

Gastrologija Polska

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

KOMITET REDAKCYJNY:

H.ADELFANG, M. BLASBERG (Kraków), J. CZAPKOWSKI, PROF. F. CZUBALSKI, M. DOLKART, S. FRANK, PROF. A. GLUZIŃSKI, A. J. GOLDMAN (Łódź), PROF. A. JANUSZKIEWICZ (Wilno), L. JUSTMAN, S. KIJEWSKI, W. KNAPPE, I. KRANTZ, B. KRYŃSKI, A. LANDAU, PROF. J. LATKOWSKI (Kraków), PROF. A. LEŚNIEWSKI, M. LUBELSKI, J. MARZYŃSKI (Łódź), N. MESZ, S. MINTZ, F. NIEWIADOMSKI, M. ORZECZ, PROF. Z. RADLŃSKI, J. REŹNIKOW, W. RÓBIN, S. RUBINROT, CZ SADKOWSKI, T. SAIDMAN, L. SCHLAGER, J. SKŁODOWSKI, A. TUCHENDLER, PROF. F. VENULET, B. WEJNERT, E. WITKOWSKI, J ZAWADZKI.

REDAKTOR: Dr. BRONISŁAW WEJNERT.

WYDAWCA: Dr. IGNACY GRUNDZACH.

Redakcja: Marszałkowska 73, tel. 115-12, od 10 do 11.

Administracja: Nowogrodzka 18a, tel. 44-32, od 10 do 11.

Roczna przedpłata za 1 tom (4 zeszyty) zł. 6.

Konto czekowe P. K. O. Nr. 17.285.

W A R S Z A W A

1928.

DZIĘKI ZAWARTOŚCI ŻELAZA CZYNNEGO TABLETKI
WÓD MINERALNYCH MAGISTRA KLAWE POSIADAJĄ
WŁASNOŚCI ZBLIŻONE DO ŚWIEŻEJ NATURALNEJ
WODY.

TABLETKI WÓD MINERALNYCH SZTUCZNYCH MAGISTRA KLAWE

EMS, BILIN, KARLSBAD, BORŻOM, KISSINGEN,
OBERSALZBRUN, VICHY, MARIENBAD, SEL-
:: :: TERS, WILDUNGEN. :: ::

Opakowanie: Flakon z 80 tabletkami.

2 tabletki na szklankę wody dają napój musujący,
:: :: zastępujący odpowiednią wodę mineralną. :: ::

Towarzystwo Przemysłu Chemiczno - Farmaceutycznego
d. MAGISTER KLAWE, S. A. WARSZAWA

PEPTON 5% i 10% injectiones sterilisatae in ampullis

Wskazania: Biegunki przewlekłe. Astma. Krwotoki płucne.

Sposób stosowania: Domięśniowo lub śródskórnie po 1 ampule.

Opakowanie: Pud. zaw. 6 amp. po 5 cm.³

EMOLLIN

Kompozycja Agar-Agar z wyciągiem kruszyny
amerykańskiej (Extr. Cascarae sagrad).

Nie drażni błony śluzowej kiszek, nie powoduje przewlekłego ka-
taru kiszek i nie wywołuje przyzwyczajenia

Wskazania: Zaparcie stolca nawykowe. Katar żołądka. Guzki
hemoroidalne. Trądzik zwykły.

Opakowanie: Pudełko zawiera około 75 gr. włókien.

Literaturę wysyłamy na żądanie.

Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne
Ludwik Spiess i Syn, Sp. Akc.
Warszawa.

Gastrologja Polska

TREŚĆ: Dr. I. Grundzach. Słowo wstępne. Od redakcji. Prof. Czubałski. Czynność wydzielnicza gruczołów żołądkowych. Dr. Róbin. Nowe, uproszczone śniadanie próbne. Dr. S. Mintz. Przypadek wysokiej niedrożności kiszek, spowodowanej przez uwięziony kamień żółciowy. Dr. Czerniewski. Przypadek mięsaka żołądka. **Streszczenia. Protokoły posiedzeń Pol. Tow. Gastrol.** Wiadomości różne. Streszczenia piac oryginalnych w językach obcych.

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

Słowo wstępne.

A więc jeszcze jedno pismo specjalne! Taka uwaga nasuwa się mimowoli; mamy już bowiem pokaźną liczbę pism lekarskich, a istnieją, jak wiemy, zdecydowani przeciwnicy nowych poczynąń w tym kierunku. Nic to jednak nie wpływa na zahamowanie powstawania i rozwoju pism specjalnych, życie bowiem czyni swoje, a specjalizacja olbrzymiej wiedzy lekarskiej i jej rozgałęzienie są nakazem kategorycznym, są koniecznością życiową. Obydwa kierunki wiedzy odśrodkowy i dośrodkowy są najzupełniej uzasadnione i jesteśmy przekonani, że znajdziemy spory zastęp czytelników, szukających wiadomości o stanie obecnym i najnowszych zdobyczach gastrologji polskiej i zagranicznej.

Ale jest i strona — *sit venia verbo* — biologiczno-społeczna.

Każda jednostka biologiczna czy społeczna dąży do rozwoju, rozszerzenia swej mocy, do wpływania na otoczenie. Jednostką taką była od roku 1909 także Sekcja Gastrologiczna W. T. Lek., od 2 lat w Polskie Tow. Gastrologiczne przekształcona.

Dążeniem jej było stworzenie organu własnego, choćby w początku najskromniejszego, tem bardziej że nas pod tym

względem od lat wielu wyprzedziły Niemcy, Francja, Włochy, Hiszpanja, Argentyna i Japonja.

Zarząd Pol. Tow. Gastrologicznego wyłonił komisję z kol. Justmana, Róbiną, Tuchendlera, Wejnerta i A. Zawadzkiego, która zwalczywszy trudności techniczne i finansowe oraz zapewniwszy sobie współudział w pracy naukowej wybitnych sił lekarskich — doprowadziła sprawę do pomyślnego wyniku.

Będzie to dużą dla nas nagrodą, jeżeli sprawie polskiego piśmiennictwa lekarskiego i lekarzom naszym oddamy skromną przysługę, koncentrując postępy wiedzy w tej gałęzi medycyny na łamach naszego pisma.

Quod felix, faustum, fortunatumque sit.

Ignacy Grundzach,

Prezes Pol. Tow. Gastrologicznego.

Od Redakcji.

Oddając w ręce Szanownych Kolegów zeszyt „Gastrologji Polskiej” urzeczywistniamy myśl, przed 19-tu laty powstałą i wielokrotnie cdnawianą, niestety dotąd bezskutecznie. Położenie polityczne, warunki materjalne, trudności techniczne — wszystko to zmuszało do ciągłego odkładania tej sprawy. Kiedy nareszcie dzisiaj spełniają się wieloletnie pragnienia gastrologów polskich posiadania własnego organu, zwracamy się do Szanownych Kolegów z prośbą o życzliwy do nas stosunek, co niewątpliwie ułatwiać będzie Redakcji wywiązanie się z zadania ku zadowoleniu Czytelinków.

Pragniemy „Gastrologję Polską” uczynić pismem, któreby nie tylko zainteresowało specjalistów gastrologów, chirurgów i rentgenologów, lecz nadto, by każdy lekarz-praktyk znalazł w niej dla siebie rzeczy ciekawe i pożyteczne. Będziemy się starali, by prace oryginalne nosiły jak najmniej cech archiwalnych natomiast by dawały jak najwięcej wiadomości praktycznych, życiowych, stojąc jednocześnie na wysokim poziomie naukowym.

Chirurgję i rentgenologję, jako dziedziny niezmiernie

bliskie gastrologji, będziemy się starali możliwie szeroko uwzględnić.

Dział referatów będzie miał za zadanie informować związane o stanie nauki w dotyczącej nas dziedzinie i o najnowszych jej postępach.

Z Zakładu Fizjologii Uniw. Warszaw. Dyr. Prof. Dr. Fr. Czubalski.

Czynności wydzielnicze gruczołów żołądkowych.

podał Prof. Dr. Fr. Czubalski.

Zarówno doświadczenia laboratoryjne, jak i kliniczne wskazują, że życie ustroju jest możliwe nawet po usunięciu całego żołądka. Fakt ten nie dowodzi podrzędnej roli żołądka, lecz jest wyrazem zdolności każdego ustroju kompensowania wszelkich zaburzeń fizjologicznych zapomocą pozostałych narządów czy tkanek. Fizjologia i klinika daje nam aż nadto dowodów, że żołądek spełnia doniosłą rolę, jest on potężnym zbiornikiem, chroniącym jelita od przeładowania, w którym masa pokarmowa, przepojona sokami trawiennymi, zmieniającemi ją chemicznie i fizycznie, nabiera odpowiedniej formy, konsystencji i ciepłoty. Wreszcie obecność znacznej ilości kwasu solnego, działającego przeciwnie, posiada pewne znaczenie w walce z żywymi czynnikami chorobotwórczymi, które tą drogą wtargnęły do ustroju. Żołądek jest więc nie tylko jednym z odcinków, w którym zachodzą sprawy trawienia, lecz jest również potężną zaporą i ochroną od szkodliwego działania czynników mechanicznych, fizycznych, a także chemicznych na wrażliwą i ważną część przewodu pokarmowego, t. j. błonę śluzową dwunastnicy i jelita cienkiego. Nic więc dziwnego, że w klinice choroby żołądka zajmują poczesne miejsce, przedstawiając różnorodność obrazów chorobowych. Zrozumienie tych spraw i ich skuteczne leczenie wymaga głębokich i mozolnych badań zarówno fizjologów, jak i klinicystów. Ograniczone ramy artykułu nie pozwalają mi zajmować się całokształtem spraw czynnościowych prze-

wodu pokarmowego, ani nawet jednej jego części, t. j. żołądka — zatrzymam się tylko na dziedzinie zjawisk wydzielniczych tego narządu.

Badania Spallanzaniego w XVIII wieku na ptakach dały nam pojęcie trawienia, jako chemicznej sprawy rozpuszczania. Na początku wieku XIX lekarz armji Stanów Zjednoczonych Beaumont wykonał badania na pewnym kanadyjczyku, posiadającym przetokę żołądkową wskutek zranienia tego narządu. Stwierdził on tam obecność kwasu solnego i jego produkcję przez błonę śluzową żołądka. Wreszcie w połowie i pod koniec XIX wieku metodyka badań przewodu pokarmowego posunęła się znacznie naprzód dzięki zakładaniu przetok drogą operacyjną. Na tym polu położył duże zasługi Blondlot Bassow, Claude Bernard, Heidenhein, Ch. Richet wreszcie Pawłow i jego szkoła. Z polskich badaczy Popielski i jego uczniowie ogłosili cenne prace w tym zakresie. Wyniki tej serii badań, przeprowadzone na psach z tak zwanymi przetokami przewlekłemi, a więc w warunkach najbardziej zbliżonych do normy i potwierdzone następnie w klinikach na ludziach, są niezwruszoną dotąd podstawą naszych wiadomości o fizjologii przewodu pokarmowego. Podam je tylko w krótkości, podkreślając najbardziej zasadnicze fakty, dotyczące funkcji wydzielniczej żołądka, albowiem szczegółowy ich opis i rozbiór przekracza ramy artykułu.

W czynności wydzielniczej gruczołów żołądka rozróżniamy trzy fazy lub okresy. W warunkach fizjologicznych żadnej fazy nie brakuje i każda ma określoną rolę do spełnienia. Pierwsza, zwana czasem wydzielaniem psychicznem soku żołądkowego, jest uzależniona od całości i normalnej funkcji wyższych ośrodków nerwowych półkul mózgowych. Cechą charakterystyczną tego wydzielania jest fakt, że możemy je wywołać bez wprowadzenia pokarmu do jamy ustnej, a więc bez stykania się masy pokarmowej z powierzchnią czuciową błony śluzowej tej jamy. Wydzielanie soków w tym okresie spowodowane jest działaniem bodźca na zmysły wzroku, powonienia lub słuchu. Brzęk talerzy, widok i zapach pokarmu, odgłos kroków osoby podającej stale pokarm, wystarczają, aby wywołać obfite częstokroć wydzielanie soku żołądkowego, którego nasilenie uza-

leżnione jest w znacznym stopniu od „nastroju” osobnika. Im silniej jest zaznaczona np. chęć jedzenia, tem żywsze i obfitsze jest wydzielanie; stan podrażnienia psychicznego, jak gniew, lęk i t. p. mają natomiast wpływ hamujący. Już samo wyobrażenie smacznych potraw, oparte na doświadczeniu codziennem, bez specjalnego nawet zadziałania bodźca daje nam efekt wydzielniczy. Do tej samej kategorii mechanizmów wydzielniczych należą t. zw. przez P a w ł o w a odruchy warunkowe w ścisłem tego słowa znaczeniu. Zwierzę, specjalnie tresowane w tym kierunku, że każde podawanie potrawy odbywa się z jednoczesnem zadziałaniem nań określonej i dowolnie wybranej podniety, a więc np. zapaleniem lampki czerwonej, odgłosem trąbki lub gwizdka, zadziałaniem specjalnego zapachu i t. p., nauczy się wreszcie odpowiadać równie obfitem wydzielaniem soku żołądkowego nawet bez podania pokarmu, skoro tylko zadziała na jego zmysły jeden ze skojarzonych uprzednio bodźców, a więc światło lampki, dźwięk trąbki czy określony zapach. Analogiczne zupełnie zjawiska spostrzegano również i na ludziach. Psychiczny sok żołądkowy wydziela się w znacznej ilości i jest pełnowartościowy; wydzielanie trwa jedną do półtorej godziny.

Pozostawiając sobie na później bliższe przeanalizowanie przytoczonych powyżej mechanizmów, przechodzimy teraz do drugiej fazy wydzielania soku żołądkowego, najściślej związanej z pierwszą. Jeżeli psu operowanemu metodą P a w ł o w a (założenie przetoki przełykowej i żołądkowej), podajemy pokarm, mamy wtedy do czynienia, ze względu na przecięty przełyk, z tak zwanem pozornem karmieniem, któremu towarzyszy obfite i trwające od 2 — 4 godzin wydzielanie pełnowartościowego soku żołądkowego. Oczywiście w tych warunkach doświadczenia zachodzi niewątpliwie znane nam już wydzielanie psychiczne. Znacznie dłuższy jednak okres wydzielania wskazuje, że odgrywa tu poważną rolę inny jeszcze bodziec dodatkowy, a mianowicie zetknięcie się pokarmu z błoną śluzową jamy ustnej. Doświadczenia C y t o w i c z a najzupełniej potwierdziły to przypuszczenie. Badacz ten zakładał przetoki przełykowe i żołądkowe małym szczeniętom, karmionym wyłącznie tylko mlekiem, dla których zatem widok mięsa lub zapach buljonu był czemś zupełnie nowem i nieznanem. W tych warunkach drażnie-

nie zmysłu wzroku czy powonienia pokazaniem mięsa lub zapachem buljonu nie wywołało najmniejszego wydzielania soku psychicznego. To samo jednak mięso, buljon lub wyciąg z chleba podane do jamy ustnej (w karmieniu pozornem) dawały wyraźne wydzielanie, co świadczy o istnieniu w tym przypadku chemicznego podrażnienia powierzchni czuciowej jamy ustnej. Mechaniczny czynnik nie odgrywał tutaj większej roli, albowiem czysta woda, wprowadzona do jamy ustnej, nie dawała, w przeciwieństwie do buljonu lub wyciągu z chleba, żadnego wydzielania. Z doświadczeń tych wynika, że wrażliwość gruczołów żołądka na bodźce chemiczne błon śluzowych przewodu pokarmowego jest sprawą wrodzoną, reakcja zaś na bodźce wzrokowe, słuchowe i węchowe powstaje dopiero później drogą nabytych spraw kojarzenia. Wspomniane reakcje wydzielnicze są odruchami, których ośrodek w pierwszym przypadku (pierwsza faza wydzielnicza) znajdować się musi w korze mózgowej, w drugim przypadku — znacznie niżej, zapewne w okolicach rdzenia przedłużonego. Wreszcie włóknami odśrodkowymi łuku odruchowego, czyli właściwymi nerwami wydzielniczymi gruczołów żołądka, są nerwy błędne, jak to wykazał P a w ł o w. O ile w sprawie wydzielania współdziałają nerwy współczulne — tego nie wyjaśniono. Jasną jest rzeczą, że w normalnych warunkach fizjologicznych czynniki, powodujące pierwszą i drugą fazę wydzielania, działają jednocześnie. Wydzielanie jednak soku żołądkowego po faktycznem spożyciu pokarmu (obserwacja na t. zw. małym żołądku P a w ł o w a) trwa bez porównania dłużej, a mianowicie od 6 do 10 godzin i inny ma charakter, aniżeli poznane dotąd okresy wydzielnicze; charakter ten zmienia się zresztą, zależnie od składu wprowadzonego do żołądka pokarmu. Ponieważ tak długie wydzielanie soku obserwujemy tylko w warunkach zetknięcia się pokarmu z błoną śluzową samego żołądka, przeto należało przypuszczać, że ten właśnie czynnik dodatkowy staje się przyczyną powstania nowego okresu wydzielniczego, t. zw. trzeciej fazy. Doświadczenia, przeprowadzone z żywieniem wprost przez przetokę żołądkową, a więc z pominięciem jamy ustnej, czyli usunięciem pierwszej i drugiej fazy wydzielania, na zwierzętach z przeciętymi obu nerwami błędnymi bądź z t. zw. małym żołądkiem H a i d e n h e i n a, pozbawio-

nym unerwienia, całkowicie potwierdziły istnienie trzeciej fazy wydzielniczej i jej zależności od stykania się pokarmu z błoną śluzową żołądka. Należy zaznaczyć, że miejscem, wrażliwym na bodźce zawarte w pokarmach, jest tylko błona śluzowa części odźwiernikowej; przyczem wchodzą w grę tutaj przede wszystkim podniety chemiczne, choć konsystencja zawartości ma także pewne znaczenie. Te bodźce chemiczne powstają w znacznych ilościach głównie, jako produkty trawienia białka przez sok żołądkowy, choć nie są to czyste albumozy lub peptony; być może, że również dekstryny i glukoza, które powstają z węglowodanów pokarmowych pod wpływem przedostającej się ze śliną do żołądka ptyaliny, działają w pewnym stopniu, jako bodźce. Stąd to ogromne znaczenie dla normalnego przebiegu całej sprawy trawienia w żołądku obecności soku, wydzielonego w pierwszym i drugim okresie, który, działając natychmiast na pokarm, przedostający się do żołądka, wytwarza obficie produkty trawienia białkowego, podtrzymujące przez szereg godzin dalsze wydzielanie. O ile niektóre z pokarmów zawierają w sobie już w stanie gotowym pewną ilość skutecznych bodźców chemicznych, jak np. świeże mięso (działanie pobudzające wody, oraz t. zw. ciał wyciągowych, przechodzących do buljonu lub ekstraktu Liebiga; według Krimberga działa tu carnosina) lub mleko, mogą przez to, choć w pewnym stopniu, wytworzyć warunki dalszego wydzielania soku z następem powstawaniem pobudzających wydzielanie produktów trawienia białka. Natomiast pokarm taki, jak chleb, prawie całkowicie jest pozbawiony działania sokopędnego, jeżeli uprzednio nie był poddany trawieniu; brak soku pierwszej i drugiej fazy w tym przypadku może być przyczyną pozostawania przez czas dłuższy niestrawionej zawartości pokarmowej, a nawet jej zagnicia. Jaki jest mechanizm czynności wydzielniczej żołądka w trzeciej fazie? Popielski wykazał, że wydzielanie to trwa w całej pełni nawet wtedy, gdy usuniemy rdzeń kręgowy poniżej 11-ego kręgu, przetniemy nerwy błędne i współczulne, oraz wytniemy zwój trzewny, co dowodzi, że środkowy układ nerwowy w tem zjawisku nie bierze żadnego udziału. Obecność jednak licznych elementów nerwowych w samych ścianach żołądka nie pozwala z całą pewnością twierdzić, że drogi nerwowe tutaj nie wchodzą

zupełnie w grę. Doświadczenia Zielenawo i Sawicza, którzy, zatruwając zwierzę atropiną, albo też działając na błonę śluzową odźwiernika kokainą nie mogli już zauważyć w tych warunkach wydzielania po zadaniu do części odźwiernikowej wspomnianych wyżej bodźców chemicznych, przemawiałyby za tem, że całe zjawisko wydzielania w tym okresie odbywa się jednak na drodze krótkiego łuku odruchowego, przebiegającego przez samą ścianę narządu. Z drugiej zaś strony prace Popielskiego i Tomaszewskiego o pobudzającym działaniu ekstraktów na wydzielanie soku żołądkowego, a przede wszystkim prace Edkinsa, który w wyciągach specjalnie z błony śluzowej odźwiernika znalazł ciało, pobudzające po zadaniu do krwi czynność gruczołów żołądka, i nazwał je analogicznie do sekretyny trzustkowej gastric - sekretyną, wskazywałyby na możliwość istnienia, obok wpływów nerwowych, również mechanizmu humoralnego, czyli działania bodźca bezpośrednio przez krew na komórki gruczołów żołądka. Pewne światło na te sprawy rzucają doświadczenia lat ostatnich. Tomaszewski w pracowni Popielskiego, wywołując obfite wydzielanie soku żołądkowego zapomocą wyciągów z różnych odcinków przewodu pokarmowego, częściowo zakwestjonował teorię Edkinsa o specyficznej gastrynie z błony śluzowej odźwiernika. Popielski potwierdził poglądy Tomaszewskiego i jednocześnie spostrzegł wybitne działanie pobudzające na gruczoły żołądka histaminy. Zarówno wyciągi Tomaszewskiego, jak i histamina działały pobudzająco w doświadczeniach tych autorów jedynie po wprowadzeniu podskórnem, czego nie obserwujemy nigdy po zawartej również w wyciągach vasodylatynie Popielskiego. Wprowadzenie dożylnie natomiast nie dawało prawie zupełnie wyników dodatnich. Fakt ten, zaka. Popielski potwierdził poglądy Tomaszewskiego i jako zupełnie niezwykły w fizjologii, stwarzał, zdawało się, istotną różnicę pomiędzy ciałem czynnem wyciągów Tomaszewskiego, histaminą i gastriną Edkinsa, której działanie przejawia się właśnie po wprowadzeniu wprost do krwi. Badania jednak Gutowskiego, wykonane w Zakładzie Fizjologicznym Uniw. Warszaw., wykazały niezbicie, że różnica ta jest pozorna. Histamina bowiem, wbrew twierdzeniu Popiel-

