thalamus opticus* i przebiegający razem z pęczkiem MONAKOWA, *tractus vestibulospinalis*, który ma swój początek w jądrze DEITERS'a w mózgu przedłużonym i nie krzyżując się przechodzi w przednie pęczki rdzenia i nareszcie *tractus tectospinalis*, zaczynający się od *tectum opticum* i, krzyżując się pod wodociągiem SYLWIUSZA, dostaje się do rdzenia, gdzie zajmuje miejsce bezpośrednio obok przednich rogów. Dokładny stosunek anatomiczny tych dróg do ośrodków czuciowo-ruchowych nie jest jeszcze ustalonym. Tak na przykład: o pęczku MONAKOWA, który jest najlepiej zbadanym, DEJERINE twierdzi, że do czerwonego jądra idą bezpośrednio włókna od kory mózgowej, PROBST zaś—że to połączenie otrzymuje się zapomocą neuronów, wychodzących od pagórka wzrokowego, a LEWANDOWSKI utrzymuje, że nim impuls ruchowy się dostanie od kory do czerwonego jądra, przejść musi przez mózdzek. W danym razie te szczegóły nie powinny nas tu zajmować. Dla nas ważnym jest fakt, że obok bocznych szlaków piramidowych, które można porównać z głównym gościńcem dla impulsów ruchowych, są jeszcze inne boczne, zwykle mało, a może wcale nie używane tory, zapomocą których może nastąpić połączenie kory z rogami przednimi. Przy normalnych wa-

rankach impulsy ruchowe idą prawdopodobnie wyłącznie przez boczne szlaki piramidowe. I wskutek tego przy nagłym ich uszkodzeniu impulsy ruchowe od kory przez pewien czas wcale nie dochodzą do szarej istoty rdzenia. Potrzebny bowiem jest pewien czas, nim nastąpi wdrożenie się tych nieużywanych dotychczas torów. Inaczej oczywiście rzecz się ma tam, gdzie sprawa patologiczna stopniowo i bardzo powoli obejmuje boczne szlaki piramidowe [w *sclerosis lateralis* i t. p.]. W tych razach wdrożenie się torów, które nie były dotychczas w użyciu, odbywa się prawdopodobnie w miarę tego, jak szlaki piramidowe zaczynają tracić swoją zdolność przewodzenia impulsów ruchowych, wskutek czego tu nigdy nie dają się zauważyć takie masowe i wybitne porażenia, jak to ma miejsce przy nagłym uszkodzeniu szlaków piramidowych [porażenia urazowe].

Z wszystkich tych faktów wynika, że i przy zwyrodnieniu szlaków piramidowych impulsy ruchowe mogą się dostać od kory do przednich rogów rdzenia. Jest to pierwsza przesłanka metody FOERSTER'a. FOERSTER—prawda—sam całej tej kwestyi prawie wcale nie porusza, jest ona jednakże, jak zobaczymy, ważną podwaliną ostatecznych jego wniosków.

Zastanawiając się bliżej nad zjawiskami ruchowymi, które towarzyszą zawsze zwyrodnieniu, zwłaszcza stopniowemu, szlaków piramidowych, przychodzi się do przekonania, że oprócz roli przewodników impulsów ruchowych w ścisłym tego słowa znaczeniu, przeznaczoną im jest jeszcze inna czynność przy wykonywaniu ruchów dowolnych. Głównie, jak widzieliśmy, występują przy zajęciu szlaków piramidowych — wzmocnienie tonusu mięśniowego i wzmoczona pobudliwość odruchowa. Istota tonusu mięśniowego, jego zależność od tych lub owych części ośrodkowego układu nerwowego, była i jest jeszcze przedmiotem wielolicznych badań fizyologicznych. CROCC w swojej monografii o tonusie mięśniowym nalicza aż siedm teorii, których my, ma się rozumieć, przytoczyć nie możemy. Ale wszystkie teorie zgadzają się na to, że główną tu rolę odgrywa stałe podniecenie, w którym się znajdują ruchowe komórki przednich rogów, i które jest wywołane i stałe podtrzymywane temi podnieczeniami czuciowymi, które przez czuciowe nerwy obwodowe i tylne korzonki ciągle przyplływają do szarej istoty rdzenia. Źródłem tych podniecień czuciowych jest stałe podrażnienie skóry [powietrzem, ubraniem i t. p.], więzów, stawów i t. p. O ile te podrażnienia przekraczają pewien próg, to one przez t. zw. długie torzy czuciowe [pęczek GOWERSA, tylne pęczki] dochodzą do wyższych ośrodków naszej świadomości, w postaci rozmaitych wrażeń czuciowych [dotyk, ból, ciepło i t. p.]. Przeważną zaś część tych podniecień czuciowych przenosi się podświadomie przez krótkie włókna na komórki ruchowe, znajdujące się w tym samym odcinku rdzeniowym, a stąd już przez przednie korzonki i nerwy obwodowe na odnośne mięśnie. Wskutek tego nie widzimy nigdy prawdziwych stanów spastycznych¹⁾ przy zniszczeniu przednich rogów (*polyomyelitis ant.*).

¹⁾ Właściwie mówiąc, widzimy je prawie przy każdym przypadku *polyomyelitis*, od czego wszak zależni są rozmaite występujące tu zniekształcenia kończyn, jak: *pes equino-varus*

Nie wszystkie jednakże gromadzące się w szarej istocie rdzenia podniety zostają używane na podtrzymywanie zwykłego tonusu mięśniowego.

FOERSTER sądzi—i w tem leży punkt ciężkości jego wywodów—że na ten cel wystarcza już nieznaczna część tych podniet, reszta zaś zostaje tłumiona („ausgelöscht“) przez szlaki piramidowe, które przeszkadzają ich wyładowywaniu się. FOERSTER zresztą, jak i inni autorowie, nie omawia szczegółowo, jak on sobie wyobraża mechanizm tych hamujących, raczej tłumiących wpływów, czy należy przypuszczać istnienie oddzielnych, kierujących nimi ośrodków hamujących i t. d. Zresztą dla samej metody FOERSTER'a kwestye te—niezmiernie ciekawe z punktu widzenia ogólnej fizyologii dowolnego ruchu—nie mają bezpośredniego znaczenia i mogą być tu ominięte. Może być, że ze względów teoretycznych należałoby sobie stosunek szlaków piramidowych do przyływających do szarej istoty rdzenia podniet wyobrazić nieco inaczej, niż to czyni FOERSTER. Zamiast bowiem przypuszczać, że szlaki piramidowe wprost „gaszą“ znaczną część tych podniet, racjonalniej byłoby może powiedzieć, że szlaki piramidowe nie pozwalają im całkiem się wyładowywać, dzięki czemu, odpowiadająca tym podnietom „energia“ gromadzi się w komórkach ruchowych, dopóki nie jest zapotrzebowaną przez impulsy ruchowe, idące z kory. Szlaki piramidowe można byłoby, chcąc być obrazowym, porównywać z opornikami, a komórki ruchowe—z akumulatorami. Przy powstawaniu w korze impulsu ruchowego do wykonania jakiegoś czynu, następuje jednocześnie takie „nastawienie“ szlaków piramidowych, dzięki którym właśnie nagromadzona w akumulatorach energia zostaje skierowaną w odpowiednie mięśnie i następuje dokładne wykonanie zamierzonego ruchu. Bardzo ładnie tę myśl rozwija STRUEMPEL. (*Die primäre Seitenstrangsklerose. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, t. 27*). „Wszystkie nasze zwykłe poszczególne ruchy dowolne—powiada S.—mogą być tak dokładnie wykonane tylko dzięki temu, że pozostałe mięśnie znajdują się wtedy w ściśle odmierzonem i celowo zastosowanem napięciu. Uprzytomnijmy sobie całą ruchową działalność czynnego przed swemi stalugami malarza. Cała jego świadoma uwaga skupiona jest na delikatne ruchy swojej dłoni i palców, prowadzących penzel. Ale żeby te ruchy mogły być wykonane dokładnie, jest niezbędnem, żeby całe ciało mocno się trzymało na nogach i żeby lewa ręka pewnie i mocno trzymała paletę. Ale i prawa ręka, której palce są zajęte przy swojej delikatnej mistrzowskiej robocie, powinna mieć swoje ramię mo-

