

# GAZETA LEKARSKA

**T R E S C.** I. STANISŁAW BIERNACKI. O zawartości białka w płwocinie w różnych stanach chorobnych. Str. 709. II. B. MOTZ. O patogenezie krwiomoczu nerkowego. (Dok.). Str. 714. III. J. BRĘKOWSKI. Promienica podstawy czaszki i opon mózgowych. (Dok.). Str. 718. IV. A. PUŁAWSKI. O częstości wrzodu peptycznego żołądka u nas. Str. 722. *Dział sprawozdawczy.* 114. M. DIEULAFOY. Zapalenia opłucnej ze zgrubieniem jej i ze stałym wytwarzaniem się wysięku. Str. 726.—115. TIETZE. Przyczynki do chirurgii płucnej. Str. 727.—116. WILLY MEYER. Pneumektomia przy zastosowaniu przyrządów o różnem ciśnieniu; studjum doświadczalne. Str. 728. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenie gastrologiczne dnia 20-go kwietnia 1910 r. Str. 728. *Wiadomości bieżące.* Str. 733. *Ogłoszenia.*

I. Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ PRZY KLINICE TERAPEUTYCZNEJ W SZPI-TALU DZ. JEZUS W WARSZAWIE POD KIEROWNICTWEM DRA LEONA KARWACKIEGO.

## O zawartości białka w płwocinie w różnych stanach chorobnych.

Podał

**Stanisław Biernacki,**  
magister farmacyi.

Punktem wyjścia do obecnej pracy były poszukiwania BEZANÇON'a i ROGER'a nad zawartością białka w różnych rodzajach płwociny. Jak ROGER, tak i BEZANÇON, badając płwocinę chorych na gruźlicę, doszli do przekonania, że płwocina ta zawiera w znacznych ilościach białko; do tego przekonania doszli obaj wymienieni badacze nie jednakowemi drogami, bo kiedy BEZANÇON wykrywa białko w płwocinie zapomocą badania mikroskopowego, ROGER używa do tego zwykłych sposobów, służących do wykrycia białka w moczu, uważając badania mikroskopowe za nader zmuadne i zbytteczne.

W celu wykrycia białka, ROGER mieszał starannie płwocinę z wodą, dodawał parę kropli kwasu octowego w celu osadzenia śluzu i filtrował. Filtrat badał na białko zwykłymi sposobami. Zapomocą tej metody ROGER znajdował w każdej płwocinie gruźliczej mniejszą lub większą ilość białka. Sprawa

zawartości ciał białkowych w płwocinie zajmowano się naogół mało. Oprócz białka surowiczego wykrywano w płwocinie także pepton, mianowicie w przypadkach zapalenia płuc włóknikowego i w sprawach ropnych dróg oddechowych. Duże ilości białka były notowane w płwocinie w przypadkach obrzęku płuc. JAKSCH określał zawartość azotu w płwocinie gruźliczej i w płwocinie w zapaleniu płuc: przeciętna ilość azotu dla pierwszej grupy równa się 0,6795%, dla drugiej 1,7784%. LANZ zaznacza, że przez płwocinę organizm gruźliczy traci bardzo duże ilości azotu.

Moje badania, podjęte na skutek propozycji dra KARWACKIEGO, miały na względzie stronę dyagnostyczną: chodziło mi o to, czy na mocy zawartości białka można odróżnić płwocinę gruźliczą od płwociny przy cierpieniach dróg oddechowych natury nieswoistej. W badaniach korzystałem z uprzejmości pp.: dra ZALESKIEGO, ROZENSZTADTA i OSIŃSKIEGO, którzy ofiarowali mi materiał bardzo obfity i różnorodny. W tym kierunku przeprowadziłem około setki doświadczeń.

Metodę w swoich doświadczeniach zastosowałem tę samą, co ROGER, t. j. płwocinę, zakwaszoną zlekka kwasem octowym, mieszałem starannie z wodą w określonym stosunku i filtrowałem. W filtracie białko było stwierdzone nie tylko jakościowo, jak to robił ROGER, ale i ilościowo, zwykle za pomocą płynu ESSBACH'a.

Pewna część płwocin poddawana była autolizie w ciągu 48-u godzin przy 56°. Zawartość białkowa płwocin podobnych bywała taka sama, jak przy postępowaniu zwykłym. Zarazem, jako sprawdzian, z każdej płwociny robiłem po parę preparatów, z których jeden był barwiony metodą ZIEHL-NEELENSEN-GABETA w celu wykrycia laseczników KOCHA, inne metodą GRAM'a i GIEMSY.

Jak już wspomniałem wyżej, przerobiłem w tym kierunku do stu doświadczeń, rezultat zestawilem w dwu tablicach.

T A B L I C A I.  
Płwociny gruźlicze.

Numer porządkowy	Wiek chorego	Rozpoznanie kliniczne	Ciepłota	Ilość białka	Preparaty	
					Ziehl-Neelsen-Gabet	Gram albo Giemsa
1	33	Gruźlica płuc.	37,0—39,0	4,00/00	Po kilka laseczników w polu.	Niewiele dwoinek.
2	26	Gruźlica płuc i krtani	36,6 - 39,7	3,20/00	Liczne laseczniki.	Sporo łańcuszków pośrednich między streptokokami i streptobacyllami.



Numer porządkowy	Wiek chorego	Rozpoznanie kliniczne	Ciepłota	Ilość białka	Preparaty	
					Ziehl-Neelsen-Gabret	Gram albo Giemsa
3	32	Gruźlica płuc i krtani.	36,8—39,4	2,6 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	Po kilkanaście laseczników w polu.	Niewiele dwoinek i laseczniki gruźlicze w postaci szarych laseczek z fioletowymi ziarenkami.
4	29	Gruźlica z objawami rozpadowymi.	36,8—39,8	5,0 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	Po kilka laseczników w polu.	Dużo dwoinek i ziarników.
5	23	Gruźlica płuc.	37,2—39,6	2,5 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	Po kilkanaście laseczników w polu.	Sporo ziarników i dwoinek.
6	25	"	36,8—38,6	2,0 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	"	Sporo laseczek grubych i ziarników Gram—pozytywnych.
7	32	"	36,6—39,4	3,4 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	Dużo laseczników.	Niewiele ziarników i dwoinek.
8	34	"	36,2—39,4	4,2 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	"	Niewiele dwoinek.
9	31	"	36,8—39,3	4,3 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	Po kilka laseczników w polu.	Sporo laseczek Gram pozytywnych i dwoinek.
10	29	"	36,4—38,8	3,6 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	"	Niewiele ziarników i dwoinek.
11	28	"	36,4—39,2	3,2 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	"	Niewiele dwoinek, sporo laseczników gruźliczych w postaci szarych laseczek z ciemno-fioletowymi ziarenkami.
12	31	"	37,0—38,0	2,6 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	"	Niewiele ziarników i dwoinek.
13	24	"	36,2—39,6	2,4 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	Po kilkanaście laseczników w polu.	Dużo grubych dwoinek.
14	27	"	36,2—39,2	3,2 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	Laseczników po kilka w polu.	Niewiele dwoinek.
15	28	Gruźlica płuc z objawami rozpadowymi.	36,0—39,4	8,0 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	Mało laseczników.	Dużo ziarników.
16	35	Gruźlica płuc.	36,4—39,2	3,6 <sup>0</sup> / <sub>00</sub>	Nieliczne laseczniki.	Niewiele dwoinek i ziarników.

Numer porządkowy	Wiek chorego	Rozpoznanie kliniczne	Ciepłota	Ilość białka	Preparaty	
					Ziehl-Neelsen Gabet	Gram albo Giemsa
17	47	Gruźlica z objawami rozpadowemi.	37,4—38,6	6,0 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	Nieliczne laseczniki.	Niewiele dwoinek.
18	28	Gruźlica płuc.	36,6—38,2	1,8 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	Laseczników po kilkadziesiąt w polu.	Innych bakterii brak.
19	42	"	36,2—37,7	1,6 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	Po kilkanaście laseczników w polu.	Niewiele ziarników.
20	26	"	37,6 - 38,6	1,4 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	Po kilka laseczników w polu.	Nieliczne dwoinki.
21	59	"	37,0—38,4	0,9	Po kilkanaście laseczników w polu.	Niewiele dwoinek i ziarników.
22	52	"	37,0—38,6	3,0 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	Pojedyncze laseczniki.	Sporo dwoinek.
23	26	"	37,0—39,4	2,6 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	Po 3—5 laseczników w polu.	"
24	47	Gruźlica płuc, gruźlica wargi górnej.	36,4—37,6	3,6 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	Po kilkanaście laseczników w polu.	Innych drobnoustrojów brak.
25	33	Gruźlica płuc, artretyzm.	36,4 - 38,2	1,2 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	Laseczników po 2—4 w polu.	Niewiele ziarników.
26	32	Gruźlica płuc.	37,0—38,2	1,8 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	Laseczników nie znaleziono.	Sporo ziarników i łańcuszków paciorkowców.
27	32	Za kilka dni później.	38,9	2,2 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	Laseczników brak.	Te same formy.
28	39	Gruźlica płuc.	36,2—39,0	2,4 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	"	Sporo dwoinek.
29	18	Przewlekła gruźlica płuc.	36,2—37,2	1,8 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	Laseczników niema.	"
30	28	Gruźlica płuc.	36,2—38,4	2,1 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	Po 2—4 laseczników w polu.	Sporo dwoinek i grubych laseczek.
31	68	Gruźlica i rozedma płuc.	36,4—37,2	0,6 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	Po kilkadziesiąt laseczników w polu.	Niewiele dwoinek i laseczek.
32	64	"	36,2—39,0	1,7 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	Pojedyncze laseczniki.	Bardzo dużo dwoinek i ziarników w postaci łańcuszków.



Numer porządkowy	Wiek chorego	Rozpoznanie kliniczne	Ciepłota	Ilość białka	Preparaty	
					Ziehl-Neelsen-Gabet	Gram albo Giemsa
33	27	Gruźlica płuc rozpadowa.	36,8—39,6	3,2 <sup>o</sup> / <sub>100</sub>	Laseczniki liczne.	Niewiele dwoinek.
34	53	Gruźlica i rozedma płuc, bronchit.	36,2—38,4	1,8 <sup>o</sup> / <sub>100</sub>	"	Niewiele ziarników i dwoinek.
35	68	Powtórnie w kilka dni Nr. 31.	37,4	0, <sup>o</sup> / <sub>100</sub>	Po kilkadziesiąt laseczników w polu.	Niewielé dwoinek i laseczników.
36	37	Gruźlica i rozedma płuc.	36,2—37,4	4,0 <sup>o</sup> / <sub>100</sub>	Laseczników po kilka w polu.	Niewiele dwoinek i ziarników.
37		Zrobiono drugi raz następnego dnia.	36,8	2,8 <sup>o</sup> / <sub>100</sub>	Bez zmiany.	Bez zmiany.
38	24	Gruźlica płuc i kiszek.	36,4—40,0	4,5 <sup>o</sup> / <sub>100</sub>	Niezbyt liczne laseczniki.	Sporo ziarników.
39	20	"	36,8—39,6	6,0 <sup>o</sup> / <sub>100</sub>	Po 2—3 laseczniki w polu.	Sporo ziarników i dwoinek.
40	32	Gruźlica płuc i kiszek. Zapalenie nerek.	36,2—28,9	6,2 <sup>o</sup> / <sub>100</sub> w moczu do 12,0 <sup>o</sup> / <sub>100</sub>	Bardzo liczne laseczniki.	Sporo ziarników.
41	28	Gruźlica rozpadowa płuc i kiszek.	36,6—39,6	16,0 <sup>o</sup> / <sub>100</sub>	Bardzo liczne laseczniki.	Sporo drobnych laseczek i dwoinek.
42	47	Gruźlica płuc.	37,4—38,8	4,2 <sup>o</sup> / <sub>100</sub>	Po 2—4 laseczniki	Sporo dwoinek.
43	36	Gruźlica płuc z kawernami.	36,0—38,8	5,5 <sup>o</sup> / <sub>100</sub>	Laseczniki pojedyncze i w gro-madkach.	Sporo ziarników.
44	26	Gruźlica płuc kiszek i otrzewny.	36,8—39,6	2,8 <sup>o</sup> / <sub>100</sub>	Bardzo liczne laseczniki.	Dużo dwoinek.
45	48	Gruźlica płuc i gangrena płuc.	37,0—39,4	4,0 <sup>o</sup> / <sub>100</sub>	Dość liczne laseczniki.	Sporo ziarników i dwoinek.