skiego, a także Rothlina i Gundlach'a, jest potężnym bodźcem gruczołów żołądkowych również po wprowadzeniu jej wprost do krwi, o ile wprowadzanie histaminy odbywa się bardzo powoli, najlepiej mikrobiuretą w ciągu kilku lub nawet kilkunastu minut. Szybkie wprowadzanie histaminy do krwi i zjawienie się jej tam w dużym naraz stężeniu nie daje dodatnich efektów wydzielniczych ze względu na zatrucie zwierzęcia, a mianowicie gwałtowny spadek ciśnienia, spowodowany porażeniem naczyń włoskowatych. Ten ważny fakt fizjologiczny, spostrzeżony przez Gutowskiego, jak również badania chemiczne (Gugenheim) każą przypuszczać, że histamina, która jest zapewne również ciałem czynnym, przynajmniej w pewnej mierze, wyciągów Tomaszewskiego, może być bądź identyczna bądź conajmniej blisko spokrewniona chemicznie z przypuszczalnym hormonem Edkinsa — gastryną, względnie sekretyną. Obecność histaminy w tkankach, co zresztą stwierdzono np. w błonie śluzowej żołądka i jelit, nie może nas dziwić, albowiem jest to łatwo stosunkowo powstający produkt dekarbonizacji często spotykanego amonikwasu — histydyny, wchodzącego w skład drobin białkowej. Popielski, opierając się na fakcie, że szereg kwasów, np. kwas solny osłabia działanie sokopędne wyciągów (gastryny), nie osłabiając wpływu histaminy w tym kierunku, wyraża przypuszczenie, że gastryna jest ogniwem, poprzedzającym histaminę; Parsons sądzi, że histamina jest zbliżona do sekretyny. Dla całkowitego zrozumienia czynności wydzielniczej żołądka również jest rzeczą bardzo ważną stwierdzenie, dokonane w naszym zakładzie przez Walawskiego, sokopędnego działania na gruczoły żołądka sekretyny jelitowej (hormon, pobudzający trzustkę). Dawniejszym spostrzeżeniom w tym kierunku (Luckhardt, Henn, Palmer, Gutowski) przeczył ostatnio Weawer. Doświadczenia jednak Walawskiego, wykonane z wprowadzeniem 0,5% HCl do światła jelit, a więc z działaniem sekretyny jelitowej, powstającej w warunkach jak najbardziej fizjologicznych, potwierdziły, wbrew zdaniu Weawera, pogląd o jej działaniu pobudzającym na gruczoły żołądka. Wobec łatwości, z jaką powstaje sekretyna trzustkowa pod wpływem kwasu solnego, przedostającego się z żołądka do jelit, fakty zaobserwowane

przez W a l a w s k i e g o są pozornie mało zrozumiałe, jako powodujące, zdawałoby się, nieprzerwaną, a więc w pewnych warunkach zbyteczną już nawet produkcję soku żołądkowego. W rzeczywistości zjawiska te należy ujmować, jako dążność ustroju do możliwie długiego podtrzymywania wydzielania soku żołądkowego, co zabezpiecza dokładną przeróbkę masy pokarmowej w żołądku, a pośrednio także w jelitach przez działanie pobudzające wytwarzającej się pod wpływem kwasu solnego sekretyny—na trzustkę i wątrobę. Dopiero z chwilą przesuwania się strawionych pokarmów do niższych odcinków кишek, powstają z tych właśnie okolic przewodu pokarmowego hormony hamujące, jak to pierwszy wykazał dr. W a l e w s k i na podstawie licznych, dokonanych w Zakładzie Fizjologii Un. Warsz. badań, które w najbliższym czasie będą opublikowane. Te hormony hamujące, o ile znajdują się we krwi w dostatecznem stężeniu, wstrzymują sekrecję gruczołów żołądka, uzależnioną od poznanych już przez nas t. zw. sekretyn.

Zastanawiając się dokładnie nad całokształtem spraw wydzielniczych żołądka, możemy zdać sobie sprawę, jak skomplikowane jest to zjawisko pod względem fizjologicznym i jak wiele czynników wchodzi tutaj w grę. Jasną jest rzeczą, że w patologji odpowiada temu stanowi ogromna różnorodność obrazów klinicznych, zależnych bądź od zmian anatomicznych, a częściej jeszcze funkcjonalnych samego żołądka, bądź od uszkodzenia lub zmiany czynnościowej innych narządów, mających jednak duży wpływ na sprawność fizjologiczną tego odcinka przewodu pokarmowego. Wiemy np., że spożywanie najbardziej nawet pożywnych pokarmów bez dostatecznej ku temu chęci, bądź w stanie silnego poruszenia psychicznego: gniewu, lęku czy choćby przygnębienia, co wpływa hamująco na wydzielanie soku psychicznego, wystarcza, aby spożyty pokarm pozostał w żołądku słabo lub zupełnie niestrawiony i ulegał sprawom gnilnym z wszystkimi konsekwencjami intoksykacji. Z drugiej strony zwiększone ponad normę wydzielanie soku żołądkowego w pierwszej fazie czynności wydzielniczej, co jest równocześnie z powiększonym napięciem funkcjonalnem nerwów błędnych, również nie jest obojętne dla ustroju. Badania moje wykazały, że wzmożone napięcie nerwów błędnych idzie w parze z wi-

docznymi zmianami w charakterze fizycznym i składzie płynów ustrojowych. Towarzyszy temu zmiana krzepliwości krwi, zmniejszenie się liczby ciałek białych i płytek Bizzozera stan, przypominający wtrząs hemoclastyczny Widala. Zmienia się wreszcie w tych warunkach chemizm krwi i płynów tkankowych z przesunięciem stosunku chlorków do węglanów. Wreszcie z poprzednich rozważań wynika, że wszelkie uchYLENIE od normy w jedną czy drugą stronę co do produkcji soku żołądkowego, musi się odbić na całokształcie spraw trawienia i wchłaniania, a więc na stanie odżywienia i sprawności życiowej ustroju. Słusznie zaznaczył Roger, że dzisiejszy klinicysta nie może zadowolić się anatomicznym punktem widzenia; na pierwszy dziś plan myślenia klinicznego wvsuwa się poznanie funkcji i jej zmian, czyli konieczność oparcia kliniki w znacznym stopniu na fizjologii i chemji fizjologicznej.

Nowe, uproszczone śniadanie próbne.*)

Podał Dr. W. Róbin.

Śniadanie próbne Boasa - Ewald'a, wprowadzone do kliniki przed 40 laty, zapoczątkowało w swoim czasie nową erę w diagnostyce chorób żołądka.

Do tego czasu musiano rozpoznawać te cierpienia przeważnie na zasadzie danych podmiotowych, co często prowadziło do błędów.

Od tej zaś chwili można było z pewnem prawdopodobieństwem ocenić w każdym poszczególnym przypadku wydolność trawienną gruczołów żołądkowych i zdać sobie sprawę, czy ma-

*) Odczyt, wygłoszony dn. 21/III 28 r. w Pol. Tow. Gastrologicznem i dn. 27/III 28 r. w Zrzeszeniu Lekarzy.

my do czynienia z wydzielaniem wzmożonem, upośledzonem, czy też z zupełnym brakiem HCl.

Jakkolwiek jednak sama idea próbnego śniadania Boasa-Ewalda spotkała się z powszechnem uznaniem i metoda ta stała się z biegiem czasu niezbędną metodą rozpoznawczą, to przecież zaczęła podlegać coraz częstszym krytykom i zarzutom tak pod względem teoretycznym, jak i praktycznym.

Zaczęto śniadanie próbne Boasa-Ewalda na różne sposoby modyfikować, zmieniać, — i dziś nie jest ono bynajmniej tą jedyną uprzywilejowaną metodą, jaką było do ostatnich czasów, — albowiem w wielu klinikach posługują się obecnie innemi śniadaniami próbnemi.

Zajmując się gastrologją, od 30-u lat, stosowałem tę metodę co najmniej kilka tysięcy razy i muszę przyznać, że za każdym razem doznawałem uczucia, że nie jesteśmy na wysokości zadania, że posilkujemy się metodą przykrą dla chorego, nieraz brutalną i że powinniśmy dążyć do bardziej racjonalnej i łagodnej metody rozpoznawczej.

Jakie zarzuty stawiamy śniadaniu próbnemu Boasa-Ewalda?

1) Brak głównej cechy śniadania próbnego, stałości. Śniadanie próbne musi być sztandarowe, jednolite, aby wyniki badań chemicznych były wszędzie jednakie. Tymczasem w różnych krajach i w różnych klinikach różnie bywa stosowane. Boas polecił podawać 35,0 bułki (Weissbrot) i 2 filiżanki herbaty lub, jeśli idzie o ściśle badanie chemiczne („w o e s s i c h u m g e n a u e c h e m. U n t e r s u c h u n g e n h a n d e l t") — 400,0 wody i wydobywać po godzinie. Tymczasem dają chorym 200.0—300.0 wody lub herbaty, wydobywa się śniadanie po 3/4 godz., po 1/2 godz., po 2 godz., a nawet, jak sam Boas podkreśla z naciskiem, w jednej z najbardziej znanych klinik uniwersyteckich po 3-ch godzinach.

Gdzież tu może być mowa o ściśłości cyfr, otrzymanych po tem śniadaniu?

U nas w Polsce najczęściej podaje się choremu szklankę herbaty (różnej pojemności) i 35.0 — 50,0 bułki, a często bułkę nieważoną, i wydobywa się po 3/4 — 1 godz. Oczywiście u tego

samego chorego otrzymujemy w ten sposób cyfry niejednakowo nieraz mocno od siebie odbiegające.

2) Drugi zarzut stawiany przez szereg autorów, to skład śniadania próbnego Boasa - Ewalda. Sucha bułka ze szklanką wody lub herbaty nie jest bynajmniej pokarmem apetycznym, jak słusznie twierdzi Curschmann.

Ten sam autor uważa, że takie śniadanie próbne słabo pobudza apetyt, a zatem i wydzielanie żołądka.

Istotnie wybór ten nie jest zbyt szczęśliwy. Chorzy na żołądek, a o tych wszak idzie, nieraz z wielką niechęcią zabierają się do spożycia bułki, bądź z powodu braku łaknienia wogóle, bądź z powodu uprzedniego zakazu spożywania bułek (podejrzenie wrzodu); często muszą użyć wysiłku, aby zjeść całą bułkę. Okoliczność ta, ta niechęć psychiczna, nie może pozostać bez wpływu na wydzielanie żołądka w myśl teorii Pawłowa.

3) Trzeci zarzut, jaki stawiamy śniadaniu próbnemu Boasa - Ewalda, to sprawa twardego zgłębnika, który musi być użyty do wydobywania zawartości żołądka po próbnym śniadaniu.

Rękoczyn ten nie jest dla wielu naszych chorych obojętny.

Niejednokrotnie chorzy wrażliwi, którym opowiadano o przykrości tego zabiegu, stanowczo się na tę próbę nie zgadzają.

U całego szeregu chorych zastosowanie zgłębnika twardego jest przeciwwskazane ze względu na cierpienia sercowo-naczyniowe, na podejrzewaną owrzodzenie żołądka, na krwawienie i t. d.

Sam sposób wydobywania zawartości żołądka po śniadaniu próbnym Boasa - Ewalda również nie jest bez zarzutu. Stosowana bywa nieraz aspiracja, sposób najracjonalniejszy, bo nie męczy chorego i daje możność wydobywania większej ilości płynu z różnych głębokości, — ale najczęściej stosowane bywa wygniatanie (e x p r e s s i o), metoda brutalna, która powoduje wysiłek ze strony chorego, przykre dla chorego mdłości, torsje i t. d. Otrzymujemy w ten sposób zupełnie dowolną ilość zawartości i niejednakową jej jakość.

Wreszcie zapomocą zgłębnika twardego nie jesteśmy nieraz w stanie w przypadkach braku soku żołądkowego (a c h y-

lia gastr.) wydobyć zawartości żoł. gęstej, w grubych kłaczkach, zatykających otwory zgłębnika.

Te wszystkie motywy oddawna skłaniały różnych autorów do sprawdzenia tej metody i do szukania bardziej celowej bardziej dogodnej dla chorego.

Przedewszystkiem starano się wynaleźć metodę bez zgłębnikową, t. j. taką, zapomocą której możnaby otrzymać odpowiedź na interesujące nas pytania drogą okólną.

A więc sposób Meuniera, polegający na fackie, że katgut, jako tkanka łączna, ulega strawieniu wyłącznie tylko przez sok żoł. Podajemy choremu kulkę, obwiązaną katgutem, z 1 kroplą eteru; jeśli w soku żoł. znajduje się HCl z pepsyną nitka katgutowa ulega strawieniu, eter wydobywa się z niej i choremu odbija się eter.

Na tej samej zasadzie polega próba desmoidalna Sahli'ego — (0,05 błękitu metylenowego w woreczku gumowym, zawiązanym także nitką katgutową). Wobec czynnego soku żoł. nitka się trawi i błękit metylenowy zabarwia moczu na zielono. Próba ta przez jakiś czas była popularna i spowodowała cały szereg prac sprawdzających. Zachęcała do niej łatwość zastosowania. I jakkolwiek już a priori miała ograniczone pole działania, bo w najlepszym razie mogła tylko wykazać obecność lub brak HCl + pepsyny, bez ściślejszego określenia stopnia kwaśności soku żoł., jednak nie zdobyła sobie prawa obywatelstwa, gdyż nawet w tych skromnych granicach, jakie jej zakreślono, często zawodziła. W pracy swojej o próbie desmoidalnej Sahli'ego („Medycyna 1909") na podstawie całego szeregu prób kontrolujących stwierdziłem jej nieściśłość (zabarwienie moczu wobec braku HCl i przeciwnie).

Próbowano ominąć zgłębnik, badając kwaśność moczu na wysokości trawienia i pragnąc na tej podstawie wyrobić sobie pojęcie o kwaśności zawartości żoł. (Austerlitz). Usiłowano wyciągnąć wnioski ze składu śliny (chlorki) przed śniadaniem próbnym i po nim. I te metody jednak okazały się nieściśłe.

Tak więc zgłębnikowanie musi być nadal utrzymane i stosowane.

Zabrano się z kolei do modyfikacji samego śn. prób. Boas - Ewalda.

A więc sam Boas, a potem Sahli zaproponowali śniadanie próbne suche w celu odseparowania płynu wprowadzonego od wydzielonego przez żołądek. Boas polecił 5 Albert-cakes'ów, Sahli suchą bułkę bez herbaty.

Gluziński polecał białko z 1 — 2 jaj na twardo + 100 ctm. sz. wody destylowanej; po 3/4 godziny wlewamy 100 — 300 ctm. sz. wody i aspirujemy.

Grundzach w r. 1889 opisał śniad. próbne, składające się z 30,0 sproszkowanego mięsa, rozpuszczonego w 200 ctm. sz. ciepłej wody; płyn ten soli się 2,0 soli kuchennej, uprzednio zaś chory zjada 50,0 bułki. Śniadanie to autor stosował dłuższy czas w pracowni d-ra Rejchmana i zalecał, jako „pokarm mieszaný“, dość jednolity i dający dość ściśle wyniki.

Skraý zalecał podawanie w przypadkach pozornego braku soku żołądka 30,0 szynki, która pozwalała wykrywać wolny HCl.

Curschmann i Fischer dawali t. zw. „Apetit-mahlzeit“, dzięki któremu również mogli wykrywać wolny HCl w tych razach, w których zwykłe śniadanie próbne wolnego HCl nie stwierdzało.

Śniadanie próbne płynne pierwszy polecił Talma — 1 litr 3%-go buljonu z ekstraktu mięsnego Liebiga, zobojętniony zapomocą ługu sodowego, wlewamy przez zgłębnik. Śniadanie to jest ubogie w białko i dlatego wydobyty sok zawiera minimalne ilości HCl. Próba nie weszła w użycie.

Sahli zalecił zupełną mączną, która miała oddać usługi nie tylko w sprawie chemizmu, ale i czynności ruchowej żołądka. Zupę przygotowujemy ex tempore: 25,0 mąki smaży się w rondelku z 15,0 masła, dodaje wody do 350 ctm. sz. gotuje 2 minuty i daje się z tego choremu 300 ctm. sz., a 50 ctm. sz. zostawia dla oznaczenia ilości tłuszczu (zapomocą butyrometru Gerbera). Po godzinie wydobywa się zawartość żołądka i znów oznacza się ilość tłuszczu w tej zawartości. Na zasadzie różnicy w ilości tłuszczu przed podaniem zupy i po wydobyciu sędzić miano o różnych czynnościach żołądka.

Próba ta, nad którą w r. 1903 przeprowadziłem badania, ogłoszone w „Gazecie Lek.“ p. t. „O wartości klinicznej metody Sahliego“, — okazała się niepraktyczną i wręcz nieściąłą.

Próbowano podawać samo mleko. Schultz poleca 250 — 300 ctm. sz. mleka gotowanego, wydobyć po godzinie, oznaczać można tylko kwaśność ogólną.

Proponowano jeszcze buljon, wodę z sokiem malinowym, 5% roztwór cukru (Rauber), herbatę słodzoną (Gang i Klein).

W r. 1922 Strauss polecił 300 ctm. sz. ciepłej herbaty bez cukru — po 30 minutach aspiracja przez cienki zgłębnik dwunastniczy.

Cyfry są naogół niższe od cyfr po śniad. próbnem Boasa-Ewalda. W r. 1923 asystent Strausa, Galewski podjął na nowo próby tej metody i sądzi, że zasługuje na szersze stosowanie.

Wreszcie Ehrmann zaproponował śniad. próbne alkoholowe, które obecnie jest dość popularne i w niektórych klinikach wyparło śniadanie próbne Boasa-Ewalda. 300 ctm. sz. 5%-go roztworu alkoholu etylowego (15 ctm. sz. 96% alkoh. + 285 ctm. sz. wody z dodatkiem 0,05% salicylanu sodu) Wydobywa się po 30-u minutach. Grote radzi po 45-ciu minutach.

Cyfry kwaśności są naogół o $\frac{1}{3}$ niższe, niż po śniadaniu próbnem Boasa-Ewalda. Jest to czysty płyn, w którym łatwo można dostrzec każdą domieszkę obcą: krew, żółć. Często domieszka żółci właśnie pozwala na ocenę działalności trzustki i wątroby.

Ostatnio Woyno na oddziale K. Zielińskiego przeprowadził szereg badań porównawczych, stosując u tych samych chorych próbne śniad. Boasa-Ewalda i alkoholowe. Cyfry są naogół o $\frac{1}{3}$ niższe po śniad. alkoholowym.

Wönckhaus zarzuca tej metodzie zbyt silny powrót soku dwunastniczego do żołądka i brak aktu żucia.

Mojem zdaniem, metoda ta musi spotkać się z zarzutem nienaturalności, sztuczności. Śniadanie próbne winno być fizjologiczne, najbardziej zbliżone do warunków normalnych naszego żywienia. Bardziej nam powinno zależeć na tem, aby śniadanie próbne powodowało wydzielanie normalne, jak zwykły pokarm, niż aby sztucznie drażniło żołądek i spowodowało wzmożone nienaturalnie wydzielanie. Alkoholu nie możemy uważać w żadnym

razie za podniecię fizjologiczną. Poza odurzeniem, które wywołuje u osób nieprzywykłych do alkoholu, zwłaszcza na czczo, a które to odurzenie niektórzy ze zwolenników tej metody uważają za moment, sprzyjający wykonaniu zgłębnikowania, alkohol zupełnie nie jest odpowiedni dla wielu chorych na żołądek ze względu na istniejące cierpienie i w niektórych razach może nawet wywołać bóle następne. Ostatnio Sanphilippo podziela w zupełności ten pogląd. Woyno i Wasserthal spóźniali po śniadaniu alkoholem świeże erytrocyty w zawartości żołądkowej.

Śniadanie próbne musi być możliwie zbliżone do fizjologicznego, winno być apetyczne, a zatem chętnie przyjmowane. Wtedy mamy poniekąd gwarancję, że i wydzielanie, a zatem i cyfry kwaśności, będą zbliżone do fizjologicznych.

Wychodząc z powyższego założenia, uważałem za wskazane poddać rewizji istniejący stan rzeczy i znaleźć śniadanie próbne, któreby miało przewagę nad obecnym śniadaniem próbnym Boasa-Ewalda i chętniej przez lekarzy było stosowane, a przez chorych przyjmowane.