i t. p. Ale wszystkie te stany spastyczne występują właśnie nie w tych mięśniach, które utraciły swoje ruchowe komórki w rdzeniu, lecz w zupełnie zdrowych z powodów czysto fizyologiczno-mechanicznych. Jeżeli, na przykład, jak to często bywa, mamy zupełne porażenie przednich mięśni goleni—*m. tibialis anticus, extensor digitorum communis* bez zmian ze strony tylnych mięśni (*triceps surae*), to oczywiście stopa pozostawiona własnemu ciężarowi i wpływowi pozabawionych swoich antagonistów tylnych mięśni goleni, coraz więcej przejdzie w stan fleksyi plantarnej, aż nareszcie wystąpi t. zw. stopa końska. Wskutek stałego kurczu tylnych mięśni goleni mogą nawet wystąpić prawdziwe kontraktury wskutek zmarszczenia, które można usunąć tylko zapomocą przecięcia ścięgna Achillesa. Zapomocą badania elektrycznością można zawsze się przekonać o słuszności tych wywodów.

eno ustalone, bo najmniejszy fałszywy jej ruch już przeszkadza malowaniu. I wszystkie te toniczne stany mięśni muszą się co chwila zmieniać, aby się zastosowywać do każdego przesunięcia punktu ciężkości ciała, każdego ruchu głowy i tułowia i każdej zmiany postawy nóg. Zaiste godnem podziwu jest owo misterne urządzenie całego naszego aparatu ruchowego, jeżeli on z taką nadzwyczajną łatwością spełnia wszystkie swoje czynności, które przewyższają zdobycze najściślejszej mechaniki precyzyjnej.

„Malarz maluje zapomocą swoich szlaków piramidowych“! i t. d. Jest zresztą bardzo prawdopodobnem, że przy dawkowaniu odpowiedniego tonusu dla rozmaitych mięśni, stosownie do chwilowej ich roli i mózdzek przyjmuje nieposledni udział. Widzieliśmy już poprzednio, że niektóre tory ruchowe zstępujące, nim dostaną się do rdzenia, przechodzą „przez mózdzek. Nie brak też klinicznych faktów i laboratoryjnych doświadczeń, przemawiających w tym samym kierunku. Główna tu jednakże rola przypada szlakom piramidowym, dowodem czego służą właśnie te zaburzenia, które towarzyszą ich zwyrodnieniu i które występują nawet wtedy, kiedy porażen w ścisłem tego słowa znaczeniu jeszcze niema. FOERSTER przypuszcza nawet, że t. zw. włókna hamujące są i anatomicznie odosobnione od włókien przeznaczonych do przeprowadzenia impulsów ruchowych. W każdym razie przypatrując się chorym z hipertonią, wzmożeniem odruchów i t. d., można wszystkie te zjawiska z punktu widzenia teoryi o hamujących wpływach szlaków piramidowych zupełnie dobrze sobie wytłómaczyć. Wskutek braku hamującego i regulującego wpływu szlaków piramidowych wpływające przez tylne korzonki podnieły czuciowe przechodzą bez przeszkody wprost do komórek ruchowych rdzenia, a stąd po pewnych przeistoczeniach jakościowych i na odnośne mięśnie, wskutek czego ich tonus ciągle się wzmagają.

{D. n.}

III. Z ODDZIAŁU DOC. DRA MED. W. JANOWSKIEGO W SZPITALU
DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Przypadek nagle powstałej odmy piersiowej prawostronnej z natychmiastowem zejściem śmiertelnem — u chorego z odmą lewostronną.

Podał

Ryszard Hertz,
asystent oddziału.

Niedawno miałem możność spostrzegania na oddziale dra W. JANOWSKIEGO przypadku dwustronnej odmy piersiowej, który ze względu na swe zą-

pełnie niezwykle powstanie i wynikię stąd zejście pozwałam sobie w kilku słowach zakomunikować.

Spostrzeżenie moje dotyczy chorego J. M., lat 26, który przybył na oddział d. 26. IV. r. b. ze skargami na duszność i ból w lewej połowie klatki piersiowej.

Objawy te wystąpiły zupełnie nagle dnia poprzedniego przy pracy. Przy pierwszym badaniu ból był jeszcze tak silny, że chory mógł leżeć tylko na prawym boku. Chory zaznaczał, że dolegliwości w lewym boku odczuwał już od dawna, a kaszlał od lat kilku.

Chory znajduje się w stanie zapaści. Ciepłota 38°, tętno 125, drobne, ledwie się wyczuwa.

W lewym płucu od grzebienia łopatki ku dołowi stwierdziłem odgłos opukowy nieco stłumiony, z odcieniem bębnowym; szmer oddechowy amforyczny; drżenie klatki piersiowej zuiesione, drżenie głosowe ma wyraźny przydźwięk metaliczny. Objaw trojaka wychodzi doskonale. Analogiczne objawy stwierdziliśmy w bocznej i przedniej części klatki piersiowej, prawie do obojczyka.

W prawem płucu pod obojczykiem objawy jamy. Lewy brzeg serca przemieszczony za prawy brzeg mostka; prawy brzeg serca dochodzi prawie do linii sutkowej prawej. Wysłuchiwane w odnośnych miejscach tępości tony serca są czyste. W narządach brzusznych nie chorobnego stwierdzić się nie daje.

W moczu białka niema.

W płwocinie dość liczne laseczki KOCHA. Odczyn białkowy w płwocinie dodatni.

Wobec objawów powyższych, zupełnie zresztą typowych, rozpoznaliśmy gruźlicę obustronną płuc i lewostronną odmě piersiową.

Przekłucie lewej jamy opłucnej wykazało obecność powietrza i płynu surowiczo-krwawo-ropnego. Po zastosowaniu zwykłego w podobnych przypadkach leczenia, chory czuł się znacznie lepiej, oddychał spokojniej, spał dobrze, na bole w boku przestał się uskarżać. To też zdziwiło mię bardzo, gdym się d. 11. V. r. b. dowiedział, że chory zmarł poprzedniego wieczora. Według opowiadania sąsiadów śmierć nastąpiła w następujących okolicznościach: chory czuł się weale dobrze, po kolacyi poszedł na balkon zaczerpnąć świeżego powietrza, rozmawiał z innymi, palił papierosy. O godzinie 7-ej wrócił na łóżko i przed ułożeniem się zaczął nadymać ustami gumową poduszkę. Przy tej czynności dostał nagle duszności i padł nieżywy.

Badanie pośmiertne wykazało, co następuje. Zupełna niedodma płuca lewego; płyn surowiczo-krwawo-ropny oraz dużo powietrza w lewej jamie opłucnej. W prawej jamie opłucnej stwierdziliśmy również dużo powietrza i prawie zupełnie zapadnięte płuco. Przy dokładnem zbadaniu tego płuca znaleźliśmy niedużą jamę, od której szedł kanał, nieco więcej niż centymetr długi, dochodzący do powierzchni płuca.

Powyższy wynik badania pośmiertnego rzecz całą jasno wytłómaczył. Nadymając poduszkę, chory nie mógł rozszerzyć lewego płuca, które było zu-

pełnie zapadłe i znajdowało się pod znacznem ciśnieniem. Oczywiście więc rozszerzył sobie płuco prawe, wskutek czego kanał, idący od jamy i dochodzący prawdopodobnie już prawie do powierzchni, pękł. Powstała stąd nagła odma drugostronna, która spowodowała śmierć.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



98. Witte Jan (Hanower). Nowoczesna dyagnostyka chorób kiszek.

Obok starych ogólnie znanych metod badania jamy brzusznej, a mianowicie oglądania, omacywania, opukiwania i badania palcem *per rectum*, powstały w ostatnim dziesięcioleciu metody nowe, które znacznie posunęły naprzód rozpoznawanie chorób kiszek, a zwłaszcza spraw przewlekłych zapalnych kanału kiszkowego i jego przydatków. Z metod tych na specjalne omówienie zasługują: t. zw. „funkcyjnalna dyagnostyka kiszek,” prześwietlenie promieniami ROENTGEN'a i rektoskopia.

