

Gastrologja Polska

TREŚĆ: Dr. med. B. Wejnert i Doc. Dr. med. A. Elektorowicz. Zasady współpracy Gastrologów z Rentgenologami. — Dr. Leon Płockier i Dr. Jan Kryński. Przyczynek do diagnostyki i terapii uchyłków dwunastnicy. — Dr. med. Feliks Turyn. O nadczynności żołądka. — Posiedzenia Pół. Tow. Gastrologicznego.

Le résumés des travaux originaux en langues étrangères se trouvent à la fin du numéro.

Wydawca: Dr. I. Grundzach

Redaktor: Dr. med. A. Wejnert

Zasady współpracy Gastrologów z Rentgenologami.

Wieczór dyskusyjny w Pol. Tow. Gastrologicznem w dn. 22 marca 1933. r.

Referenci:

Dr. med. B. WEJNERT

Doc. Dr. med. A. ELEKTOROWICZ.

I.

Posiedzenia wspólne dla kilku specjalności nie są rzeczą nową. Wielokrotnie wszyscy bywaliśmy uczestnikami zebrań takich, mających zazwyczaj na celu wszechstronne oświetlenie jakiejś sprawy, leżącej na pograniczu kilku gałęzi wiedzy lekarskiej. Tem nie mniej posiedzenia tego typu, co dzisiejsze, nie było jeszcze w Warszawie, a mam wrażenie że i poza nią też. Nowością jest tu zarówno rodzaj tematu, jak i myśl przewodnia posiedzenia, zdążająca nie do omówienia jakiejś poszczególniej sprawy, a do oświetlenia ogólnego wzajemnych stosunków dwu specjalności, w istocie swej bardzo różnych, a spotykających się niezmiernie często na terenie diagnostyki i zmuszonych przez dzisiejszy stan wiedzy lekarskiej do stałej niemal współpracy.

Dzisiejsi uczestnicy posiedzenia mają uczynić niejako pierwszą próbę nawiązania nici stałego kontaktu, wykazać w dyskusji korzyści sharmonizowania pracy dla obu stron, podkreślić, w jakich punktach zbliżenie jest najpilniejsze i najniezbędniejsze, jakie z niego dla nauki i cierpiącej ludzkości przewidują korzyści, wskazać drogi do niego wiodące, możliwe utrudnienia i przeciwności.

Referaty dzisiejsze powinny ułatwić sprawę, wskazując najważniejsze kierunki dyskusji. Czy zadanie to uda im się wypełnić, pokaże najbliższa przyszłość. Możliwe niedociągnięcia i braki w ujęciu tematów należy traktować jednak z pewną wyrozumiałością, pamiętając, iż są to bądź co bądź pierwsze kroki przeszłej, jak sądzę, szerszej akcji na terenie zbliżenia różnych specjalności.

Przechodząc do samego tematu, muszę się zastrzec, iż wszystko, co powiem, powinno być traktowane jako dezyderaty i tematy do dyskusji, a nie jako krytyka — bo nią nie jest.

My gastrologzy, pomimo naszych obserwacyj klinicznych, mimo narzędzi specjalnych, któremi się posługujemy przy naszych badaniach, mimo szeregu chemicznych odczynów, które są na nasze usługi, tak często na naszej drodze spotykamy ciemne punkty, tak często stajemy wobec zagadki i zmuszeni jesteśmy opierać się na prawdopodobieństwie tylko, iż, biorąc rzecz abstrakcyjnie, powinniśmy wysunąć rentgenologii szereg żądań nieprawdopodobnej wprost liczebności. Byłoby ideałem, aby rentgenologja pozwoliła gastrologom dowiadywać się o przewodzie pokarmowym tego wszystkiego, czegoby się mogli dowiedzieć na wiwisekcji. Ale musimy się jednak liczyć z obecnym stanem rentgenologii i z możliwościami najbliższej przyszłości — i to już znacznie zwęża ramy naszych pragnień. Jeżeli zaś staniemy na gruncie życiowo-praktycznym, to okaże się, iż życzenia nasze są może nietylko liczne, ile czasem trudne do zrealizowania.

Wźmy rzecz przedewszystkiem z ogólnej strony. Gastrolog czy internista nigdy prawie nie jest tak dokładnie obeznany z rentgenologją, aby mu w zupełności wystarczyła klisza jedynie bez orzeczenia rentgenologa. Dlatego też nie zgadzam się z tym odłamem lekarzy, którzy uważają orzeczenie pisemne rentgenologa za zbędne. Przy swem badaniu rentgenolog widzi więcej, niż daje klisza, i może, i powinien poczynić spostrzeżenia pozakliszowe, o wielkiej nieraz doniosłości. Żądam więc do każdego badania rentgenow.

skiego umotywowanego orzeczenia, uwzględniającego w miarę potrzeby i możliwości rentgenoskopję. Pragnęlibyśmy, aby w orzeczeniach tych możliwie najrzadziej zdarzały się określenia nieściśle, jak np. „prawdopodobnie“, „nasuwa podejrzenie“, „przemawia z pewnem prawdopodobieństwem“ i t. p. Takie orzeczenia dają względnie mało, gdyż sami, posyłając pacjenta do zbadania promieniami Roentgena, dane prawdopodobieństwo już zazwyczaj przypuszczamy i szukamy tu ostatecznego potwierdzenia lub zaprzeczenia. Więcej już zadowolni nas takie nieściśle orzeczenie, jeśli będzie zaopatrzone w uwagę: „Na zasadzie dokonanego badania nie można ustalić ostatecznego i zdecydowanego rozpoznania. Potrzebne badanie powtórne po takim to czasie, lub taką to metodą“. Muszę jednak zaznaczyć, iż ideałem byłoby odsyłanie pacjenta do ordynującego lekarza dopiero po wyczerpaniu przez samego rentgenologa wszystkich dostępnych mu metod, jakkolwiek rozumiemy, iż ze względów życiowych rzadko to jest możliwem.