Z przeglądu powyższego widać, że płwocina chorych na gruźlicę zawiera stale białko w ilościach dość zmiennych, bo poczynając od 0,6<sup>o</sup>/<sub>100</sub> do 8<sup>o</sup>/<sub>100</sub>, średnio w większości przypadków od 2,0<sup>o</sup>/<sub>100</sub> do 4,0<sup>o</sup>/<sub>100</sub>. Większe ilości białka,

5,0‰ a nawet 6,0‰, znajdujemy w gruźlicy z objawami rozpadowymi, największe zaś ilości białka zawiera płwocina w gruźlicy płuc i kiszek, w dwu przypadkach 6‰ i nieco wyżej, a w jednym aż 16,0‰.

[D. n.].

## II. O patogenezie krwimoczcu nerkowego.

Wykład wygłoszony w szpitalu Międzynarodowym w Paryżu

przez

dra B. Motza.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 29).

C. Krwimoczce wskutek przewlekłego zapalenia nerek śródmięszowego.

Zmiany w tej postaci zapalenia nerek przedewszystkiem dotyczą kłębków (*glomerulitis, capsulitis*) i tkanki śródmięszowej, ale tylko w przypadkach wyjątkowych są one odosobnione: dość często przyłączają się do nich zmiany w nabłonkach, które tłómaczą obecność w moczu białka i wałków—pierwiastki, którychby było brak, gdyby nie były dotknięte sprawą chorobną kanaliki skręcone. Przy badaniu anatomopatologicznem znajdujemy krew w przestrzeniach dokołakłębkowych wewnątrz torebki BOWMANN'a, oraz zmiany sklerotyczne w naczyniach.

a) Do tej odmiany zapalenia śródmięszowego nerek odnosi się większość krwimoczów nerkowych bez przyczyny, w szczególności hematurye „*e vacuo*“, hematurye obfite, częstokroć śmiertelne, które powstają na skutek zbyt szybkiego opróżnienia pęcherza przy wielkiem zatrzymaniu w nim moczu. Te krwimoczce „*e vacuo*“ mają dwa źródła:

1) Naczynia włoskowate świeżo powstałe w błonie śluzowej pęcherza, uległej sprawie zapalnej, które wyswobodzone z ucisku przez płyn, w pęcherzu zawarty, ulegają nagłemu rozszerzeniu, co powoduje ich pęknięcie.

2) Lub są one pochodzenia nerkowego. W przypadkach zatrzymania moczu istnieje przekrwienie i wzmożone ciśnienie w nerkach, i w chwili usunięcia przeszkody, tamującej prawidłowe funkcjonowanie kłębków, mogą nastąpić pęknięcia naczyń włoskowatych, ale do tego konieczne są już uprzednio powstałe zmiany w naczyniach. Ta właśnie okoliczność tłómaczy fakt, że tego rodzaju krwimoczce zdarzają się zwłaszcza u starców, których tętnice są często sklerotyczne.

b) TERRIER i BAUDOUIN na 83 zebranych obserwacji znaleźli 4 przypadki wodnej puchliny nerek z krwimoczem. Można by było objaśnić krwimocz przy hydronefrozie zapomocą zmian w ciśnieniu wewnątrznerkowym przy wypełnianiu się lub opróżnianiu miedniczek. Ale nerka hydronefrotyczna



przedstawia typ zapalenia śródmiąższowego z rozlaną sklerozą kłębków MALPIGHI'ego. Sądźmy, że te zmiany zapalne w kłębkach (*glomerulitis*) wystarczają dla objaśnienia przyczyny krwimoczu i że zbędną jest rzeczą uciekanie się w tym celu do zmian w ciśnieniu wewnątrznerkowym.

c) Krwimocz z nerki ruchomej, którego ALBARRAN zebrał 6 spostrzeżeń [2 NEWMANN'a, 1 GUYON'a, 1 ISRAEL'a i 1 ALBARRAN'a] ma według nas tę samą patogenezę, co krwimocz przy wodnej puchlinie nerek. LAWSON TAITE sądzi, że wszystkie nerki ruchome są chore. Według SCHILLING'a białkomocz istnieje w 14% nerki ektopicznej. Nie ulega kwestyi, że nerki ruchome dotknięte są często zmianami zapalnymi, a zwłaszcza sprawą śródmiąższową, które w zupełności wystarczają dla wyjaśnienia tych rzadkich przypadków krwimoczu nerkowego. Zresztą na 6 przypadków, zebranych przez ALBARRAN'a wyraźne zapalenie śródmiąższowe istniało w obserwacji GUYON'a oraz mieszana postać zapalenia nerek (*nephritis mixta*) z białkomoczem i cylindrurią w obu przypadkach NEWMANN'a.

d) 5 przypadków hematuryi było obserwowanych w przebiegu ciąży [GUYON i ALBARRAN]. Czy idzie tu o zwykłe przekrwienie? Jestto mało prawdopodobnem w obec tego, że mamy do czynienia z osobami młodemi o układzie naczyniowym zdrowym. ALBARRAN twierdzi, że patogenezą tych krwotoków jest dotychczas nieznaną. Niezawodnie i tu mamy do czynienia ze zmianami zapalnymi, często nie wykrywanymi z powodu niewystarczająco dokładnego badania chemicznego i drobnowidzowego. Wiemy, jak częstem jest zapalenie nerek u kobiet ciężarnych, i nic nie stoi na przeszkodzie, aby sądzić, że w tych kilku przypadkach mogło istnieć zapalenie nerek poprzedzające ciążę. Zapalenie nerek, a zwłaszcza kłębków (*glomerulitis*), byłoby główną przyczyną pęknięcia kilku naczyń włoskowatych zbyt słabych, nie mogących znieść przekrwienia, jakie zazwyczaj towarzyszy ciąży.

W rezultacie widzimy, że obecne wiadomości nasze o roli, jaką odgrywać może zapalenie nerek w powstawaniu krwimoczu, pozwalają nam wyjaśnić ten objaw w najróżnorodniejszych przypadkach.

#### D. Krwimocze mieszane.

Ale istnieje jeszcze jedna cała kategoria krwawień nerkowych, których wyjaśnienie jest często znacznie trudniejsze; są to hematurye na skutek kamicy, gruźlicy i nowotworu.

a) Krwimocz nerkowy pochodzenia kamicy jest nadzwyczaj częsty: jaką jest jego patogenezą?

Pierwsze objaśnienie, jakie się tu nasuwa, jest takie, że uraz błony śluzowej miedniczki lub kielichów, wywołany przez kamień, powoduje krwotok. Jest to fakt nie ulegający zaprzeczeniu, a prawdziwości jego dowodzi wpływ zmęczenia, chodzenia. Ale są nerki kamicy, które krwawią nawet wtedy, gdy jest zachowany najzupełniejszy spokój [obserwacja HARTMANN'a, dziecko leżące w łóżku z powodu „*coxalgia*“ z aparatem gipsowym, mające krwawienia wskutek kamienia nerkowego], a w takich przypadkach niemożliwem



jest odwoływanie się do urazu lub przekrwienia, jak tego żądają MALHERBE i LEGUEU.

W rzeczywistości to nie uraz wywołuje krwotoki, ale zmiany wtórne w nerkach, towarzyszące sprawie zapalnej pochodzenia kamicowego prawie stale, na które taki nacisk kładli TORRES, BARTÉLS i zwłaszcza JARDET, a które o wiele wybitniej występują, gdy kamień będzie infekowany.

b) Bardzo często zdarzają się krwimoczne w przebiegu gruźlicy nerek. Ale w jaki sposób krwawi nerka gruźlicza?

Krwotok może pochodzić albo z naczyń włoskowatych śródmiąższowych, albo z naczyń włoskowatych kłębków, albo z naczyń nowoutworzonych na gruncie świeżych zmian gruźliczych, istniejących np. na wierzchołku brodawki. Owrzodzenie na miejscu tych nowoutworzonych naczyń, jak np. w pęcherzu, gruźlicą dotkniętym, dać może małe krwawienia; ale ten sposób objaśnienia jest niemożliwy tam, gdzie idzie o krwotoki duże. W jaki więc sposób wyjaśnić z jednej strony krwawienie obfite, a z drugiej ten fakt z pozoru paradoksalny, że właśnie te obfite krwimoczne spostrzega się najczęściej w początkach gruźlicy nerek wtedy, gdy zmiany gruźlicze są jeszcze minimalne, natomiast nie widuje się ich wtedy, gdy nerka jest już zupełnie zniszczona przez jamy gruźlicze [kawerny]!

„Krwimocz bywa szczególnie częsty w pierwszych początkach choroby i ma skłonność do znikania w okresach ostatnich“ pisze ALBARRAN, i na innym miejscu dodaje „w większości przypadków krwimoczne wielkie spostrzega się przy zmianach jeszcze mało znacznych“. Co się tyczy ich patogenezy, zależą one według tego autora „od stanów przekrwienia i na podobieństwo krwiopłucia hematurya jest częstsza, gdy zmiany są jeszcze mało posunięte w swym rozwoju“.

Wiemy, jak należy rozumieć słowo „przekrwienie“ i stany przekrwienia, które przysłaniają najczęściej naszą nieznaną sprawę patogenetycznej krwimoczności.

Jeżeli nacieczenie gruźlicze znajduje się obok kłębka, to wskutek przejścia sprawy wrzodziejącej na naczynia kłębka może wystąpić krwimocz obfity tak, jak np. w zapaleniu nerek kłębkowym (*nephritis glomerularis*). To samo zjawisko może powstać przy wdrażeniu laseczników gruźliczych do kłębków.

Doświadczenia BORRELA i innych autorów dowiodły, że laseczki KOCHA, dostając się za pośrednictwem tętnicy nerkowej, często bywają zatrzymywane w naczyniach włoskowatych kłębków. Jest więc rzeczą zrozumiałą, że krwimoczne obfite w początkach gruźlicy mogą zależeć od owrzodzenia jakiegokolwiek kapilaru w kłębkach. Prawdopodobnie krwotok obfity może również nastąpić wskutek jednego z owrzodzenia naczynia włoskowatego śródmiąższowego i ściany kanalikule prostego lub kanalikule zbiorowego, bezpośrednio z nim sąsiadującego. Rzeczywiście, aby krwotok się objawił, musi nastąpić owrzodzenie kanalikule moczowego, kanalikule przewodzącego, gdyż w razie przeciwnym utworzyłby się w miejscu owrzodzenia naczynia krwistej, któryby



zatrzymał krwawienie. Na odwrót, owrzodzenie, niszcząc jednocześnie ścianę naczynia i ścianę kanaliką przewodzącego, umożliwia wpływ krwi do wnętrza tego kanalika, czem się tłómaczy łątwo krwotok obfity. Jest to przypuszczenie niedostatecznie jeszcze stwierdzone przez anatomię patologiczną, ale bądź jak bądź bardzo prawdopodobne.