Dyagnostyka chorób kiszek natrafia na duże przeszkody nie tylko ze względu na niedostępność samego narządu, ale i z powodu trudności otrzymania prób miazgi pokarmowej z różnych odcinków kanału pokarmowego. Wprawdzie udaje się nieraz dzięki t. zw. „zwrotnemu transportowi soku kiszkowego do żołądka” otrzymać do zbadania porcję soku z dwunastnicy; w tym celu chory otrzymuje śniadanie próbne, składające się z oliwy (VOLHARD), albo ze śmietany (KOZICZKOWSKI). Badanie to nie ma jednak większego znaczenia; tylko stały brak zaczynu tryptycznego w otrzywanej zawartości w związku z danymi klinicznymi przemawia za istnieniem przeszkody w wydzielaniu soku trzustkowego. Jeszcze mniejsze znaczenie ma z głębianie dwunastnicy; EINHORN w tym celu daje choremu do połknięcia małe wiaderko metalowe, umocowane na długiej nitce, które wyciąga się po pewnym czasie z powrotem; wiaderko to rzadko jednak przedostaje się poza odźwiernik. Wreszcie, co się tyczy bezpośredniego oglądania śluzówki dwunastnicy, to jest to zabieg niełatwy i niezupełnie bezpieczny.

Ze względu na wyżej zaznaczone trudności, zwrócono się do badań w odmiennym zgoła kierunku, a mianowicie do analizy kału po dokładnym znanem pożywieniu. Wprowadzenie t. zw. diety próbnej jest zasługą Adolfa SCHMIDT'a. Wprawdzie zbadanie pierwszego lepszego stolca daje nam pewną orientację co do czynności kiszek, dopiero jednak zbadanie stolca po znanem nam pożywieniu pozwala na dokładne rozpoznanie danego zaburzenia, a nadto tylko to ostatnie badanie mieć może znaczenie porównawcze. Dieta próbna powinna zawierać białko, tłuszcz i wodany węgiel w naturalnym stosunku wzajemnym; nie powinna być ani ciężko, ani zbyt lekkostrawną, nadto powinna składać się z pokarmów, które zawsze łatwo i tanio otrzymać można.

Dieta próbna SCHMIDT'a jest następująca:

Z r a n a: $\frac{1}{2}$ litra mleka (wzgl. z domieszką herbaty lub kakao), 1 bułka z masłem i 1 jajko na miękko.

Ś n i a d a n i e: 1 talerz klejku owsianego, gotowanego z mlekiem i przedcedzonego (wzgl. zacierki, porridge lub bulion).

O b i a d: $\frac{1}{4}$ funta dobrze posiekanej chudej wołowiny, lekko przysmażonej na maśle (wewnątrz surowej) i porcja puré z kartofli.

P o d w i e c z o r e k: jak z rana, tylko bez jajka, wzgl. lekka kawa.

W i e c z e r z a: $\frac{1}{2}$ litra mleka albo zupy takiej, jak na śniadanie, 1 butka z masłem, 1—2 jaja na miękko (albo jajecznicą).

Pożywienie powyższe daje się w ciągu 2—3 dni, zalecając spokój fizyczny; badanie kału rozpoczyna się 3-go dnia; w razie zaparcia chory dostaje lawatwę. Badanie kału dla celów praktycznych przedstawia się w sposób następujący.

Przy oglądaniu gołym okiem zwrócić należy uwagę na konsystencję, barwę i zapach kału, nadto na domieszki resztek pokarmów, śluzu, ropy, krwi, pasorzytów, kamieni i ciał obcych. Później obejrzeć należy kał rozarty z wodą i rozłożony na ciemnym talerzu, zwracając uwagę na drobne resztki pokarmów [tkanka łączna, ścięgna, włókna mięsne, tłuszcz, resztki kartofli lub kakao] oraz na ilość, postać i rozłożenie śluzu. Następnie, po zbadaniu oddziaływania, idzie badanie drobnowidowe. W przypadkach wątpliwych pod względem rozpoznawczym dokonać należy chemicznej analizy kału: odczyn fermentacyjny, odczyn sublimatowy na barwiki żółciowe, odczyn na rozpuszczone białko i na ukryte krwawienie, wreszcie badanie zaczynów, badanie wykorzystania pokarmów i badanie bakteriologiczne.

Resztki pożywienia wskazują na zaburzenia w trawieniu, gdyż w stolcu normalnym znajdują się tylko w bardzo nieznacznej ilości. Znaczniejsza liczba włókien tkanki łącznej i ścięgien wskazuje na zaburzenie w trawieniu ze strony żołądka [zwykle podkwaśność lub achylia, rzadziej nadkwaśność]. Znaczna liczba włókien mięsnych wskazuje na cierpienia jelita cienkiego.

Obecność śluzu ma bardzo ważne znaczenie, gdyż dowodzi organicznego cierpienia kiszek [brak śluzu cierpienia organicznego nie wyklucza]. Śluz, gołym okiem widzialny, pochodzi z jelita grubego; cząsteczki śluzu drobniejsze i lepiej z kałem zmieszane pochodzą z górnych odcinków jelita grubego. Śluz z jelita cienkiego znajdujemy tylko przy bieguncie. Dla wykrycia śluzu, gołym okiem niewidzialnego, dokonać należy mikrochemicznej próby HECHTA: do kału dodaje się 2% wodnego roztworu „*Brillantgrün*“ i 1% wodnego roztworu „*Neutralrot*“: śluz barwi się na czerwono, inne części na zielono.

Oddziaływanie kału normalnego jest amfoteryczne, co najwyżej słabo kwaśne, wzgl. alkaliczne. Oddziaływanie wybitnie alkaliczne znajdujemy przy wzmrożonym gniciu białka wskutek domieszki wydzielin zapalnych, śluzu, ropy i krwi. Stolce takie są ciemne i mają zapach gnilny. Przy fermentacji węglowodanowej i przy stolcach tłuszczowych mamy oddziaływanie wybitnie kwaśne; stolce takie są jasne, pienne i mają zapach kwasów tłuszczowych lub masłowego.

Do badania drobnowidowego przygotować należy 3 preparaty: jeden z wodą, drugi z kilkoma kroplami *Ac. acetici dil.* i trzeci z 1-ą kroplą roztworu LUGOLA. Obecność tłuszczu [w 1-ym i 2-im preparacie] może być wywołana brakiem żółci, *tabes mesaraica*, amyloidem kiszek i cierpieniem trzustki. Przy braku żółtaczk i przy obecności barwików żółciowych stolec tłuszczowy przemawia za cierpieniem trzustki, o ile niema danych co do gruczołu lub amyloidu kiszek. Najwyższy stopień zaburzeń w trawieniu tłuszczów spotykamy przy jednoczesnym zamknięciu *ducti choledochi et Wirsungiani* [np. przy obrzmieniu główki trzustki].

Trzeci preparat drobnowidowy wykryje [zabarwione na niebiesko] ziarna krochmalu. Znaczna ich liczba wskazuje na zaburzenie wydzielnicze jelit cienkich, często idące w parze z podkwaśnością żołądka, które SCHMIDT nazwał „kiszkową dyspepsją fermentacyjną“.

Na błonki łącznie ze śluzem przemawiają za katarzem dolnego odcinka kiszek; białe ciała—za ropieniem; przy czerwonca obok erytrocytów spotkać można dużo eozynofików i kryształów CHARCOT-LEYDEN'a. Przy fermentacji węglowodanowej spotykamy stale grzybki nitkowate z ziarenkami, które jodem barwią się na niebiesko. Sarcina, znajdująca w stolcu, zawsze pochodzi z żołądka, laseczniki kwasu mlecznego albo z żołądka [rak], albo z kiszek [guz, zwężenie].