Śniadanie takie winno odpowiadać następującym warunkom:

- 1) powinno być płynne, aby można było wydobyć zawartość zapomocą zgłębnika cienkiego, ewentualnie zgłębnika dwunast. Einhorna,

- 2) naturalne, podobne do zwykłego posiłku naszego rannego,

- 3) smaczne i nieszkodliwe, nawet dla ciężiej chorych,

- 4) nie winno zawierać środków farmaceutycznych, pobudzających (alkohol, kofeina) lub barwików.

- 5) musi dawać cyfry HCl i ogólnej kwaśności względnie równe i stałe, bez wielkich wahań.

- 6) musi dawać możność łatwego odróżnienia gołym okiem domieszek obcych, tak jak śniadanie Ehrmanna (krew, śluz, żółć).

- 7) musi dawać możność oceny, czy w danym przypadku wydzielanie jest wzmożone, czy upośledzone, lub prawidłowe, tak jak to umiemy sądzić na zasadzie śniadania próbnego Boasa-Ewalda.

Po przeprowadzeniu w mojej pracowni szeregu prób z kol. B. Goldsteinem, zatrzymaliśmy się na następującem śniadaniu próbnem: 180,0 lekkiej herbaty + 20,0 mleka + 5,0 cukru. Wydobywamy po upływie $1\frac{1}{2}$ godziny.

Śniadanie to odpowiada wszystkim powyższym warunkom. Jest płynne, a zatem może być wydobyte za pomocą zgłębnika dwunastniczego. Jest naturalne, bardzo chętnie przyjmowane zarówno przez zdrowych, jak i chorych, a dla chorych najzupełniej nieszkodliwe. Nie zawiera żadnych domieszek farmaceutycznych, ani barwików.

Nie wchodząc w teoretyczne rozważania, jak każda z poszczególnych części składowych tego śniadania próbnego działa na wydzielanie żołądka, boć tu idzie o ostateczny wynik, na który składają się różne czynniki, zarówno mechaniczne, jak i psychiczne, zajęliśmy się ustaleniem na zasadzie szeregu badań, jakie cyfry daje nasze śniadanie w praktyce w stanach normalnego trawienia, stwierdzonego zapomocą śniadania próbnego B o a s a - E w a l d a, w nadkwaśności i podkwaśności.

Przedewszystkiem nasuwało się pytanie, czy w każdym poszczególnym przypadku te cyfry są mniej więcej jednakowe i niezbyt daleko od siebie odbiegają?

Podajemy parę przykładów:

- 1) P. Dyk. otrzymał nasze śniadanie próbne trzy razy.

23/X 27 otrzymaliśmy L = 17 A = 60

5/XI „ „ L = 20 A = 48

12/XI „ „ L = 18 A = 54

- 2) P. Nir. — dwukrotnie.

12/XII 27 otrzymaliśmy L = 16 A = 37

14/XII „ „ L = 16 A = 33

- 3) Panna Cuk. — dwukrotnie.

21/I 28 otrzymaliśmy L = 8 A = 30

4/II „ „ L = 9 A = 32

- 4) Panna Ler. — cztery razy.

26/XI 27 otrzymaliśmy L = 0 A = 7

3/XII „ „ L = 0 A = 12

10/XII „ „ L = 0 A = 15

14/XII „ „ L = 0 A = 13

5) Panna Ar. — dwukrotnie.

28/XII 27 otrzymaliśmy $L = 0$ $A = 8$

16/I 28 „ $L = 0$ $A = 13$

Z powyższego widzimy, że cyfry L i A są po naszym śniadaniu próbnem dość stałe i że podlegają niewielkim wahaniom.

Jak się przedstawiają cyfry L i A po naszym śniadaniu w porównaniu z temiż cyframi po śniadaniu próbnem Boasa - Ewalda?

W tym celu przeprowadziliśmy cały szereg badań porównawczych, podając temu samemu choremu naprzemian obydwie śniadania próbne. Dane, otrzymane w ten sposób, rozbijamy na trzy grupy:

I grupa trawienia normalnego, w której cyfry L po śniadaniu próbnem Boasa - Ewalda wynosiły 20 do 40, cyfry zaś A — od 55 do 70.

We wszystkich przypadkach tej grupy po śniadaniu naszym otrzymaliśmy cyfry $L = 12$ do 20, cyfry zaś $A = 35$ do 55. A więc cyfry naogół niższe od tychże po śn. pr. Boasa - Ewalda.

Te cyfry zatem uważać będziemy za normę, t. j. $L = 10 — 20$ i $A = 35 — 55$ oznaczać będą chemizm normalny.

Celem ilustracji tej grupy normalnej podajemy kilka przykładów:

1) p. Gold. Cholecyst. chr. — po śn. próbnem Boasa - Ewalda $L=32$, $A=65$, — po śn. pr. naszym $L = 12$ $A = 35$.

2) p. Bruk. — Dyspepsia nervosa, po śn. pr. Boasa - Ewalda $L = 26$ $A=54$, — po śn. pr. naszym $L = 17$ $A = 39$.

3) P. El. — Cholecystitis chr. po śn. pr. Boasa - Ewalda $L = 28$ $A = 55$, — po śn. pr. naszym $L=12$ $A=52$.

Szczegółowe tablice porównawcze wszystkich badanych przypadków we wszystkich grupach podamy w najbliższej przyszłości oddzielnie.

Celem ilustracji grupy nadkwaśności podajemy następ. przypadki:

1) p. Hel. — *Ulcus ventr. chr.* po śn. pr. Boasa-Ewald a $L = 62$ $A = 80$, — po śn. pr. naszym $L = 43$ $A = 67$.

2) p. Sz. — *Ulcus ventr. chr.* po śn. pr. Boasa-Ewald a $L = 56$ $A = 82$, — po śn. pr. naszym $L = 30$ $A = 55$.

3) p. Asz. — *Ulcus ventr. chr.* po śn. pr. Boasa-Ewald a $L = 58$ $A = 96$, — po śn. pr. naszym $L = 80$ $A = 98$.

W innych przypadkach tej grupy cyfry L po naszym śniadaniu próbnym wynosiły 51, 35, 37, 40, itd., cyfry A — 82, 58, 60, 71 itd.

A więc w grupie nadkwaśności, jak widzimy, cyfry L wahają się pomiędzy 30 — 50, a cyfry A pomiędzy 55 — 85 (z wyjątkiem jednego przypadku — p. Asz., w którym cyfra L po naszym śniadaniu przekroczyła cyfrę, otrzymaną po śn. pr. Boasa-Ewald a).

Tak tedy, jeśli po naszym śniadaniu próbnym otrzymamy cyfrę L wyższą ponad 30, a cyfrę A wyższą ponad 55, musimy zaliczyć dany przypadek do grupy nadkwaśności.

Przypad. p. Asz., o którym wspominaliśmy wyżej i w którym po naszym śniadaniu cyfra L była znacznie wyższa od cyfry L , otrzymanej po śn. próbnym Boasa-Ewald a ($L = 80$ po naszym śn., a 58 po śn. Boas-Ewald a) odbiega od innych, ale zarazem dowodzi, że nasze śniadanie próbne może *ceteris paribus* być silnym bodźcem dla wydzielania żołądkowego.

Wreszcie w III grupie podkwaśności porównaliśmy cały szereg przypadków z brakiem wolnego HCl i ogólną kwaśnością 17 — 21 — 47 po śniadaniu próbnym Boasa-Ewald a.

1) Panna Żuch. — *Colitis chr.* po śn. pr. Boasa-Ewald a $L = 0$ $A = 13$, — po śn. pr. naszym $L = 0$ $A = 10$.

2) P. Czajk. — *Carcinoma ventr.*, po śn. pr. Boasa-Ewald a $L = 0$ $A = 17$, — po śn. pr. naszym $L = 0$ $A = 10$.

3) p. Gold. *Gastritis chr.* po śn. pr. Boasa-Ewald a $L = 0$ $A = 26$, — po śn. pr. naszym $L = 0$ $A = 17$.

W przypadkach o niskich cyfrach L i A po śn. próbnym Boasa-Ewald a, otrzymywaliśmy po naszym śniadaniu cyfry L — 0 do 8, cyfry A — 15 do 30.

A więc przypadki podkwaśności cechują się po naszym śniadaniu cyframi $L = 0$ do 10, $A = 7$ do 30.

Na zasadzie powyższych danych musimy stwierdzić, że cyfry L i A po naszym śniadaniu próbnem są naogół niższe od tychże cyfr po śniadaniu próbnem B o a s a - E w a l d a, że są dość stałe i że dają odpowiedź na pytanie co do charakteru wydzielania żołądkowego, wykazując normę $= L = 10 - 20$, $A = 35$ do 55, — nadkwaśność powyżej tych cyfr i podkwaśność poniżej tych cyfr zasadniczych.

Domieszki krwi, żółci i śluzu b. łatwo dają się w białym płynie rozpoznać.

Zatem przewaga naszego śniadania próbnego polegałaby na tem, że jest ono płynne, apetyczne, fizjologiczne i nie wymaga wprowadzenia zgłębnika twardego, lecz daje się wyaspirować zapomocą zgłębnika dwunastniczego E i n h o r n a, lepiej bez gałki na końcu, która wielu chorych odstrasza, lecz z zakończeniem gumowem, nieco rozszerzonem i twardszem na końcu, jak w zgłębniku twardym. Zgłębnik taki przedstawiłem na posiedzeniu Tow. Gastrologicznego w r. 1927 i jest wyrabiany przez firmę A m b e r w Warszawie.

Niektórzy chorzy wzdragają się nawet od tego zgłębnika; wtedy wprowadzamy zgłębnik żołądkowy twardy, ale b. cienki dziecięcy.

Jeśli zastanowimy się wogóle nad absolutną wartością kliniczną badania chemizmu żołądka, to w obecnym stanie naszej wiedzy i wobec teraźniejszych nowych metod badania klinicznego (R o e n t g e n i t. d.), musimy tę wartość uznać za względną. Same bowiem cyfry L i A w znacznym stopniu utraciły tę wagę, którą im przypisywaliśmy dawniej.

Na zasadzie li tylko cyfr chemizmu żołądka dziś rzadko rozpoznajemy cierpienia żołądka lub dwunastnicy. Nadkwaśność to nie owrzodzenie, podkwaśność nie wyłącza bynajmniej owrzodzenia. Normalny chemizm nie oznacza wcale zdrowego żołądka, gdyż często towarzyszy różnym cierpieniom tego narządu lub narządów sąsiednich. Niemniej jednak oddaje nieocenione usługi zarówno w rozpoznawaniu jak i w leczeniu stwierdzenie np. po śn. próbnem t. zw. „achylia gastrica“, upośledzonego wydzielania nieżyłowego, wybitnej nadkwaśności itp. A bodaj jeszcze ważniejszą rolę odgrywa dziś stwierdzenie w zawartości żołądka obecności krwi, ropy, żółci, śluzu i domieszek obcych lub zastoinowych.

Odpowiedzi te otrzymamy znacznie łatwiej, stosując śniadanie nasze (180,0 lekkiej herbaty + 20,0 mleka + 5,0 cukru), aniżeli śniadanie próbne B o a s a - E w a l d a.

Z tych względów śniadanie to pozwalam sobie polecić uważne Szan. Kolegów i pragnąłbym, aby zechcieli — po wypróbowaniu go — podzielić się z nami swemi uwagami.

P i ś m i e n n i c t w o .

- 1) Leube. D. Arch. f. Kl. Med. 1883.
 - 2) Jaworski i Gluziński — Kraków, 1885.
 - 3) Pacanowski. Kron. Lek. 1885.
 - 4) Grundzach. Gaz. Lek. 1889.
 - 5) Ewald. Klinik d. Verd. 1893.
 - 6) Talma. B. kl. W. 1895.
 - 7) Sahli. B. kl. W. 1902.
 - 8) Riegel. D. Erkr. d. Magens 1903.
 - 9) Sasaki. B. kl. W. 1905.
 - 10) Bickel. Zeit. f. diät. Ther. 1907.
 - 11) Boas. D. med. W. 1907.
 - 12) Curschmann. 27 Kongr. inn. Med. 1910.
 - 13) Fischer. M. m. W. 1911.
 - 14) Sahli. Lehrbuch, 1913.
 - 15) Mintz. Arch. f. kl. M. 104.
 - 16) Ehrman. B. kl. W. 1914.
 - 17) Gang u. Klein. M. kl. 1914.
 - 18) Skaller. B. kl. W. 1915.
 - 19) Rauber. Arch. f. Verd. 1917.
 - 20) Fuld, Kraus - Brugsch. 1921.
 - 21) Straus H. Zeit. f. kl. M. T. 29 förtzt. Fort. 1922.
 - 22) Galewski. Med. Klin. 1923.
 - 23) Boas. Diagn. 1925.
 - 24) Sanphilipps. Kongres. inn. Med. 19.
 - 25) Orłowski W. Polska Gaz. Lek. 25. 28.
 - 26) Austerlitz. Internacia. Med. Revus. 1926.
-

Przypadek wysokiej niedrożności kiszek, spowodowanej przez uwięźnięty kamień żółciowy.*)

Podał Dr. S. Mintz

Śród przyczyn mechanicznych, wywołujących niedrożność
kiszek, złoży żółciowe należą do najrzadszych. Kamyki małego
kalibru, nieprzekraczające rozmiarów orzecha laskowego, wtła-
czane wskutek silnych skurczów ścian pęcherzyka przez ujście
przewodu żółciowego do dwunastnicy, posuwają się dalej niepo-
strzeżenie, bez przeszkód i wydalają się na zewnątrz przez od-
bytnicę. Co się zaś tyczy większych kamieni żółciowych, to te
przedostają się do przewodu pokarmowego nie *per vias natura-*
les, drogą przez przewód żółciowy wspólny, lecz przez przedziu-
rawienie sąsiednich narządów, jak: żołądka, dwunastnicy, kiszek
cienkich lub poprzecznicy, po uprzednim wytworzeniu zrostów
zapalnych. Kamienie żółciowe, torujące sobie drogę z pęcherzy-
ka żółciowego do kiszek grubych zapomocą przedziurawienia
poprzecznicy, nawet niezwykle duże, zazwyczaj nie powodują
niedrożności kiszek. Przed kilku laty miałem przez szereg mie-
sięcy w leczeniu p-nę Szm., która miewała częste i ciężkie napa-
dy kolki żółciowej z podwyższoną ciepłotą i bolesnem obrzmiewa-
niem pęcherzyka żółciowego. Bezskutecznie namawiałem ją do
poddania się operacji. Nareszcie pewnego razu uradowana przy-
niosła do pokazania kolosalny kamień owalny, wielkości dużego
jajka kurzego, który odszedł u niej ze stolcem po ostatnim napa-
dzie kolki wątrobowej. Tak pomyślny wynik chora, jakkolwiek
sama była lekarzem, naiwnie uważała za sukces sztuki lekar-
skiej, będąc zarazem przekonana, że odejście kamienia położyło
kres trapiącej ją od dłuższego czasu ciężkiej chorobie. Pozorne
wyzdrowienie trwało jednak zaledwie kilka miesięcy, poczem da-
wniejsze dolegliwości zaczęły występować coraz częściej i gwał-
towniej. Zrozpaczona koleżanka zgodziła się ostatecznie na za-
bieg chirurgiczny. Na stole operacyjnym stwierdzono u niej ro-

*) Wygłoszone na posiedzeniu P. Tow. Gastrologicznego w dniu 15
Listopada 1927 r.

zległe zniszczenie pęcherzyka żółciowego. Chora, niestety, bezpośrednio po operacji życie zakończyła.

Przypadek powyższy przytoczyłem jako przykład, że nawet niezwykle duże kamienie mogą nie wywoływać niedrożności, o ile z pęcherzyka żółciowego przechodzą wprost do кишek grubych. Wyjątki należą do niezmiernie rzadkich wypadków. Natomiast większe kamienie żółciowe, które po przedziurawieniu przedostają się do żołądka, dwunastnicy albo do кишek cienkich, przyczynić się mogą do powstania niedrożności, przyczem obraz kliniczny, wywołany przez zatkanie światła кишek kamieniem, będzie się różnił w zależności od tego, czy ma się do czynienia z niedrożnością wysoką, gdy kamienie usadowią się szczelnie w odźwierniku lub dwunastnicy, czy też z niedrożnością niską, jeśli kamień utkwii w jelicie czczym albo też w krętnicy. W pierwszym wypadku występują uporczywe wymioty i silne bóle brzucha o charakterze spastycznym nieraz przeważnie na lewo od pępka, pomimo zaś braku stolców i niewydalania gazów nie spostrzegamy u chorego ani tak charakterystycznego dla niedrożności, pochodzącej z zatkania jelita czczego lub krętnicy, wzdęcia środkowej części brzucha, ani też wymiotów kałowych.

Czem należy tłumaczyć ustalony przez klinicystów fakt, że większe kamienie żółciowe, przedarłszy się do przewodu pokarmowego zapomocą przedziurawienia dwunastnicy albo też кишek cienkich, o ile nie zamykają światła кишek w przyległym do przedziurawienia miejscu, w dalszej swej wędrówce najczęściej zatrzymują się w dolnym odcinku krętnicy, tuż powyżej zastawki Bauhini'ego, powodując niedrożność mechaniczną? Sądzę, że przyczyny tej predylekcji nie należy tłumaczyć hipotezą, że światło tego odcinka ma być normalnie węższe od światła reszty кишek cienkich. Taka koncepcja nie jest prawdopodobna, a przedewszystkiem znajduje się w sprzeczności ze stwierdzonym przeze mnie i innych faktem, że w przypadkach wysokiej niedrożności, które kończą się pomyślnie bez zabiegu chirurgicznego, uwięziony w dwunastnicy kamień żółciowy może wydostać się na zewnątrz, nie zatrzymując się powtórnie w dolnym odcinku krętnicy. Należy raczej przyjąć, że przesuwający się przez przewód kiszkowy kamień żółciowy w pewnych,

zbyt wrażliwych miejscach, wywołuje wskutek podrażnienia silny skurcz jelit, najwrażliwszym zaś terenem, z powodu zapalenia lub uszkodzenia błony śluzowej, będzie dwunastnica w obrębie przedziurawienia, jak również dolna część krętnicy. Ścianki kiszek wskutek skurczu ściśle są obciążnione na kamieniu, który w tych warunkach tworzy przeszkodę dla swobodnego krążenia mas kałowych. Skurcz wokoło kamienia nieraz bywa tak silny, że na stole operacyjnym często nie udaje się siłą przepchnąć go dalej, celem zaś wydobycia uwięzionego kamienia wypada przeciąć przylegającą doń ścianę jelita. Widzieliśmy to niedawno w demonstrowanym przypadku z oddziału kol. **Zawadzkiego**, gdzie udało się usunąć kamień żółciowy, powodujący niedrożność kiszek, dopiero po wykonaniu ileostomji. Ucisk, wywierany na ścianę jelita przez uwięziony kamień, wywołuje zaburzenia krążenia krwi, a na tem tle powstają owrzodzenia i zgorzel tkanek kiszek wraz z udziałem otrzewnej w zakażeniu. Toteż zabieg chirurgiczny w niedrożności, spowodowanej zatarasowaniem kiszek cienkich przez kamienie żółciowe, wykazuje duży odsetek śmiertelności.

W przypadku, który dziś mam zamiar naszkicować, wysoka niedrożność zakończyła się pomyślnie, na szczęście, bez pomocy chirurgicznej. Przypadek ten dotyczył d-rowej K., w wieku lat 61, która od 10-iu lat cierpiała na kolkę wątrobową. W roku 1916 lekarze stwierdzili u niej zapalenie pęcherzyka żółciowego, bez żółtaczki. Chora od 1918 roku często zwracała się do mnie o poradę z powodu bólów napadowych w dołku i w okolicy wątroby. W okresie 6-cioletnim, licząc od początku mej obserwacji oż do ostatniej choroby, kilka razy stwierdzałem u chorej zapalenie woreczka żółciowego oraz pokrywającej go otrzewny, które nieraz trwało kilkanaście dni z rzędu. Dodać muszę iż nawet w okresach, wolnych od napadów, wyczuwało się powiększony pęcherzyk żółciowy, sięgający niżej poziomej linii pępkowej. Chora jeździła kilka razy do Karlsbadu, leczenie u wód nie mogło jednak zapobiedz częstym nawrotom cierpienia dróg żółciowych. Ostatnia choroba rozpoczęła się w przedostatnim dniu grudnia 1924 r. i trwała 10 dni. Szczegółowy przebieg tej choroby, skrzętnie notowany z mego polecenia przez syna chorej, młodego lekarza, przedstawia się, jak następuje: :

30. XII. 24 r. W 5 godzin po błędzie dietetycznym silne mdłości oraz lekkie bóle brzucha na lewo od pępka. O godzinie 7 $\frac{1}{2}$ wieczorem silne wymioty; bóle się wzmagają. T. 37,8°.
31. XII. 24 r. Wymioty mniej obfite, rozlane bóle po lewej stronie brzucha. T. 38,3°. Brak stolców i wiatrów. Rycyna bez skutku.
1. I. 25 r. Wymiotów niema, bóle mniejsze, wypróżnienia niema. Po Ol. ricini wypróżnienie niezbyt obfite. T. 37,3°.
2. I. 25 r. Silne bóle o charakterze skurczowym po lewej stronie brzucha. T. 37,5°. Wypróżnień i wiatrów niema. Salol + kodeina.
3. I. 25 r. Od rana częste obfite wymioty kwaśne; wymiociny barwy zielonkawej. Silne pragnienie. W przerwach między wymiotami silne bóle po lewej stronie brzucha, promieniujące do krzyża. Ciężar właściwy moczu 1035. Białka w moczu niema, cukru ślad, indykan zwiększony. Osad składa się z moczanów. T. 36,8°. Tętno 80 — 100. Kokaina. Atropina podskórnie. Ławatywa. Ani wypróżnień, ani wiatrów.
4. I. 25 r. T. 36,5°; puls 100 — 130. Brak stolców i wiatrów; znaczny upadek sił. Wymioty rzadsze, silne bóle napadowe po lewej stronie brzucha; wieczorem obfite wymioty krwawe.
5. I. 25 r. Zrana wymioty krwawe, poczem samopoczucie się poprawia. Odeszło trochę wiatrów, wypróżnienia niema. T. 36,9° — 37,2°. Tętno 80 — 90.
6. I. 25 r. Samopoczucie lepsze. Silne pieczenie w przełyku. Wiatry odchodzą. T. 36,8° — 37,2°. Tętno 80.
7. I. 25 r. Samopoczucie dobre, po ławatywie nieco twardego stolca.
8. I. 25 r. Po ławatywie odszedł spory kamień, a za nim obfita ilość kału.