Ale dlaczego, zapytać wolno, w okresie zmian daleko posuniętych, gdy kłębki napewno dotknięte są sprawą wrzodziejącą, a przedewszystkiem wtedy, gdy nerka wypełniona jest jamami gruźliczemi — nie znajdujemy krwimoczków większych? Objąśnienie jest proste. Dla powstania krwotoku niezbędne są dwa warunki: owrzodzenie ściany naczynia i kanalik przewodzący o świetle wolnem. Ale gdy tylko kanaliki te zostaną uciśnięte w pewnych miejscach przez nacieczenia drobnokomórkowe dokołagruzelkowe, a drogi moczowe wyprowadzające zostaną zatkane wskutek zmian właściwych zapaleniu śródmiąszowemu — krew nie będzie mogła już wyciekać, tworzy się autohemostaza, krwotok zatrzymuje się sam przez się. W ten sposób po pewnym czasie zmiany wtórne przy gruźlicy zapobiegają krwimoczom.

d) Mechanizm powstawania krwimoczku z nerki nowotworowej jest również niedobrze znany.

Można powiedzieć, że powodem jego jest sprawa wrzodziejąca, która dotyka jednocześnie i ścianę kapilaru i ścianę kanaliką przewodzącego, lub pęknięcie nowoutworzonych naczyń guza, które mogą się łączyć z kanalikiem moczowym; oba mechanizmy wspomniane są możliwe.

Ale istnieje cała kategoria nowotworów nerki, nabłoniaki (*epitheliomata*) o komórkach jasnych, nabłoniaki typu Grawitza, które często są guzami otorbionymi, pozbawionymi komunikacji z mięszem nerki, a które jednak powodują krwawienia. Te nowotwory bywają bardzo obficie unaczynione, to prawda, ale nie komunikują się z pozostałym mięszem nerki. A więc w jaki sposób powstaje krwimocz? Rowsing wyraził przypuszczenie, że częstokroć w tych razach nie krwawi nerka nowotworem dotknięta, ale nerka zdrowa, znajdująca się w stanie przekrwienia czynnego. Widać z tego, jakie zamieszanie wuióslby do kliniki taki pogląd z punktu widzenia dyagnostyki nerki chorej. W rzeczywistości naokoło ognisk nowotworowych istnieją zmiany, odpowiadające sprawie zapalnej śródmiąszowej, dotykające kłębków (*glomerulitis*) i torebek (*capsulitis*), które prawdopodobnie są przyczyną tych krwotoków.

Poddawszy przeglądowi prawie wszystkie cierpienia krwotoczne nerek, widzimy, że w ich większości krwimocz powoduje nie „przekrwienie“, lecz że zmiany, odpowiadające zapaleniu śródmiąszowemu (*nephritis interstitialis*) oraz zapalenia kłębków (*glomerulitis*) są przyczyną krwimoczku.



## Promienica podstawy czaszki i opon mózgowych.

Podał

J. Bełkowski.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 29).

W ropniach, opisanych już wyżej dokoła opony twardej, oraz w ropie z opon rdzenia kręgowego udawało się wszędzie wykryć grzybki promienicy, ale nieliczne (GRAM-WEIGERT). I na skrawkach, barwionych sposobem GRAM-WEIGERT'a, w wielu miejscach wśród nacieczonych opon można było odnaleźć te grzybki, ale jeszcze w mniejszej ilości. W samej istocie rdzenia kręgowego odszukałem niewątpliwe grzybki tylko w części szyjnej w pobliżu kanału środkowego, w miejscu, gdzie i nacieczenie drobnokomórkowe było wcale obfite. Grzybki tworzyły charakterystyczne obrazy pod postacią nici, rozchodzących się promienisto od środka, lub też pod postacią jakby siatki w kształcie wołoku, lub wreszcie nieregularnie ułożonych pałeczek rozmaitej długości [preparaty te demonstrowałem w Towarzystwie Lekarskiem na posiedzeniu 1-go marca 1910].

Innych drobnoustrojów przy barwieniu tem nie widziałem.

W oponie miękkiej (*pia*) rdzenia przedłużonego i mostu nacieczenie drobnokomórkowe, to słabsze to wyraźniejsze, było umiejscowione głównie w sąsiedztwie naczyń krwionośnych. Warstwa nabłonka, wyściełająca dno 4-ej komory, prawie na całej przestrzeni była dobrze zachowana; tylko w tylnym kącie, pod *velum medullare posterius*, nabłonek złuszczone, i w miejscu tem obfite skupienie drobnych komórek. W samej istocie rdzenia przedłużonego, w tej połowie, która przylega do dna 4-ej komory, były również nacieczenia mniejsze i większe, przeważnie wkoło naczyń krwionośnych, wyraźniejsze im bliżej ku dołowi [w kierunku rdzenia kręgowego]. W rdzeniu kręgowym opona twarda i miękka były zgrubiałe na całej przestrzeni, im więcej ku dołowi, tem w większym stopniu; w części lędźwiowej grubość opon zbliżała się prawie do połowy grubości rdzenia. Opony silnie nacieczone, a w dolnej połowie rdzenia oddzielone pokładami ropy. Rzecz dziwna, że mimo tak wybitnego ropienia w oponach tu i owdzie [na wysokości stożka rdzeniowego — *conus medullaris*] zachowały się doskonale dość rozległe pokłady włóknika, które na całym szeregu skrawków dały obrazy bardzo jaskrawe siatki włóknikowej, widocznej przy odpowiednim barwieniu nawet dla gołego oka. Nadmieniam o tem, bo jak wiadomo, w miarę postępu ropienia włóknik rozpuszcza się. Cała bródza przednia rdzenia (*sulcus longitudinalis*



*anterior*) od góry do dołu wypełniona ciolkami ropnemi. W samej istocie rdzenia kręgowego również znajdowałem nacieczenie drobnokomórkowe, przeważnie na obwodzie w pobliżu naczyńówki. Najobfitsze nacieczenie widziałem obok kanału środkowego na całym szeregu skrawków w tych samych mniejwięcej miejscach przekroju rdzenia.

Tkanka nerwowa rdzenia nie ucierpiała wyraźnie. Istota biała i szara wyróżniały się dobrze; komórki nerwowe, ich jądra i wyrostki oraz włókna nerwowe zachowały się i barwiły dobrze.

Badanie jednego z guzków serowatych płuca prawego, obok zmian nekrotycznych, wykazało obecność komórek olbrzymich z niewielką bardzo ilością pałeczek Koch'a. Grzybków promienicy w preparatach odpowiednio barwionych nie znalazłem.

Jeżeli zestawimy teraz objawy, spostrzegane za życia, z badaniem pośmiertnem, to nasuwałyby się co do przebiegu sprawy chorobnej u naszego chorego wnioski następujące. Zmiany, znalezione na podstawie czaszki, około siodła tureckiego, wzdłuż *clivus Blumenbachi*, prawdopodobnie były najstarsze, ale długo nie dawały żadnych objawów. Pierwsze objawy choroby, które początkowo braliśmy za *spondylitis cervicalis*, trzeba odnieść już do górnych segmentów rdzenia szyjnego. Przez  $\frac{1}{2}$  roku sprawa zapewne koncentrowała się w tej okolicy, i dopiero po upływie tego czasu zakażenie torowało sobie drogę nazewnątrz na kark z jednej strony, z drugiej zaś dało jaskrawe objawy cierpienia rdzenia przedłużonego. Wtedy właśnie wystąpiły objawy moczówki zwykłej (*diabetes insipidus*), a po 2-u miesiącach — objawy ze strony nerwów: najprzód błędno-języko-podniebiennego, potem obu nerwów twarzowych, słuchowego (*hyperacusitas*), trójdzielnego (*trismus*), a może i odwodzącego [dwojenie w oczach]. I porażenie nerwów twarzowych i nerwów języko-podniebiennych miały stanowczo charakter porażen obwodowych.

Na rachunek rdzenia przedłużonego należy również odnieść i niedowład wszystkich 4-ch kończyu.

Wszystkie te jednak objawy, zależne od rdzenia przedłużonego, były niestałe. Wiele z nich trwało bardzo krótko [niedowład kończyn]; inne kilka tygodni [porażenie nerwu twarzowego lewego i nerwów języko-podniebiennych]. Najdłużej utrzymywał się bezwład n. twarzowego prawego, ale i ten ustąpił zupełnie. Oczywiście więc wszystkich tych zaburzeń w czynnościach rdzenia przedłużonego, za wyjątkiem jednej moczówki, nie podobna wiązać z jakimś przypuszczalnym zniszczeniem tkanki nerwowej, bo byłyby one wtedy stałe. Musiały one zależeć od czegoś przemijającego, ulegającego wahanom. Taką sprawą mogłyby być wahania cyrkulacyjne, do przyjęcia których nie mamy żadnej racyi, albo też uciśnięcie rdzenia wskutek rozszerzenia 4-ej komory, co niewątpliwie przyjąć możemy wobec badania pośmiertnego. Na szczególną uwagę w tym względzie zasługiwałoby osobliwe zachowanie się odruchów ścięgnowych kończyn dolnych, które naogół wzmożone, parę razy jednak na krótki czas zniknęły. A zatem promienica, jako taka, nawet i względem rdzenia przedłużonego zachowała się dość obojętnie, bo pośrednio tylko przez rozszerzenie komór wywoływała groźne wprawdzie, ale



przemijające objawy. Tem bardziej przeto można przypuszczać, że *peripachymeningitis* dokoła siodła tureckiego mogło się rozwijać bez objawów.

Jeden jedyny objaw — moczówkę zwykłą — należałoby może wiązać z jakimiś ściślej umiejscowionymi zmianami w rdzeniu przedłużonym [może na miejscach złuszczenia nabłonka 4-ej komory i skupienia tam ropy? <sup>1)</sup>]. Zgadzałyby się z tem i ta okoliczność, że w chwilach najcięższych objawów chorobnych ulegały porażeniu te nerwy czaszkowe, których jądra leżą w pobliżu od siebie (*vagus*, *glosso-pharyngeus*, *acusticus*, *facialis*, *trigeminus*, może i *abducens*), kiedy tymczasem nerwy podjęzykowy i dodatkowy WILLIS'a, których jądra leżą znacznie niżej, pozostały nietknięte narówni z nerwami wyżej leżącymi.

Na tym poziomie [rdzeń przedłużony i górna część szyjnego] sprawa chorobna zatrzymała się przez czas dłuższy, bo nie posuwała się dalej przez 6 prawie miesięcy od objawów burzliwych. Już jednak od marca chory zaczął wspominać o bólach w bokach, coby świadczyło o zstępowaniu zakażenia. Wreszcie na 2 miesiące przed śmiercią, kiedy już doszedł do stanu wyniszczenia ogólnego, zakażenie zajęło opony rdzenia na całej długości, i to ostatecznie dopiero sprowadziło koniec fatalny. Bardzo być może, że do stopniowego wzrastania złośliwości sprawy w miarę jej zstępowania w dół, usposabiało coraz większe wyniszczenie, a tem samem coraz mniejsza odporność chorego.