Pisemne orzeczenie rentgenologa może się zgadzać lub nie zgadzać z rozpoznaniem kliniczmem — to już inna sprawa, ale daje w każdym razie podstawę do dyskusji z rentgenologiem jako lekarzem. W dziedzinie gastrologji dyskusje tego rodzaju będą jeszcze przez długi czas konieczne i korzystne zarówno dla pacjenta, jak i wzajem dla obu lekarzy, z powodów tak jasnych, że nie mam potrzeby je w naszym gronie wyluszczać. Może dla innych specjalności lekarskich wystarczy rentgenolog - fotograf, gastrologja musi jednak żądać rentgenologa - lekarza i dlatego za niedopuszczalne uważam badanie rentgenowskie przewodu pokarmowego przez laborantów, choćby najbardziej wykwalifikowanych.

Dotychczasowe doświadczenie życiowe wykazuje, iż niemal żadna inna specjalność nie wymaga tak stałego zbliżenia z rentgenologją, jak gastrologja. Aby jednak dobrze służyć potrzebom gastrologji, rentgenolodzy koniecznie muszą być w kursie prac i postępów tej ostatniej. Czyli że niezbędny jest stały i ścisły kontakt tych dwóch specjalności. Zbliżenie to musi mieć miejsce na posiedzeniach towarzystw naukowych, na terenie pracy szpitalnej i przy praktyce prywatnej. Muszę tu podkreślić, iż zanim postulat powyższy został wyrażony ustami gastrologa, samo życie już w pewnej mierze rozpoczęło go realizować. Obie młode specjalności niemal od początku swego istnienia bez żadnej agitacji, bez

żadnych starań, poprostu siłą rzeczy, zaczęły się wzajemnie sobą interesować, obustronnie rozumiejąc konieczność wspólnego współżycia.

Ta potrzeba ciągłego i blizkiego stosunku wysuwa do omówienia sprawę, na którą, jak dotąd, istnieją różne zapatrywania. Chodzi o to, czy rentgenolog powinien w każdym poszczególnym przypadku być z góry przez internistę czy gastrologa powiadomiony o przebiegu choroby i o podejrzeniach klinicznych co do jej istoty, czy też powinien otrzymywać tylko ogólnikowe wskazówki. Sprawa ta wydaje mi się ważną, gdyż zwolennicy jednego i drugiego stanowiska mają swoje racje. Niewątpliwem się zdaje, iż należy unikać w stosunku do rentgenologów wszelkiej możliwej sugestji, aby niczem nie krępować osobistej ich myśli i oparcia wniosków na zupełnie przedmiotowo odczytanych obrazach. Można by tu powiedzieć, iż dobry fachowy rentgenolog nie da się zasugerować. Moim zdaniem tak nie jest. W tym bowiem razie ma znaczenie, nie tylko fachowość rentgenologa, ale w dużej mierze osobiste cechy jego charakteru, jak na przykład stopień skłonności do wiary w autorytety. Trudno sobie wyobrazić, aby nawet mało skłonny do takiej wiary rentgenolog, otrzymawszy kliniczne detale od znanego klinicysty, nie uległ choć w pewnej mierze sugestji. A cóż dopiero mówić o rentgenologach mniej wytrawnych, młodszych, z których pracą przecież się też stykamy.

Z drugiej jednak strony dokładne zaznajomienie rentgenologa przez ordynatora ze sprawą ma tę dobrą stronę, iż rentgenolog może skoncentrować całą swą uwagę w jednym określonym kierunku i wydobyć subtelności, na których nieraz tak nam zależy.

Osobiste zdanie moje w tej sprawie nie przechyla się ani na jedną, ani na drugą stronę. Myślę, iż tu konieczna jest indywidualizacja przypadków i indywidualizacja rentgenologów, a pozostawienie tej sprawy każdorazowo do decyzji ordynatora jest najcelowszem.

I tem niemniej wyłuszczenie stanowiska rentgenologów w tej kwestji byłoby dla nas zarówno ciekawe, jak i pożyteczne, choćby nawet do zupełnego uzgodnienia poglądów nie doszło.

Powyżej omówione wyczerpuje, jak myślę, przynajmniej w najważniejszych punktach sprawę ogólnego stosunku gastrologów do rentgenologów z naszego punktu widzenia.

Przejdźmy teraz do niektórych szczegółów, przynajmniej tych, które nam gastrologom narazie najwięcej sprawiają kłopotu.

Zacznijmy od przełyku. Tu najwięcej trudności spotykamy w różniczkowaniu porażenia, kurczu, nowotworów i zwężeń bliznowatych. Nie potrzebuję wyjaśnić, jak szalenie ważnem by było, aby rentgen mógł dostarczyć pewnych wiadomości w początkowym okresie nowotworu, kiedy dopiero występuje niedowład przełyku, a o ubytku cieniowym jeszcze niema mowy!

Również odróżnienie stanowcze i wczesne kurczu od nowotworu miałoby dla nas kapitalne znaczenie. Mniej już mamy zazwyczaj kłopotu ze zwężeniami bliznowatymi, gdzie najczęściej wywiady naprowadzają nas na właściwą drogę, oraz z uchyłkami, z którymi mamy do czynienia względnie rzadko i gdzie wyniki rentgenowskie najczęściej nas zadawalniają.