Przeglądając uważnie powyżej przytoczoną historję choroby, rozróżniamy w przebiegu cierpienia 2 okresy. W pierwszym ostrym i nieco dłuższym okresie, z objawów chorobowych występują naprzód: g o r a c z k a, bó l e o charakterze skurczowym, przypominające bóle porodowe pod tym względem, że po

trwającym kilka minut skurczu następuje również krótka przerwa; dalej uporczywe wymioty, 2 razy nawet wymioty krwawe. Wreszcie brak stolców i wiatrów.

Analizując obecnie, po ustaleniu istoty cierpienia, powyższe objawy, dochodzę do wniosku, że na początku, bezpośrednio po wybuchu choroby, zależały one od ograniczonego cierpienia otrzewny, będąc zwiastunami przygotowującego się przedziurawienia, później zaś, po przedziurawieniu, można było je tłómaczyć usadowieniem się kamienia w przewodzie pokarmowym. Znaczna domieszka krwi w wymiocinach u osoby, u której nigdy, ani przedtem, ani też później, nie było podejrzenia na owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy, mogła być następstwem poranienia naczynia. Obfite wymioty krwawe z jednej strony, brak zaś wzdęcia brzucha i wzmożonej perystaltyki z drugiej — wskazują z wielkiem prawdopodobieństwem na uwięźnięcie kamienia w dwunastnicy. Po 7-iu dniach stan choroby znacznie się zmienia: bóle i wymioty ustają, ciepłota ciała się obniża, tętno staje się prawidłowe, samopoczucie dobre, wiatry odchodzą. Dalsza wędrówka kamienia odbywa się bez przeszkód, nareszcie na 10-ty dzień choroby, po ławatywie, kamień wychodzi przez odbytnicę.

Tak się przedstawia sprawa a posteriori, natomiast przy łóżku chorej rozpoznanie nastroczało dużo trudności. Przedewszystkiem wobec umiejscowienia się bólów w lewej połowie brzucha, wahaliśmy się w pierwszych dniach choroby (chorą widziałem kilka razy z kol. Edwardem Orłowskim), czy w danym przypadku siedliskiem choroby nie jest esica (*perisigmoiditis*); przeczyły jednak temu rozpoznaniu uporczywe wymioty i charakter kurczowy bólów. Wobec tego wyraziłem przypuszczenie, iż mamy do czynienia najprawdopodobniej, jeśli nie z zupełną, to przynajmniej z częściową niedrożnością kiszek, wywołaną przez uwięźnięty kamień żółciowy. Podejrzenie to opierało się przedewszystkiem na dłuższej obserwacji klinicznej, mieliśmy bowiem przed sobą chorą, która od szeregu lat często zapadała na kolkę żółciową, nieraz w związku z zapaleniem pęcherzyka i pokrywającej go otrzewnej (*cholecystitis*, *pericholecystitis*). Nadto żywo mi stał w pamięci analogiczny przypadek, który widziałem w roku 1913 w Lublinie, na naradzie z kilkoma miejscowymi kolegami, gdzie

operacja, wykonana później przez miejscowego lekarza, ś. p. d-ra Dobruckiego, wykazała, że przyczyną niedrożności kiszek u 56-letniej chorej były kamienie żółciowe, uwięzione w cienkich kiszkach.

U naszej chorej 10-go dnia choroby wyszedł przez odbytnicę spory, owalny kamień, który chcę tu Panom przedstawić. Uszkodzenie, które Panowie widzicie, pochodzi stąd, że pewną część odpłował celem szczegółowej analizy. Rozbiór chemiczny, dokonany w pracowni p. d-ra Prosa, dał wyniki następujące:

Kamień koloru brązowego, sproszkowany, badany był przede wszystkim na obecność składników organicznych. Wykryto cholesterynę drogą wyciągu eterowego. Z roztworu tego, pozostawionego na kilka godzin do odparowania eteru, pozostała biała krystaliczna masa, która pod mikroskopem dała typowe kryształy cholesteryny. Z drugiej strony odczyny Liebermana (bezwodnik kwasu octowego plus kwas siarkowy) i Salkowskiego (chloroform plus kwas siarkowy) wypadły dodatnio.

Jako drugi składnik organiczny wykryto hydrobilirubinę w wodnym roztworze tego proszku (reakcja z 5% chlorkiem żelaza).

W roztworze azotowym popiołu, otrzymanego po spaleniu substancji próba z molibdenianem amonu wykazała obecność kwasu fosforowego.

Zalkalizowany roztwór azotowy popiołu zawiera magnez.

Wyniki powyższego rozbioru chemicznego dowodzą, że badany kamień jest kamieniem żółciowym i składa się przeważnie z cholesteryny z domieszką fosforanu magnezowego, który przylgnął do kamienia podczas jego wędrówki przez przewód kiszkowy. Dodam jeszcze, że kamień ten był najprawdopodobniej kamieniem pojedynczym, jak świadczy o tem nie tylko brak fasetek, lecz nadto ta okoliczność, że chora, która dawniej miała częste napady kolki żółciowej, w ciągu prawie 3-let po odejściu kamienia pozostaje wolna od napadów i wogóle czuje się zupełnie zdrową.

Z II-ej Kliniki Wewnętrznej Uniw. St. Batorego w Wilnie
 Dyrektor Prof. Dr. A. Januszkiewicz.

Przypadek mięsaka żołądka.

podał Dr. Aleksander Czerniewski.

Chory lat 33, żonaty, z zawodu kupiec, przybył do kliniki dnia II. X. 1926 r. ze skargami na bóle w dołku, nieraz ostre, rozchodzące się do podżebrzy, do kręgosłupa i do łopatek. Bóle występują zwykle, gdy jest głodny, uspakajają się w czasie jedzenia i znowu powracają po pół albo jednej godzinie po jedzeniu na przeciąg kilku godzin; po mięsie, chlebie razowym i wogóle po pokarmach ostrych, słonych i kwaśnych chory ma bóle silniejsze i czuje się gorzej. Stale ma odbijania kwaśne. szczególnie po spożyciu mięsa i często nudności i zgagę; stolce zaparte. Choruje od dwóch miesięcy. Chorób wieku dziecięcego nie pamięta; przed kilku laty przebył nieżytowe zapalenie płuc. Ojciec i matka zmarli na nowotwory złośliwe przewodu pokarmowego; rodzeństwo zdrowe. Podczas badania, w układach oddechowym, krwionośnym, moczopłciowym i nerwowym zmian szczególniejszych nie znaleziono. Wątroba, śledziona i nerki niemacalne, od wstrząsania niebolesne. Opukowo śledziona nie powiększona. Dolną granicę żołądka określa się pluskaniem na palec powyżej pępka; żołądek wrażliwy na omacywanie, szczególnie okolica odźwiernika. Punktów bolesnych u kręgosłupa brak. Odżywienie chorego zadowalające. Badanie krwi wykazało: Hb. 90,1% (Autenrieth - Königsberger), ciałek czerwonych 5,2 m. w 1 mm. sz., wskaźnik barwikowy 0,86, ciałek białych 7300 w 1 mm. sz., z nich kwasochłonnych 5%, obojętnochłonnych 63,5%, limfocytów 30%, monocytów 1,5%; kształt, wielkość i barwliwość ciałek czerwonych prawidłowa. Postaci patologicznych ciałek czerwonych i białych nie zauważono. W moczu o c. w. 1016 — 1024, poza zwiększoną nieco ilością indykanu, składników patologicznych nie wykryto. Podczas zgłębnikowania po próbnem śniadaniu Boasa - Ewalda we $\frac{2}{3}$ godz. kwaśność ogólna=62, HCl. wolny=50, pozatem w zawartości żołądka jakichkolwiek składników patologicznych brak. W skąpej ilości zawartości wydobywanej na czczo, stwierdzono

dwukrotnie resztki próbnej kolacji z dnia poprzedniego. Krwi utajonej w stolcach przed prowokacyjnem ogrzewaniem żołądka i po niem (według Boasa) ani razu nie wykryto. Podczas prześwietlania promieniami Roentgena kształt żołądka przedstawił się prawidłowy, żadnych wklęśnięć, przewężeń i wypukleń w konturach żołądka nie stwierdzono. Ruchy perystaltyczne żywe, częste i mocne. Nieprawidłowości w wypełnianiu i w czynności części odźwiernikowej nie spostrzeżono. Rozpoznano wrzód okrągły części przyodźwiernikowej żołądka. W kwietniu 1927 roku (t. j. po 5-ciu miesiącach od wyjścia z kliniki) chory zgłosił się powtórnie i opowiedział, iż po zastosowaniu zaleconego mu leczenia czuł się zupełnie dobrze w ciągu paru miesięcy, później jednak bóle powróciły i obecnie dokuczają mu w większym jeszcze stopniu, doprowadzając często do wymiotów, po których doznaje ulgi. Jada mało w obawie bólów. Silnie wychudł; w ciągu tych miesięcy stracił na wadze 10 klg. Badaniem stwierdzono obniżenie się dolnej granicy żołądka do pępka, a po jedzeniu wyraźne stawianie się żołądka. Po próbnem śniadaniu kwaśność zawartości żołądkowej wynosiła kw. og., HCl wolny=45/30, 65/50. Zgłębnikowanie na czczo wykazało znaczną, bo do pół litra miazgi pokarmowej sięgającą zastoinę o kwaśn. 75/50, 100/80; pod mikroskopem stwierdzono obecność w miazdze pokarmowej czworniaków. W stolcu tym razem stale była wykrywana krew utajona. Wrażliwość na omacywanie okolicy żołądka większa, niż podczas pierwszego pobytu. Mięsień prosty prawy silniej napięty niż lewy. Wyczuwanie okolicy odźwiernika utrudnione. Ciężota podgorączkowa dochodziła wieczorami do 37,3°. Stan krwi, pomimo krwawień, takiż, jak i podczas pierwszego pobytu w klinice. Ten zespół objawów, wiążący się logicznie ze zmianami, stwierdzonemi u chorego podczas jego pierwszego pobytu w klinice, przemawiał za postępującym wrzodem w części odźwiernikowej żołądka, z objawami zwężenia odźwiernika i zapalenia wokoło niego. Słowem, rozpoznanie nasze brzmiało: *ulcus ventriculi rotundum juxtapyloricum, stenosis pylori, perigastritis circumscripta*.

Wobec takiego rozpoznania, gdy zwykłe zabiegi leczenia i dietyczne okazały się bez wpływu na bóle i krwawienia, cho-

rego po krótkiej obserwacji skierowano na klinikę chirurgiczną. Na kilka dni przed operacją zauważono obecność wolnego płynu w jamie brzusznej; ilość jego szybko się zwiększała. Na operacji stwierdzono w ścianie żołądka, w części przyodźwiernikowej, guz, wielkości kurzego jaja, ściśle zespolony z otoczeniem za pomocą zrostów. Gruczoły sieci dużej, jak również gruczoły, leżące przy tętnicy śledzionowej, powiększone i twarde. Zmian w wątrobie nie wykryto. Z powodu unieruchomienia całej tylnej ściany żołądka przez zrosty, brak było warunków do założenia zespolenia żołądkowojelitowego i po wycięciu kilku zmienionych gruczołów chłonnych sieci, zaszyto powłoki jamy brzusznej.

Badanie drobnowidowe jednego z wyciętych gruczołów, dokonane w zakładzie Uniw. Anatomji Patologicznej prof. O p o c z y ń s k i e g o (Dr. Mahrburg) wykazało obecność zmian charakterystycznych dla mięsaka pęcherzykowatego (*sarcoma alveolare*).

Mięsak żołądka nie należy do cierpień zbyt rzadkich. Tak, we wszechświatowym piśmienictwie opisano przeszło 250 takich przypadków, wogóle zaś ma on stanowić 1% — 6% guzów złośliwych żołądka, a jak twierdzą niektórzy (F e n w i c k), jeszcze więcej, gdyż znaczna część mięsaków jakoby nawet na sekcji zostaje rozpoznana jako rak, o ile się nie robi badania drobnowidowego (N o i r e i A g a s s e - L a F o n t). I w naszym przypadku w czasie operacji nowotwór rozpoznano jako rak i dopiero badanie histologiczne ściśle ustaliło jego charakter.

O etiologii nowotworów złośliwych żołądka dotąd nie mamy pewnych danych. Z czynników, sprzyjających ich powstaniu, wspomina się urazy rozmaitego pochodzenia, wrzód żołądka (F i n s t e r), i nowotwory łagodne. W tym przypadku stwierdzano istnienie, współrzędnie z mięśniakiem i włókniakiem, grup komórek mięsaka (E i s e l s b e r g, K o n j e t z n y).

Mięsak żołądka może się rozwijać albo pierwotnie, albo wtórnie, jako przerzut z ogniska, umiejscowionego w innym organie. Czy się spotyka częściej mięsaki wtórne, czy pierwotne — dotychczas nie ustalono. Co do umiejscowiania się w żołądku, to naogół mięsaki posiadają mniejszą od raków skłonność do usadowiania się w otworach i wyjątkowo tylko powodują ich

zweżenie; wogóle częściej usadawiają się na krzywiznie dużej i w części przyodźwiernikowej żołądka. Rozrastać się mięsak może albo do światła żołądka, albo na zewnątrz, toteż rozróżnia się mięsaki wewnątrzżołądkowe i zewnątrzżołądkowe. Różne postaci jego zachowują się przytem nie jednakowo. Wtedy, gdy okrągłokomórkowy mięsak rozrasta się w postaci nacieczenia ściany, inne postaci jego wytwarzają guz, połączony szerszą lub węższą szypułą z podstawą. Według statystyki Gosseta mięsaki w 50% są pod względem anatomopatologicznym czyste; z nich częściej spotykają się *sarcoma globulo-cellulaire* i w 50% mieszane, t. j. włókniakomięsaki (*fibrosarcoma*), mięśniakomięsaki (*mysarcoma*) i t. p. Według Albu najczęstszymi są włókniakomięsaki, które są prawie zawsze pierwotne, najrzadziej zaś spotyka się mięsaki naczyńiaste (*angiosarcoma*), których dotychczas opisano tylko cztery przypadki.

Najzjadliwszymi są mięsaki okrągło - drobnokomórkowe które dają najczęściej przerzuty. Przerzuty powstają zwykle drogą naczyń chłonnych, rzadziej przez naczynia krwionośne, toteż najczęściej stwierdzano je w gruczołach chłonnych przyżołądkowych i pozażołądkowych, jak również w narządach jamy brzusznej; z tych najczęściej w wątrobie. Drogą naczyń krwionośnych przerzuty bywają zanoszone nawet do narządów najodleglejszych, jak: opony mózgowe, skóra i t. p. Skłonność do wytwarzania przerzutów, jak już zaznaczyłem, zależy od charakteru budowy mięsaka, szereg jednak autorów, jak Capelle, Hesse, Konjetzny i inni podkreśla fakt dość rzadkiego występowania przerzutów w pierwszym okresie rozwoju nowotworu, gdy guz jest nieduży. Wielkość mięsaka bywa zwykle niezbyt znaczna, niektóre jednak jego postaci mieszane dosięgają czasami wymiarów takich, do jakich raki nigdy nie dochdzą. Tak Léo podaje przypadek włókniakomięsaka zewnątrzżołądkowego, usuniętego operacyjnie, o wadze 10,3 klg. i średnicy 41 ctm.

Zasadniczo mięsak w wieku młodszym spotyka się częściej niż rak; stwierdzono go nieraz u dzieci (Wunderlich, Fouillaton i in.) Największa liczba opisanych przypadków dotyczy jednak ludzi w wieku 40 — 60 lat. Nowotwory złośliwe spotyka się częściej u członków pewnych rodzin (Stæhelin).

W naszym przypadku oboje rodzice chorego zmarli na nowotwory złośliwe. Wiadomo, iż wrzody okrągłe żołądka u osób starszych nieraz przechodzą w raka, opisano również przejścia w mięsak (Finster, Schindler).

Czy w naszym przypadku mieliśmy do czynienia z mięsakiem pierwotnym, czy też z rozwijającym się na tle wrzodu okrągłego, to niestety, z powodu niedokonania sekcji nie zostało ustalone. Nadkwaśność zawartości żołądkowej, liczne zrosty zapalne z otoczeniem i wogóle cały obraz chorobowy pośrednio przemawiają za tem.

Już oddawna omawiana jest kwestja, czy mięsak żołądka da się wyodrębnić w określoną jednostkę kliniczną, czy też ma pozostać zagadnieniem, roztrzyganem tylko patologoanatomicznie. Przed 30-tu laty Schlesinger próbował z przypadków, opisanych przez innych i z własnego doświadczenia dać zespół objawów klinicznych mięsaka żołądka, któryby pozwalał na rozpoznanie tego nowotworu. Cały szereg później opisanych przypadków w szczególności przez Zieschego, Dawidsohna, Hessego i in. pozwolił uzupełnić obraz podany przez Schlesingera. Nowe metody badania, wprowadzone w ciągu tego czasu do djaгностиyki, również zostały użyte w kierunku ustalania ścisłego rozpoznania.

Jednym z wcześniejszych i dość częstych objawów, mogących wyprzedzać nawet jakoby na kilka miesięcy inne wyraźniejsze objawy chorobowe, są, podkreślane przez wiele autorów, uporczywe bóle w jamie brzusznej różnego charakteru i umiejscowienia, często zależne od czasu przyjmowania i od jakości pokarmów, spowodowane, jak sądzą: Wittkamp, Hesse i in.) nadkwaśnością zawartości żołądkowej, co do której należy podkreślić, że się utrzymuje w niektórych przypadkach pomimo silnego wyniszczenia aż do śmierci (Stubenrauch, Grek). Ten fakt jest spowodowany prawdopodobnie odmiennem niż w raku działaniem toksyn mięsaka. W pewnej części przypadków utrzymuje się kwaśność prawidłowa lub występuje zanik wolnego kwasu solnego i zjawia się kwas mlekowy. Utrata łaknienia i wyniszczenie występują również dość wcześnie. Niektórzy autorzy spostrzegali okresy jak gdyby cofania się objawów chorobowych, ze wzmożeniem apetytu i nawet podniesieniem wagi. Później jednak występuje nowe zaostrenie. Podwyższoną

ciepłotę częściej obserwowano w mięsaku niż w raku. To samo da się zauważyć co do powiększenia śledziony. Często charakterystycznie zachowuje się krew, a mianowicie występuje silne zmniejszenie się ilości Hb. (do 20 — 18% Meischke, Daniels i in., wobec utrzymującej się ilości krwinek. W liczbie i obrazie białych ciałek krwi zmian charakterystycznych dopatrzeć się trudno. Objaw Kundrata, polegający na przeroście tkanki adenoidalnej podstawy języka i migdałków, jak okazało się, nie jest ani stały, ani charakterystyczny dla mięsaka żołądka. W późniejszych okresach choroby, gdy już stwierdza się obecność guza, starano się dopatrzeć cech charakterystycznych w jego kształcie. Tak, Konjetzny za charakterystyczny dla mięsaka uważa kształt kulisty. Częstość krwawych wymiotów i krwi utajonej w stolcu jest w mięsaku znacznie mniejsza niż w raku; według Hesse, jakoby o połowę. Zmiany w innych narządach jamy brzusznej i poza nią leżących, jak np. opony mózgowej, o ile występują, to są spowodowane najczęściej przerzutami do tych organów. Mięsakowi żołądka czasami towarzyszy nagromadzenie się płynu w jamie otrzewnej, najczęściej wysiękowego, spowodowanego miejscowem, lub ogólnem zapaleniem otrzewnej (peritonitis sarcomatosa), czasami ropnego, spowodowanego rozpadem nowotworu i przedziurawieniem ściany żołądka. Nagromadzenie się płynu przesiękowego bywa wywołane albo uciskiem nowotworu na naczynia, albo silnem wyniszczeniem w końcowym okresie cierpienia. Odmienne od wszelkich innych postaci mięsaka mają zachowywać się mięsaki chłonne. Tak, opisane są przypadki wyleczenia takiego mięsaka bez zabiegu chirurgicznego przez stosowanie promieni Roentgena i przetworów arsenu (Grek). Czasami jednak taż sama postać przebiega złośliwie, prędko doprowadzając do zgonu. Należy podkreślić, iż mięsak może przez czas dłuższy przebiegać bez żadnych objawów i bywa jako niespodzianka wykrywany na sekcji (przypadek Roberta). Co zaś do cech roentgenologicznych, to mięsak nie daje obrazu charakterystycznego w takim stopniu, jak rak i naogół brak mu jakichkolwiek cech, pozwalających podczas prześwietlania odróżnić go od raka. Tylko w wyjątkowych przypadkach mięsak, wychodząc z krzywizny dużej i będąc uszypułowany na cienkiej nóżce, może dać lej-

kowate wciągnięcie na krzywiźnie, zmieniające swą wielkość, zależnie od manipulowania guzem (Hesse i Schlesinger). Po wprowadzeniu do kliniki gastroskopji, Schindler pierwszy próbował stosować tę metodę w celu rozpoznania mięsaka. W opisanym przez niego przypadku chorego poddawano gastroskopji dwukrotnie, pozwoliło to jednak tylko stwierdzić krwotoczne rozlane zapalenie błony śluzowej żołądka. Ten obraz rozlanego zapalenia krwiotocznego Schindler chciał uważać za charakterystyczny; jasną jest rzeczą jednak, że różne umiejscowienie i różne postaci mięsaka mogą dawać na błonie śluzowej żołądka obrazy najróżnorodniejsze. Próbowano zapomocą pewnych prób z surowicą krwi wnioskować o obecności nowotworu złośliwego w ustroju (Botello i in.), jednak późniejsze prace nie dały potwierdzenia użyteczności tych odczytów. Metoda Abderhaldena w połączeniu z interferometrią zbyt mało była stosowana w podobnych przypadkach, żeby o niej można było obecnie już coś pewnego powiedzieć.