Znana naogół mała względnie złośliwość zarazka promienicy potwierdza się i w naszym przypadku. Każde inne zakażenie po przejściu na opony wywołuje burzliwe objawy i w krótkim czasie prowadzi do śmierci. Tymczasem u naszego chorego grzybek promienicy po dojściu do opon i rdzenia przedłużonego przez 8 miesięcy był jakby uwięziony w jednym miejscu, nie szerząc się prawie. Lecz przy tej łagodności żywotność jego jest niewątpliwie wielką, skoro dostawszy się do miejsca, niedostępnego dla zabiegów chirurg-

---

<sup>1)</sup> Moczówka zwykła (*diabetes insipidus*) w cierpieniach mózgu była spostrzegana nie tylko przy umiejscowieniu sprawy chorobnej na dnie 4-ej komory; notowano ją również wielokrotnie przy umiejscowieniach cierpienia w rdzeniu przedłużonym wogóle, a także w moście, mózgu średnim, w mózdzku, a nawet w rdzeniu kręgowym. Naogół przypadków moczówki zwykłej przy organicznych cierpieniach mózgu opisano dotąd jeszcze niewiele. W przypadkach tego rodzaju moczówka należy do objawów niezmiernie upartych, i pozostaje zwykle do śmierci nawet i wtedy, kiedy inne objawy mózgowie ustępują (z wyjątkiem być może syfilisu mózgu). Taką moczówkę zwykłą, jako jeden z wtórnych objawów cierpienia mózgu, należy ściśle odróżniać od moczówki zwykłej samoistnej. Ta ostatnia w wielu przypadkach (szczególniej u histeryczek) dość łatwo poddaje się leczeniu, i ustępuje niekiedy już po ścisłym ograniczeniu podawanych płynów (NOTHNAGEL. Patologia szczegółowa i terapia. *Diabetes insipidus*). W naszej literaturze, oprócz 2-u dokładniej spostrzeganych przypadków moczówki zwykłej, ogłoszonych przez KORALA (Gaz. Lek. 1886) i STEINHAUSA i SPANBOKA (Kronika Lek. 1895), pierwszy u 8-letniego chłopca po urazie głowy i drugi u 54-letniej kobiety w przebiegu syfilisu mózgu, posiadamy jeszcze pobieżne opisy SZPILEWSKIEGO (Gaz. Lek. 1877), dr M. (u własnej córki, Gaz. Lek. 1871), a być może należałoby zaliczyć do tej kategorii i niezbyt ścisłą obserwację ŁOWICKIEGO (Tygodnik lek. 1857).



gicznych, po długim wprawdzie czasie, ale stale i wytrwale posuwał się dalej.

Jeżeli przypadek nasz porównamy z obserwacjami dawniejszemi, to najbardziej zbliża się on do przypadku CHAUFFARD'a i TROISIER'a, tylko że w tym ostatnim sprawa chorobna zatrzymała się na pierwszym okresie, nie dając, oprócz bólu karku i niedowładu kończyn, innych objawów nerwowych. Potem nasuwałaby się pewna analogia z 3-ma znanymi przypadkami pierwotnej promienicy mózgu, nie na zasadzie podobieństwa objawów przyżyciowych, bo te zależały od umiejscowienia sprawy, ale na zasadzie nieznacznych zmian anatomicznych, wywołanych przez zarazek, który dostał się do środka czaszki. Podczas kiedy promienica innych narządów, jak to wiadomo, doprowadza do licznych ropni, przetok, zniszczenia tkanek na znacznej przestrzeni, w 3-ch opisanych przypadkach sprawa chorobna, jakkolwiek dłuższy czas trwająca, spowodowała jedno tylko ognisko. I w naszym przypadku, jeżeli pominąć końcowy okres zapalenia opon rdzenia kręgowego, zmiany były niewielkie: drobne ropnie na podstawie czaszki i tak nieznaczne zmiany w rdzeniu przedłużonym, że mikroskop dopiero mógł dać o nich dokładniejsze pojęcie.

Czy tkanka nerwowa jest specjalnie odporną względem zarazka promienicy, jak wydawałoby się na zasadzie dotychczasowych spostrzeżeń, rozstrzygnąć to dopiero dalsze obserwacje.

Z zestawienia streszczonych już wyżej spostrzeżeń promienicy mózgowej i z porównania ich z opisaniem tu przypadkiem wynikałoby, że promienica w mózgu może przebiegać pod 3-ma różnemi postaciami:

1. Pod postacią nowotworu mózgu i to najczęściej o charakterze galaretowatym lub śluzakowym — *myxoma* [sposprzeżenia BOLLINGER'a, BUDAY'a, oba PONFICK'a, a może i ENRIQUEZ'a i SICARD'a].

2. Pod postacią ograniczonych ropni mózgowych [przypadki BAUMGARTEN'a, ORŁOWA, KIJEWSKIEGO — *granuloma abscedens*, poniekąd MOOSBRUGGER'a].

3. Pod postacią *peri. pachy* — *pachy* — *et leptomeningitis* [drugi przypadek PONFICK'a, KÖNIG'a, MOOSBRUGGER'a, CHAUFFARD'a i TROISIER'a]. Tu należałoby zaliczyć i nasz przypadek.

Oczywiście odmiany te mogą się z sobą kombinować, zwłaszcza 3-a może występować samoistnie, czy też w połączeniu z dwiema pierwszymi.

Powracając do naszego przypadku, jeżeli zmiany w okolicy siodła tureckiego uważać będziemy za pierwotne, to mimowoli nasuwa się przypuszczenie, czy zarazek nie dostał się do jamy czaszkowej drogami nosowemi [górnym kanałem do *lamina cribrosa*, lub średnim — do *sinus sphenoidalis*]. Jak wiadomo, drogi te nie są uwzględniane w literaturze przy zarażaniu się promienicą. Jeżeli jednak znane są fakty, że ości zbożowe, uwięzione w języku, szczękach, przelyku i t. p. mogą wywoływać ogniska promienicy, to również możliwem jest przypuszczenie, że ość taka mogła dostać się do *lamina cribrosa* lub *sinus sphenoidalis*; tam po uwięzieniu dać pierwotne ognisko promienicy,



i stamtąd szerzyć się już w kierunku wyżej opisanym. Kanały nosowe na sekcji nie były badane, nie mamy więc pod tym względem dowodów rzeczowych. Ponieważ jednak jama ustna była badana dokładnie i żadnego podejrzenia co do przeniknięcia tą drogą zarazka nie było [wszystkie nawet zęby były zdrowe], to przypuszczenie przedostania się zarazka promienicy do czaszki drogami nosowymi jest bardzo możliwe w naszym przypadku, gdyż odpowiadałoby w zupełności pierwotnemu umiejscowieniu sprawy chorobnej około siodła tureckiego. Na wnikanie zarazka promienicy tą właśnie drogą do narządów wewnętrznych kładę szczególny nacisk, bo jak już wspomniałem, dotąd jeszcze jej nie uwzględniano.

W piśmiennictwie naszym posiadamy jeden tylko przypadek promienicy mózgu; w innych natomiast narządach częściej cierpienie to widzieć się daje, skoro ogłoszone u nas przypadki liczą się na dziesiątki.

Sprawą tą najwięcej zajmowali się u nas BARĄCZ i KIJEWSKI FRANCISZEK. Pozatem oddzielne spostrzeżenia były ogłaszane w początkach jeszcze przez FŁORKIEWICZA, a później przez MIKLASZEWSKIEGO, JAKOWSKIEGO [promienica płuc wyleczona operacyjnie], LIDMANOWSKIEGO, RZĄDA, ŁUKASZEWICZA, STARKIEWICZA, STERLINGA S. i innych, nie licząc licznych demonstracji.

---

#### IV. O częstości wrzodu peptycznego żołądka u nas.

Z powodu artykułu M. REJCHMAMA „O leczeniu wrzodu peptycznego żołądka“ (Gaz. Lek. Nr. 27),

Podał

A. Puławski.

---

W odczycie swoim kol. REJCHMAN powiada: „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“.

W dyskusji nad odczytem kol. R. w Tow. Lek. (posiedzenie gastrologiczne w dniu 20. IV.) również utyskiwano nad tem, że nie mamy statystyki wrzodu żołądka. Tymczasem kwestya ta była już kilkakrotnie poruszana w naszej literaturze i rozstrzyganą rozmaicie.

W r. 1893 K. CHEŁCHOWSKI w pracy p. t. „Kilka uwag o raku żołądka“ (Gaz. Lek. Nr. 28) wypowiedział zdanie, że wrzód żołądka jest u nas choro-



bą r z a d s z ą, niż rak żołądka, i r z a d s z ą, niż w Zachodniej Europie (gdzie statystyki sekcyjne wykazują 1% raków, 5% wrzodów lub blizn po nich). CH. opierał się co do danych klinicznych na ogólnych sprawozdaniach statystycznych, ogłaszanych przez szpital Dz. Jezus (z lat 1883—1887), w których wrzód żołądka, jako osobną rubrykę podano tylko w dwu rocznikach (1883 i 4)—przyczem zaznaczono go w jednym dwa, w drugim—cztery razy (przy rocznej liczbie chorych przeszło 6600), raków zaś corocznie rozpoznawano 10. Podobne dane otrzymał CH. ze szpitala Św. Ducha: w ciągu lat trzech (1887—1889) rozpoznawano tam corocznie raka żołądka 12 razy, wrzód żołądka—2 do 3-ch razy (przy rocznej liczbie chorych 2550). W wykazach ogólnej śmiertelności całej Warszawy wrzód żołądka, jako przyczyna śmierci bywa podawany corocznie zaledwie 8 razy (B. DANIELEWICZ—Zdrowie, 1888). Nie poprzestając na danych klinicznych, CH. przejrzał protokóły sekcyjne prosektoryum uniwersyteckiego przy szpitalu Dz. Jezus z lat 17-u (ogółem 3791) i znalazł, że raka żołądka zanotowano w nich 152 razy (4%), wrzód żołądka lub blizny 33 razy (1%).

Dane powyższe, jak to zaznacza CH., stoją w sprzeczności z danymi, jakie otrzymał od E. ZIELIŃSKIEGO ze szpitala Św. Ducha. Z. na 400 wykonanych przez siebie sekcji w ciągu lat 5-u znalazł raków 13 (nie rozpoznanych za życia 5), wrzodów (właściwie tylko blizn po wrzodach)—11. Stosunek wrzodu do raka wynosi na Zachodzie (według podręczników) 5:2, w szpitalu Św. Ducha 5:6, w szpitalu Dz. Jezus 5:20.

W pracy mojej p. t. „Rak żołądka na tle wrzodu okrągłego“ (Gaz. Lek. 1898, Nr. 35) zwróciłem uwagę na fakt, iż ta przewaga raków żołądka nad wrzodem w statystyce CHEŁCHOWSKIEGO zależy może od tego, iż w protokółach sekcyjnych nie zaznaczano dotychczas u nas nigdy, czy rak nie powstał na tle wrzodu okrągłego. Nie zaznaczano dlatego, że fakty te wtedy były u nas mało znane (przedemną opisał podobny przypadek BAKOWSKI w r. 1890 i WINIARSKI—2 przyp. w r. 1896), prócz tego zaś anatom nie jest wogóle w stanie tego faktu stwierdzić, ale nie może również zaprzeczyć (tak właśnie było w moim przypadku, sekcjonowanym przez prof. PRZEWOSKIEGO).

W r. 1902 prof. GLUZIŃSKI w pracy p. t. „O wczesnem rozpoznawaniu raka żołądka“ (Gaz. Lek. Nr. 1) moje zapatrywanie podzielił i na mocy swoich własnych obserwacji utrzymuje, że wrzód żołądka jest u nas klinicznie daleko częstszem zjawiskiem, niż to przypuszczać można z materiału anatomicznego. „Statystyka sekcyjna musiała wypaść pomniejszająco dla wrzodu, a z korzyścią dla raka żołądka, bo niejedyn z tych raków rozwijał się na tle wrzodu lub blizny, anatomopatolog nie mógł tego, wykazać podobnie, jak w przypadku PUŁAWSKIEGO. PUŁAWSKI też, jako klinicysta, uwzględniając materiał sekcyjny Warszawy, zestawiony przez CHEŁCHOWSKIEGO, dochodzi do tych samych, co i ja wniosków“. GLUZIŃSKI przytaczał statystykę KROKIEWICZA z materiału lwowskiego z 3-ch lat, z której wypadło, że na 2713 sekcji znaleziono wrzód żołądka tylko 7 razy, a rak—59, nigdy zaś wrzodu przechodzącego w raka.