Dla stwierdzenia barwików żółciowych w kale służy próba sublimatu: rozcierając trochę kału ze stężonym wodnym roztworem sublimatu, otrzymujemy zabarwienie czerwone (hydrobilirubina) lub zielone (bilirubina); kał bez barwików żółciowych pozostaje bezbarwnym. Próba na „rozpuszczone białko“ ma duże znaczenie, zwłaszcza przy braku śluzu w kale, gdyż wynik jej dodatni dowodzi organicznego cierpienia kiszek. Przy poszukiwaniu ukrytych krwawień [odczyn z *T-ra guajaci*, lub z alloiną] należy dawać dyetę bezmięsną; dyeta próbna SCHMIDT'a musi być odpowiednio zmieniona.

W ostatnich czasach stwierdzono doniosłość określenia zaczynu tryptycznego w kale. W tym celu [sposób MUELLER-SCHLECHT'a] robi się posiew kału rozartego z gliceryną na płytkach z surowicą. Przy obecności trypsyny zauważymy na płytce wyraźne wgłębienia po 24 godz. staniu w cieplarni. Brak trypsyny stanowczo przemawia za brakiem soku trzustkowego w jelitach. Odczyn ten ma ważne znaczenie, gdyż inne odczyny do tego celu służące, a mianowicie: śniadanie oliwne, odczyn trzustkowy SALOMONA, odczyn glutoidowy SAHLI'ego i odczyn jądrawy SCHMIDT'a pewnych wyników nie dają.

Badanie kału po dyecie próbnej daje nam również pewne wiadomości co do ruchowości jelit. Co się tyczy biegunki, to według najnowszych poglądów, nie zależy ona od pierwotnego wzmożenia ruchów perystaltycznych, lecz w pierwszym rzędzie od wydzielania przez śluzówkę płynów, zdolnych do gnicia. Wsysanie będzie tem bardziej upośledzone, im wyżej znajduje się siedlisko cierpienia. Przy katarach jelita grubego wsysanie jest najmniej naruszone i wtedy w kale resztek pokarmowych prawie nie znajdujemy wcale.

Co do badań rentgenologicznych kanału kiszkiowego, to nie są one jeszcze tak daleko posunięte, jak dla żołądka. W każdym razie, prześwietlając kiszki po spożyciu przez chorego kaszy bizmutowej lub diafanitu, stwierdzić możemy: nienormalne położenia i postaci kiszek, zwężenia, rozszerzenia i guzy. Dla badania odbytnicy daje się lawatywę bizmutową.

Jako dopełnienie badań rentgenologicznych służy rozdzęcie kiszki przez odbytnicę; przytem powietrze dochodzi najdalej do *valv. Bauhini*. Również pomocnym okazać się może przepłukanie kiszek [Boas], gdyż tym sposobem otrzywać można nieraz śluz, ropę, krew lub cząsteczki nowotworów do badania.

Rektoskopia słusznie nabiera coraz większego znaczenia. Za jej pomocą można bardzo wczesnie wykryć złośliwe nowotwory odbytnicy, i dlatego wskazana jest przy wszelkich podejrzanach krwawieniach. Również pozyteczną okazać się może przy przewlekłym wydzielaniu śluzu i wzdęciu brzucha dla wyświetlenia przyczyny cierpienia, nadto dla wykrycia tych pasorzyców, które nie dostają się z kałem na zewnątrz. Przeciwwskazują rektoskopię ciężkie cierpienia ogólne, zapalenie otrzewnej, ostre zapalenia około *rectum* i *flecura*, zrosty kiszkowe i świeże znaczne krwawienia.

99. J. Kaufmann (New-York). Leczenie krwotoków zależnych od wrzodu peptycznego żołądka.

Zjawienie się krwotoków w tej chorobie przeraża nie tylko chorego, ale i lekarza. Lekarz powinien pamiętać, że zejście śmiertelne z tego powodu zdarza się względnie rzadko (3%, a według LEUBE'go tylko 1%). To się stosuje do „wielkich“ krwotoków; małe, ale częste krwawienia nie zagrażają a r a z i e życia, ale w gruncie rzeczy podkopują zdrowie chorego gorzej, niż krwotok jednorazowy, choćby dość silny. Nagłe i obfite krwotoki wywołują niedokrwistość — skurcz naczyń i osłabienie działalności serca, sprzyjają wytworzeniu się zatoru i zatamowaniu krwotoku. Von VELDEN wykazał, że po każdym krwotoku następuje przyływ surowicy z tkanek do naczyń, a z nią przyływ trombokiny — substancji znajdującej się w tkankach i mającej własność zwiększania krzepliwości krwi. Będąc w stałym użyciu w przypadkach krwotoku żołądkowego zbyt silne pobudzenie działalności serca (*tonica* sercowe, wlewania roztworu soli) należy uważać za s z a b l o n, mogący tylko przynieść szkodę — gdyż przeszkadzamy w ten sposób wytworzeniu się zatoru. Może się to wydać paradoksem, ale w przypadkach przewlekłego wrzodu żołądka z ciągłymi drobnymi krwotokami jeden większy krwotok daje szansę prędszego wyzdrowienia, jak to widać na przykładzie, podanym przez autora. Lekarze dawnej generacji, dobrze obeznani z wenesecką i jej następstwami, w przypadkach przewlekłych krwawień z różnych narządów uciekali się do upustów krwi, jako do *ultimum refugium* i to z dobrym wynikiem. Autor widział przypadek, w którym KUSSMAUL przez wenesecką zatrzymał uporczywy i nie poddający się żadnemu leczeniu krwotok płucny. Rolę wenesecką spełnia inna metoda mniej heroiczna — b a n d a ż o w a n i e wszystkich czterech kończyn. Tę metodę stosowano z dobrym skutkiem w krwotokach żołądkowych.

Po zatrzymaniu krwotoku ważnem jest utrzymanie chorego w a b s o l u t n y m spokoju. Należy wstrzymać zupełnie podawanie pokarmu; nawet lawatywy odżywcze mogą wywołać ruch robaczkowy lub pobudzić wydzielanie soku żołądkowego. Odzywały się głosy, przemawiające za wczesnem podawaniem pokarmów po krwotoku (LENHARTZ); autor przekłada starą metodę g ł o d z e n i a przez kilka dni, kierując się naturalnie indywidualnością chorego. Ze wszelkich znanych dawnych i nowych s t y p t y k ó w (półtorachlorek żelaza, ergotyna, adrenalina, żelatyna) autor daje pierwszeństwo bizmutowi w dużych dawkach. Środek ten działa najlepiej, jeżeli jest stosowany na żołądek opróżniony przez przemywanie (NAUNYN). Tu leży punkt ciężkości całej pracy autora: KAUFMANN, opierając się na powadze KUSSMAULA i na własnem długoletniem doświadczeniu, jest gorącym zwolennikiem p ł u k a n i a ż o ł ą d k a w krwotokach, zależnych od wrzodu peptycznego. K. zbija po kolei zarzuty stawiane tej metodzie.

1) Nie może ona w żadnym razie sprowadzić przedziurawienia ściany żołądka. Przedziurawienie ma miejsce wtedy, kiedy wrzód osiągnie błonę surowiczej — widzimy wtedy mały, okrągły otwór, wykazujący obumarcie (*necrosis*) tkanki. Nikt nigdy nie widział, żeby zgłębnikiem można było przedziurawić d r o w ą ścianę żołądka. Mogłoby się to tylko zdarzyć przez nadmierne r o z c i ą g n i ę c i e ściany żołądka przez p ł y n (ew. wodę użytą do płukania), czego naturalnie łatwo jest uniknąć przy zachowaniu zwykłych ostrożności. Przeciwnie, płukanie właśnie w tym kierunku działa dobroczynnie, usuwając masy zalegające w żołądku (krew, kwasy, resztki pokarmowe i gazy). Naturalnie, może się zdarzyć, iż płukanie przypadnie właśnie na tę chwilę, kiedy miało się stać przedziurawienie żołądka, ale

i wtedy opróżnienie tegoż zapobiegnie dostaniu się zawartości do otrzewnej i niewątpliwie może tylko polepszyć rokowanie.