Rozrastające się w rozmaity sposób mięsaki, mogą dawać najróżnorodniejsze objawy fizykalne. Mięsak, przerastający ścianę żołądka, lub rosnący w postaci uszypułowanego guza do światła jego, może się zaznaczyć odpowiednimi zmianami w nadbrzuszu. W innym przypadku mięsak, rozrastając się na zewnątrz żołądka i po osiągnięciu pewnych wymiarów obniżając go swoim ciężarem, może symulować nawet torbiel jajnikową, po wytworzeniu zaś zrostów z otoczeniem staje się leżącym w dole brzucha mało ruchomym guzem, mogącym robić wrażenie, że wychodzi z miednicy małej.

Zestawiając wszystkie wyżej wymienione cechy, jakie różni autorzy uważają za charakterystyczne dla mięsaka żołądka należy stwierdzić, iż w pierwszym okresie choroby, gdy guz nie jest jeszcze macalny, cechy te są dla rozpoznania niewystarczające: ściśle rozpoznanie jest niemożliwe. W późniejszym zaś okresie, nawet gdy się wyczuwa guz, rozpoznanie można postawić tylko w razie odpowiednio układającego się zespołu objawów, zresztą rozpoznanie wtenczas posiada znaczenie więcej prognostyczne, gdyż na radykalny zabieg operacyjny zwykle wtedy jest zapóźno z powodu przerzutów. Tak np. w przypadkach, opisanych przez Leubego, Fleinera, Dreyera Renckiego, Greka i innych, rozpoznanie postawiono po

badaniu anatomopatologicznem przerzutów skóry, w przypadku zaś Riegela i Westphalena — po zbadaniu wypłokanych z żołądka cząstek rozpadającego się nowotworu. Zresztą nawet pomimo stwierdzenia mięsaka skóry, w przypadku Leubego, na sekcji rozpoznano raka żołądka. Ostatnio Grek podaje trzy przypadki mięsaka żołądka, rozpoznane za życia po wykryciu guza, pomimo zachowanej kwaśności zawartości żołądkowej i braku krwi utajonej w stolcu, z postępującem jednocześnie ogólnem wyniszczeniem. Rozpoznanie to nastąpiło jednak w okresie, kiedy na radykalny zabieg było za późno i wszystkie trzy przypadki skończyły się śmiercią. Przeciętny czas trwania mięsaka żołądka określają na 1 — 5 lat; nasz chory zmarł po jedenastu miesiącach choroby.

Piśmiennictwo:

1. Noir i Agassé La-Font. Nouveau Traité de Méd.
2. Albu Kraus und Brugsch. Spezial Pathologie und Therapie t. V. str. 987 i 1287.
3. Stubenrauch. Klin. Woch., 1925, str. 44.
4. Schindler. Kl. Woch., 1922, str. 2086.
5. Meischke. Klin. Woch., 1926, str. 1628.
6. Finster. Wien. Klin. Woch., 1922 str. 426.
7. Grek. P. G. Lek. 1927, Nr. 43, str. 788.
8. Léo. La Presse Méd. 1924, str 261.
9. Kolbe. Kl. W. 1922, Nr. 42, str. 2095.
10. Sebestyén i Kalo-Pest. Arch. f. Kl. chirurg. t. 130, z. 3.
11. Souligoux. La Presse Méd. 1923, str. 602.
12. Roesch. Virch. Arch. f. Pathol. und. Phys. 1923. t. 245, str. 9.
13. Engelbrecht. Virch. Arch. f. Pathol. und Phys. 1923 r., t. 246 str. 122.
14. Schusterówna. P. G. Lek., 1922, str. 36.
15. Rencki. P. G. Lek., 1922 r., str. 208.
16. Flehle. Frankfurt. Zeitschrift. f. Pathol., 1923 r., str. 311.

Streszczenia.

B. Wejnert. Foetor ex ore. (Warsz. Czasop., Lek., Nr. 13/1928).

Wśród dolegliwości przewodu pokarmowego napotykamy również i takie, które, nie będąc wprawdzie dla życia groźnemi, są jednak dla chorego i dla otoczenia bardzo przykre. Do takich należą czkawka, oddawanie wiatrów, foetor ex ore i in. Autor zastanawia się nad cucha-

nieniem z ust, wskazując na to, iż w piśmiennictwie stosunkowo bardzo mało wspomina się o niem. Autor stwierdza, iż dotknięci tem cierpieniem stanowią dość znaczny odsetek wśród zgłaszających się o poradę do gastrologa. — Ciekawe, iż foetor występuje dość często po wzruszeniach nerwowych. Przyczyna tego cierpienia tkwi jednak w żołądku. Zaleca się systematyczne przepłókiwanie żołądka oraz dietę „suchą”. **Fr.**

P. Łukacz. Zgaga. (Mediz. klinik. 1928. Nr. 18).

Żołądek u cierpiących na nadkwaśność i u neurasteników wykonywa wzmoczone ruchu robaczkowe, skutkiem czego zawartość żołądka dostaje się do przełyku. Skurcz wpustu, który jest stanem normalnym, uniemożliwia powrót zawartości do żołądka i wywołuje zgagę, i ściskanie wzdłuż przełyku — a to bez względu na odczyn zawartości. Dopiero po rozwarciu wpustu płyn wraca do żołądka. Dodatkowo działanie zasad w zgodzie autor tłumaczy sobie w sposób następujący: zauważył, że często zgaga ustępuje, jeśli poprzednio nastąpiło odbijanie. Świadczy to, że podczas ujęcia powietrza z żołądka zawartość z powrotem tam się przedostała. Działanie sody polega nie tyle na zobojętnianiu kwaśnej zawartości żołądka, co na wytwarzaniu wolnego kwasu węglowego, który, naciskając na wpust, przyczynia się do jego rozwarcia, a tem samem do powrotu zawartości żołądkowej z przełyku do żołądka. — Podobnie działa Sol. polybromat. effervescens. Neutralon, Alucol, Magnes. perhydrol zobojętniają jedynie kwaśną zawartość żołądka. Przetwory atropiny osłabiają wzmoczoną perystaltykę żołądka, a więc nie dopuszczają do przedostania się zawartości żołądka do przełyku.

W doborze potraw nie powinniśmy się trzymać znanych szablonów dietetycznych, lecz usuwać te potrawy, które zgagę wywołują.

Schlager.

Breitner. Zespolenie przełykowożołądkowe w skurczu wpustu. (Med. Klin. 1928. Nr. 20).

Zastosowanie zwykłe rozmaitych środków farmakologicznych, jak również metody Gottsteina nie wpłynęło na stan chorej. Na żądanie chorej dokonano zabiegu; po wycięciu żeber od 8 — 10 i przecięciu nerwu przeponowego zespolono przełyk z przednią ścianą żołądka. Po zabiegu odżywianie odbywa się zupełnie prawidłowo.

M. O.

Fleischner. 2 przypadki powiększenia gruczołów węzkowych z uciskiem na przełyk. (Med. Kl. 1928, Nr. 20).

M. O.

Brünner — Ornstein. Stosowanie diatermji w skurczu wpustu. (Med. Kl. 1928. Nr. 21).

Na posiedzeniu Wiedeńsk. Tow. Lek. B. przedstawił 3 przypadki skurczu wpustu wyleczone diatermją zgłębnikową i jeden, znajdujący się

w leczeniu ze znaczną poprawą. Dobre wyniki należy sobie tłumaczyć tem, że djatermja usuwa stan zapalny dolnego odcinka przełyku. Należy uważać, by zgłębnika nie wprowadzać zbyt głęboko, gdyż wtedy może nastąpić przegrzewanie żołądka, i wyniku pożądanego, nie otrzymamy.

M. O.

Postępowanie w krwawieniach żołądka. (The Journ. of. the Americ. med. Assoc.) Chicago 89.17. 1927.

Absolutny spokój — morfina albo też brom lub chloralhydrat przez odbyt.

Co 1 $\frac{1}{2}$ godz. odżywianie (głodzenie jest szkodliwe, gdyż wywołuje skurcze żołądka).

Pierwszego i drugiego dnia: 120 gr. roztworu żelatyny, 90 gr. cukru mlecznego, 100 gr. wody; sok z jednej pomarańczy.

Trzeciego i czwartego dnia: 150 gr. roztworu żelatyny naprzemian z następującą mieszanką: 350 grm. owsianki, 1 l. mleka, 120 gr. śmietanki, 120 gr. cukru mlecznego.

Dziwiątego dnia normalna dieta przeciwwrzodowa i środki sercowe. Adrenalina wzmacnia ciśnienie krwi.

Keller i Molnar. O wahaniami w wydzielaniu soku żołądkowego i znaczeniu kliniczem tego objawu. (Arch. f. Vrdkr. Tom XLI zesz. 3—4).

Każda z badanych osób otrzymywała zmodyfikowane śniadanie próbne Boasa-Ewolda I-go dnia naczczo, II-go w porze obiadowej, III-go wieczorem. Z badań wynika, iż zawartość żołądkowa u osobników zupełnie normalnych bardzo często odbiega od przyjętych norm. Najniższą jest u nich kwasność po próbnem śniadaniu, podanem zrana; o wiele wyższa, o ile było podane w porze obiadowej, wieczorem równa się poobiedniej, albo też nieznacznie od niej odbiega.

Autor tłumaczy zwiększoną kwasność w porze obiadowej przyzwyczajeniem do dużego bodźca wydzielniczego, jakim jest obiad (odruch warunkowy).

U chorych żołądkowych otrzymywano niekiedy najwyższe stopnie kwasności zrana; obniżały się one nieco w porze obiadowej, najniższe zaś były wieczorem. Mamy tu jakby do czynienia ze znużeniem aparatu gruczołowego. Stany te nazywają autorzy *asthenochylją* (osłabienie i szybkie wyczerpywanie się sekrecji żołądkowej).

U innych chorych żołądkowych znajdowano we wszystkich 3-ch porach dnia stopień kwasności prawie jednakowy (*Isochylia*): a) nie dokwasność (niedokrwistość złośliwa, rak żołądka, nieżyt przewlekły); b) wrzód dwunastnicy.

Bardzo duże wahania w wydzielaniu mają wskazywać na czynniki pozażołądkowe.

J. Nus.

Rachoń i Walawski. Badania nad wpływem histaminy na wydzielanie soku żołądkowego u człowieka z przetoką żołądkową. (Polskie Arch. Med. Wewn. T VI. z. 2).

U chorego z przetoką żołądkową (zwięźnienie przełyku po zatruciu)

autorzy przeprowadzili szereg badań nad wpływem histaminy na wydzielanie soku żołądkowego. Zastrzyknięcie 0,5 mg histaminy podskórnie wybitnie wzmogło wydzielanie kwasu solnego; białko zostało o wiele szybciej strawione przez pierwsze porcje soku żołądkowego. Ciśnienie krwi nie uległo zmianie u danego osobnika po zastrzyknięciu histaminy, samo zaś zastrzyknięcie nie wywołało żadnego ujemnego wpływu.

Fr.

Rosens. Operacja radykalna dziurawiącego wrzodu żołądka. (Ther. der Geg. 1928, Nr. 3).

Objawy przedziurawienia wrzodu żołądka są tak typowe, iż rozpoznanie tego cierpienia nie może i nie powinno być przeoczone. Chory powinien być natychmiast skierowany do chirurga, gdyż zabieg chirurgiczny jest możliwy tylko w pierwszych 12-tu godzinach; po 24-ch godzinach zabieg jest zazwyczaj spóźniony i chory ginie. Wskazane jest — zdaniem autora — tylko wycięcie żołądka; w razie gdy minęło już więcej, niż 12 godzin po przedziurawieniu, należy ograniczyć zabieg chirurgiczny tylko do obszycia otworu przedziurawienia.

Fr.

Altman i Lukas. O wpływie gruczołów przytarczowych na wydzielanie i ruchomość żołądka. (Arch. f. Verdkrkh. Tom XLI, zes. 3 — 4)

W większości doświadczeń swych autorzy, podając wyciąg z gruczołów przytarczowych (Paradistal) otrzymali nieco wzmożone wydzielanie soku żołądkowego; w innych — pozostawało ono bez zmiany.

A. i L. nie stwierdzili tą drogą wpływu na ruchomość żołądka, którą określali zanikaniem barwy podanego próbnego napoju (300 ctm. sz. mocnej herbaty).

Nie zauważono również żadnego istotnego związku między wydzielaniem soku żołądkowego a Ph moczu.

J. N u s b a u m.

Hutter. Wpływ pory roku na częstość wrzodu żołądka i dwunastnicy. (Med. Kl., 1928, Nr. 17. Str. 662).

Materiał obejmuje 1065 operacyj żołądka z kliniki Eiselsberga za r. 1919 — 1926. Z zestawienia wynika, że mężczyźni najczęściej zapadają w maju, kobiety w październiku. U mężczyzn znacznie przeważa wrzód dwunastnicy. Niemcy mają wyjątkową skłonność do tego cierpienia. Badania porównawcze w krajach gorących wykazują, że wśród ludności rdzennej choroba ta jest wcale nieznana, osiedli zaś tam europejczycy rzadko na nią zapadają.

Curschman. O zaburzeniach tyreotoksycznych żołądka. (Münch. Mediz. Woch. Nr. 10/1928).

Znane są zaburzenia kiszkowe (biegunki) w cierpieniach gruczołu tarczowego, natomiast dolegliwości żołądkowe były dotychczas prawie że nie opisywane. Autor uważa, iż są one dość częste, skoro on sam w ciągu

2 lat obserwował 6-ciu chorych z takimi zaburzeniami. Są to przełomowe, kurczowe bóle brzuszne, doprowadzające chorego do wymiotów. składających się ze śluzu i żółci, ale nie pokarmów; napady takie powtarzają się 2—6 razy dziennie. Chorzy tracą na wadze. Należy wyłączyć podczas rozpoznawania wiał rdzenia, a wtedy rzadziej będziemy rozpoznawali niestrawność nerwową. Za przyczynę tych zaburzeń żołądkowych w cierpieniach gruczołu tarczowego należy uważać podrażnienie układu błędnospółczulnego, również należy przypuścić podrażnienie nerwu trzewnego. Wymioty zostają wywołane przez kurcz odzwiernika; odzwiernik — jak obecnie wiadomo — zostaje unerwiany gałązką nerwu współczulnego. Wobec tego, iż leczenie powyższego cierpienia jest bardzo wdzięczne — naświetlanie gruczołu tarczowego promieniami Roentgena oraz stosowanie podskórne arszeniku wstrzymuje uporczywe wymioty — należy je stosować, gdyż w przeciwnym razie stan wyniszczonego chorego może stać się groźnym.

Fr.

Pierre Duval, J. Z. Roux i H. Béclère. O pneumogastrografii. (Arch. d. M. de l'App. Digestif, 1928, Nr. 3).

Jest to metoda radiografii żołądka, napełnionego sztucznie gazem. Technika, stosowana przez Röpke'go i Sigmunda, polegająca albo na podawaniu mieszaniny, wytwarzającej gaz w żołądku, albo też na wprowadzaniu gazu przez zwykły zgłębnik do żołądka, była wadliwa. Ze względu na to, że metody te nie pozwalały regulować ilości gazu, wpuszczonego do żołądka, zdarzały się czasami przykre powikłania, a nawet krwotoki żołądkowe.

Autorzy wprowadzają pewną inowację, która usuwa przytoczone niedogodności. Mianowicie, posługują się zgłębnikiem dwunastniczym, przez który zapomocą strzykawki o dwóch kranikach wpuszczają gaz do żołądka; gaz ten daje się w każdej chwili usunąć.

Badania swoje autorzy przeprowadzili na żołądkach z wrzodami i guzami. Stanowczo przestrzegają aby nie stosowano tej metody w przypadkach wrzodów żołądka, ze względu na to, że może nastąpić pęknięcie wrzodu. Pozatem metoda ta we wrzodzie żołądka nie daje więcej, aniżeli zwykłe badania radiologiczne. Natomiast w żołądkach z guzami ma oddawać nieocenione usługi. Ze względu na wyraźne cechy otrzymanych odbitek ma być umożliwione wczesne rozpoznanie raka, a zwłaszcza odróżnianie raka od polipów żołądka. Załączoną do artykułu odbitki radiogramów wykazują w samej rzeczy imponujące obrazy.

M. Orzech.

Landau, Jochweds i Pekielis. Przewężenie dwunastnicy. (Polska Gaz. Lek. 1928, Nr. 15).

Autorzy opisują przypadek raka głowy trzustki, przebiegającego ze zwężeniem podbródawkowem dwunastnicy, bez żółtaczk i stolców tłuszczowych. Rak głowy trzustki przebiegał w kierunku dwunastnicy, przewężając ją. Badanie krwi wykazało jej zagęszczenie. Powstaje zagadnienie, z jakiego powodu w przewężeniu dwunastnicy występują objawy toksycz-

ne. Przyczyna tkwi w obfitej utracie wody podczas wymiotów, — stąd zagęszczenie krwi, wywołane oprócz tego zmianami chorobowymi w nerkach. Wnioski lecznicze: doprowadzenie do ustroju dużych ilości płynów, rozтворów soli i glukozy.

Fr.

Schotter, Bredskaja i Sinai: Zgłębnikowanie dwunastnicy w schorzeniach durowych (Münch. Med. Woch 1928, Nr. 10).

Autorzy badali 65 chorych durowych; u 32-ch znaleźli w zawartości dwunastnicy zarazki durowe. Najwcześniej znaleziono zarazki u chorego w 7-ym dniu choroby. Spostrzega się pewna równoległość w czasie między powstaniem bakterjemji a obecnością zarazków w żółci. Kwaśność żołądkowa naogół zmniejszona. Wprowadzanie zgłębnika dwunastniczego przez nos jest nawet u ciężko chorych bezpieczne. Autorzy przypisują metodzie tej bardzo cenne znaczenie rozpoznawcze.

Fr.

Einheim i Stewart. O hepatografji. (Arch. f. Verd. kr. Tom XLI. Zes. 3 — 4).

Autorzy stosowali do celów rozpoznawczych początkowo Natr. Tetraiodphenolphthalein przez usta w kapsułkach keratynowych, albo też przez zgłębnik dwunastniczy w 1/2%-owym roztworze. Ostatnio podają przez usta Dijodatophan, przez zgłębnik zaś roztwór Gummi Acaciae.

Najlepsze wyniki otrzymano na zdjęciach w 6 godzin po podaniu przez usta, a w 2 godziny po podaniu przez zgłębnik. W późniejszych okresach cień występuje wyraźnie w pęcherzyku, cień wątroby staje się słabszym. Po 36-ciu godzinach w przypadkach normalnych nie spostrzegamy cienia ani w pęcherzyku, ani w wątrobie.

W kilku przypadkach wyniki hepatograficzne zostały całkowicie potwierdzone na stole operacyjnym, albo też sekcyjnym.

Józef Nusbaum.

Abijoux. Krwotoki z żołądka i dwunastnicy w kamicy żółciowej. (Thèses de Paris, cyt. podług Arch. Appar. Dig. 1924[I]).

Fakt, że kamica żółciowa może się ujawniać krwotokami żołądkowo-dwunastniczymi, jeszcze bardziej utrudnia rozpoznanie cierpień nadbrzusza. Aczkolwiek wymioty krwawe w kamicy żółciowej są zjawiskiem bardzo rzadkiem, jednakże nie uprawnijają do odrzucania rozpoznania kamicy żółciowej.

Podług autora, zakażenie przenosi się od pęcherzyka na dwunastnicę i żołądek poprzez zrosty otrzewnej.

Autor wnioskuje, że razem z nakładaniem zespolenia na takim żołądku, powinno się jednocześnie usunąć pęcherzyk żółciowy.

M. Orzech.

Chiray i Lomon. O migrenie żółciowej i jej leczeniu zapomocą przepłukiwań dróg żółciowych. (Cyt. podług Arch. Malad. Dig. 1928. Nr. 4).