Przejdźmy do żołądka. Tu natrafiamy nieraz na trudności, gdy pragniemy zdecydować, czy zmiana postaci żołądka pochodzi od ucisku zzewnątrz, od zrostów, czy też wywołana jest organicznem cierpieniem samego żołądka. Te punkty nie zawsze nam rentgen dostatecznie wyjaśnia. W szczególności wczesne rozpoznanie nowotworu wpustu, pomimo stosowania zmian w pozycji badanego, często jest niemożliwem. Również natrafiamy na trudności rozpoznawcze pomiędzy zwężeniem na tle organicznem, a kurczem odźwiernika, gdzie rentgen, nawet przy zastosowaniu atropiny czy papaweryny, niezawsze, jak dotąd, daje pewną odpowiedź. Ważną niezwykle często bywa sprawa odróżniania wrzodu żołądka od raka w najwcześniejszych okresach przechodzenia wrzodu w zwyrodnienie rakowate. Nadzwyczaj doniosłą zdobyczą rentgenologii byłaby możliwość uchwycenia tej chwili.

Wreszcie odróżnienie schorzeń kiłowych i gruźlicy od raka żołądka nierzadko przyprawia nas o kłopot, z którego, jak dotąd, rentgen nas niezawsze wybawia. Niewątpliwie wielki krok naprzód w kierunku rentgenologicznych badań żołądka dała kapitalna metoda Berga, jednak w dzisiejszym stanie sprawy i ona wszystkich pożądaných nam odpowiedzi dać nie jest w stanie.

To, cośmy tu powiedzieli w stosunku do żołądka, odnosi się też do dwunastnicy. Można by tu tylko dodać jeszcze sprawę odróżniania kieszeni wrzodowej od uchyłka istotnego w górnej części

dwunastnicy, co niewątpliwie może sprawić trudności, nie ma jednak tak wielkiego praktycznego znaczenia.

Za to badania okolicy kątnicy bardzo nas obchodzą, a niezupełnie, jak dotąd, zadawalniają. Przewlekłe zapalenia wyrostka, gruźlica okolicy kątniczej, zdarzające się tu nowotwory, czekają jeszcze na bardziej pewne ich wykrywanie i na subtelniejsze różniczkowanie, a szczególnie niewypełniania się wyrostka płynem kontrastowym — na jaśniejsze tłumaczenie.

Jeżeli do tego, cośmy powiedzieli, dodamy jeszcze potrzebę bardziej precyzyjnej orientacji w zrostach na terenie jamy brzusznej — to wyczerpiemy, jak mnie się zdaje, najbardziej palące dla gastrologów kwestje.

O śledzienie i trzustce jeszcze mówić zawczasie. Chodziłoby bowiem w danym razie nie o jakieś subtelności i udoskonalenia, a poprostu o ustalenie jakichś metod badania, które dałyby możliwość znacznego rozszerzenia tych skąpych wiadomości, jakie dziś dzięki rentgenowi osiąść o tych narządach możemy.

Co do wątroby i pęcherzyka żółciowego, to postępy cholecystografji w pewnej mierze nas zadawalniają. Chodziłoby jeszcze o możliwość wyłączania kamicy na zasadzie rentgena, o przypadki, gdzie kamień zatyka przewód żółciowy i o bardziej subtelne odróżnianie punktu wyjścia zrostów, które łączą drogi żółciowe z różnymi odcinkami przewodu pokarmowego, a mogą pochodzić również od wrzodu żołądka lub dwunastnicy.

Kończąc na tem, zaznaczam, iż nie poruszyłem tu świadomie szeregu spraw, gdzie by należało od rentgenologii oczekiwać postępów, oparłem się tylko na najczęstszych przypadkach, z którymi gastrologja ma niemal codziennie do czynienia i podkreśliłem tylko te punkty, które dla nas gastrologów są najpilniejsze.

Cenię wysoko rentgenologję, a rentgenologję polską w szczególności, a patrząc zblizka na jej piękny rozwój od początku istnienia, nie wątpię, iż na ciemne jeszcze dzisiaj zakątki diagnostyki rentgeno-gastrologicznej niebawem padnie promień światła ku zadowoleniu gastrologów, dla pożytku pacjentów i na chwałę rentgenologii.

B. W e j n e r t.

II.

W miarę rozwoju diagnostyki radiologicznej, postępów i ulepszeń technicznych, pozwalających na uzyskiwanie coraz to

lepszych wyników rozpoznawczych, ogólne jej znaczenie wzrastało z każdym rokiem, zajmując obecnie jedno z przodujących miejsc w szeregu klinicznych metod badania. Metoda ta zdobyła sobie również i w dziedzinie chorób przewodu pokarmowego poważne stanowisko, pozwalając nietylko na bezsporne stwierdzenie szeregu zmian patologicznych, ale również na utrwalenie ich na kliszy.

Nie będę wspominał obszerniej o znaczeniu i wynikach badania rentgenologicznego w chorobach przewodu pokarmowego, są one ogólnie znane i uznane. Przejdę wprost do głównego tematu, mającego na celu ułatwienie współpracy klinicysty gastrologa z rentgenologiem. Za poruszenie tematu tego jesteśmy szczerze wdzięczni Polskiemu Tow. Gastrologicznemu i składamy Zarządowi Towarzystwa serdeczne podziękowanie, uważamy bowiem, że wypowiedzenie się w tej sprawie, obopólne przedstawianie swych życzeń i zapatrywań, jak też uzgodnienie ich, ułatwi nam współpracę z pożytkiem tak dla dziedziny rozpoznawczo-klinicznej, jak też naukowej. W związku z poruszonym tematem nasuwa się tak klinicyście, jak też rentgenologowi szereg pytań.