2) Drugi zarzut jest ten, że płukanie żołądka wykracza przeciwko najważniejszej zasadzie leczenia krwotoku—spokojowi. Jest to prawdą niewątpliwą, o ile chodzi o już wytworzony zator (*thrombus*), t. j. o ile krwotok ustał zupełnie. Jeżeli jednak krwawienie trwa w dalszym ciągu, jest to dowodem, że albo zatoru niema wcale, albo że tenże nie zatyka dostatecznie otwartego naczynia. Usunięcie takiego niedostatecznego zatoru nie tylko nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, ale owszem jest potrzebna dlatego, ażeby naczynie mogło się skurczyć i wytworzyć nowy zakrzep skuteczniejszy. Widzimy często, jak krwotok ustaje podczas samego płukania, nie można zatem tego ostatniego bezwzględnie potępiać, jak się to czyni w podręcznikach, gdyż nieraz płukanie jest najlepszym środkiem dla zatamowania krwotoku.

3) Nakoniec zarzucają, że samo wprowadzenie zgłębnika przedstawia trudności i drażni chorego. Doświadczony lekarz może wszelkie trudności przewyciężyć i wprowadzić zgłębnik nawet w pozycji leżącej chorego—zgłębnik należy wprowadzać dostatecznie głęboko (dla zapewnienia swobodnego odpływu (*siphonage*)) i nie wlewać naraz więcej niż 300 ctm³ wody. Płukanie usuwa z żołądka zawartość często dość znaczną, prawie zawsze fermentującą, wytwarzającą gazy, które niesłychanie rozciągają jego objętość i zatrzymują krwawienie. Opróżnienie żołądka ma wielkie znaczenie dla poprawy warunków cyrkulacyjnych. Często objawy niedomogi serca nie są następstwem niedokrwistości, lecz zależą więcej od nacisku rozszerzonego żołądka na przeponę i serce. Tak, w jednym przypadku autor widział tak znaczne osłabienie działalności serca, że tętno dochodziło do 160 uderzeń, było nieregularnem i chora zdawała się blizką śmierci. Żołądek był cały wypełniony i granice jego dochodziły do pachy. Natychmiast po opróżnieniu żołądka tętno spadło do 116, serce zaczęło działać prawidłowo i chora wyzdrowiała. W ostatnich czasach zaczęto zwracać uwagę na ostre rozszerzenie żołądka i przekonano się, że najlepszym środkiem jest tu jak najszybsze opróżnienie tegoż.

Autor przytacza przypadek bardzo ciężkiego krwotoku żołądkowego, wyleczonego płukaniem żołądka. 39-letni chory od lat 16-u cierpiał na kardyaliczną postać okrągłego wrzodu żołądka bez krwotoków. W r. 1906 chory był operowany z powodu ropnia, jaki się mu utworzył w okolicy odźwiernika. Spodziewano się znaleźć ropień pęcherzyka żółciowego, ale ten ostatni okazał się normalnym—ropień zależał prawdopodobnie od przedziurawienia żołądka. Wkrótce po operacji powróciły wszystkie objawy żołądkowe z dodatkiem objawów zwężenia odźwiernika. Wobec bezsilności leczenia wewnętrznego wykonano w r. 1907 gastroenterostomię (*posterior-rectocolic gastroenterostomy*). Przy odźwierniku znaleziono twardą masę, powodującą niedrożność odźwiernika. W 8 godzin po operacji zjawily się obfite wymioty krwawe, które się powtórzyły 5 razy w ciągu 24-ch godzin. Stan chorego był bardzo groźny. Zdecydowano się na płukanie żołądka. Z początku otrzymano masę czarnej krwi, następnie jasno-czerwonej, poczem krwawienie ustało. Nie wyjmując zgłębnika, wiano znaczną ilość bizmutu. Chory wyzdrowiał. Wielu chirurgów (Mayer, Busch z kliniki Körte'go, Clairmont i inni) zaznacza, iż po gastroenterostomiach z powodu wrzodu żołądka zjawiają się krwotoki, dlatego Kocher uważa ten zabieg przy krwotokach żołądkowych za niebezpieczny i radzi operację więcej radykalną (wycięcie wrzodu). Operacja taka, jako długa i poważna, nie może być, według Kaufmann'a, przedsięwzięta podczas samego krwotoku. Krwotok musi być leczony konserwatywnie według

podanych wyżej wskazówek. Jak widzieliśmy, wielką rolę w tem leczeniu gra płukanie żołądka, którego obawiać się w takich razach nie należy.

(*The American Journal of the Medical Sciences*. 1910, czerwiec).

A. Puławski.

Poglądy amerykańskiego profesora stoja w sprzeczności z poglądami innych autorów, a specjalnie naszych. REJCHMAN radzi wstrzymwać się we wrzodzie peptycznym nawet od badań dyagnostycznych zapomogą zglebnika. JAWORSKI w swoim podręczniku (T. III str. 301) powiada: „od płukań w krwotoku żołądka pomimo zachęty przez kilku autorów, należy się powstrzymać”. Zdarzające się przypadki śmierci bezpośrednio po płukaniu w takich przypadkach nakazują w każdym razie wolką rozwayę we wskazaniach i doborze przypadków. Osobiście widziałem dobre skutki od przepłukania żołądka gorącą wodą w krwotoku żołądkowym na oddziale kolegi W. JANOWSKIEGO. (Przypisek sprawozdawcy).

100. Payr. W sprawie operacyjnego leczenia okrągłego wrzodu żołądka.

Wciąż toczy się spór, która z dwu operacji jest racjonalniejszą przy okrągłym wrzodzie żołądka: gastroenterostomia, czy też rezekcyja? Obie metody mają swych przeciwników i zwolenników, w rezultacie jednak ogromna większość chirurgów w tych przypadkach wykonywa gastroenterostomię. Czy jednak słusznie? Już CLAIRMONT zwrócił uwagę, że położenie wrzodu nie jest obojętne dla wyboru rodzaju operacji, a więc że wrzody trzonu żołądka dają gorsze wyniki pod względem wyleczenia przy gastroenterostomii, niż wrzody odźwiernika. Autor już od 1902 r. coraz częściej te wrzody wycinał, a później (1904) zaczął rezekować, tak iż do dziś dnia wykonał 23 takich radykalnych operacji z jednym zejściem śmiertelnym. Przy wyborze przypadków do operacji radykalnej kierował się właściwością i położeniem wrzodu. Rezekcyę wykonywał głównie przy wrzodach małej krzywizny i tylnej ściany żołądka, również przy postaci klepsydrowej. O ile możności łączono kikuty wpustowe i odźwiernikowe szwem osiowym. Radykalnie autor operował czwartą część swego materiału, w pozostałych zaś przypadkach, zwłaszcza przy wrzodach odźwiernika, dalej w okresach tworzenia się blizn zwięzających, wykonywał gastroenterostomię. Jednym słowem, postępowanie chirurgiczne we wrzodzie okrągłym żołądka powinno być ściśle indywidualne; stosowanie gastroenterostomii przy wszelkich położeniach i postaciach wrzodu żołądka należy uważać za szablon, wysoce szkodliwy dla krytycznego rozwoju terapii chirurgicznej tego cierpienia.

(*Wien. klin. Woch.* 1910, Nr. 9).