Leczenie to może dać dobre wyniki tylko w tych przypadkach, kiedy migrena jest połączona z zaburzeniami dróg żółciowych. Klinicznie migrena żółciowa zaznacza się obfitymi wymiotami, obecnością żółci w wymiocinach i wrażliwością pęcherzyka. Według Ch., najczęstszą przyczyną migreny jest zastoina żółci w pęcherzyku. Autorzy zalecają drenowanie dróg żółciowych co 8 — 15 dni przez czas dłuższy. Leczenie to może być połączone z podawaniem i innych środków żółciopędnych: świeżego kremu, żółtka od jajka (?), wstrzyknięcie hipofizyny. Również może być korzystny masaż pęcherzyka żółc.

M. O.

Schnopfhagen. O leczeniu schorzeń dróg żółciowych Cholevałem Merck'a. (Med. Kl. 1928, Nr. 13).

Wiadomo, że w ostrych schorzeniach zakaźnych żółciowych Choleval oddaje dobre usługi.

Godne uwagi jest stosowanie Cholevalu w przypadkach przewlekłych, mianowicie autor w tych przypadkach wlewa chorym zapobiegawczo co 3 miesiące Choleval do żyły i osiąga w ten sposób dobre wyniki na czas dłuższy.

M. O.

Kusnetzov, Kusnetzowa i Suchov. Zdolność wydzielnicza wątroby, określona zapomocą chromoskopji. (Arch. f. Verdkrank. Tom. XLI Zesz. 1 — 2).

Po wprowadzeniu zgłębnika do dwunastnicy wstrzykiwano dożylnie 5 ctm. sz. 10/0-go roztworu Indygokarminu i następnie badano zmiany zabarwienia soku dwunastniczego, zbierając go w odstępach 10-minutowych. Kolorymetrycznie obliczano ilość wydzielonego barwika w soku dwunastniczym. Celem kontroli obliczano też ilość indygokarminu, wydzielonego z moczem. U ludzi, mających zdrową wątrobę, wydzielanie barwika rozpoczyna się w 20 — 30 minut po wstrzyknięciu dożylnem i trwa zwykle 1½ do 2 godzin. Ilość wydzielonego Indygokarminu w stosunku do wprowadzonego wynosi przeciętnie 50 — 55%. W żółtaczkach kataralnych w czasie punktu kulminacyjnego choroby barwik zazwyczaj nie zostaje wogóle wydzielony, mimo iż żółć wydostaje się do jelita.

W okresie zdrowienia wydzielanie jest obniżone do 4,25 — 13,7% początek: 12 minut — 1 godz. 50 m. Przemawia to nietylko za cierpieniem dróg żółciowych, ale także za schorzeniem komórek wątrobowych.

W marskości wątroby mamy opóźnione i wyraźnie zmniejszone wydzielanie; w stanach daleko posuniętych może go wogóle brakować

W cierpieniach ogniskowych (bąblowięc) z rozrostem tkanki łącznej lub w przypadkach nowotworów znaczne opóźnienie i zmniejszenie do 6%.

W zapaleniu pęcherzyka żółc. i kamicy żółciowej spostrzegano zależnie od stopnia uszkodzenia wątroby mniej lub bardziej obniżone wydzielanie barwika.

Józef Nusbaum.

Erich Drost. W sprawie zewnętrznego i wewnętrznego wydzielania trzustki. (Archiv für. Vrdkrh. Tom XLI. Zesz. 3 — 4).

W większości badanych przypadków cukrzycy — nie stwierdza się zaburzeń w zewnętrznym wydzielaniu trzustki; chodzi tu głównie o uszkodzenie układu wysepkowego. W wypadkach, które przebiegały ze znacznym zaburzeniem wydzielania zewnętrznego, cukrzyca, według autora, powstała wtórnie.

W innych doświadczeniach D. zwiększał zasób insuliny w ustroju za pomocą zastrzykiwań, — tą drogą otrzymywał w soku dwunastniczym czasowe zwiększenie zaczynów trzustkowych, których ilość szybko wracała do normy; polega to najprawdopodobniej na podrażnieniu nerwu błędnego.

J ó z e f N u s b a u m.

Roseno i Dreyfus. W sprawie rozpoznawania ostrego zapalenia trzustki. (D. M. W. Nr. 19, 1928).

Określając liczby jednostek diastatycznych w urynie i w surowicy zauważono, iż nawet bardzo wysokie wartości nie stanowią wskazania do operacji, o ile brak jest objawów klinicznych. Z drugiej strony zbyt niskie cyfry nie obalają rozpoznania, opartego na obrazie chorobowym (na 4 przyp. martwicy trzustki, potwierdzone sekcyjnie, otrzymano po 30 min. w dwóch — bardzo wysokie liczby 2000 i 1024 jedn.; w pozostałych zaś 4 i 8 jedn.)

Wyniki badań na diastazę w moczu i krwi łatwo mogą w błąd wprowadzić, jeśli się nie uwzględni całości obrazu chorobowego. Dopiero bowiem w razie całkowitego uszkodzenia tkanki trzustkowej zanika jej czynność wydzielnicza, zarówno wewnętrzna, jak i zewnętrzna, stąd — cukier w moczu, tłuszczowe stolce, zmniejszenia zaczynów w surowicy i moczu.

W podobny sposób wypowiadają się autorzy o wartości próby K o h n a na lipazę. W 4-ch przypadkach ostrego zapalenia trzustki otrzymali co prawda, znacznie zwiększoną liczbę kropel (po 90 min. — 18,7, 29,9), ale z drugiej strony próba wypadła dodatnio również w przypadkach zapalenia pęcherzyka żółciowego (10,8, 18, 19), przyczem po usunięciu pęcherzyka wartości wracały do granic prawidłowych.

J ó z e f N u s b a u m.

Essau. Wzór krwi w rozpoznaniu różniczkowym paratyfusu B. i zapalenia wyrostka robaczkowego. (D. M. W. 1928, Nr. 19).

E. omawia trudności, napotymane często podczas różniczkowania tych dwóch jednostek chorobowych. Specjalnie ciężkie są przypadki duru rzekomego, przebiegające z wymiotami, zaparciem i silnymi bólami o typowym i ściśle ograniczonym umiejscowieniu. W tych przypadkach wzór krwi niezawsze rozstrzyga. Jedynie duża rozbieżność między wzorem krwi a objawami klinicznymi ma pewną wartość. Dlatego też autor radzi w przypadkach wątpliwych, o ile badania bakteriologiczne i serologiczne wypadają ujemnie, operować jeszcze w okresie korzystnym dla zabiegu.

J ó z e f N u s b a u m.

Niedermeyer. Rzeżączka wstępująca, czy zapalenie wyrostka robaczkowego. (D. M. W. Nr. 8 1928).

W odpowiedzi na artykuł Herschana co do różniczkowania obu powyższych jednostek chorobowych i konieczności badania ginekologicznego w każdym przypadku, podejrzanym o zapalenie ostre lub przewlekłe wyrostka robaczkowego, autor opisuje przypadek, dotyczący 20-letniej panny, która wykazywała wszystkie objawy ostrego zapalenia wyrostka. Badaniem ginekologicznym stwierdzono ostrą rzeżączkę z bardzo licznymi gonokokami w wydzielinie. Z tego też powodu operację odłożono, zalecono spokój i okłady; po kilku godzinach stan chorej znacznie się pogorszył, wobec czego dokonano nagłej operacji, podczas której znaleziono wyrostek podziurawiony i ropę w jamie brzusznej.

Przypadek ten dowodzi, iż słuszne skądinąd domaganie się Herschana może czasami wyprowadzić na błędne tory.

J ó z e f N u s b a u m.

Stephens i Berwyn. Przypadek wpochwienia bez bólów. (Journ Americ. Med. Ass. 1927 Nr.7).

Osesek płci męskiej 3½ miesięcy mający, dostaje nagle wymiotów, po pół godzinie oddaje przez odbyt około 3 ctm. płynnej krwi. Badanie wykazuje kielbasowaty guz, biegnący z pod prawego łuku żebrowego na lewo. Wlewanie kontrastowe stwierdza przeszkodę w okolicy lewego zgięcia. Operacja ustaliła wgłębienie jelita krętego w okrężnicę—bez objawów martwicy.

Przypadek zwykły, u dzieci względnie częsty, zasługuje jednak na uwagę ze względu na zupełny brak bólów u chorego; podczas badania osesek uśmiechał się najpogodniej.

M. O r z e c h.

Becher. Znaczenie kliniczne niektórych toksyn kiszkowych w ustroju. (M. M. W. Nr. 11/28).

Przypisywano toksynom kiszkowatym duży wpływ na ustrój oraz na ogólne samopoczucie. O wiele większy wpływ mają one w chorobach nerek, zwłaszcza w mocznicy. Autor przypisuje duże znaczenie w patogenezie powstania mocznicy gnilnym produktom kiszkowym — indolowi, fenolowi, kresolowi i t. p., W prawdziwej mocznicy są one stale wzmożone, szczególnie fenol stwierdza się we wzmożonej ilości we krwi oraz w tkankach. Objawy prawdziwej mocznicy są identyczne z objawami po zatruciu fenolem. Mocznica rzekoma nie ma nic wspólnego z zatrzymaniem toksyn kiszkowych. Stąd wniosek dla leczenia — należy nie dopuszczać do powstawania jadowitych aromatycznych substancyj. Da się to osiągnąć podawaniem środków odkażających (węgiel!) oraz podawaniem zmniejszonej ilości białka w pokarmach.

Fr.

S. Hammer. Rozpoznanie rentgenologiczne gruczolicy jelit. (D. M. W. 1928 Nr. 2.)

Najważniejsze objawy wynikają ze zmian anatomicznych ściany jelitowej:

1) brzegi drobnoząbkowane lub drobnofaliste, jako wyraz owrzodzonego ubytku tkankowego,

2) sztywność ściany, wyrażająca się w zaniku wypukleń, zwężeniu światła i w zmniejszonej rozciągliwości jelit, jako dowód zmian naciekowych ściany,

3) t. zw. objaw **Stierlina** — ograniczony ubytek cieniowy (przeważnie w kątnicy), jako wyraz zwężenia światła przez zmiany naciekowe ściany jelita,

4) zwężenie jelita, które może jednak być innego pochodzenia (rak, wgłębienie).

Mniejszą wartość posiadają objawy t.zw. czynnościowe: 1) objaw **Stierlina**, jako następstwo zwiększonej kurczliwości wskutek wzmożonej pobudliwości chorego jelita (występuje mniej więcej w 50% przypadków gruczolicy wrzodziejącej zdarza się jednak i w jelitach zdrowych). 2) inne podawane objawy, dotyczące wypełnienia jelita, nie przedstawiają nic charakterystycznego dla gruczolicy, ani spraw wrzodziejących jelita, a spowodowane są obecnością gazów w kiszki lub wzmożoną perystaltyką.

Niedomoga zastawki **Bauhina** jest objawem prawidłowym.

Ścisłego różniczkowania pomiędzy gruczolą a zapaleniem kiszki grubej wrzodziejącej przeprowadzić się nie da, można spotkać te same objawy, jakie zwykła wywoływać gruczolica. Bardzo też trudno odróżnić raka o kolicy biodrowo-kątniczej od guzowatej postaci gruczolicy.

J ó z e f N u s b a u m.

Zeno. Wycięcie okrężnicy w przewlekłym zaparciu stolca. (Revista di Cirugia, Buenos Aires, cyt. pług. Jour. Americ. Med. Ass. 1927, Nr. 7)

Na 30 przypadków tylko 14 przetrzymało zabieg. Powyżej 40-u lat operacja jest przeciwwskazana. Przyczyna zejścia śmiertelnego: zapalenie otrzewny, krwotoki i skręt jelit. Wycięcie częściowe okrężnicy wstępnej daje mniejszą śmiertelność, aniżeli całkowita kolektomia; wycięcie okrężnicy wstępującej powoduje częściej zapalenia ropne otrzewny. M. O.

Bram - Eldering. W sprawie leczenia guzów krwawnicowych zapomocą wstrzyknięć alkoholowych. (D. M. W. Nr. 14. 1928.

Autor porównywa wyniki, otrzymane drogą przyżegania guzów z tcmi, jakie dało wstrzykiwanie alkoholu metodą **Boasa**. Dochodzi do wniosku, iż technika **Boasa** nie jest o wiele prostszą od przyżegania; leczenie wymaga również wiele czasu, często powoduje silne bóle, a w wynikach swych nie jest niezawodne.

Autor ostrzega, aby leczenia nie stosowano ambulatoryjnie.

J ó z e f N u s b a u m.

Joachimoglu .O leczeniu zapomocą czopków i lawatyw. (D. M. W. Nr. 15. 1928).

Z badań doświadczalnych Meltzera wynika, iż zdolność chłonna żołądka jest bardzo mała. Pewne ciała wogóle nie zostają wchłaniane w żołądku. Zależy to od stopnia stężenia danego płynu; jedynie sole i cukier z roztworów hipertonicznych zostają wchłonięte. Żołądek, obniżając w ten sposób stężenie roztworu, chroni jelito. Bardzo łatwo zostaje wchłonięty alkohol. Korzenie, jak: pieprz, musztarda itd., zwiększają zdolność chłonną żołądka i umożliwiają wchłanianie również z roztworów izotonicznych i hipotonicznych.

W przypadkach niedomogi ruchowej sprawa przedstawia się jeszcze mniej korzystnie. Już w normalnych warunkach żołądek opróżnia się po 2 — 5 godzinach; stosowanie więc leków przez usta często opóźnia ich działanie. Praktycznie ma to wielkie znaczenie, jeśli dotyczy zatruc — zgłębnik żołądkowy lub środek wymiotny zwalniają ustrój od jadu wytwarzającego się wskutek zalegania pokarmu przez kilka godzin w żołądku. Morfina i makowiec opóźniają także opróżnienie żołądka.

Znacznie większą zdolność chłonną posiada śluzówka przełyku. Bardzo dobrym narządem wchłaniającym jest odbytnica; krew stąd dostaje się częściowo przez spłot odbytniczy (*plexus haemorrhoidalis*) do żyły podbrzuszej (*vena hypogastrica*) i następnie do ogólnego krążenia, omijając w ten sposób wątrobę i nie podlegając działaniu soków żołądka i jelit.

Do stosowania przez odbytnicę nadają się czopki i lawatywy z nie-dużej ilości płynu.

Autor specjalnie zaleca podawanie tą drogą przetworów naparstnicy w razie zastoju w obrębie żyły wrotnej, kiedy to wchłanianie w obrębie przewodu pokarmowego jest bardzo upośledzone.

J ó z e f N u s b a u m.

M. Mathes. W sprawie kuchni djetetycznej i jej kierowniczk. (D. M. W. Nr. 6. 1928).

Autor wykazuje konieczność urządzenia kuchni djetetycznej we współczesnej klinice chorób wewnętrznych, zwłaszcza, iż według jego doświadczenia, około $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ wszystkich chorych wymaga specjalnej diety. Chodzi tu o 1) rozmaite postaci diet dla cukrzyczych, 2) dietę bezsolną dla chorych na nerki, 3) dietę oszczędzającą dla chorych na żołądek i jelita, 4) dietę odłuszcządzającą i tuczącą, 5) dietę roślinnomleczną, 6) dietę próbną (celem badania na krew utajoną Schmidta itd., 7) specjalną, jak np. podawanie wątroby w niedokrwistości złośliwej. Poza tem niektóre diety wymagają dokładnego obliczenia zawartości białka, tłuszczów i węglowodanów oraz ich wartości cieplnej.

Jeżeli chodzi o duże szpitale, M. jest ze względu na warunki techniczne i oszczędnościowe (transport, ogrzewanie itd.) zwolennikiem raczej decentralizacji kuchni. Dużo miejsca autor poświęca dalej kwalifikacjom specjalnie w tym kierunku szkolonej kierowniczk. tego rodzaju kuchni.

J ó z e f N u s b a u m.

Salomon. O zaletach odżywiania cogodzinnego. (Arch. f. Verdkrank. Tom XLI, zeszyt 1 — 2).

Najbardziej nadają się do tego leczenia chorzy z nadkwaśnością. W tych przypadkach djeta a) nie powinna drażnić żołądka ani chemicznie, ani mechanicznie b) u chorych, cierpiących na zaparcie, ma regulować stolec bez środków czyszczących c) musi być wystarczająca pod względem ilości ciepłostek. Tym warunkom odpowiada djeta Sippy'ego, jest jednak znacznie uboższa i bardziej jednostajna od tej, jaką stosuje autor. Drugiem wskazaniem jest przewlekłe zaparcie, w którym w pewnej liczbie przypadków dużą rolę odgrywają objawy nadkwaśności. Już po dwu dniach choroby miewali wypróżnienia automatyczne.

Trzeciem wskazaniem jest zapalenie pęcherzyka żółciowego, kamica żółciowa i inne cierpienia układu żółciowego. Tu również mamy częste do czynienia z uporczywym zaparciem i z dolegliwościami nadkwaśnościowymi nawet wobec istniejącej niedokwaśności, poza tem przyjmowane pokarmów jest, jak wiadomo, bodźcem do opróżniania się pęcherzyka żółciowego. Wreszcie ostatniem wskazaniem są liczne stany chorobowe z brakiem apetytu, jak opuszczenie jelit, niestrawność nerwowa, nieżyty żołądka, przebiegające zwłaszcza z gorączką.

J ó z e f N u s b a u m.

Z. Diukin. Leczenie przewlekłej pokrzywki zapomocą zasad i diety bezsolnej. (D. M. W. Nr. 6. 1928).

D. opisuje 2 przypadki przewlekłej pokrzywki o bardzo uporczywym przebiegu, odpornej na wszelkie środki lecznicze, a wyleczonej dużemi dawkami zasad obok diety bezsolnej. Określenie rezerwy zasadowej według Słyk'a wykazało kwasicę.

Oba powyższe przypadki wskazują na pewien związek, istniejący między przypadkami pokrzywki a kamicią żółciową.

J ó z e f N u s b a u m.

Grek. Leczenie wątroba ciężkich niedokrewności, szczególnie niedokrewności złośliwej. (Polska Gaz. Lek. Nr 15/1928).

Minot i Morphy z Bostonu pierwsi wprowadzili leczenie niedokrewności złośliwej podawaniem chorym wątroby cielęcej, wołowej lub baraniej. We krwi stwierdzamy przy takim leczeniu zwiększenie się liczby młodych form ciałek czerwonych. Ogólny stan chorego znacznie poprawia się. Autor stosował u swoich chorych powyższe leczenie z wyśmienitym wynikiem. Wnioskuje jednak, iż leczenie to nie jest przyczynowe dla tak ciężkiego schorzenia, jak niedokrewność złośliwa.

Dawka — 250 gr. dziennie.

Fr.

Justman. O pograniczu chirurgiczno - internistycznym w gastrologji. (Warsz. Czas. Lek. 1928, Nr. 7).

O ile będziemy stali na stanowisku, że zmiany anatomiczne stanowią najistotniejszy czynnik w naszych rozważaniach rozpoznawczych i leczniczych, winniśmy całkowicie ustąpić pola chirurgom, którzy rozporządzają znacznie potężniejszym orężem do zwalczania zmian anatomicznych. O ile

jednak będziemy myśleli czynnościowo, a zmiany anatomiczne traktowali, jako jeden z objawów cierpienia, równorzędny z objawami czynnościowymi, dojdziemy do przekonania, że przyszłość medycyny wewnętrznej leży w poznaniu mechanizmu rozwoju cierpienia i możliwie najszerszem uwzględnianiu spraw czynnościowych, jako warunkujących powstanie zmian anatomicznych.

Autoreferat.

Protokoły posiedzeń.

Pol. Tow. Gastrologiczne.

Dnia 19. X. 1927 — obecnych 50 osób.

I Pokazy:

1. Solman. Przypadek częściowego wycięcia żołądka z powodu zwężenia odźwiernika na tle wrzodu.

Rozprawa: Zawadzki. Solman opisał przed 35-ciu laty pierwszą, wykonaną przez siebie operację wycięcia żołądka.

2. A. Zawadzki. U chorej z opuszczeniem żołądka Z. wykonał zabieg własnego pomysłu (skrócenie sieci nad krzyżownicą małą w kierunku pionowym, skrócenie wiażdża żołądkowojelitowego oraz częściowe odnerwienie żołądka).

3. Witkowski. Pokaz chorego po dokonanych wycięciu odźwiernika, części dwunastnicy i trzustki z powodu drążącego wrzodu oraz pokaz preparatu.

4. Witkowski. Pokaz preparatów: pęcherzyki żółciowe a) ze zwężeniem przewodu pęcherzykowego z powodu kamienia, b) z uchyłkiem, uciskającym na przewód wspólny.

5. Zawadzki. Pokaz preparatu żołądka wyciętego z powodu raka, który powstał na tle wrzodowym.

Rozprawa. Dolkart uważa, że w przypadku Witkowskiego należało ograniczyć się do zespolenia ze względu na stan chorego.

Witkowski odpowiada, że na stole operacyjnym nie można było stwierdzić, czy była to zwykła blizna, czy nowotwór.

Zawadzki wypowiada się w tego rodzaju wątpliwych przypadkach za wycięciem. W odpowiedzi na zapytanie Orzecha wyjaśnia, że zabiegów w opuszczeniu żołądka podług dziś pokazanej metody wykonał dużo, szczególnie wśród sfery pracującej, w której chory nie może się długo oszczędzać i dbać o zdrowie.

Robin mówi o owocnych wynikach współpracy chirurgów z gastrologami, dzięki czemu gastrologowie chętniej zgadzają się na zabieg u powierzonych sobie chorych. Zagadnienie: zespolenie czy wycięcie, wymaga obszerniejszego omówienia.