GLUZIŃSKI na swoim materyale sekcyjnym znalazł na 95 przyp. starych owrzodzeń i blizn 7 przyp. rozwijającego się raka, a więc 8,4%. „Cyfry te jednak, powiada G. muszą być w rzeczywistości wyższe, gdyż anatomia patologiczna, mając do czynienia zwykle z późnemi okresami nowotworu, nie może rozstrzygnąć rzeczy, nie jest w stanie wykluczyć, czy w miejscu, w którym stwierdzono wybitny nowotwór, nie było poprzednio wrzodu żołądka lub blizny po wrzodzie“.

Prof. JAWORSKI w znanym swoim podręczniku (tom III, str. 287) wbrew statystyce CHEŁCHOWSKIEGO i KROKIEWICZA (opartej na materyale sekcyjnym) twierdzi, iż „wrzód żołądka w praktyce lekarskiej jest bardzo często przedmiotem leczenia, bo niemal każdy 10-y chory na żołądek cierpi na przypadłości wrzodu żołądka“.

Jeżeli więc chodzi o „dane liczbowe co do częstości wrzodu żołądka w Polsce i w krajach zagranicznych“ to posiadamy je w przybliżeniu w danych, zebranych tak mozolnie przez CHEŁCHOWSKIEGO, E. ZIELIŃSKIEGO i KROKIEWICZA, z zastrzeżeniami, podanemi przeze mnie, a potwierdzonemi przez prof. GLUZIŃSKIEGO.

Zupełnie zgodne z rzeczywistością twierdzenie REJCHMANA, że wrzód peptyczny żołądka jest u nas chorobą częstą, wypadaloby dla ścisłości uzupełnić w ten sposób, iż jest niewątpliwie częstszą, niż to wynika z danych, zebranych z naszych prosektoryów. Dane jednakże takie istnieją.

Sprzeczność między danymi otrzymanymi ze szpitali i prosektoryów z danymi lekarzy-praktyków może zależeć od kilku okoliczności. W praktyce prywatnej bez stwierdzenia sekcyjnego i bez ściślejszej obserwacji łatwiej się bierze nadkwaśność w połączeniu z bólami za wrzód żołądka. („Ranki“ na żołądku są ulubioną dyagnozą niektórych praktyków i publiczności). Prócz tego—i to zapewne jest przyczyną najważniejszą—publiczność szpitalna, składająca się i w mieście z osobników, pochodzących przeważnie ze wsi—częściej zapada na raka niż na wrzód—jak to wykazał w swoim czasie SOHLERN, czyniąc to zależnem od żywienia się ludności wiejskiej przeważnie pokarmami roślinnymi, co także potwierdza i JAWORSKI (l. c. str. 95). Wreszcie, część przypadków, zapisanych w protokołach sekcyjnych jako rak żołądka, genetycznie należy właśnie do wrzodu, o czem była mowa wyżej. To wszystko tyczy się rasy aryjskiej. Co do żydów nie posiadamy prawie żadnych danych sekcyjnych i opierać się możemy tylko na danych klinicznych, i to z praktyki prywatnej.

---



## Odpowiedź M. Rejehmana na powyższy artykuł.

Znane mi były pracowicie zebrane wykazy statystyczne CHEŁCHOWSKIEGO i KROKIEWICZA. Byłoby do życzenia, żebyśmy mieli w przyszłości podobne wykazy ze wszystkich szpitali, istniejących w kraju. Wtedy, mając bezwzględną liczbę chorych, ew. zmarłych na wrzód żołądka w szpitalach naszych i zestawiając ją z odpowiednią liczbą, otrzymaną w szpitalach zagranicznych, moglibyśmy wnioskować o porównawczej częstości wrzodu żołądka u chorych w naszych szpitalach i w szpitalach zagranicznych. Tymczasem zaś z danych statystycznych, zebranych w dwu lub trzech szpitalach, i to za czas bardzo ograniczony, żadnych ogólnych wniosków robić nie powinniśmy.

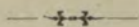
Z ogólnej miejskiej statystyki śmiertelności również nie możemy wyprowadzać wniosków co do częstości wrzodu żołądka, ponieważ chorzy dotknięci wrzodem żołądka, bardzo rzadko umierają wskutek tej choroby, a najczęściej życie kończą skutkiem innych chorób, i w rubryce tych innych chorób będących przyczyną śmiercią, są wykazywani.

Zresztą muszę tutaj zauważyć, że najdokładniejszej statystyki prosektorycznej, a nawet szpitalnej, odnoszącej się do wrzodu żołądka nie będzie można nigdy uważać za dokładny obraz częstości tej choroby u nas w kraju, a to dla przyczyn następujących: 1) Wogóle w klasie ludności, leczącej się w szpitalach, peptyczny wrzód żołądka daleko rzadziej się wydarza, niż u ludzi zamożniejszych. 2) Wrzód peptyczny żołądka w przeważającej liczbie przypadków nie przedstawia tak gwałtownych objawów, żeby zniechęcić chorego do porzucenia swych zajęć i do leczenia się w szpitalu. 3) Wielu chorych, jak to słusznie zauważył kol. PUŁAWSKI, udaje się do szpitala dopiero wtedy, gdy już na gruncie wrzodu rozwija się nowotwór rakowy, i zostają tamże zapisani do rubryki chorych na raka, chociaż pierwotnie byli dotknięci peptycznym wrzodem żołądka. 4) Nie posiadamy i zapewne długo jeszcze posiadać nie będziemy statystyczno-sekcyjnych danych ze szpitali, przeznaczonych dla ludności żydowskiej, wśród której wrzód peptyczny żołądka jest bardzo rozpowszechniony. 5) Znalezienie przy sekcji blizn po wrzodach żołądka, które to blizny często bywają bardzo małych rozmiarów, jest często trudne i wymaga nader starannych poszukiwań.

Nakoniec jeszcze jedna uwaga. W ostatnich czasach robione w uporczywych przypadkach nadkwaśności żołądka operacje przekonały, że w przeważnej większości tych przypadków znajdowano nierozpoznane wrzody żołądka. Ta okoliczność zdawałaby się przemawiać za tem, że lekarze nie zbyt często, ale zbyt rzadko rozpoznają peptyczny wrzód żołądka.



## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



114. M. Dieulafoy. Zapalenia opłucnej ze zgrubieniem jej i ze stałym wytwarzaniem się wysięku.

W ostrem zapaleniu opłucnej wysięk zbiera się nieraz niezmiernie szybko. Niekiedy już po upływie 4 — 5-u dni od czasu opróżnienia jama opłucnej wypełnia się znowu w całości. Stan taki trwa zwykle przez pewien czas, aż wreszcie nowe wytwarzanie się wysięku ustaje i chory wraca do zdrowia. Natomiast w dwu przypadkach, opisanych przez autora, wytwarzanie się wysięku trwa stale już od dłuższego czasu, bo u jednego chorego—10 lat, a u drugiego—z górą 20: ogólny stan zdrowia chorych nie pozostawia nic do życzenia, jeżeli pominąć niezbędne od czasu do czasu nakłucia z powodu ucisku w miarę zbierania się płynu. Są to więc przypadki, zasługujące w zupełności na nazwę *pleurésies intarissables* [nie wyczerpujące się wysięki].

Pierwszy przypadek dotyczy 45-letniego handlarza win, który 10 lat temu dostał zapalenia opłucnej z gorączką i dusznością. Już w początkach z powodu objawów ucisku dość często wypuszczano mu płyn, stale zbierający się po pewnym okresie czasu. Po 6-em nakłuciu chory opuścił szpital w stanie dobrym i wrócił do swego zajęcia. Odtąd co pewien czas płyn stale się zbiera i sprawia objawy ucisku. Lecz nauczony doświadczeniem chory wie, o co chodzi, i przybywa do szpitala, gdzie mu wypuszczają od 1 — 3-ch litrów płynu, i zaraz po tem wraca do zwykłego trybu życia. W ten sposób wypuszczono mu już około 230-u litrów, przyczem chory, budowy atletycznej, czuje się zupełnie dobrze, nie gorączkuje i nie kaszle. Płyn, w początkach zleпка krwawy, w 3-im roku był już ropny, a poczynając od 4-go roku do ostatniego czasu — stale ropny i niekiedy nadzwyczaj cuchnący. Badanie bakteriologiczne wykazało w nim obecność paciorkowców i pałeczek FRIEDLAENDER'a o zjadliwości w wysokim stopniu zmniejszonej, co wykazały odnośne szczepienia. Przy przekłuciach zauważono już w drugim roku, że opłucna była mocno zgrubiła i twarda. Rzecz godna uwagi, że przy takich warunkach do zniekształcenia klatki piersiowej, nawet w małym stopniu, nie doszło.

Drugi przypadek dotyczy 59-letniego kupca bławatnego, który 21 lat temu dostał wysiękowego zapalenia opłucnej. Już po drugim nakłuciu chory opuścił szpital w dobrym stanie. Lecz zbieranie się płynu trwa do chwili obecnej. Przez 21 lat choremu zrobiono z górą 100 nakłuc i wypuszczono w sumie więcej jeszcze płynu, niż u pierwszego, a stan chorego przy tem jest zupełnie dobry.

Przez pierwsze 18 lat płyn był surowiczo-włóknikowy; od tego czasu — krwawy. Wielokrotne badania bakteriologiczne nie wykazały żadnych drobnoustrojów; szczepienia dały także wyniki ujemne. Jak i w pierwszym przypadku opłucna mocno zgrubiła, przytem zupełny brak zniekształcenia klatki piersiowej.

Traktowanie tego rodzaju spraw za pomocą nakłuc, stale powtarzających się, autor oczywiście nie uważa za metodę racjonalną, zmierzającą do zupełnego wyleczenia, jakkolwiek bądź po całym szeregu lat ilość wysięku się zmniejsza, a nawet w jednym tego rodzaju przypadku nastąpiło zupełne wyleczenie po upływie 6-u lat. Najwłaściwszą w tych przypadkach, podług autora, byłaby operacja, polecana przez DELORME'a, i polegająca na odłuszcze-



niu (*décortication*) na całej przestrzeni zgrubiałej błony opłucnej od płuca. Autor jednakże nie uważa siebie za dostatecznie kompetentnego do ustalenia odpowiednich wskazań i przeciwwskazań do tej operacji.

(*La presse médicale* 1910 Nr. 46).

J. Belkowski.

### 115. Tietze. Przyczynki do chirurgji płucnej.

W dziedzinie chorób płucnych autor rozróżnia cztery podstawowe wskazania operacyjne: krwotok, silną odmę piersiową, rozlaną odmę podskórną i śródpiersiową, wreszcie ropnie płuca. Przy operacjach na płucach autor posługuje się przyrządem TIEGEL-HENLE'go do wzmożonego ciśnienia; dzięki temu przyrządowi mógł z wielką łatwością wykonać rozległą resekcyę klatki piersiowej razem z opłucną z powodu nawrotu raka sutka. Na dowód słuszności poglądu, iż należy operować przy ciężkim krwotoku płucnym, przytacza autor dwa pomyślnie zakończone przypadki [MARTENS, KUFTNER]. Silna odma piersiowa stanowi bezwzględne wskazanie do operacji niezależnie od przyczyny swego powstania: cierpienie wewnętrzne czy uraz z zewnątrz; tu jednakże interwencya chirurga winna się ograniczać do przekłócia i drenowania według metody BUELAU. Takie postępowanie dało TIERZE'mu i EUCKLENTZ'owi wynik pomyślny natychmiastowy w przypadku zranienia lewego płuca, który zdawał się straconym. Rozlana odma śródpiersiowa lub podskórna jest stanowczem wskazaniem do torakotomii. Po otwarciu jamy opłucnej, należy odszukać ranę w płucu i zaszyć takową. Ropnie płucne są najpoważniejszym wskazaniem do zabiegu operacyjnego. Mogą być one pochodzenia urazowego, np. autor wyleczył przez rozległą torakotomię kobietę, która próbowała pozbać się życia wystrzałem z rewolweru, w następstwie czego wytworzył się ropień. Co się tyczy ostrych ropni samoistnych, to autor dzieli je na trzy kategorie: przez zakażenie oskrzelowe, drogą krwionośną i limfatyczną. Ropnie z zakażenia oskrzelowego zazwyczaj są następstwem „*aspirationspneumonie*“, jednego z najgorszych powikłań pooperacyjnych, mianowicie po uśpieniu eterowem. Tego rodzaju ropnie są liczne, bardzo złośliwe; nie są one ściśle zależne od eteru, bowiem doświadczenia przekonały autora, iż powstają one również dobrze po uśpieniu chloroformowem i po mocnem przeziębieniu. Przebieg tych ropni jest bardzo ciężki i pomoc chirurgiczna niewiele tu zdziałać może. Lepsze rokowanie dają ropnie pochodzenia krwionośnego lub z zatorów gnilnych. Ropnie pochodzenia limfatycznego przypominają pierwszą grupę [oskrzelowe], w następstwie septycznych operacji brzusznych, zwłaszcza po uwięźniętych przepuklinach — stanowią one grupę jeszcze mało zbadaną.