W. Dobr.

101. Dr. Z. Cheinisse. Amyxia gastrica (brak wydzielania się śluzu w żołądku).

Przypadki z nadmiernym wydzielaniem się śluzu nie tylko pod wpływem pokarmów, ale i na czczo znane są w patologii pod mianem *gastrosuccorrhoea mucosa* albo *gastromyxorrhoea*, na podobieństwo analogicznego zaburzenia z sekrecyją soku żołądkowego (sokotok REJCHMANA). Mniej znane są zaburzenia w kierunku odwrotnym — z upośledzonym wydzielaniem śluzu, albo brakiem jego [*amyxia gastrica*], a zasługują one na uwagę ze względu na wybitną rolę, jaką śluz odgrywa w sprawie trawienia. Wyścielając nieprzerwaną warstwę ścianę wewnętrzną żołądka, chroni on ją przedewszystkiem od trawiącego działania soku, od szkodliwości wpływów termicznych (gorące pokarmy) i chemicznych (ostro działające substancje), wreszcie od inwazyi bakteryi. Przy badaniu zawartości żołądka następujące okoliczności wskazują na zmniejszoną zawartość

śluzu: 1) nie jest ona ściśle zwarta, a cząsteczki jej bardzo ruchome, nie zlepiają się i z łatwością opadają na dno naczynia, 2) filtrowanie odbywa się z łatwością, 3) brak jest kropelek myeliny, które zwykle zaciemniają pole widzenia drobnowidzowe, 4) przy zabarwieniu lugolem (ziarna krochmalu na niebiesko, drożdże na żółto), otrzymujemy obraz bardzo wyraźny i mocno zabarwiony; odwrotnie, przy obfitości śluzu wiele ze wspomnianych elementów otoczonych śluzem nie zabarwia się wcale i obraz mikroskopowy wypada mniej jaskrawo. Takie zmniejszenie się ilości śluzu w zawartości żołądkowej może zależeć od tego, że część śluzu ulega strawieniu pod wpływem nadmiernej ilości soku, albo od tego, że jego wydzielanie zostało upośledzone — dla chorego jest to obojętnym i na charakter dolegliwości jego nie ma to wpływu.

Przy nadkwaśności KAUFMANN zauważył, że po przepłukiwaniach żołądka lekkim rozczynek łapawca stan chorych bardzo się poprawiał nawet i w tych przypadkach, w których stopień kwaśności soku nie tylko nie malał, ale czasem nawet się zwiększał; badania odnośne wykazały, że takie leczenie potęguje wydzielanie się śluzu i ta okoliczność objaśnia, dlaczego następowała poprawa; w ogóle w całym szeregu przypadków powodem dolegliwości chorych bywa nie tyle nadmiar kwaśności soku żołądkowego, ile brak dostatecznej ilości śluzu. Tak zwana *hyperaesthesia acida* (nadmierna wrażliwość śluzówki żołądka wobec soku nawet normalnego), uważana poniekąd za cierpienie czynnościowe, stoi niezawodnie w związku przyczynowym z amyksją. Lekki rozczynek łapawca potęguje wydzielanie się śluzu; można i wprost brak śluzu zastąpić oliwą, ale trzeba ją dawać koniecznie przed jedzeniem, gdyż tylko wtedy może ona przykryć mniej więcej równomiernie ścianę żołądka i ochronić ją przed wpływem soku podczas sprawy trawienia. W tym celu może być zastosowana i żelatyna. Podazotan bizmutu również ogromnie pobudza wydzielanie się śluzu, jak to wykazały badania doświadczalne nad psami, wykonane przez pp. SURMONT'a i DUBUS'a i w tej własności środka wspomnianego tkwi przyczyna, dla której działał on tak pozytywnie we wrzodzie okrągłym i innych cierpieniach żołądka.

(*La Sem. Medic.* 1910, Nr. 10).

A. Lande.

102. Borodenko. Poszukiwania nad mechanizmem nerwowym, regulującym wydzielanie soku żołądkowego z uwzględnieniem szczególnem ośrodka regulującego w okolicy odźwiernika.

Autor w doświadczeniach swoich nad psami posługiwał się metodami PAWŁOWA [badacz ten z pewnej części żołądka zapomocą zeszcicia błony śluzowej wytwarza samodzielny mniejszy żołądek, który jednak z głównym żołądkiem ma wspólną warstwę mięśniową i surowiczą, a więc i wspólne unerwienie—n. błędny] i HEIDENHAIN'a [autor ten oddziela zupełnie żołądek mniejszy od głównego, przecinając wszystkie warstwy jego ściany, a więc przecina i gałązki n. błędnego] i dochodzi do wniosku, że w części odźwiernikowej żołądka znajduje się ośrodek nerwowy, regulujący wydzielanie się soku żołądkowego; jeżeli działanie tego aparatu będzie przerwane, jak to się zdarza w mniejszym żołądku HEIDENHAIN'a, to będziemy w nim obserwowali zaburzenia wydzielnicze, znane pod mianem *hypersecretio continua*. W procesie tym spostrzeżemy brak prawie zupełny „fazy psychicznej“ [rozmaite wyobrażenia, związane z aktem mającego nastąpić karmienia, wywołują już, według PAWŁOWA, sekrecję soku—jest to t. zw. przezeń faza psychiczna w sprawie trawienia], a odruch z dwunastnicy przestaje działać.

Sok trawienny w mniejszym żołądku HEIDENHAIN'a posiada własności normalne, a więc składem swoim chemicznym odpowiada w zupełności sokowi

wydzielającemu się z żołądka PAWŁOWA. Spostrzeżenia B. potwierdzają teorię BICKEL'a, według którego wydzielanie się soku odbywa się pod wpływem substancji chemicznych we krwi krążących, a pobudzająco działających na mięsz gruczołowy, ale przestankowy charakter sekrecyi, a więc jej regulacja znajduje się pod zawiadywaniem wpływów nerwowych.

Przy normalnym sposobie przyjmowania pokarmów wydzielanie rozpoczyna się na całej powierzchni śluzówki żołądka pod wpływem odśrodkowych impulsów pozażołądkowego układu nerwowego. W następstwie wydzielanie się soku podtrzymywane zostaje przez substancje chemiczne, jakie stanowią po części sekretyna, po części produkty z pokarmów wchłonięte lub same pokarmy, działające na mięsz żołądka. Regulacja tego wydzielania odbywa się przy współdziałaniu bodźców nerwowych, w czym uczestniczy zarówno zewnątrz- [lekstra-], jak i wewnątrzżołądkowy [intra-gastralny] aparat nerwowy; ostateczne zatrzymanie się sprawy sekrecyjnej powodowane bywa przez impulsy nerwowe, idące od ośrodka regulacyjnego, położonego w części odzwiernikowej. Przyjmując pod uwagę wspomniany mechanizm, możemy wyjaśnić sobie genezę niektórych zaburzeń wydzielniczych, towarzyszących pewnym organicznym cierpieniom żołądka.

(Internat. Beitr. z. Pathol. u. Ther. der Ernährungsstör., 1909, t. I, z. I).
A. Lande.

103. Rodari P. Badania kliniczne i doświadczalne nad wpływem środków leczniczych na wydzielanie soku żołądkowego.

1. Woda źródłana i przekroplona nie jest środkiem dla żołądka obojętnym, gdyż wywołuje wydzielanie soku żołądkowego, wprawdzie tylko nieznaczne. O wiele silniej pobudza działalność wydzielniczą gruczołów żołądkowych dwutlenek węgla, który nadto powiększa czynność ruchową żołądka. Woda z solą kuchenną (Wiesbaden, Homburg, Kissingen, Baden-Baden, woda morska) bardzo znacznie zwiększa wydzielanie soku żołądkowego pod tym jednak warunkiem, że przyjęta zostanie na czczo i zdąży opuścić żołądek przed przyjęciem pokarmu. Sol kuchenna natomiast, jako domieszka do pożywienia, wybitnie hamuje (do 58,8%) wydzielanie soku żołądkowego. Emanacja radu (tabletki emanosalu) nie ma żadnego wpływu na wydzielanie kwasu solnego, ale zwiększa aktywność pepsyny. Wody mineralne tracą jednak swoją emanację już po 48-u godzinach, i dlatego u źródła działają skuteczniej, niż w domu. Woda wapienna, chlorek wapnia i zwłaszcza węglan wapnia bardzo znacznie wzmagają czynność wydzielniczą żołądka; z tego względu stosowanie ich przy stanach nadkwaśności powinno być zaniechane. Również i sole litu pobudzają wydzielanie soku żołądkowego. Cytrynian sodu, niesłusznie uważany przez BOASA za środek przeciwko nadkwaśności, przedłuża $2\frac{1}{2}$ do 3 razy czas trwania wydzielania soku żołądkowego, zwiększa 3 do 5 razy jego ilość i nawet wzmagają jego koncentrację. Dwuwęglan sodu, węglan sodu i sole gorzkie znacznie hamują pod względem ilościowym i jakościowym wydzielanie soku żołądkowego.