W pierwszym rzędzie nasuwa się pytanie, jaki jest cel dokonywanego badania rentgenologicznego. Pytanie to wydaje się proste, jednak odpowiedź na nie nasuwa szereg rozwiązań. Klinicysta, skierowując chorego do badania, ma już zazwyczaj wyrobione zdanie co do rodzaju cierpienia, lub też podejrzenia jego skierowane są w pewnym określonym kierunku. Spodziewa się więc zazwyczaj potwierdzenia swego rozpoznania, rzadko kiedy zaś zaprzeczenia. Nieraz zachodzi trzecia możliwość, a mianowicie, stwierdza się zmiany następowe, zależnie od stanów chorobowych innych sąsiadujących narządów. Zmiany te mogą dawać wyraźne objawy kliniczne ze strony przewodu pokarmowego. Najczęściej w przypadkach tych stwierdzamy przemieszczenia i przewężenia, wywołane przez zmiany zrostowe, lub ucisk guzów innych narządów jamy brzusznej. Jednak nietylko dodatnie wyniki badania rentgenologicznego mają znaczenie dla klinicysty, przeciwnie, nieraz wynik ujemny dokładnie przeprowadzonego badania ma większe jeszcze znaczenie, skierowując wysiłki rozpoznawcze w innym kierunku i naprowadzając w ten sposób klinicystę na właściwą drogę rozpoznawczą. Zdarzają się wreszcie przypadki, w których klinicysta, walcząc z trudnościami rozpoznawczymi, skierowuje chorego do ba-

dania, chcąc wykluczyć pewne wątpliwości i uniknąć w ten sposób zarzutu niedopatrzenia.

Drugie pytanie, jakie nasuwa się w związku z poprzednim, jest określenie wyników badania. Wynik badania zależeć będzie w pierwszym rzędzie od naukowego i technicznego przygotowania radiologa i dokładności badania, przy użyciu wszystkich będących w rozporządzeniu środków technicznych, a muszę zwrócić uwagę, że w żadnym innem badaniu strona techniczna i nabyte doświadczenie nie ma tak wielkiego znaczenia, jak właśnie w tej dziedzinie radiodiagnostyki.

W miejscu tem muszę poświęcić chwil parę samej technice badania. W przeciwieństwie do badania większości innych narządów, w których rentgenogramy stanowią ściśle i dokładniejsze dowody zmian chorobowych, w badaniu przewodu pokarmowego wysuwa się na pierwszy plan badanie pod ekranem, studjowanie ruchów narządu, ruchomości jego, położenia w rozmaitych pozycjach ciała, wreszcie obmacywanie pod ekranem. Rentgenogram, dający obraz tylko w pewnym momencie, nie zastąpi nigdy stałej obserwacji pod ekranem, a jest tylko jakby dokumentem zmian poprzednio stwierdzonych. Znaczny postęp osiągnęliśmy w tym kierunku, używając t. zw. zdjęć wycelowanych, wykonywanych bezpośrednio po prześwietleniu, przy odpowiednim, poprzednio ustalonem ułożeniu chorego i stwierdzeniu danego podejrzanego miejsca.

Dalszym postępem technicznym jest wykonywanie zdjęć seryjnych. Jednak mimo tych postępów, przodujące miejsce musimy oddać w dalszym ciągu dokładnej obserwacji ekranowej.

Stosowana obecnie metoda badania śluzówki, wprowadzona przez Berga, otwiera nowe dziedziny rozpoznawcze, dając nie tylko obraz zarysów danych odcinków przewodu pokarmowego, ale też odlew śluzówki i jej zmian. Przy użyciu tej metody jesteśmy obecnie w stanie wykrywać szereg zmian wrzodowych, nie dających się dotychczas stwierdzić bezpośrednio, rozpoznanie nowotworu możemy uzyskać nawet przy niewielkim jeszcze nacieku, co dotąd nie było w wielu przypadkach możliwem, wreszcie zaczynamy rozpoznawać zmiany zapalne ze zmianami zanikowemi i przerostowemi śluzówki. Poza stroną techniczną i wyrobieniem badającego radiologa wynik badania zależny jest od charakteru

CUKRO-DJETA

PIERWSZA W KRAJU FABRYKA
DIETETYCZNYCH ARTYKUŁÓW SPOŻYWCZYCH

Rok założenia 1924.

WARSZAWA,

ul. LESZNO 10.

TEL. 11-95-57.

Firma produkuje: DJETETYCZNE ODŻYWKI DLA DJABETYKÓW

Chleby glutenowe, białe i ciemne z zawartością	węglowodanów od 15% do 25%
Bułeczki glutenowe (powietrzne)	10% 25%
Sucharki glutenowe	40% —
Keksy glutenowe	5% 20%
Mąka glutenowa	38% —
Makaron i kaszka glutenowa	45% —
Czekolada z domieszką „Siononu“ Bayera	5% —
Czekolada na polimeryzowanym cukrze „Sana“	5% —
Kakao glutenowe, nieodtłuszczone	8% —
Konserwy owocowe	4% 8%

Dla cierpiących na żołądek, jelita i żółciowe kamienie

Sucharki karlsbadzkie na wodzie sprudlowej bez cukru i tłuszczu.
dla NERKOWI CHORYCH sól bez chlorku sodu oraz specjalne pieczywo z małą zawartością azotu.

WYRÓB KRAJOWY.



Znak ochronny

**50% TANIEJ OD
ZAGRANICZNYCH.**

„CHOLEKINAZA”

H. NIEMOJEWSKIEGO

**Najwybitniejszy ziołowy specyfik
żółciopędny.**

WSKAZANIA:

kamica żółciowa, choroby przemiany materji.

Wyrób: Labor. fiz. chem. „CHOLEKINAZA”

H. Niemojewskiego

Warszawa, Nowy-Świat 5, tel. 9-74-96.

Sprzedaż i pijalnia wód mineralnych.

Państwowych Zakładów Zdrojowych

Warszawa, Ś-to Krzyska 12, tel 769-68.