Pozostają do omówienia przewlekłe ropnie płuc. Autor mniema, że dotychczasowe statystyki nie są przekonywujące, ponieważ ogłaszano tylko przypadki pomyślne. Tymczasem przypadki niepomyślne stanowią cyfrę bardzo pokąźną, a więc przewlekłe ropnie, leczone nawet chirurgicznie, dają najgorsze rokowanie. Na potwierdzenie tego autor przytacza 3 przypadki przezeń operowane i wszystkie zakończone śmiercią — żaden z nich nie był pochodzenia grzyźliczego. Nie tak ponure rokowanie dają rozstrzenie oskrzelowe. Najgorszem zaś jest to, że tym ropniom zawsze towarzyszą cierpienia serca i nerek, dzięki czemu operowani giną w niecałą dobę po dokonaniu operacji.

(*Allg. Med. Centralztg* 1909 Nr. 50, 51).

W. Dobrowolski.



**116. Willy Meyer. Pneumektomia przy zastosowaniu przyrządów o różnym ciśnieniu: studjum doświadczalne.**

Wycięcie pewnej części płuca, jednego lub kilku jego płatów stało się możliwem przez zastosowanie przyrządów o nierównem ciśnieniu.

Rezekcja jednego płata, gdy inne metody tracą walor, stanie się, być może, operacją wyboru w przypadkach rozległego zniszczenia mięszu płucnego przez sprawę zapalną lub nowotworową. Powodzenie operacji całkowitego wycięcia płuca zależy od możliwości operacyjnej dokładnego zamknięcia rozgałęzionych oskrzeli. Stosowano rozmaite metody, aby zrealizować ten postulat: podwiązanie *en masse*, jedwabiem, naokoło oskrzela z jego naczyńcami, uprzednio zniszczywszy żegadłem śluzówkę; podwiązkę elastyczną naokoło wnęki z dwuczasowem odcięciem płata; podwiązanie i przecięcie oskrzela, poczem na linię przecięcia naszywa się płat tkanki płucnej; wreszcie wyosobnienie i zaciśnięcie oskrzela klampem, ze zniszczeniem śluzówki, dokładnem jej podwiązaniem i szwem wPOCHWIAJĄCYM. Tę ostatnią metodę [FRIEDRICH'a] stosował i autor na psach w Instytucie ROCKFELLER'a — zresztą takąż sama metoda jest powszechnie dziś używaną przy wycinaniu wyrostka robaczkowego: wyosobnienie narządu, zaciskanie i miażdżenie, podwiązanie, przecięcie, wPOCHWIECIE KIKUTA, szew powierzchowny. Hermetyczne zamknięcie oskrzela jest nieodzownem dla uniknięcia odmy piersiowej. W celu dokładnego zamknięcia klatki piersiowej autor żąda, aby nie rezekowano żebra, lecz operowano tylko przez przestwór międzyżebrowy. Oczywiście, możliwe to jest u psów, lecz dla operacji na ludziach żądanie takie jest trudne do wykonania, ponieważ w takim razie mielibyśmy za mały dostęp światła. W końcu swej pracy autor opisuje przyrząd, jakim się posługiwał do opisanych doświadczeń, własnego pomysłu, i który mu pozwalał operować i przy wzmożonem i przy zmniejszonem ciśnieniu.

(The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 24, 1909).

W. Dobr.

---

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

---

Posiedzenie gastrologiczne dnia 20-go kwietnia 1910 r.

Demonstracye:

a) LUXENBURG przedstawił preparat pierwotnego raka wątroby. [Demonstr. wątroby i prep. mikrosk.] Cechą kliniczną pierw. raka wątroby stanowi rzadkość przerzutów, które dotychczas jedynie w płucach spostrzegano. Nieco większe różnice posiadają cechy anatomiczne. Wtórny rak ma najczęściej postać guzów różnej wielkości, zajmujących całą wątrobę.

Pierwotne ognisko w wątrobie rzadziej ma postać guza dużego, otoczonego mniejszemi, częściej zaś przedstawia się jako nacieczenie całej wątroby. Mikroskopowe elementy wtórnego raka powtarzają typ elementów pierwotnego ogniska, podczas gdy w pierwotnem ognisku



w wątrobie komórki raka mają charakter normalnych poligonalnych komórek wątroby, jedynie tylko jądra ich barwią się mocniej.

Taki właśnie obraz widzimy na przedstawionym preparacie mikroskopowym i to stanowi najpewniejszy dowód pochodzenia raka. W samej wątrobie widzimy ogromną masę drobnitkich i nieco większych ognisk, za świeża szarżółtawych, przenikających całą wątrobę.

Przebieg kliniczny tak się przedstawia:

Kobieta 50-letnia, żydówka, czuła się od 7-u mies. chorą, osłabioną, bez apetytu; rzadka ściskanie w dołku. Przed 15 laty krótko trwały mocne bole brzucha. Żółtaczką ani wymiotów nie było. Obiektywnie: postać drobna, szczupła; wątroba wyczuwa się przez całe *mesogastrium*, brzeg gruby, twardej na całej długości, powierzchnia nieguzowata, pęcherzyk powiększony, napięty, sterczy ku przodowi, tak że się w palce ująć daje. Obmacywanie niebolesne. Na 2 tygodnie przed śmiercią ukazały się wahania do  $37^{\circ}$  —  $38^{\circ}$ , wkrótce żółtaczka. Chora przeleżała na oddziale 4 tygodnie. Sekcja wykazała niezwykle dużą wątrobę, zajmującą prawie całą jamę brzuszną.

W pęcherzyku płyn prawie bezbarwny i kilka drobnych kamieni żółciowych. W innych narządach, szczegółowo przejrzanych, brak zmian nowotworowych. Umiarkowana skleroza aorty.

b) RÓBIN przedstawił chorego z *gastritis toxica ulcerosa* po otruciu kwasem siarczanym.

Chory lat 14, skierowany przez kol. NISENSONĄ, przed trzema tyg. wypił na czczo, w pozycji stojącej, wityroleju [kw. siarczanego]. Natychmiast doznał silnego bólu w dołku, nudności, poczem wystąpiły wymioty czarne. Pod wpływem spokoju, lodu i diety mlecznej, bole ustały, i po 3-ch dniach chory mógł już powrócić do swych zajęć. Ale nienadługo, gdyż po 3-ch dniach dalszych, kiedy zaczął jadać jaja i mięso, znów wystąpiły bole i wymioty, po których zawsze doznawał ulgi, wymioty pokarmowe bywały wyłącznie po jedzeniu, potem także na czczo. Obecnie skarży się na odbijania, bole w dołku po jedzeniu, nawet po lekkich pokarmach, wymioty pokarmowe obfite, ciemne.

Badanie żołądka. Naczcho wydobyto około 100 ctm. sz. zawartości ciemnobrunatnej, dość gęstej, z ogromną ilością śluzu, woni nieprzyjemnej, odcz. kwaś., bez L., A = 85. Peptony +, kw. mleczny +, krew +  
Mikroskopowo: dużo grzybków drożdżowych, b. dużo laseczników długich, ciała krochmalu, tłuszcz i t. d. Czworkiaków niema.

Po śniadaniu próbnem: zawartość dość gęsta, śluzowa, niestrawiona, ciemna w a., L = 0, A = 15.

Wobec znacznej ilości krwi w zawartości żołądka i stałych bólów w dołku, występujących nawet po lekkich pokarmach, należy przypuścić, że mały tu do czynienia z owrzodzeniami w żołądku, z których jedno, umiejscowione w okolicach odźwiernika, powoduje stan zapalny odźwiernika i skurecz tegoż i, co za tem idzie, zastój pokarmu. Jestto tedy *gastritis toxica ulcerosa cum pyloritide*. Nie wykluczona jest obok tego blizna odźwiernika pomimo świeżości przypadku.

Wobec tego, że sprawa nie ma tendencji do poprawy drogą leczenia wewnętrznego z powodu widocznie znacznych zmian anatomicznych, spowodowanych wypiciem żrącego płynu, jest wskazana operacja — *gastroenterostomia*.

Podobny przypadek, opisany przez R. w roku 1900, dotyczył również chłopca 16-letniego, który wypił kwasu solnego. Wypróbowano wówczas leczenie systematyczne przepłukiwaniami żołądka [nie było tyle krwi w zaw.



żołą, ale wobec ciągle wzrastającego osłabienia chorego, zrobiono *gastroenterostomię* poczem chory zupełnie wyzdrowiał.

Przypadki analogiczne nieoperowane, np. RIEGELA, kończyły się zejściem śmiertelnym.

Ciekawy jest obraz chem.-mikroskopowy zawart. żołą. u tego chorego, przypomina bowiem ogromnie *stricturam pylori carcinomatosam*.

W dyskusyi RZĘTKOWSKI sądzi, że z zabiegiem operacyjnym można jeszcze w danym przyp. poczekać i że nadawałaby się tu może jejunostomia.

MINTZ sądzi, że z interwencją chir. można poczekać, aż wytworzy się zwężenie odźwiernika i wystąpią pewne objawy tegoż.

RÓBIN odpowiada, że nie można tu wykluczyć z zupełną pewnością zwężenie odźwiernika, ale sądzi, że z zabiegiem chirurg. nie należy zwlekać, gdyż chorzy tego rodzaju coraz bardziej słabną i bez pomocy chirurg. lub przy spóźnionej pomocy chirurg. giną, jak to wskazuje statystyka innych autorów.

c) MINTZ przedstawił przypadek wpochwienia kiszki biodrowej wraz z kiszka ślepą do okrężnicy wstępującej (*iwaginato ileocoecalis*). Przypadek ten, z przebiegiem podoстрыm, właściwie mało przedstawiał cech charakterystycznych dla omawianego cierpienia. U człowieka 36-letniego, dotąd zupełnie zdrowego, wystąpiły nagle podczas snu silne, nie ściśle zlokalizowane bole brzucha, bez gorączki i bez wymiotów. Po okładach gorących i środkiem czyszczącym bole ustały. Po rycynie były 2 wypróżnienia wolne od krwi. W ciągu następnych 4-ch dni chory czuł się dobrze tak, że 5-go dnia wybrał się w podróż do Warszawy [mieszka w Radzyminie]. W drodze chory zuowu poczuł silne bole w brzuchu, tym razem jednak napad trwał b. krótko. Naza-jutrz bole powtórzyły się 2 razy. Dopiero na 8-y dzień choroby chory udał się do lekarza, który mu przepisał środek narkotyczny. Bole napadowe zaczęły występować coraz częściej i coraz gwałtowniej. Gdy M. dziesiątego dnia oglądał chorego, stan jego był bezgorączkowy, brzuch umiarkowanie wzdęty, nigdzie wyraźnego guza wymacać, ani też wzmoczonej perystaltyki wywolać nie można było. *Per exclusionem* rozpoznano zamknięcie światła kiszek, jako najprawdopodobniejszą przyczynę — wpochwienie. Chorego umieszczono w szpitalu Starozakonnych na oddziale dra SOŁOWIEJCZYKA. Na 3 ci dzień po wstąpieniu do szpitala chory zauważył krew w wypróżnieniach. *In epigastrio* ponad pępkiem można było wyczuć guz ruchomy, przechodzący na prawo. Po kilku dniach stan chorego znacznie się pogorszył. Operację wykonano (kol. PURYO) 14-ty dzień od początku choroby. W jamie otrzewnej plyn surowiczokrwawy. Część kiszki biodrowej wraz z kiszka ślepą i wyrostkiem były wpochwione na przestrzeni 33 ctm. Wyrostek był długi, zgrubiały, swobodny koniec pokryty granulacją. Po odprowadzeniu wpochwionego odcinka, wykonano *appendicotomię* i, aby zapobiedz możliwości nawrotu, przyszyto *ileum* do okrężnicy wstępującej na przestrzeni 15 ctm. Wy-lczenie *per primam*.