Cytronberg: Wrzód trawienny nie jest schorzeniem miejscowym,

ale ogólnem, ustrojowem, w podłożu którego leży zachowanie równowagi kwasowozasadowej ustroju. Wychodząc z tego założenia, należy uważać zespolenie za zabieg bezcelowy, gdyż 1.^o na tło ustrojowe wpływu nie ma, 2.^o nie zmniejsza wpływu skazy ustrojowej na żołądek, to jest działania soku trawiennego na ścianę żołądka, 3.^o nie usuwa miejscowych zmian organicznych. W przypadkach, w których jesteśmy zmuszeni działać chirurgicznie, należy dokonać jedynie wycięcia.

Z a w a d z k i. Chirurg nie usuwa przyczyny cierpienia, ale jedynie jego następstwa miejscowe.

II. Odczyt:

Justman. O peptonie Wittego w leczeniu biegunek przewlekłych. Rzecz drukowana w „Warsz. Czasop. Lekarskiem” i „Arch. f. Verd. krankh.”)

Pepton daje bardzo pomyślne wyniki w biegunkach przewlekłych, o ile sprawa przyczynowa jest umiejscowiona w tych odcinkach, gdzie odbywa się jeszcze trawienie. Pepton w biegunkach, których przyczyną jest schorzenie dolnego odcinka kiszek grubszych, daje znacznie gorsze wyniki.

Rozprawa. Grundzach, zapytuje, jak długo należy stosować pepton, by osiągnąć skutek stały i czy należy jednocześnie zachowywać ścisłą dietę.

Wejnert zapytuje, czy stosowano pepton w ostrych przypadkach i w lekkich przewlekłych i czy wyniki w różnych grupach schorzeń są te same.

Cytronberg. Histamina wchodząca w skład peptonu Wittego działa szybko i skutecznie w sprawach chorobowych, trwających szereg lat.

Justman uważa leczenie peptonem za próbę, która nie powinna być przeprowadzana zbyt długo ze szkodą dla chorego, dlatego też w razie niepomyślnych wyników przechodzi natychmiast do dawniej znanych metod leczniczych. Sądząc z dotychczasowych wyników, można podczas podawania peptonu znacznie zmniejszyć ograniczenia dietetyczne. Wynosi pomyślne, otrzymane po podawaniu peptonu, są przeważnie długotrwałe; na tem polega głównie przewaga peptonu nad innemi środkami. W przypadkach ostrych J. peptonu nie podawał, gdyż uważa w tych razach dotychczas stosowane metody postępowania za zupełnie wystarczające. Wyniki w różnych grupach schorzeń są różne, a nawet w tej samej grupie bywają nader rozbieżne, co tłumaczy się tem, że jeszcze bardzo mało wiemy o patogenie różnych postaci biegunek.

Dnia 16/XI 1927.

Prezes Grundzach z racji jubileuszu profesora D-ra Gluzińskiego składa Jubilatowi życzenia brylantowych godów z medycyną.

I Pokazy: 1) **Dolkart** przedstawia rentgenogram chorego, u którego stwierdzono rentgenologicznie skręt żołądka.

Mesz omawia kwestję mechanizmu takiego skrętu, następnie

przedstawia kliszę z odwróconem położeniem trzew, z którem dlatego lekarze tak rzadko się spotykają, że za mało zwracają uwagi na tę sprawę.

Rubinrot co do skrętu żołądka przypomina, że pierwszy opisał podobny przypadek w monografii swojej o chorobie Hirschsprunga. Mechanizm tłumaczy się parciem rozdętej okrężnicy.

Adelfang nie może sobie należycie wytłumaczyć mechanizmu skrętu w przypadku pierwszym, skrętu tak pełnego, że cały żołądek leży po stronie prawej i że krzywizna większa znajduje się również po stronie prawej. Nie wiemy również co w danym przypadku jest skręcone, czy sam żołądek, czy też część przywzrostowa przełyku? Nie mamy pozatem zdjęcia żołądka w położeniu leżącym, co by nam tę sprawę nieco wyjaśniło.

Schlager nie podziela zdania Mesza. Uwzględniając układ żołądka w stadium embrjonalnem, w którym krzywizna większa jest od strony powłoki brzusznej, a mniejsza od strony kręgosłupa, uważa przypadek omawiany za wadę rozwojową, która powstała z powodu nieodpowiedniego ułożenia się żołądka w dalszym jego rozwoju, układając się krzywizną większą po stronie prawej.

Grundzach skłania się także do tego, że skręt żołądka należy tłumaczyć chyba wadą rozwojową.

2) Witkowski przedstawia preparat wyciętego żołądka na 13-y dzień po operacji, również preparat przedziurawionego wyrostka robaczkowego i preparat zgorzeli wyrostka robaczkowego. Obydwa ostatnie przypadki są ciekawe ze względu na skąpy wywiad i względnie małe objawy kliniczne.

Zawadzki w dyskusji nad pokazami Witkowskiego podnosi różnicę pomiędzy małymi objawami klinicznymi, a poważnymi zmianami anatomopatologicznymi, które powstać mogą pomimo nikłych objawów chorobowych. Należy badać często takich chorych w różnych położeniach i badania kilkakrotnie powtarzać. Zwraca również uwagę na ważność badania krwi cytologicznego (leukocytoza).

Robin protestuje przeciw utartemu pogładowi, że interniści zwlekają z operacją i są winni, że operacje ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego kończą się niepomyslnie.

Niejednokrotnie właśnie interniści widzą wskazanie do zabiegu, kiedy chirurg zwleka i doprowadza chorego do ostrego zapalenia ropnego. R. przytacza 2 takie przypadki z własnej praktyki. Na usprawiedliwienie internistów przytacza przypadki grypy, duru, anginy, które nieraz przebiegają z wyraźnymi objawami burzliwymi zapalenia wyrostka robaczkowego i mijają po krótkim czasie.

Lubelski kładzie główny nacisk na pewne rozpoznanie, co możliwe jest tylko wtedy, kiedy widzimy chorego w napadzie, kiedy się stwierdza typowe objawy, jak: wymioty, podniesiona ciepłota, ból w prawym dole biodrowym. Często możliwe są pomyłki rozpoznawcze. Z operacją należy czekać, póki rozpoznanie nie będzie zupełnie pewne. L. spostrzegął przypadki, skierowane do niego przez lekarzy z rozpoznaniem zapalenia

wyrostka robaczkowego, w których szczegółowe zbadanie wykazywało: kamień w moczowodzie, opadnięcie nerki, zapalenie jajnika i jajowodu, zapalenie pęcherza żółciowego, zapalenie płuca po stronie przeciwnej, które zakończyło się utworzeniem ropnia w płucu. W jednym przypadku u chorej, która leżała już na stole operacyjnym z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego, L. stwierdził dur plamisty, u dwojga dzieci zimnicę. Prócz tych zwykłych pomyłek jest jeszcze cały dział schorzeń, które często dają objawy, podobne do objawów zapalenia wyrostka robaczkowego. Są to: *coecum mobile*, *coecocolon ascedens mobilis*, *ptosis flexurae hepaticae*, zrost krzywizny wątrobowej w kształcie dubeltówki, błona Jacksona, powróżek Lain'a, *pericolitis* w obrębie *colon ascedens*.

Wejnert stwierdza w obronie internistów, że nieraz aby usunąć trudności rozpoznawcze nie wystarcza sumienne badanie, objawy bowiem są nieraz zmienne. Podobny przypadek spostrzegął W. z kolegą Witkowskim. W ciągu ostrego okresu choroby charakter objawów często się zmieniał i wskazywał to na wyrostek robaczkowy, to znowu na pęcherz żółciowy.

Rubinrot przytacza przypadek niedawno spostrzegany: u chorej, operowanej dwukrotnie, pierwszy raz z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, drugi raz z powodu przepukliny brzusznej, znaleziono podczas badania rentgenologicznego złąg moczowodu. W przypadkach podostrych wątpliwych badanie rentgenowskie może dać pewne wskazówki.

Gliksmán podaje, że operował kilka miesięcy temu chorą, u której postawiono rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego., na zasadzie bolesności na ucisk punktu Mac Burneya. Podczas operacji znaleziono wyrostek po stronie lewej; (*situs inversus viscerum*). Chora w dalszym ciągu skarżyła się na bóle. Po dłuższem bezowocnem leczeniu zachowawczem znaleziono po ponownem otwarciu brzucha zrost sieci: powróżek, idący ku małej miednicy i zrost jelita biodrowego z kiszka ślepą, ujście jelita cienkiego było więc zagięte. Po usunięciu tych zrostów i zlepow dolegliwości prawie ustąpiły, ale w małej mierze trwały nadal. Mielśmy do czynienia w tym przypadku ze specjalną skłonnością do zrostów, sprawą, która może stanowić temat poważnej dyskusji.

3) Spielman pokazuje z oddziału D-ra A. Zawadzkiego kamień wielkości orzecha włoskiego, wydobyty podczas operacji z przewodu żółciowego wspólnego; wykonano choledochotomię i usunięto pęcherzyk żółciowy.

Mintz wygłasza odczyt p. t. „Przypadek zamknięcia światła jelita przez kamień żółciowy (ogłoszony w N-rze I „Gastrologii Polskiej”). W dyskusji A. Zawadzki przypuszcza, że objawy chorobowe w danym przypadku mogły być wywołane przez zapalenie otrzewnej, które powstało w momencie, gdy kamień przechodził przez miejsce przedziurawienia jelita, a nie koniecznie przez niedrożność jelita. Badanie kału w okresie poprawy chorej przed wyjściem kamienia byłoby sprawę rozstrzygnęło.

Lubelski odróżnia w niedrożności jelita, zależnej od uwięźnięcia kamienia żółciowego, dwa okresy:

I Okres, w którym kamień drogą przedziurawienia jelita do niego się dostaje. Występują objawy miejscowego zapalenia otrzewny, zlepy zapalne jelit z naciekiem, wysoką ciepłotą, wzdęciem jelit i bóle.

II Okres: kamień dostaje się do światła jelita, bóle ustępują, ciepłota spada, stan ogólny się poprawia, po pewnym czasie następuje nawrót wyżej wymienionych objawów, gdy kamień wywołuje niedrożność jelita. Jeżeli zatem stwierdzamy w wywiadach kamicę żółciową, jeżeli możemy w przebiegu choroby odróżnić te dwa wyżej wymienione okresy z niedrożnością jelit, to rozpoznajemy niedrożność jelita, spowodowaną kamieniem żółciowym. Nieraz podczas badania *per rectum* wyczuwamy twarde ciało, opadające ku dołowi po uniesieniu ciała tego palcem ku górze (Viellard). Liczba tych przypadków się nie zwiększyła, tylko liczba lepiej rozpoznanych i operowanych. L. znalazł w jednym przypadku kamień żółciowy w jamie brzusznej w zrostach wśród ropy; chora wyzdrowiała.

Dolkart zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze w tych razach. Nieraz ból w kamicy żółciowej występuje po lewej stronie, a uwięźnięcia w jelicie niema. Również ból w środku lub po lewej stronie może być wywołany zapaleniem trzustki.

Witkowski podaje, że na zjeździe chirurgów we Lwowie w r 1924 pokazywał preparat jelita grubego, przedziurawionego kamieniem, pochodzącym z pęcherzyka żółciowego. W miejscu przejścia kamienia do jelita duży guz złośliwy (rak), który powiększał niedrożność jelita w tem miejscu.

Gdyby chora, od której ten preparat pochodzi, była w swoim czasie należycie obserwowana i po odpowiednim wczesnem rozpoznaniu operowana, nie doszłoby może do zwyrodnienia złośliwego.

W. zaznacza, że prelegent jeszcze przed wyjściem kamienia postawił trafne rozpoznanie.

Robin uważa przypadek, o którym mowa za bardzo interesujący ze względu na sprawę zapalną, towarzyszącą przedostaniu się kamienia do kiszek. Również rzadkie są w tych razach wymioty krwawe. Przy sposobności R. zaznacza, że wyjście jednego lub dwóch kamieni drogą naturalną nie stanowi o zakończeniu choroby. Często pozostaje jeszcze znaczna liczba kamieni w pęcherzyku żółciowym, które mogą spowodować różne powikłania.

Grundzach pokazuje na zakończenie preparaty pokazywane angiś w Tow. Lek. i opisane, które wyszły wśród objawów niedrożności jelit na 6-y i 11-y dzień choroby.

G. uważa, że należy zawsze myśleć o niedrożności jelita na tle kamienia u chorych z wyraźnie stwierdzoną kamicą żółciową, gdy tylko wystąpią objawy tej niedrożności choćby w słabym stopniu.

Dnia 21/XII 27.

Obecnych 40 kolegów.

Wiceprezes Wejnert, w imieniu Zarządu i Członków Pol. Tow. Gastrologicznego wygłosił przemówienie z racji 30 letniego jubileuszu pracy lekarskiej D-ra W. Róбина.

Mówca podniósł zasługi naukowe Róбина na polu gastrologii, wskazał na jego zabiegi i pracę przy zorganizowaniu Sekcji Gastrologicznej przy Tow. Lekars. Warszawskim, a następnie przy utworzeniu Pol. Tow. Gastrologicznego.

Wejnert specjalnie podkreślił gorący, czynny współudział Jubilata w posiedzeniach Pol. Tow. Gastrol., wskazując na rzeczowe jego krytyki, zawsze stojące na wysokim poziomie naukowym, oparte na bogatym doświadczeniu, a utrzymane w tonie koleżeńskiejszy zyczliwości.

W zakończeniu swego przemówienia mówca życzył Jubilatowi jak najdłuższej i w dalszym ciągu tak owocnej pracy dla dobra Gastrologii Polskiej.

I Pokazy.

1) Doc. Sterling - Okuniewski przedstawia dwa zdjęcia rentgenologiczne z rozpoznaniem samoistnego rozszerzenia przełyku.

Jeden rentgenogram tyczy się młodej, dwudziestokilkolletniej kobiety, przedtem zdrowej, od dwu lat zamężnej. Mniej więcej od tego czasu ma trudności łykania, które mogą trwać kilka tygodni, ustępują same, i powracają uporczywie.

W okresie tych zaburzeń chora nie może połykać ani twardych, ani miękkich pokarmów, chudnie i mizernieje. W przerwie pomiędzy temi napadami chora łyka wszystkie pokarmy z łatwością i powraca do sił. Ciężę w 8 miesiącu musiano przerwać z tych samych powodów, wówczas straciła na wadze 38 kg. Obecnie trochę utyła, ale do dawnej wagi wrócić nie może. Leczy się od dwu lat. Wszelkie badania kliniczne (Wassermann — ujemny), zostały wykonane. Atropina sprawia chwilową ulgę. Dwukrotnie operowana (I gastrostomia. II zespolenie żołądkowo-jelitowe), bez istotnej poprawy.

Drugi rentgenogram pokazuje prelegent celem zaznaczenia, że przypadki samoistnego rozszerzenia przełyku nie są tak rzadkie, jakby się zdawało.

W dyskusji: Kryński stwierdza, że obraz rentgenologiczny w danym przypadku przemawia stanowczo za samoistnem rozszerzeniem przełyku; nietypowy jednak jest obraz samego wpustu.

W tego rodzaju przypadkach wpust jest lejkowato zwężony i nie przepuszcza zupełnie płynu kontrastowego. Na demonstrowanym rentgenogramie widzimy wąskie przejście do żołądka. Możliwe, że jest uchwycona chwila, gdy skurcz puścił. Przypadek ten może służyć jako przyczynek do

sporu czy skurcz wpustu jest w tem schorzeniu objawem pierwotnym, czy też przyczyny jego szukać należy w zmianach mięśniówki przełyku.

Czarkowski nadmienia, że skurcz wpustu może wystąpić także w związku ze schorzeniem odległym: kamicą żółciową, nerkową, moczowodową, schorzeniem narządów kobiecych i t. p. Cz. obserwował przypadek leczony bezskutecznie w ciągu paru lat, po wyjęciu kamieni z moczowodu ustąpiły wszelkie objawy, połączone ze skurczem wpustu.

Leczenie chirurgiczne daje dobre wyniki. Zabiegi polegają na kardiolizie, forsownem rozszerzeniu przełyku, gastrostomji, wycięciu wpustu, wycięciu splotów nerwu współczulnego i t. d.

Zawadzki jest zdania, że przypadek winien być być badany wzgłędnie przełykowym. Zapewne jest to owrzodzenie lub szczelina we wpuście, gojąca się i odnawiająca, czego dowodem poprawa po karmieniu przez przetokę żołądkową.

Przypadek winien być operowany. W tym celu mogą być wykonane: zabieg 1) Mikulicza, 2) zabieg Heyrowskiego, 3) zabieg Gregoira, 4) oesophago - gastrostomia, 5) dojście do przepony i nacięcie otoczki miejscowej na wpuście.

Zabiegi te dają dobre wyniki.

Adelfang rozpoznaje również w tym przypadku samoistne rozszerzenie przełyku. Rozszerzenie tak znaczne spotykamy wyłącznie w tem schorzeniu. Przejście małej ilości płynu kontrastowego do żołądka, nie przemawia przeciw temu rozpoznaniu. Jest tylko dowodem tego, że w momencie, uchwycenym na kliszy, skurcz wpustu ustąpił.

Mesz jest zdania, że zwężenia organiczne w części wpustowej powstające z powodu otrucia, mogą doprowadzić również jak w zwężeniach samoistnych, do rozszerzenia i wydłużenia przełyku. Tak stoi sprawa teoretycznie. I w danym przypadku należy o tem pamiętać, tembardziej, że chora często nadużywała wysoku (jednorazowo 1 butelkę), który również może doprowadzić do zmian w błonie śluzowej. Obraz rentgenologiczny w tym przypadku nie wyłącza możliwości tła organicznego tej choroby.

Mówca poleca rozszerzanie wpustu specjalnym rozszerzaczem, który pokazywał Frank.

Frank zwraca uwagę, że po dwukrotnym zabiegu trudno będzie chorą namówić do nowego zabiegu. Należałoby zastosować dilatation forcée — niekrwawym sposobem zapomocą rozszerzacza Starka. Chorzy tacy często nazajutrz po rozszerzeniu mogli przyjmować pokarmy.

2) Zawadzki pokazuje 4 preparaty żołądka po rozległym wycięciu. W 3 przypadkach wykonano ten zabieg z powodu wrzodu, w 1 przypadku z powodu raka.

3) Niewiadomski pokazuje preparat żołądka po wycięciu tegoż i ujścia dwunastnicy z powodu wrzodu dwunastnicy; wrzód klinicznie rozpoznany i zlokalizowany, został stwierdzony specjalnym badaniem rentgenologicznem zapomocą wprowadzenia powietrza do dwunastnicy przez zgłębnik Einhorna.

Kryński omawia stronę techniczną tego badania rentgenologicznego, t. zw. pneumoduodenum.

4) Dolkart pokazuje dwa rentgenogramy; na jednym stwierdza się znaczne rozszerzenie żołądka na tle skurczu odzwiernika, spowodowanego obecnością wrzodu w odzwierniku.

Na drugim, ku wielkiemu zdziwieniu, znajdujemy po odpowiedniej przebytej kuracji bezmięsnej żołądek mały o normalnych granicach; zwężenia niema.

W dyskusji nad pokazami Czarkowski zaznacza, że w przypadkach wrzodów żołądka i dwunastnicy winniśmy poddawać zabiegowi operacyjnemu tych chorych, którzy nie osiągają poprawy po dłuższej kuracji djetetycznej, mają zwężenie odzwiernika albo wykazują choćby najłżejsze objawy zapalenia otrzewny. Lekkie opukiwanie okolicy nadbrzusza może nas o tem przekonać. Objaw otrzewnowy stanowi bezwzględne wskazanie do zabiegu. W przypadkach ciężkich zrostów zapalnych można się posiłkować wykonaniem przetoki na jelicie czczem (jejunostomia) sposobem Witzla. Zabieg ten służy do pomocy w leczeniu wewnętrznym.

Róbin uważa przyp. Dolkarta za bardzo ciekawy, gdyż dowodzi, że nawet ciężkie i klinicznie zupełnie pewne zwężenie przełyku (z zaleganiem pokarmów naczczo, z czwórniami, z ruchami antyperystaltycznymi i t. p.) mogą ulec poprawie bez zabiegu chirurgicznego. Rzeczy te są rzadkie, ale niewątpliwie istnieją.

Przed laty R. ogłosił pracę p. t. „O przemijających zwężeniach odzwiernika“ R. stwierdza niewątpliwie istnienie tego rodzaju przypadków, które pod wpływem leczenia wewn. (przepłukiwania systematyczne djeta i t. p.), ulegają zupełnemu wyleczeniu.

R. tłumaczy to sprawą nieżytną, obrzękową samego odzwiernika (pyloritis).

Rubinrot uważa wypełnianie dwunastnicy zapomocą zgłębnika Einhorna płynem kontrastowym za zabieg zmusny, który może rzeczywiście niekiedy dać wynik dodatni pod względem rozpoznawczym, ale może bardzo zaszkodzić choremu, — prowadząc do przedziurawienia istniejącego wrzodu. Jeszcze bardziej niebezpiecznym zabiegiem jest nadymanie dwunastnicy powietrzem. Co do przypadku Dolkarta, uważa że długotrwałe zaleganie w żołądku o kształcie miskowatym jest najczęściej spotykane w zwężeniu bliznowatym odzwiernika, jednak w długotrwałych stanach skurczowych odzwiernika nie jest wykluczony taki obraz rentgenologiczny. Za pomocą odpowiedniego leczenia, szczególnie djetetycznego ściana żołądka może odzyskać odpowiednie napięcie. Podobny przypadek obserwował R. przed kilku laty.