Wody mineralne świeżego czerpania i produkty lecznicze.

Burkutu—Buska-Zdroju — Ciechocinka — Druskienik i Krynicy.

Prosimy Szanownych Kolegów
o popieranie firm ogłoszonych w
„GASTROLOGJI POLSKIEJ”.

cierpienia, zmian przez nie wywołanych i od czasu trwania choroby. Omawiając sprawę tę ogólnie, nie mogę wchodzić obecnie w dokładniejszą analizę wypowiedzianego powyżej zdania. Ale czy dana metoda jest małowartościową, gdy nie jest w stanie dać ścisłej odpowiedzi w przypadku nieznacznej nadżerki błony śluzowej żołądka? A jednak w przypadku tym dane kliniczne mogą być zupełnie pewne.

Czyż można się dziwić, że mimo istniejących podejrzeń klinicznych, zapomocą tej metody niezawsze można rozpoznać nieznaczne, początkowe nacieki nowotworowe? Czy możemy dać zawsze odpowiedź klinicyście na pytanie co do zmian zapalnych wyrostka robaczkowego?

Przykładów takich przytoczyć mógłbym cały szereg. Lecz wspomnijmy o dodatnich stronach tej metody. Ileż to razy wykrywamy wrzody, szczególnie w wpustowej części żołądka, nie dające objawów klinicznych. Ile razy stwierdzamy dość wczesne nacieki nowotworowe, skierowując chorego w czas na drogę operacyjną. Stwierdzenie uchyłków przełyku, dwunastnicy, jelit grubych, trafne rozpoznanie guzów zapalnych i odróżnienie ich od nowotworowych, wykrycie polipów кишки grubej i t. p. Trudno wyliczyć te wszystkie cierpienia, których rozpoznanie nastąpić może tylko dzięki zastosowaniu badania radiologicznego.

Ze sprawą wyników rozpoznawczych łączy się bezpośrednio pytanie o błędach rozpoznawczych. Każda metoda badania ma pewien procent błędów, tak też i metoda radiologiczna nie jest od nich wolna. Jednak procent tych błędów można znacznie zmniejszyć, jeżeli chodzi o technikę, praktyczne wyrobienie i naukowe przygotowanie rentgenologa. Poza tem jednak przyczyną dużej odsetki błędów jest niezupełna doskonałość samej metody i otrzymywanych zapomocą niej obrazów cieniowych, nie różniących się w różnych chorobach od siebie. Wspomnę tu choćby o kile żołądka, dającej obraz zupełnie podobny do raka. W jednym przypadku, w którym klinicznie rozpoznano raka żołądka a rentgenologicznie potwierdzono, operacyjnie stwierdzono naciek nowotworowy, dopiero badanie histologiczne wyciętej części żołądka stwierdziło naciek włóknisty. Dalszym powodem błędów rozpoznawczych może być niewłaściwa, choć naukowo uzasadniona inter-

pretacja uzyskanego obrazu, w końcu zaś zmiany anatomiczne, nie posiadające odpowiednika w obrazie radiologicznym,

Dalszym pytaniem, które się już mimowoli nasuwa, jest: Czy na podstawie uzyskanych wyników badania radiologicznego, radiolog może postawić rozpoznanie. Ogólnie bowiem przyjęło się zdanie, że badanie radiologiczne jest tylko ogniwem, co prawda bardzo ważnem, w zespole badań klinicznych, i że dopiero klinicysta na podstawie całego zebranego materiału badań klinicznych może postawić ugruntowane rozpoznanie. A jednak właśnie gastrolog żąda takiego rozpoznania, szczególnie w tych przypadkach, w których inne metody badania są niedostępne lub zawodzą, i w tej dziedzinie radiodiagnostyki mamy nieraz prawo postawić rozpoznanie, które w przeważającej liczbie przypadków zostaje potwierdzone operacyjnie lub sekcyjnie.

Jest jednak dość znaczna ilość przypadków wątpliwych, w których badanie radiologiczne wykrywa pewne zmiany patognomiczne dla danego cierpienia, jednak brak jest całego ich zespołu, lub też objawy te są tylko słabo i niewyraźnie zaznaczone. W przypadkach tych radiolog powinien we wnioskach swych wyrazić przypuszczenie rozpoznawcze, pozostawiając klinicyście, na podstawie wyniku innych badań i obserwacji klinicznej, przyjęcie lub odrzucenie wyrażonej opinii.

Nieraz w przypadkach takich powtórne badanie, wykonane po upływie pewnego czasu, może dać już zupełnie pewne wyniki rozpoznawcze. Zachodzi jeszcze jedna możliwość, a to wówczas, gdy dane kliniczne nie będą odpowiadać ujemnym wynikom badania radiologicznego.

Jak w przypadkach tych, ma się, zdaniem radiologa, ustosunkować klinicysta? Pytanie, jakie sobie w tej chwili zadałem, jest może najtrudniej rozwiązać. Wychodząc ze stanowiska klinicysty sądzę, że chory taki powinien być leczony na podstawie danych klinicznych, a badanie radiologiczne powinno być, w razie braku poprawy, po pewnym czasie powtórzone. Naodwrot jednak sądzę, że w przypadku, w którym badanie radiologiczne stwierdza bezsporność istnienia zmiany patologicznej, choćby brak było danych klinicznych, klinicysta gastrolog powinien pójść za wskazówkami radiologa, przeprowadzając odpowiednie leczenie.