d) REJCHMAN przedstawił rentgenofotogram, zdjęty z roz-szerzonego w dolnej części przełyku kobiety 30-kilkoletniej, która od 2-u lat doznaje utrudnienia w polykaniu i zwraca większą część przy-jętego pokarmu, wskutek czego bardzo wychudła. Zrana naczeco można było z rozszerzonej części przełyku wydobyć przy pierwszym badaniu 200 ctm. plynu pokarmowego niezmiennego, sonda żołądkowa na głębokości wpuštu na-potkała przeszkodę, którą wkrótce pokonała, i przeszła do żołądka. Zasto-sowano przepłukiwania przełyku, skutkiem których coraz mniej plynu pokar-mowego okazywało się w przełyku, chora przestała zwracać i znacznie się po-prawiła. W danym przypadku trudno rozstrzygnąć, czy rozszerzenie prze-



łyku powstało pierwotnie, czy wtórnie, jako następstwo skurczu wpustu. R. skłania się do przyjęcia tego ostatniego przypuszczenia.

W dyskusyi LANDAU jest zdania, że nie zawsze skurcz wpustu bywa wtórny, a rozszerzenie pierwotne.

MINTZ sądzi, że w danym przypadku fakt, że kapsułka przeszła, nie dowodzi bynajmniej jeszcze skurczowego charakteru zwężenia wpustu. Stary przypadek BYCHOWSKIEGO, który niedawno był przedmiotem dyskusyi w prasie niemieckiej, dowodzi zależności rozszerzenia przełyku od pierwotnego skurczu wpustu: gdy ustał u danego chorego skurcz wpustu, minęło i rozszerzenie przełyku.

REJCHMAN zgadza się, że skurcz wpustu może być pierwotny, ale uważa za niewątpliwie również pierwotne rozszerzenie przełyku i następny skurcz wpustu.

2) REJCHMAN odczytał rzecz: „O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka“. [Patrz. Gaz. Lek. Nr. 28].

W dyskusyi LANDAU wspomina o metodzie TABORA, polegającej na wstrzykiwaniu atropiny z morfiną; spostrzegał 2 przypadki, leczone tą metodą z dobrym skutkiem; co się tyczy ławatyw odżywczych, to te nie mają wogóle racyi bytu, L. dodaje chętnie do ławatyw odżywczych peptonu WIRRE; w sprawie diety u tych chorych, przemawia za dietą jarską wobec nadkwaśności soku żołądkowego.

RZĘTKOWSKI zaznacza, że poruszona przez prelegenta sprawa częstości u nas wrzodu żołądka zyskałaby na wyrazistości, gdyby była poparta danymi liczbowymi, które możnaby zebrać na oddziałach szpitalnych i w instytucie anatomicznym. Sądzi, że dla rozpoznania wrzodu żołądka nie wystarczają dane kliniczne, ale że pożądane jest dokładne badanie chemizmu soku żołądka. Co do leczenia wrzodu żołądka, to kładzie szczególny nacisk na leczenie bezwzględna dietą głodową, które prowadzić należy nie dłużej nad dni 10 i przerywać natychmiast, jeśli występują objawy *acidozy* [senność, acetonuria, zapach acetonu z ust]. Ławatywom odżywczym R. roli poważnej nie przypisuje, natomiast poleca ławatywy z roztworu fizjolog. soli kuchennej. Również poleca *sapo medicalis* i *magnesia amm. — phosph.* [3-y r. dz. po 0,5], które zobojetniają nadmiar kwasu solnego i jednocześnie hamują czynność wydzielniczą żołądka.

Zapatrywanie Rz. na rolę bizmutu we wrzodzie żołądka jest odmiennie od poglądów innych klinicystów, którzy widzą dobroczynny wpływ bizmutu w osiadaniu na powierzchni owrzodzenia i ochranianiu jej od peptycznego działania soku żołądka. Zdaniem R., bizmut drażni brzegi owrzodzenia i przyspiesza w ten sposób proces zabliznienia się wrzodu. Co się tyczy metody LEMHARTZA, to jestto raczej metoda racjonalnego odżywiania chorych na wrzód żołądka po świeżo przebytych krwotokach, lecz nie metoda leczenia wrzodu żołądka. W sprawie leczenia operacyjnego, przemawia gorąco za jejunostomią, jako zabiegiem, skierowanym ku wytworzeniu idealnych warunków gojenia wrzodu przy możliwości całkowitego odżywiania chorego. Wreszcie wypowiada pogląd, że *ostre krwotoki* żołądka jest wskazaniem do natychmiastowej operacji, jeśli poważnie zagraża życiu chorego. W sprawie atropiny sądzi, że kol. LANDAU nie podał dostatecznych dowodów, że to właśnie atropina pomyslny skutek wywołała, a nie ścisła dieta.

BRONOWSKI podnosi fakt, że przy rentgenoskopii brzegi owrzodzeń zabarwiają się od bizmutu.

GRUNDZACH sądzi, że dla uzupełnienia statystyki częstości wrzodu żołądka w Polsce należałoby zwrócić się do instytutu anatomo-patologicznego, gdyż wiemy, jak często spotykane bywają na stole sekcyjnym zagojone samoistne



wrzody okrągłe żołą. Otrzymane w ten sposób cyfry statystyczne mogłyby być cennym materiałem porównawczym z takimiż cyframi klinik zagranicznych. W sprawie leczenia wrzodu żołą. zwraca uwagę na leczenie wodą białkową i ciałami kleistymi, jak galaretki z nówek cielęcych, owocowe, żelatyna, które zdaniem Gr. są cennym dopełnieniem innych środków leczniczych, zwłaszcza w kilka dni po świeżym krwotoku żołą. Ławatywom odżywczym G. pewną wartość przypisuje i poleca takowe z rosółu, białek i wina. W sprawie wskazań operacyjnych zaznacza, że w przypadkach *ulcus callosus* winniśmy zawsze zachęcać raczej do rezekcji, niż do gastroenterostomii, gdyż nowsze badania KÜTTNERA wskazały, że często chorzy tacy po gastroenterostomii umierają później na raka [41%], a rezekcje dają w tych razach 57% wyleczeń.

TUCHENDLER sądzi, że należy bardzo krytycznie oceniać skuteczność nasyżących środków w leczeniu wrzodu żołą., gdyż przypadki te mają tendencję do samowyleczenia; co do azotanu srebra, to preparat ten obecnie powszechnie z użycia wychodzi.

ROSENTHAL ostrzega przed zbytnim szematyzmem w leczeniu wrzodu żołą. i zaleca leczenie bardziej indywidualne.

LUXENBURG zwraca uwagę na różnice rasowe, u żydów znacznie częściej daje się spostrzegać nadkwaśność, niż u nieżydów, co do częstości zaś wrzodu żołą. u żydów, to w tym względzie dane są niepewne.

RÓBIN sądzi, że w sprawie wrzodu żołą. są zarówno ważne obserwacje lekarzy-praktyków, jak i lekarzy szpitalnych, gdyż dotyczą różnych materiałów, gdy bowiem w szpitalach spotykamy często postaci ciężkie owrzodzeń żołą., z obfitymi krwotokami, z powikłaniami, w praktyce prywatnej najczęstsze są formy łżejsze, przebiegające łagodnie, ale niewątpliwie pewne pod względem rozpoznawczym. Co do rasy, to zdaje się, że istotnie u żydów w Polsce jest to choroba o wiele częstsza, niż u nieżydów, może okazuje się tu wpływ złego odżywiania, blednicy panien i zmian cyrkulacyjnych. W kwestyi etyologii i owrzodzeń żołą. nie wspomniano w dyskusji o dwu momentach etyologicznych, poznanych w ostatnich czasach, mianowicie o pochodzeniu toksycznym i infekcyjnym owrzodzeń żołą. [po operacjach brzusznych i t. d.]. Wobec tego, że teoria bezpośredniej zależności wrzodu żołą. od nadkwaśności obecnie traci zwolenników, bo przeciwko niej przemawiają fakty istnienia owrzodzeń żołą. przy braku HCl w żołądku, R. sądzi, że zbyt wielką zwracamy uwagę na zobojętnienie kwaśnego soku żołą., t. j. na środki alkaliczne, które często są niepotrzebne, a natomiast jedynie racjonalne jest leczenie bizmutowo-spokojowe. R. wspomina jeszcze o stosowanej u nas często w krwotokach żołą. adrenalinie i w końcu odmawia również t. zw. ławatywom odżywczym znaczenia odżywczego, ale stosuje je głównie dla sugestyi chorych, gdyż zupełne głodzenie bardzo silny wpływ wywiera na psychikę wrażliwych chorych, którą uspakaja stosowanie ławatywy odżywczej.

MINTZ stosował wielokrotnie atropinę i zadowolony jest z jej działania w odnośnych przypadkach; przestrzega przed używaniem dużych dawek bizmutu przy zwężeniu odźwiernika i poleca, jako skuteczny środek przeciwko krwotokom żołą., żelatynę. Wspomina również o oddającej nieraz cenne usługi anestezynie.

MAYBAUM utrzymuje, że wrzód żołą. względnie rzadko spotyka się w sferze roboczej, u żydów zaś dość często.

SADKOWSKI widział dobre wyniki po stosowaniu atropiny, jakkolwiek lek ten na stałe kwaśności soku żołą. nie obniża; poleca *hydrog. hyperoxydatum*.



REJCHMAN odpowiada ogólnie, że o wielu środkach umyślnie nie wspominał, gdyż nie przekonał się o ich skuteczności i celowości, — LANDAUOWI, że atropina nie zmniejsza wcale kwaśności u chorych ludzi, że stosował najróżnorodniejsze lawatywy, gdyż *maximum* ciepłostek, które możemy wprowadzić do ustroju zapomocą lawatywy odżywczej, to 200 ciepłostek dziennie, a to żadnego poważniejszego znaczenia mieć nie może, — nie zgadza się z LANDAUEM, że dyeta jarska jest w odnośnych przypadkach celowa i skuteczna, przeciwnie — chorzy ci źle bardzo ją znoszą; RZĘTKOWSKIEMU — że należy być bardzo ostrożnym ze zgłębnikowaniem chorych na wrzód żołądka, gdyż spostrzegł sam dwa przypadki śmierci wskutek wprowadzenia sondy, i że laparotomia w ostrych krwotokach żołądka zawsze daje wynik niepomyślny i wskutek tego nie powinna być zalecana. W. Róbin.