Prześwietlenie chorego po upływie 2 tygodni wykazało żołądek o kształcie hipertonicznym, zamiast uprzedniego atonicznego.

Według Adelfanga przypadek Dolkarta jest w rentgenologii tak niezmiernie rzadki, że trudno przejść nad nim do porządku dziennego.

A. nie uważa za możliwe, aby w ciągu miesiąca tak znaczna prawda nastąpić mogła. Na pierwszej kliszy widzimy żołądek, typowy dla obrazu bliznowatego zwężenia odzwierniaka, a na drugim obraz żołądka normalnego.

Mamy chyba do czynienia nie ze zwężeniem odzwierniaka, a z gastroplegią, która po kilku tygodniach ustąpiła. W tym przypadku należy koniecznie zrobić jeszcze ponownie zdjęcie rentgenologiczne.

Mes z uważa, że wprowadzenie zgłębnika dwunastniczego jest uciążliwe. Ten sam wynik można osiągnąć zwyczajnem badaniem, tylko należy je wykonać kilkakrotnie.

Co się tyczy przypadku Dolkarta, to należy pamiętać, że tu może zająć zamiana rentgenogramów.

II) Frank wygłosił odczyt „leczenie guzów krwawnicowych odbytu sposobem „Bensanda” drukowany w Czasop. Lek.

Czarkowski zaznacza, że operował ropień wątroby, powstały po leczeniu guzów krwawnicowych sposobem Bensauda. Wobec tego leczenie tą metodą nie jest tak bezpieczne, jakby się zdawało. Sam zabieg operacyjny usuwania tych żyłaków jest bardzo niewinny, wykonany w znieczuleniu miejscowem jest zupełnie bezpieczny. Wobec tego należy unikać niepewnej, a nawet niebezpiecznej nieraz metody wstrzykiwań do guzów krwawnicowych.

Sekretarz F. Niewiadomski.

Wiadomości różne.

Sprawozdanie z działalności Pol. Tow. Gastrologicznego.

Na posiedzeniu kwietniowem Polskiego Tow. Gastrologicznego Sekretarz T-wa, Kol. Niewiadomski odczytał sprawozdanie z działalności T-wa za ubiegłe 2 lata. P. Tow. Gastrol. wyłoniło się wiosną 1926 roku z dawnej Sekcji Gastrologicznej Warszawskiego Tow. Lekarskiego. Po kilku posiedzeniach przygotowawczych dnia 28.IV. 1926 odbyło się posiedzenie inauguracyjne, na którem Prezes T-wa, Dr. Grundzachs przedstawił zarys rozwoju gastrologji Polskiej. Prof. Głuziński powitał nowopowstające Towarzystwo imieniem Tow. Lekarskiego. Odczyty wygłosili: Prof. Czubalski: Fizjologiczne warunki czynności wydzielniczej żołądka (patrz Prace oryginalne w numerze bieżącym), B. Kryński i Ś. P. A. Zawadzki omówili stosunek rentgenologii i chirurgji do gastrologji.

Posiedzeń naukowych w czasie sprawozdawczym było 15. Wygłoszono na nich następujące odczyty:

1. Adelfang. O najnowszych pracach nad powstawaniem nowotworów złośliwych.

2. Adelfang. O leczeniu wrzodu żołądka promieniami Rentgena.

3. Cytronberg. O nowym sposobie badania sprawności czynnościowej żołądka.
4. Frank. O leczeniu guzów krwawnicowych sposobem Bensau de.
5. Justman. O peptonie Wittego w lecznictwie biegunek przewlekłych.
6. Justman. O pograniczu internistyczno-chorurgicznem w gastrologji.
7. Kryński B. Obecny stan rentgenografji dwunastnicy, patrz Mintz. Korreferat o cholecystografji.
9. Landsberg. Nowe badania nad biochemją raka.
10. Mintz. O wartości klinicznej cholecystografji.
11. Mintz. O niedrożności jelit skutkiem zatkania kamieniem żółciowym (z pokazem chorej).
12. Orzech. O leczeniu przetoki dwunastniczej sposobem Einhorna.
13. Róbin. O trudnościach rozpoznawczych w cierpieniach przewodu pokarmowego.
14. Róbin. O uproszczonem śniadaniu próbnem.
15. Saidman. O sprawach zastoinowych pęcherzyka żółciowego.
16. Tuchendler. Interesujące tematy na międzynarodowym zjeździe lekarskim w Karlsbadzie.
17. Weinert. Rak żołądka w świetle cyfr.
18. Weinert. Foetor ex ore.
19. Ś. P. A. Zawadzki. W sprawie niedrożności jelit.

Pokazów było 50 (kol. Cytronberg, Dolkart, Frank, Grundzach, Goldstein, Hertzberg, Justman, Kryński, Lubelski, Mesz. Mintz, Miszurski, Niewiadomski, Orzech, Rapiport, Róbin, Rubinsztejn, Solman, Solomon, Szpilman, Doc. Sterling-Okuniewski, Witkowski, Zawadzki.

Protokoły posiedzeń za rok 1926/7 zostały ogłoszone w Warsz. Czas. Lek., począwszy od roku 1927/8 będą ogłaszane w Gastr. Polskiej.

Posiedzenia P. Tow. Gastr. odbywają się co miesiąc w każdą środę po 15-ym o godz. 8¹/₂ wieczorem w lokalu lecznicy przy ul. Trębackiej Nr. 2. Goście mile widziani.

W dniu 14. V. 28 zmarł w Warszawie Ś. P. Dr. Aleksander Zawadzki, jeden z założycieli i członek Zarządu Pol. Tow. Gastrologicznego. Ograniczamy się dzisiaj do podania tej żałobnej wiadomości, odkładając obszerniejsze wspomnienie do zeszytu II-go.

Komitet Redakcyjny na Polskę międzynarodowego pisma „Index analyticus cancerologie” prosi wszystkich kolegów, którzy w drugiej połowie r. 1927 ogłosili w języku polskim swe prace dotyczące nowotworów, o nadesłanie strzeszczeń (jeżeli można w języku francuskim) pod adresem: Warszawa: Doc. Dr. S. Sterling-Okuniewski, Marszałkowska 41, lub Dr. Med. B. Wejnert, Marszałkowska 73.

Na ostatnim Zjeździe Lekarzy i Przyrodników czechosłowackich w Pradze (w dn. 26 — 29 maja r. b.) wygłoszono ogółem 25 odczytów z dziedziny chorób przewodu pokarmowego i przemiany materii. (13 w Sekcji medycyny wewnętrznej i 12 w Sekcji chirurgicznej). Ważniejsze z nich były: Patologia wątroby. Obraz kliniczny chorób wątroby. Żółtaczka. Cholesterinaemia. Wpływ niektórych hormonów na czynności wątroby. Znaczenie choledochoduoduenostomii dla chirurgii dróg żółciowych. Gastritis ulcerosa annularis. Przyczynę do kazuistyki i etiologii wrzodu jelita czczego. O częstotści wrzodu żołądkowo-dwunastniczego.

12-go do 14-go września r. b. odbędzie się w Amsterdamie zjazd niemieckiego Towarzystwa lekarzy chorób przewodu pokarmowego i przemiany materii. Omawiane będą następujące tematy:

12. IX. 28: Fizjologia i patologia głodu.

13. IX. 28 Stosunek między przewodem pokarmowym, a chorobami krwi.

14. IX. 28 a) Rozpoznawcze i lecznicze pomyłki w dziedzinie chorób przewodu pokarmowego oraz zapobieganie takowym,

b) znaczenie diety surowej.

Prezesem tegorocznego zjazdu obrany został Prof. Hijmans van den Bergh.

W dn. 25 — 27 września r. b. odbędzie się w Rzymie Zjazd Przeciwgruźliczy.

Redaktor: Dr. Med. Bronisław Wejnert, Marszałkowska 73.

Wydawca: Dr. Ignacy Grudzech, Nowogrodzka 18a.

Druk. R. Olesiński, W. Merkel i S-ka, Warszawa, Chłodna 37, tel. 69-46.

Resumées.

Prof. Fr. Czubalski. L'action sécrétoire des glandes stomacals.

Dans l'action sécrétoire des glandes stomacales nous distinguons trois phases. La première — c'est la sécrétion psychique. Elle est due à des phénomènes reflex-conditionnels (Pawlow). La sécrétion du suc gastrique est ici provoquée sans que les aliments entrent au contact avec la muqueuse du tube digestif (cavité buccale et estomac). La sécrétion de la deuxième phase est provoquée par le contact des aliments avec la muqueuse de la cavité buccale; il s'agit ici d'un reflex banal. Dans ces deux phases c'est le pneumogastrique qui est le nerf sécrétoire. Le mécanisme de la sécrétion au cours de la I phase est acquis par l'exercice quotidien, — le mécanisme de la II phase est inné. La troisième phase de la sécrétion liée avec le passage des aliments digérés dans l'estomac et leur contact avec la muqueuse du pyllore. Le mécanisme de la sécrétion de cette phase est avant tout humoral. On excite la sécrétion gastrique par la sécrétine d'Edkins, ainsi que par la sécrétine intestinale de Bailis et Starling comme cela a été démontré par Walawski de l'Institut de Physiologie de l'Université de Varsovie.

Walawski a montré également, qu'il est possible de diminuer et d'arrêter l'activité sécrétoire de l'estomac par l'injection souscutanée ou intraveineuse de biodialisats de la muqueuse du gros intestin. La sécrétine gastrique est au point de vue chimique identique ou bien très proche de l'histamine. Chaque trouble de l'action sécrétoire des glandes stomacales a une repercussion sur l'action digesetive, il change en outre l'état physico-chimique des humeurs de l'organisme. On observe (comme l'a démontré, l'auteur) à la suite des troubles dans l'action des chlorures dans les liquides intracellulaires et des modifications dans la teneur en phosphore dans le sang. Les réserves alcalines du sang ainsi que sa morphologie et sa coagulabilité se trouvent également modifiées. L'augmentation de la sécrétion du suc gastrique, provoquée par l'action plus intense du pneumogastrique diminue la coagulabilité du sang. En même temps le nombre des plaquettes de Bizzozero et dans certains cas des leucocytes baissent également. On assiste donc à un état analogue à la crise hémoclasique de Widal.

Dr. W. Robin. Nouveau repas d'épreuve simplifié.

L'auteur passe en revue les défauts du repas d'épreuve de Boas-Ewald. Les reproches qu'on lui fait sont les suivants: manque de précision dans l'application, et de la diversité des chiffres obtenus; la composition — peu satisfaisante de repas lui — même, ne convenant pas à beaucoup de malades; enfin la nécessité de se servir de la sonde rigide pour l'extraction, moyen contre-indiqué dans certains cas. — On a cherché en vain une méthode supprimant l'usage de la sonde (épreuve desmoidale de Sahli et autres). — Diverses modifications ont été apportées au repas d'épreuve de Boas-Ewald: (Repas sec, bouillie de Sahli, repas d'épreuve albumineuse de Gluzinski, repas à base de viande, etc.) — Enfin, on a essayé un repas d'épreuve liquide (Talma, Schütz, Strauss, Ehrmann).

L'auteur a cru bon de soumettre toutes ces méthodes à une sérieuse révision, qui l'a conduit à préconiser aujourd'hui un nouveau repas d'épreuve simplifié, se composant comme suit: 180,0 de the + 20,0 de lait + 5,0 de sucre — aspiration après 30 min. à l'aide de la sonde duodénale mince. D'après l'auteur, ce repas présente des avantages sur tous les autres, car, comme consistance, il se rapproche de notre repas matinal, il est appétissant, inoffensif pour les malades de l'estomac et il peut être extrait à l'aide de la sonde molle duodénale, éventuellement, à l'aide de la sonde mince infantile.

Les expériences, faites par l'auteur sur ses malades, démontrent, que ce repas d'épreuve possède des qualités de stabilité, et constitue un assez vigoureux excitant de la sécrétion stomacale.

Les chiffres considérés comme normaux, obtenus après ce repas, sont: HCL libre = 10 — 20, acidité générale = 30 — 50.

Les corps étrangers, les corps stagnants, le sang, la bile, les mucosités, y sont plus faciles à constater, qu'après le repas d'épreuve de Boas-Ewald.

Dr. Mintz. Ein Fall von hohem Darmverschluss infolge eines inkarzerierten Gallensteines.

61 J. Patientin leidet seit 10 Jahren an heftigen Leberkoliken. Während der Anfälle konnte man mehrmals Entzündung der Gallenblase mit Beteiligung des Peritoneums (Chole u. Pericholecystitis) feststellen. Die letzte Erkrankung, welche sich später als hoher Darmverschluss infolge eines obturierenden Gallensteines erwies, dauerte 10 Tage. An den ersten 6 Tagen traten stürmische Erscheinungen auf, nämlich Fieber, linksseitige krampfhaftige Bauchschmerzen, profuses Erbrechen, 2 mal sogar Bluterbrechen, endlich Fehlen von Stuhl und Winden. Der Bauch war nicht besonders aufgetrieben. Die Diagnose sties anfangs auf grosse Schwierigkeiten, bald aber sprach der Autor die Vermutung aus, dass man es in diesem Fall mit einem unvollkommenen Darmverschluss infolge eines inkarzerierten Gallensteines zu tun hat. Der weitere Krankheitsverlauf

bestätigte die vermutete Diagnose. Von 6-ten Tage ab subjektive Besserung und Abgehen von Winden. Am 10 Tag ging nach einem Einlauf ein ziemlich grosser Stein ab, der, wie die chemische Analyse zeigte, hauptsächlich aus Cholesterin bestand. Dem Steine folgte eine reichliche Stuhlmenge.

Travail de la II. Clinique médicale de l'université à Vilno.

Directeur: Prof. dr. A. Januszkiewicz.

Un cas de sarcome de l'estomac par dr. A. Czerniewski.

Homme, âgé de 33 ans. Symptômes typiques d'ulcère de l'estomac avec sténose pylorique et de symptômes d'inflammation péripylorique. Maximum de l'acidité totale 100, et de l'acide chlorhydrique libre 80. Amaigrissement, inanition, température sousfébrile; pas d'anémie, malgré les hemorrhagies continuelles, constatées par les analyses des selles. A l'opération au voisinage du pylore une tumeur de la grandeur d'un oeuf de poule, avec des adhérences multiples et des métastases dans les ganglions lymphatiques épiploïques et ceux des vaisseaux spléniques. On posa le diagnostic du cancer et ce ne fut que l'examen histologique, qui démontra un sarcome alvéolaire. En suite l'auteur décrit les symptômes du sarcome de l'estomac et souligne la difficulté de le reconnaître sans analyse microscopique.

Prof. D-ro CZUBALSKI

Direktoro de la Fiziologia Instituto de la Varsovia Universitato.

La sekrecia aktiveco de stomakaj glandoj

En la sekrecia aktiveco de stomakaj glandoj ni distingas tri fazojn: la unuan — psihan sekrecion, dependantan de kondiĉa reflekso (Pawlow). La sekrecio de stomaka suko okazas tie-ĉi sen ia ajn kontakto kun la mukmembrano de la digesta kanalo (buŝa kavo, stomako). La dua fazo estas kaŭzata de kontakto de nutraĵoj kun la mukozo de la buŝa kavo (reflekso banala). En ambaŭ supraj fazoj la nervo pneŭmogastra ludas la rolon de nervo sekrecia.

La mekanismo de sekrecio dum la unua fazo estas sekvo de ĉiutaga ekzercado, — dum la dua ĝi estas denaska.

La tria fazo estas ligita kun la fakto de transiro de nutraĵoj tra la stomako kaj de kontakto kun la pilora mukozo. La mekanismo dum tlu fazo estas antaŭ ĉio humorela.

Oni ekscitas la stomakan sekrecion per la sekretino de Edkins, sed ankaŭ (kiel montris Walawski en la Fiziologia Instituto de Varsovia Universitato) per la intesta sekretino de Bayliss kaj Starling.

Walawski pruvis ankaŭ la eblecon malfortigi kaj haltigi la sekrecian aktivecon de la stomako per enkonduko subhaŭta aŭ envejna de biodializatoj de kolojna mukozo.

La stomaka sekretino estas laŭ ĥemia vidpunkto identa aŭ tre proksima al histamino. Ĉiu perturbo de la sekrecia aktiveco de stomakaj glandoj ne nur influas la digeston, sed ankaŭ ŝanĝas fizika-ĥemian staton de organismaj fluidoj. Oni observas (kiel pruvis aŭtoro) dislokigon de kloratoj en la intraĉelaj fluidoj kaj ŝanĝon de Pn en la sango kaj en la enhavo de alkaliaj rezervoj. Ankaŭ modifiĝas la morfologia konsisto de sango kaj ĝia koagulado. Plifortigo de stomaka sekrecio, kaŭzata de pliforta aktiveco de pneŭmogastra nervo, malpliigas la koagulacion de la sango, la nombron de Bizzozzeraj platetoj kaj iaforte de leŭkocitoj, — stato analogia al la ĥemoklazia krizo de Vidal.

D-ro W. ROBIN.

Nova, simpligita prova matenmango.

Aŭtoro priparolas la mankojn de populara prova matenmango de Boas — Ewald. Ĉefaj riproĉoj: nesufiĉa precizeco en ĝia aplikado kaj pro tio ricevado de neegalaj ciferoj, — poste nefeliĉa konsisto de tiu prova matenmango, kiu por multaj pacientoj ne estas konvera, — fine la neceso de uzado de malmola sondo, kio ofte ne estas dezirinda.

Tial oni delonge, sed vane serĉis metodon sen sondan (la desmolda provo de Sahli kaj aliaj). Oni penadis diversmaniere modifi la Boas'an pr. matenmangon (seka matenmango, faruna supo de Sahli, albumena provo de Gluziński, vianda provo de Grundzach k. t. p.). Fine oni komencis aplikadi fluidan provan matenmangon (Talma, Schütz, Strauss, Ehrmann).

L'aŭtoro opiniis necesa submeti al nova revizio ĉiujn suprajn metodojn kaj nun rekomendas novan, simpligitan provan matenmangon, konstantan e 180,0 da teo + 20,0 da lakto + 5,0 da sukero, — oni aspiras post 30 minutoj per helpo de maldika duodena sondo.

Laŭ la opinio de aŭtoro tiu prova matenmango superas aliajn, ĉar ĝi estas apetita, plisimila al nia matena nutraĵo, konvena por ĉiuj stomakaj malsanuloj kaj povas esti eltirita pere de mola duodena sondo aŭ eventuale pere de maldika infana stomaka sondo.

Ekperimentoj faritaj de l'aŭtoro ĉe vico de malsanuloj pravas, ke la nova prova matenm. posedas karakteron de konstanteco kaj sufiĉe forte ekscitas la stomakan sekrecion.

Kiel normajn ciferojn oni povas tie-ĉi konsideri: libera HCL = 10—20, ĝenerala acideco = 30 — 50. Fremdaj almiksaĵoj, stagnacia enhavo, sango, galo' muko — plifacile estas konstateblaj ĉe la nova prova matenmango, ol ĉe la Boas'a.

D-ro S. MINTZ.

Kazo de alta ileuso sekve de ŝtopo per gala ŝtono.

61-jara virino suferis de 10 jaroj pro fortaj hepataj atakoj. Dum la atakoj oni kelkfoje povis konstati ĥolecistiton kun partepreno de la peritoneo (periĥolecistito). La lasta malsano, kiu montriĝis poste alta ileuso, daŭris 10 tagojn. Dum la unuaj 6 tagoj aperis gravaj simptomoj, nome: febro, spasmaj ventrodoloroj maldekstraj, flua vomo, dufoje eĉ sangvemo, fine marko de ekskrementoj kaj de gazoj. La ventro ne estis tre disblovita. La diagnozo renkontis komence grandajn malfacilaĵojn, sed baldaŭ l'aŭtoro esprimis opinion, ke la klinika bildo estas sekvo de nekompleta ileuso pro ŝtopo per galŝtono. La p'ua traktado de la

malsano konfirmis la diagnozon. De la 6-a tago subjektiva pliboniĝo kaj apero de gazoj. La 10-an tagon eliris post klismo sufiĉe granda ŝtono, kiu laŭ ĥemia esploro konsistis ĉefe el holesterino. La ŝtonon sekvis flua eligo de ekskremento.

D-ro A. CZERNIEWSKI.

Kazo de stomaka sarkomo.

(El la 2-a Kliniko de internaj malsanoj de la Vilna Universitato.

Direktoro Prof. D-ro Januszkiewicz).

Viro 33-jara. Tipaj simptomoj de stomaka ulcero kun pilora stenoza kaj simptomoj de peripilora inflamo. Maksimumo de ĝenerala acideco = 100, de HCL = 80. Malgrasiĝo, malfortiĝo, subfebra temperaturo, mankas anemio malgraŭ ĉiama sangado, konstatita laŭ la esploro de ekskremento. Dum la operacio trovita apud la piloro tumoro de grandeco de kokina ovo kun multaj kunkreskaĵoj kaj metastazoj en limfaj epiploaj kaj lienaj sangvazaj glandoj.

Oni diagnozis stomakan kankron kaj nur la histologia esploro pruvis ĉeeston d'alveola sarkomo. Fine l'aŭtoro priskribas simptomojn de stomaka sarkomo kaj substrekas la malfacilaĵojn de ĝia diagnozado sen mikroskopa esploro.