2. *Bismuthum subnitricum* zmniejsza wydzielanie soku żołądkowego i nieco obniża jego kwaśność. Działanie to staje się znacznie wybitniejszym przy zapaleniu śluzówki żołądka. *Bismuthum bitannicum* natomiast działa podobnie tylko przy zapaleniu śluzówki, kiedy tymczasem czynność wydzielniczą śluzówki zdrowej—odwrotnie—wzmaga, co przypisać należy obecności garbnika; ten działa wiążąco tylko na śluzówkę w stanie zapalnym. *Bismuthum bisalicylicum* wzmagają wydzielanie soku żołądkowego zarówno śluzówki zdrowej, jak i w stanie zapalnym, co zależy od wolnego kwasu salicylowego. To samo do-

tyczy dwu przetworów, często stosowanych we wrzodzie okrągłym żołądka: *anestezyny* [=ester etylowy kwasu paraamidobenzoesowego], i *ortofornu nowego* [=ester metylowy kwasu metaamidoparaoksybenzoesowego], obydwu bowiem powiększają trwanie i ilość soku żołądkowego. Działanie to jednak nie dochodzi do skutku przy stosowaniu przetworów tych razem z podazotanem bizmutu, którego działanie hamujące okazuje się silniejszym. *Argentum nitricum* od dawna zalecane przez wielu [EWALD, BOAS] przy wrzodzie okrągłym żołądka, nie było badane przez autora, który oddaje pierwszeństwo śród przetworów srebra *protargolowi* [8,3% Ag.] i *albarginie* [15% Ag.]. Obydwa te przetwory bardzo znacznie wzmagają czynność wydzielniczą zdrowej śluzówki żołądka i równie znacznie hamują wydzielanie chorej.

3. *Eskałina* [=2,5 *Aluminium pulver.* + 1,5 gliceryny + 1,0 wody], przez G. KLEMPERERA wprowadzona do terapii wrzodu okrągłego żołądka, okazała się środkiem bardzo silnie pobudzającym działalność wydzielniczą żołądka zdrowego: trwanie wydzielania przedłuża do 5-u razy i ilość wydzieliny do 300 razy, nie wpływa jednak na kwaśność ogólną. Wydzielanie natomiast śluzówki w stanie zapalnym eskałina wyraźnie hamuje.

4. *Alkaloidy* działają na śluzówkę żołądka tylko pośrednio [po wessaniu]. Do alkaloidów, wzmagających wydzielanie soku żołądkowego, należą: morfina, fizostygmina [obie po przedwstępnem zahamowaniu], dionina i pilokarpina. Wydzielanie hamują: atropina, a zwłaszcza *Extr. belladonnae*, eufatmina i skopolamina.

5. *Stomachica*, na przekór swej nazwie, mają znaczenie najmniejsze. *Amara* wzmagają nieco wydzielanie soku żołądkowego na drodze odruchowej. *Kwas solny*, *Orexinum tannicum* i *Acidol* są dla śluzówki zdrowej obojętne, wzmagając nieco wydzielanie śluzówki w stanie zapalnym i tylko po jedzeniu [HEINSHEIMER].

Z powyższego wynika, że bardzo często zdrowa śluzówka żołądka reaguje inaczej na środki lecznicze, niż śluzówka w stanie zapalnym. Dlatego jest rzeczą pierwszorzędną wagi dla wskazań leczniczych zbadanie chemizmu żołądka i stwierdzenie, czy dane zaburzenie zależy od zmian anatomicznych, czy też jest zaburzeniem nerwowym. Przy *gastritis hyperacida* np. przetwory srebra są wskazane, natomiast przy hipersekreycji nerwowej przeciwwskazane; na odwrót, są przeciwwskazane przy *gastritis subacida* i wskazane przy podkwaśności na tle nerwowym.

Co się tyczy terapii wrzodu okrągłego żołądka, to badania powyższe dowodzą słuszności stosowania *Bismuthi subnitri.*, gdyż działa ono nie tylko mechanicznie, ale i chemicznie [zmniejsza wydzielanie soku żołądkowego]. Miejscowe środki znieczulające [anestezyna i ortoforn] mogą być stosowane, ale razem z bizmutem. Co się tyczy stosowania przy wrzodzie okrągłym żołądka przetworów srebra i eskałiny, to są one wskazane tylko wtedy, kiedy obok wrzodu mamy do czynienia z zapaleniem śluzówki żołądka, kiedy tymczasem przy śluzówce zdrowej przetwory te są przeciwwskazane i powinny być zastąpione przez *Bismuthum subnitricum*.

(Volkmann's Samml. kl. Vortr. 1908, Inn Med. Nr. 144—146, str. 237—307).
K. Oczełalski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie gastrologiczne dnia 16-go marca 1910 r.

RÓBIN odczytał rzecz: „O mało znanym syndromie żołądkowym i o jego wartości rozpoznawczej“.

W r. 1897 REJCHMAN opisał zbiór objawów, polegający na bolesnem uczuciu w dołku, nudnościach i zwracaniach wodnistych. Na zasadzie 105 zebranych przypadków mowca dochodzi do wniosku, że syndrom ten jest na ogół dość częsty i występuje u przeszło 1% chorych żołądkowych, że w typowej swej postaci towarzyszy w 95% zanikowi lub zupełnemu upośledzeniu czynności wydzielniczej żołądka, jakto utrzymywał REJCHMAN, z tem zastrzeżeniem jednak, że wtedy smak zwracań jest słony lub wodnisty, zato syndrom ten spotyka się wbrew zdaniu REJCHMANA w 5% u osobników z prawidłowym chemizmem soku żołądkowego, że zatem posiada znaczenie tylko względne, że spotyka się, acz tylko w 6,5%, także w raku żołądka. Prócz tego RÓBIN wyodrębnił dwa rodzaje „pseudosyndromu“, różniące się od powyższego tem, że w jednym rodzaju smak zwracań jest kwaśny, w drugim zaś zamiast zwracań chory wydziela znaczną ilość śliny wprost z jamy ustnej. Pierwszemu towarzyszy bądź prawidłowy chemizm, bądź nadkwaśność, drugiemu towarzyszy zazwyczaj wyraźna nadkwaśność.

Poznanie tego syndromu ma praktyczne znaczenie, gdyż w typowej swej postaci pozwala na rozpoznanie z dużym prawdopodobieństwem, zwłaszcza u osobników starszych, z poprzedzającym nadużyciem wysokości, upośledzone wydzielanie soku żołądkowego i zastosować odpowiednie leczenie kwasem solnym, co szybką ulgę przynosi. Lekarze, nie znający opisywanego syndromu, rozpoznają bądź nerwicę żołądka, bądź wrzód żołądka, bądź wreszcie pasorzyty w kiszkiach.

W dyskusyi ZAWADZKI sądzi, że nazwa „syndromu“ należy się tylko takiemu zbiorowi objawów, któremu stale towarzyszy pewne określone cierpienie, że tedy w danym przypadku opisany zbiór objawów, jako niestały, nie powinien być nazywany syndromem; wyraża jeszcze przypuszczenie, czy różne rodzaje chemizmu żołądka nie odpowiadają różnym okresom tej samej choroby.

LANDAU zapytuje, jakie cechy posiada owa ciecz, zwracana przez chorych, i sądzi, że na smaku trudno opierać klasyfikację.