Pracując przez szereg lat w zespole klinicznym i w praktyce prywatnej spotykam się z dwojakiego rodzaju ujęciem stosunku klinicysty do radiologa. Klinicysta, przekazując chorego do badania radiologicznego, ma już zwykle pewne wyrobione zdanie o charakterze cierpienia, posiadając dane anamnestyczne, badania fizykalnego i w większości przypadków badań chemicznych. Często jednak nie podaje wiadomości tych radiologowi, przeciwnie ukrywa je, nie chcąc oddziaływać sugestywnie. W innych znowu przypadkach, brak danych klinicznych, przy wywiadach, wywołujących podejrzenia na zmianę chorobową, i niepewność rozpoznawcza klinicysty jest przyczyną jego ustosunkowania się. W przypadkach tych radiolog otrzymuje wezwanie do przeprowadzenia badania żołądka lub przewodu pokarmowego, lecz bez jakichkolwiek objaśnień i wskazówek ułatwiających mu orientację. Inni znowu klinicyści, skierowując chorego, załączają dokładne dane kliniczne, wskazując na swe podejrzenia lub też podając wprost rozpoznania kliniczne. Którzy z nich postępują właściwie? Którzy ułatwiają pracę radiologa, zmniejszając ilość pomyłek i niedopatrzeń rozpoznawczych? Sądzę, że wszyscy radiolodzy będą ze mną zgodni, że radiolog musi być powiadomiony nie tylko o rozpoznaniu lub przypuszczeniach rozpoznawczych klinicysty, ale i o wynikach innych badań. Wtedy dopiero może on zwrócić szczególną uwagę na podejrzaną odcinkę przewodu i nie przeoczyć choćby niewielkich objawów. Nie powinien jednak nawet i wówczas zaniechać dalszego badania całego przewodu pokarmowego, które może dać również nawet niespodziewane wyniki. Zasadniczo radiolog powinien nie poprzestawać na badaniu jednego odcinka, lecz badać cały przewód pokarmowy. Zainteresowanie radiologa chorym, skierowanym do niego, nie powinno się kończyć z chwilą przeprowadzonego badania i napisania wyniku. Często dopiero wspólne omówienie przypadku z klinicystą może dać szereg wskazówek rozpoznawczych. Dalsza obserwacja klinicysty lub wykonany zabieg operacyjny może potwierdzić lub obalić rozpoznanie radiologa, a każdy z tych przypadków będzie dla niego nauką i żywym uzupełnieniem wiadomości teoretycznych. W końcu, w szeregu przypadków, radiolog powinien stwierdzać osiągnięte wyniki lecznicze lub operacyjne u poprzednio badanych chorych, biorąc w ten sposób udział w dalszej obserwacji.

Streszczając się, mogę podać następujące zasadnicze punkty wytyczne we współpracy radjologa z klinicystą-gastrologiem.

1) Klinicysta, skierowując chorego do badania radjologicznego, powinien podać zasadnicze dane anamnestyczne, kliniczne i badań chemicznych, wypowiadając swe przypuszczenia lub zwracając uwagę radjologa na swe niepewności rozpoznawcze.

2) Zasadniczo radjolog powinien badać cały przewód pokarmowy mimo istnienia podejrzeń co do danego jego odcinka, np. żołądka. Mimo znalezienia zmian np. w żołądku lub dwunastnicy, badanie powinno być przeprowadzone do końca.

3) Radjolog nie powinien być uzależniony przez klinicystę co do czasu trwania badania oraz używanych metod i środków technicznych (zdjęć i t. p.).

4) Wskazanemby było osobiste omówienie badanego przypadku z klinicystą po ukończeniu badania.

5) Radjolog powinien być powiadomiony o dalszych losach chorego i o wyniku ewentualnego zabiegu chirurgicznego lub też o wyniku badania sekcyjnego.

6) W razie niezgodności rozpoznawczej lub wyniku ujemnego badania radjologicznego przy klinicznych danych chorobowych, badanie radjologiczne powinno być po pewnym czasie powtórzone.

7) Wynik ujemny badania radjologicznego przy wyraźnych danych klinicznych nie wyklucza możliwości istnienia danego cierpienia.

8) Wynik dodatni badania radjologicznego nawet przy braku danych klinicznych, powinien być wskaźnikiem dalszego przebiegu leczenia.

9) Wskazanemby było przeprowadzanie obserwacji radjologicznej w czasie leczenia klinicznego lub po jego zakończeniu, dla stwierdzenia zaszłych zmian lub objawów wyleczenia (np. we wrzodzie żołądka lub dwunastnicy, po zabiegach operacyjnych i t. p.).

Wybór przypadków, nadających się do obserwacji, powinien być uzgodniony przez klinicystę i radjologa.

A. E l e k t o r o w i c z.

Przyczynek do diagnostyki i terapii uchyłków dwunastnicy.

podali

Dr. Leon PŁOCKIER i Dr. Jan KRYŃSKI.

Możność dokładniejszego rozpoznawania i różnicowania chorób narządów jamy brzusznej, zwłaszcza narządów, ułożonych z prawej strony jamy brzusznej, zawdzięczać musimy w dużej mierze rozbudowie rentgenodiagnostyki, która w ostatnich latach poczyniła imponujące postępy. Wspomnę tylko o doniosłym znaczeniu cholecystografji i hepatografji w rozpoznawaniu chorób wątroby i pęcherzyka żółciowego; pyelografja, uroterografja i roentgenodiagnostyka wyrostka robaczkowego oddać nam mogą nieocenione usługi przy rozpoznawaniu i różnicowaniu chorób odnośnych narządów. Metoda Berga pozwala na rozpoznawanie nawet subtelnych zmian śluzówki żołądka i dwunastnicy. Również dzięki roentgenodiagnostyce, właściwie mówiąc, jedynie dzięki tej metodzie rozpoznawczej, mieliśmy możliwość zaznajomienia się i rozpoznania in vivo odrębnej postaci chorobowej dwunastnicy — jej uchyłkowatości.