## Wiadomości bieżące.

— II zeszyt tegoroczny Pamiętnika Tow. Lek. Warsz. zawiera prace oryginalne M. HALPERNA „O rozczłonkowaniu siarki w moczu w stanach patologicznych“ oraz „O wpływie kwasów i alkali na przemianę siarki w ustroju“. Dalej idzie dokończenie pracy K. DZUSKIEGO i M. ROŚPĘDZIHOWSKIEGO „Badania krwi według metody ARNETHA wogóle i specjalnie w gruźlicy“ oraz dokończenie pracy F. GIEDROYCIA „Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce“. Protokoły Towarzystwa od dnia 15. II. do 26. IV. Przegląd piśmiennictwa z r. 1908 obejmuje 268 str. + LXVII. Dlaczego nie dano karty tytułowej, a spis autorów nie jest ściśle w alfabetycznym porządku? Korekta, jak zwykle, wiele pozostawia do życzenia. Jako dodatek dołączono oddzielnie Rocznik Zarządu, w którym oprócz spisu członków znajdują się sprawozdania z funduszków Towarzystwa, bilans, budżet i t. d. W dziale zapisów spotykamy zapis dla uwiecznienia pamięci ś. p. MARCELEGO NENCKIEGO w ilości 50-u tys. rubli na utworzenie Instytutu nauk doświadczalnych imienia MARCELEGO NENCKIEGO. Dopóki Instytut nie będzie utworzony, połowa dochodów z tego funduszu otrzymanych, przeznaczają się na powiększenie środków pracowni Towarzystwa Lek. Cóż sami ofiarodawcy złożyli sumę 2000 rubli na bieżące potrzeby pracowni Towarzystwa Lek. Dr ALFRED SOKOŁOWSKI złożył 10 tys. rubli, od których odsetki przeznaczają na leczenie sanatoryjne lekarza, dotkniętego poczynającą się gruźlicą. Dr LUDWIK CZERNICHOWSKI, zmarły w r. 1909 w Orszy, zapisał kapitał 18 tys. rubli, od którego procenty w  $\frac{2}{3}$  mają być obracane na wpisy dla studentów, w  $\frac{1}{3}$  — uczniów szkół średnich. Wreszcie ś. p. dr T. ŻŁOBKOWSKI zapisał około 20 tys. rubli, przeznaczając procenty na kształcenie dzieci po lekarzach.

— Polski Komitet Narodowy na V Międzynarodowy Kongres ginekologiczno-akuszerski, odbyć się mający w Petersburgu 22-go—28-go września r. b., zgłosił dotychczas następujące tematy:

- 1) MARS A. prof. [Lwów]. O ciąży bliźniaczej normalnej i zewnątrzmacicznej.
- 2) Dr BOCHEŃSKI [Lwów]. Temat zastrzeżony.
- 3) CYKOWSKI ST. [Warszawa]. O znaczeniu klinicznym kleszczy nie krzyżujących się.
- 4) NEUGEBAUER FR. [Warszawa]. O ciąży zewnątrzmacicznej.
- 5) STANKIEWICZ CZESZAW [Warszawa]. O sposobie operowania tyłopochyleń macicy [statystyka własna].
- 6) Tenże. Przyczynek



do operowania wycisowania pęcherza metodą BORELINS-MAYDLA. 7) Tenże. Pokaz preparatów anatomicznych. 8) ZABOROWSKI S. [Warszawa]. Temat zastrzeżony. 9) JAWORSKI J. [Warszawa]. Krwotoki maciczne pochodzenia syfilitycznego. 10) FALGOWSKI [Poznań]. Temat zastrzeżony.

— W Uniwersytecie Warszawskim mianowani zostali: prosektor Uniw. Moskiewskiego S. M. MAKSYMOWICZ profesorem patologii ogólnej, i wykładający w Uniw. Kazańskim G. P. SACHAROW profesorem chemii lekarskiej.

— Prof. LANNELONGUE ofiarował Paryskiej Akademii Lekarskiej fundusz na utworzenie nagrody jego imienia w postaci złotego medalu; nagroda ta ma być przyznawana co lat pięć za najdonioślejszy wynalazek z dziedziny chirurgii. Ubiegać się o nagrodę mogą wszyscy bez różnicy narodowości.

— Rząd Japoński przeznaczył 300 tysięcy marek na udział w Dreźnieńskiej wystawie higienicznej, jaka się ma odbyć w r. 1911.

— Prof. ZABOLOTNY, badając w Rostowie nad Donem wodociąg, ujawnił fakt, tłumaczący najzupełniej przyczynę cholery, na którą zapadło przeszło 800 osób; wszystkie ścieki miejskie wpuszczane są do rzeki, z której pochodzi woda do picia; filtry działają niedokładnie, są zanieczyszczone i nie odpowiadają swemu przeznaczeniu. Na skutek tego Duma Rostowska wystąpiła na drogę sądową o zerwanie umowy z kompanią francuską, która eksploatuje wodociąg.

— Otrzymaliśmy następujące zawiadomienie: Trzecia naukowa wycieczka lekarska odbędzie się w listopadzie r. b. i potrwa dni 30 t. j. od 5<sup>tego</sup> listopada do 5-go grudnia. Koszta wynoszą najmniej 1000 koron od osoby.

Wycieczka ta, urządzona staraniem lekarzy praktykujących w zdrojowiskach czeskich, rozpocznie się w dniu 5-ym listopada z Genui, skąd wypłynie parowiec, znany z wytworzonego urządzenia—„Thalia“, popłynie wzdłuż Riwiery włoskiej i francuskiej i zdąży do Barcelony. Przez 10 dni potrwać wycieczki lądowe po całej Hiszpanii, a w porcie Kadix wycieczkowcy znów wsiądą na okręt i zwiedzą Marokko, Algier, Tunis z ruinami słynnej Kartaginy, potem Sycylię z nowo odbudowaną Messyną i słynną z piękności położenia pod Etną i ruin Taorminę.

Wycieczkę zakończy zwiedzenie Dalmacyi i podróż do stolicy Czarnogórze Cetyunii.

Po bliższe szczegóły, dotyczące tej bardzo zajmującej i wygodnie urządzonej wycieczki, zgłaszać się należy zaraz, a najdalej do 1-go września b. r., do lekarza w Karlsbadzie dra HUGONA STARKA [Sprudelstrasse, Haus Amerikaner]. Wycieczki lądowe urządza firma HARTMANN [Kolonja nad Renem] i zapewnia I klasę jazdy kolejami i całkowite utrzymanie w hotelach pierwszorzędnym.

Zebrać się musi przynajmniej 100 uczestników, aby podróż mogła się odbyć.

— Proszeni jesteśmy o pomieszczenie następującego sprostowania: W sprawozdaniu z czynności Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot pozostałych za r. 1909 na str. 12-jej mieści się wzmianka, że na powiększenie funduszu z zap. dra W. STANCZYKOWSKIEGO wpłynęła ofiara dra A. DROZDOWSKIEGO rubli 235. Tymczasem kwota powyższa, złożona za pośrednictwem dra A. DROZDOWSKIEGO, prezesa Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego, pochodzi właściwie ze zwrotu pożyczki, zaciągniętej przez dra I. LIPIŃSKIEGO od członków „pomocy koleżeńskiej“, zorganizowanej podczas wojny na Dalekim Wschodzie.

Zarządzający Kasą Wsparcia, *Dr M. Jakowski.*

---

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

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.





# ALLOSAN

Antigonorrhoeum

**stały, krystaliczny ester Santalolu**

o czystym działaniu tego ostatniego. — Zawartość Santalolu 72%

Zupełnie pozbawiony smaku. Nie drażni.

W przeciwstawieniu do płynnych pochodnych Santalu proszek Allosanu może być zawsze łatwo przyjmowany bez środków rozcieńczających i daje się łatwo dozować.

Po użyciu nie pozostawia żadnego santalowego foetor ex ore.

Literaturę i próby wysyła się na żądanie pp. Lekarzom. Przy zamówieniu prosimy o powołanie się na ogłoszenie Nr. 207.

## D-r PRZYREMBEL

Choroby chirurgiczne. Praktykuje w Ciechocinku. Willa „Orion.”

ZIARNA VICHY  
**GRAINS DE VICHY**

LECZA

**ZAPARCIE**

1-2 wieczor. przed jedzeniem.

We wszystkich aptekach.

Pudełko rb. 1 kop. 30.

Sprzedaż główna

w składzie Tow.

Akcyjnego

Ludwik Spiess i Sjn

Fabryka i skład narzędzi chirurgicznych  
**F. Balukiewicz Bielańska 9. Hotel Paryski**

w Warszawie

Medal srebrny z r. 1890

Posiada wielki wybór wszelkich narzędzi chirurgicznych własnego wyrobu jako też fabryki francuskiej „Collina” i innych. Przytem szprycki do podskórnych wstrzykiwań i odczynów fizyologicznych nowego systemu, oraz maszyny do golenia amerykańskie „Gillette” i innych fabryk. Zarazem pracownia bandaży rapturowych i pasów brzusznych pod własnym kierunkiem. Wszelkie reperacye narzędzi i niklowanie wykonywa się jak można najprędzej po cenach bardzo przystępnych.



Uzdrowisko górskie dla chorych płucnych.



# LEYSIN

na linii Symplońskiej Szwajcarya  
francuska  
1450 m. nad p. m. Cały rok otwarte  
Grand Hotel Pensjonat od 12 fr.  
Montblanc } łącznie z { „ 11 „  
Chamossaire } lecze- { „ 9 „  
Anglais } niem { „ 11 „

4 Sanatoria:

Specyalne leczenie gruźlicy płuc metodą sanatoryjną w połączeniu z leczeniem powie-  
trzem górskim. Prospekty bezpłatnie. **Dyrekeya**

## RUBINAT LLORACH



Naturalna woda mineralna  
nagrodzona medalem złotym na wystawie Paryskiej w r. 1900

**Najlepszy** środek **przeeczyszczający**  
Żądać na etykiecie podpisu Arger et C-ie

Dozwolony w Państwie Rosyjskiem przez Zarząd Lekarski  
d. 12 Sierpnia 1908 r. za Nr. 821.

Znani Lekarze francuscy i zagraniczni od lat przeszło 30-tu  
zalecają wodę Rubinat Llorach w zaparciach nawykowych i chwi-  
lowych, w uderzeniu krwi, otyłości, w zaburzeniach narządów trawie-  
nienia, w chorobach wątroby i innych. Dawka normalna: pół szklanki  
(powiększać ją nieco można, zależnie od przypadku). Do nabycia we wszystkich  
aptekach i w składzie aptecznym Henryka Welta Przejazd Nr. 5 w Warszawie.

Pp. Lekarze mogą otrzymywać bezpłatnie próby wody Rubinat Llorach.  
Z żądaniami zwracać się należy do składnika Henryka Welta Przejazd Nr. 5  
w Warszawie. Przedstawiciel generalny Charles Fortier w Moskwie.

### Wścigi Imienia Księcia Henryka

W R. 1909  
1836 kilometrów

Berlin - Wrocław - Budapeszt - Wiedeń  
Monachium przez Wysokie Tatry.

Do startu stanęły 3 Neekarsulmowskie samochody zwyczajne o  
sile  $1\frac{1}{20}$  HP, i wszystkie trzy dotarły do celu bez najmniejszego  
uszkodzenia. Trzy srebrne nagrody.

14. 5. 1910: Moskwa—Orzeł, 380 km. po złej drodze, o przeciętnej szybkości 50 km.  
bez punktów karnych—dwie nagrody. Najlepsze rezultaty.  
6. 5. 1910: M. i K. przejechał na N. S. U. 4-cyl. Neekarsulmowskim samochodzie  
ziemię Holsztyńską przez Rostock, Eisenach w poprzek przez Niemcy,  
2300 km. w pięciu dniach.

Wiele pierwszych nagród na wleśskich wścigach.

4-cylindryczne 5/10, 6/14, 10/20 HP dostarczamy każdego czasu.

18000 motocykli Neekarsulmowskich w użyciu.

Wielkie sukcesy osiągnęły nasze rowery z r. 1910.

Tow. Akc. „Neekarsulmer Fahrradwerke” (dost. dw. Król.) Neekarsulm (Niemcy).