MINTZ uważa, że badania R. zmniejszyły znaczenie owego syndromu, już dotąd względne.

GRUNDZACH zaznacza, że wielokrotnie obserwował ten syndrom u alkoholików i w okresie pokwitania u kobiet.

REJCHMAN wyjaśnia LANDAUOWI cechy owej zwracanej przez chorych cieczy i podaje, że obserwował chorych z opisanym syndromem w ciągu bardzo długiego czasu u jednego po 20-u latach rozwinął się rak żołądka na tle niezłytno zanikowego; zgadza się z prelegentem, że syndrom występuje także, acz rzadko, w raku żołądka i zarzuca R., że podział na kategorie gmatwa sprawę.

SADKOWSKI spostrzegł przypadek syndromu, zakończony śmiercią, w którym sekcyja stwierdziła zanik błony śluzowej żołądka.

RÓBIN odpowiada ZAWADZKIEMU, że podany zbiór objawów w typowej swej postaci zasługuje na miano syndromu, gdyż w 95% odpowiada upośle-

dzonemu wydzielaniu soku żołądkowego, względnie zanikowi błony śluzowej żołądka. Nietypowe postaci, t. j. te, w których występują zwracania kwaśne lub ślinitok, możnaby istotnie nazwać np. „pseudosyndromem”. MINTZOWI— że wartość rozpoznawcza owego syndromu jest istotnie obecnie nieco mniejsza, jednak z pewnymi zastrzeżeniami pozwala rozpoznać nieraz bez zgłębnika brak HCl w żołądku, że głównym celem R. było przypomnienie kolegom niespecjalistom o istnieniu tego zapomnianego syndromu i ułatwienie krytycznej jego oceny. REJCHMANOWI— że wyodrębnienie „pseudosyndromów” nie tylko nie gmatwa sprawy, lecz owczem ją upraszcza, gdyż oddziela typowy syndrom, któremu odpowiada istotnie brak HCl, od „pseudosyndromów”, mających zupełnie inny podkład chemiczny.

W. Róbin.

Wiadomości bieżące.

— Doc. dr A. WRZOSEK został mianowany profesorem nadzwyczajnym patologii ogólnej i doświadczalnej. Tytuł profesorów nadzwyczajnych otrzymali: prof. szkoły położniczej STANISŁAW DOBROWOLSKI, doc. pryw. laryngologii FRANCISZEK NOWOINY i doc. pryw. chirurgii MAKSYMILIAN RUTKOWSKI.

— Dowiadujemy się, że kol. A. SOKOŁOWSKI i S. STERLING nie przyjęli mandatu na członków zarządu wszechrosyjskiej Ligi walki z gruźlicą.

— Wycieczka balneologiczna do Nałęczowa zorganizowana przez wydział zdrojowisk i uzdrowisk Warsz. Tow. Hygienicznego, odbyła się w dniu 26-go czerwca r. b. przy udziale przedstawicieli prasy lekarskiej i codziennej. Uczestnicy wycieczki, objaśnieni i oprowadzeni po Zakładzie przez dyrektora dra TOKARSKIEGO, prezesa Zarządu Towarzystwa Akcyjnego nałęczowskiego inż. KURCJUSZA i wiceprezesa dra M. JAKOWSKIEGO, zwiedzili i obejrzelili dokładnie urządzenia sanitarno-hygieniczne [kanalizację, wodociąg, elektrownię i t. d., urządzenia lecznicze, jak oto: źródło, łaźienki, zakład hydropatyczny, zakład elektroterapeutyczny, stylową werandę-leżalnię, a także mieszkania dla chorych w zakładzie i w parku. Następnie, odbyło się posiedzenie wydziału, na którym kol. SZOKALSKI odczytał referat o środkach przyrodoleczniczych Nałęczowa, kol. TOKARSKI o urządzeniach elektroterapeutycznych, zaś kol. M. JAKOWSKI mówił o inwestycjach sanitarno-hygienicznych i o nakładach pieniężnych, dokonanych w ostatnim 5-leciu. Po referatach wywiązały się ożywione rozprawy, na razie na temat ogólniejszy zbyt małej frekwencji zdrojowisk swojskich, następnie specjalnie co do Nałęczowa. W końcowem przemówieniu przewodniczący wydziału i zebraniu kol. J. JAWORSKI scharakteryzował Zakład Nałęczowski, jako zdrojowisko - uzdrowisko, posiadające z jednej strony bardzo korzystne warunki i środki przyrodo-lecznicze, z drugiej zaś wszelkie urządzenia lecznicze, zaprowadzone drogą dużego nakładu pracy i kapitału, które pozwalają na stosowanie najrozmaitszych metod leczniczych i wnioskował, że Zakład Nałęczowski, dzięki okolicznościom powyższym, jest w możności spełniać swą rolę leczniczą w bardzo szerokim zakresie i rzeczywiście ją spełnia. Ten charakter zdrojowiska, pod względem leczniczym wzorowego, Nałęczów, zdaniem mówcy, zawdzięcza zarówno obecnemu kierownikowi kol. TOKARSKIEMU, szczególnie zaś długoletniemu dyrektorowi poprzedniemu kol. PUŁAWSKIEMU który znakomicie rozszerzył zadania, a tem samem i wskazania lecznicze Nałęczowa, a także zawdzięcza Zarządowi Towarzystwa, resp. akcyonaryuszom, któ-

rzy zadowolają się 2^o/_o-ową dywidendą w poczuciu spełniania obowiązku obywatelskiego, nie szcędzą dużych a celowych nakładów gwoli rozwojowi Zakładu.

Dokładne sprawozdanie lekarskie kol. TOKARSKIEGO, odczytane niedawno w wydziale balneologicznym, po ogłoszeniu drukiem, zaznajomi ogół nasz lekarski z urzędzeniami obecnymi zakładu Nałęczowskiego, który stale doznaje zasłużonego poparcia ze strony lekarzy i publiczności.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 5-go do 11-go czerwca r. b. do szpitali warszawskich przybyło chorych 136, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 10, odrą 12, płonicą 26, błonicą 3, różą 12, tyfusem plamistym 6, tyfusem brzuszny 18, grypą 6, zapaleniem płuc 42 i kokluszem 1.

W tymże tygodniu zmarło w szpitalach 20 osób, mianowicie: na ospę 1, płonicę 3, tyfus plamisty 2, tyfus brzuszny 2 i na zapalenie płuc 11. W całym zaś miesiącu liczba zmarłych na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, wynosiła 33 osoby, mianowicie: na ospę zmarło 4 osoby, na odrę 3, płonicę 16, błonicę 2, różę 3, tyfus plamisty 2 i na tyfus brzuszny 1.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach wynosiła w dniu 5-ym czerwca 3018.

— Na projektowanej w r. 1911 międzynarodowej Wystawie higienicznej w Dreźnie będzie urządzony specjalny dział, mający na celu przekonanie ogółu o szkodzie, jaką przynoszą chorym znachorzy.

— V międzynarodowy Zjazd elektrologii i radiologii lekarskiej odbędzie się od 13-go do 18-go września r. b. w Barcelonie. Jednocześnie odbędzie się wystawa odpowiednich przyrządów.

— Żydzi otrzymali pozwolenie na pobyt w ciągu dwu miesięcy u wód na Kaukazie, z tym jednak warunkiem, że podlegać będą oględzinom specjalnej komisji. Komisja taka w Piatigorsku składa się z 3-ch lekarzy: naczelnego lekarza szpitala, starszego lekarza miejskiego i pomocnika atamana; na pierwszym posiedzeniu Komisja oglądała 100 żydów i uznała wszystkich za potrzebujących kuracy w Piatigorsku.

— Kurator okręgu naukowego orenburskiego uznał za pożądane, aby w zakładach naukowych zorganizować wykłady o samobójstwie wśród uczniów.

Od Administracyi.

Upraszamy o nadsyłanie prenumeraty na półrocze drugie, oraz zaległej prenumeraty za czas ubiegły.

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

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.