Od czasu pierwszego opublikowanego przez Chomela przypadku uchyłka dwunastnicy, mianowicie od roku 1710, przez przeszło dwa stulecia sprawa uchyłków dwunastnicy nie budziła żadnego zainteresowania klinicznego. Uchyłki te były traktowane, jako przypadkowe odkrycia na stole sekcyjnym i należały do kategorji anomalij anatomicznych. Nie przypisywano im żadnego znaczenia klinicznego.

Forseell i Key w r. 1915 pierwsi ogłosili przypadek uchyłka dwunastnicy, rozpoznany przez nich rentgenologicznie, zwe-

ryfikowany na stole operacyjnym i pomyślnie operowany. W przypadku tym chodziło o 41 letnią pacjentkę, cierpiącą od 15 lat na dolegliwości charakterystyczne dla wrzodu dwunastnicy. Podczas badania rentgenologicznego stwierdzono plamę kontrastową w obrębie dwunastnicy, widoczną jeszcze w 4 dni po spożyciu pokarmu kontrastowego, ruchomą i niebolesną przy palpacji.

Na zasadzie tych cech *F o r s e l l i K e y* rozpoznali uchyłek dwunastnicy, co zostało potwierdzone przez operację. Po wycięciu uchyłka chora wyzdrowiała; dalsza obserwacja wykazała zupełne ustąpienie objawów.

Od czasu tej publikacji sprawa uchyłków dwunastnicy przestaje być jedynie sprawą anomalji anatomicznej; nabiera ona znaczenia klinicznego i staje się przedmiotem zainteresowań i prac klinicznych.

A więc w stosunkowo krótkim czasie następują publikacje wielu autorów o uchyłkach dwunastnicy: *C o l e i R o b e r t s* ogłaszają 30 przypadków; praca *H o l z w e i s s i g a* opiera się na 27 osobiście obserwowanych przypadkach; *O e h n e l l* zebrał 34 przypadki i na zasadzie swego materiału podejmuje próbę ujęcia w całokształt objawów klinicznych uchyłkowatości dwunastnicy. *A l b r e c h t*, opierając się na obserwacji 20 przypadków, przychodzi do wniosku, że niema odrębnej symptomatologii uchyłków dwunastnicy. Z francuskich autorów wspomnieć należy prace *B e n s a u d e ' a*, *M i l l e r a*, *L e N o i r* i *B a r s e t y ' e g o* i i. Z prac polskich *A d e l f a n g a* oraz *M e i s e l s a i S z u t z a*.

Przy obecnym wysokim poziomie techniki roentgenodiagnostyki i dokładniejszej znajomości stosunków anatomicznych i patologicznych dwunastnicy, rozpoznawanie uchyłków tej części jelita nie przedstawia większych trudności. Jednak samo tylko roentgenologiczne rozpoznanie uchyłka nie stanowi o klinicznym znaczeniu tego zjawiska; dopiero na zasadzie całokształtu badań klinicznych, przebiegu sprawy i wyników postępowania leczniczego można osądzić, w jakim stopniu obecność uchyłka dwunastnicy jest odpowiedzialną za ten lub inny objaw lub zespół objawów. Wiadomem jest, że niekiedy uchyłki dwunastnicy nie dają żadnych objawów i bywają rozpoznawane przypadkowo. Z drugiej strony, zależnie od swego umiejscowienia i stosunku topograficznego do są-

siadujących narządów, bądź to trzustki, bądź wielkich dróg żółciowych, wywołują w tych narządach zmiany, których objawy, acz wtórne, dominują w obrazie klinicznym. Wreszcie, jak to ma miejsce w naszym przypadku, obecność jedynie uchyłka upoważnia nas do uważania go, względnie zmian w samym uchyłku, za przyczynę obserwowanego obrazu klinicznego.

Jeżeli chodzi o samą istotę uchyłka, to z punktu widzenia anatomicznego nazywamy prawdziwym uchyłkiem takie wypuklenie nazewnątrż ścianki jelita, w którym udział biorą wszystkie warstwy ścianki, a więc zarówno śluzówka jak i podśluzówka i mięśniówka. Jeżeli zaś w składzie ścianki uchyłka brak mięśniówki, nazywamy go uchyłkiem rzekomym.

W rzeczywistości prawdziwe uchyłki dwunastnicy zdarzają się niezmiernie rzadko. Uchyłkowate zmiany ścian dwunastnicy są, według zdania prawie wszystkich autorów, uchyłkami rzekomymi w sensie anatomiczno - patologicznym.

Klinicznie i za życia, a więc roentgenologicznie, nie można różnicować, czy w skład ścianki uchyłka wchodzi wszystkie warstwy, czy tylko śluzówka i podśluzówka. Trzeba jednak uchyłki te, posiadające swoją zupełnie określoną charakterystykę roentgenologiczną oraz swoisty sposób powstawania, odgraniczyć od zmian uchyłkowatych ścianki dwunastnicy, które powstają wskutek zmian patologicznych samej ścianki jelita, t. zw. kieszeni wrzodowych. Z punktu widzenia klinicznego byłoby celowem nazywać pierwsze uchyłkami samoistnymi, drugie zaś uchyłkami wtórnymi lub po prostu kieszeniami. Obydwie postaci mają swoje odrębne cechy charakterystyczne w obrazie roentgenowskim.

Jeżeli chodzi o uchyłki samoistne, to charakterystycznymi ich cechami w obrazie roentgenologicznym są: 1) plamka kontrastowa w obrębie dwunastnicy o ostrych zarysach; 2) przechodzenie masy kontrastowej obok lub ponad plamką do dalszych odcinków dwunastnicy lub jelita cienkiego; 3) pozostawanie plamki po opróżnieniu dwunastnicy; 4) mniej lub dłużej trwające zaleganie masy kontrastowej; 5) (objaw warunkowy), ograniczona bolesność na ucisk przy radjopalpacji w miejscu odpowiadającym plamce.

Objawem bezpośrednim uchyłków dwunastnicy przy zdjęciach uciskowych jest nierzadko obserwowany fałd śluzówki bieg-

nący od dwunastnicy poprzez mniej lub więcej wyraźną szypułkę do worka uchyłka. Ta ostatnia ma duże znaczenie patogenetyczne, gdyż od jej szerokości, długości i ułożenia zależne są warunki zalegania mas pokarmowych w uchyłku. Miejscem powstawania uchyłków są prawdopodobnie punkty preformowane, jak miejsce przechodzenia naczyń krwionośnych przez mięśniówkę lub miejsce wpustów przewodów żółciowego lub trzustkowego, względnie wspólnego w okolicy brodawki Vatera. Tu też najczęściej znajdowano uchyłki, co dało francuskim autorom powód do nazwy *diverticules perivateriens*. Niektórzy autorzy (Nauwerk, Holzweissig, Lindsmeyer) łączą rozwój uchyłków z pewnemi anomaljami rozwojowemi, a mianowicie z dodatkowemi związkami gruczołu trzustkowego; za tem przemawiałyby wyniki badań histologicznych, wykazujące niekiedy obecność tkanki trzustkowej w ścianie uchyłków. Jak wiadomo, prawidłowy rozwój trzustki odbywa się przez wypuklenie ścianki dwunastnicy, według mniemania więc tych autorów uchyłki byłyby poronnemi przewodami trzustkowemi.

Według Buschiego i innych dwunastnica, jako część jelita, ulegająca w okresie embrjonalnym najczęstszym zmianom, jest szczególnie usposobioną do anomalji rozwojowej z następowym tworzeniem się, uchyłków. Wszyscy autorzy zgadzają się, że uchyłki dwunastnicy wrodzone lub nabyte wytwarzają się w miejscach szczególnie do tego usposobionych. Znajdowano je w całym obrębie dwunastnicy, najczęściej w części zstępującej, najrzadziej, bo według rozmaitych autorów w $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}\%$ przypadków, w pars superior duodeni.

Celem wyjaśnienia klinicznego znaczenia uchyłków dwunastnicy należy poświęcić jeszcze kilka słów mechanice ich powstawania. Otóż, okoliczność, że uchyłki znajdowane są zawsze u osobników starszych (w 80% ogłoszonych przypadków ponad 50 lat), przemawia za tem, że uchyłki te nie są wrodzone, w każdym razie zmusza nas do przypuszczenia, że przy powstawaniu uchyłków dwunastnicy w miejscach preformowanych odgrywają rolę inne czynniki, mianowicie wzmożenie ciśnienia wewnątrz - jelitowego, a nawet wewnątrz - brzuszego przez sprawy chorobowe żołądka, dwunastnicy lub dalszych odcinków jelit, powtórne zwiótczenie tkanek i zmniejszenie stopnia ich elastyczności, powstałe w związku z wie-

kiem i ogólnym stanem chorych. Skutkiem wzmożenia ciśnienia śródjelitowego śluzówka wraz z podśluzówką zostają wypchnięte, uwypuklają się nazewnątrz przez punkty fizjologicznie usposobione, czemu sprzyja w dużej mierze zwiotczenie i mała elastyczność tkanek. Innemi słowy uchyłki dwunastnicy są według n. zdania nabytemi uchyłkami *e p u l s i o n e*. A więc u osobników predysponowanych anatomicznie do uchyłków, sprawy innych, nawet odległych narządów, wzmagając ciśnienie śródjelitowe, mogą przyczynić się do powstawania uwypukleń ścianki jelita, imponujących roentgenologicznie jako uchyłki. Ma to znaczenie kliniczne dość duże, gdyż obecność uchyłka, który nawet jako taki nie daje objawów klinicznych i jest przypadkowo wykryty, wskazuje na to, że w bliższych lub dalszych narządach toczy się sprawa chorobowa. A więc obecność uchyłka dwunastnicy w obrazie roentgenowskim nie może być obojętną dla kliniki narządów jamy brzusznej i nasunąć musi podejrzenie sprawy w sąsiadujących lub nawet odległych narządach. W tych przypadkach będziemy uważali uchyłek nie jako przyczynę, lecz jako skutek sprawy chorobowej.

Czy sam uchyłek, względnie sprawa w samym uchyłku może być przyczyną choroby? Tak.

Jeżeli zważymy, że ścianka uchyłka składa się ze śluzówki i podśluzówki tylko, a więc pozbawioną jest aparatu mięśniowego, to łatwo sobie wyobrazić, że uchyłek nie jest w stanie uwolnić się w dostatecznej mierze i dostatecznie szybko od masy pokarmowej, która dostaje się doń podczas przechodzenia przez przylegający do uchyłka odcinek jelita.

W ten sposób powstają krócej lub dłużej trwające zalegania, a stąd poprzez rozkład przy współdziałaniu bakterij do sprawy chorobowej jest tylko jeden krok. Będzie to chwila, kiedy obecność uchyłka zacznie domagać się klinicznego traktowania, a kiedy anatomiczne rozpoznanie „diverticulum“ będziemy zmuszeni zmienić na kliniczne „diverticulitis“.

Nieodzownym i kardynalnym warunkiem powstawania tego obrazu jest fakt zalegania, objaw, którego stwierdzenie należy wyłącznie do roentgenologa.

Że stan zapalny w samym uchyłku może się rozszerzyć na sąsiadującą śluzówkę dwunastnicy, dając obraz duodenitis jest łatwo zrozumiałe. Nierzadko może on być punktem wyjścia długo-

trwałych nieżytów jelit (Polgar). W dalszym przebiegu procesu zapalnego w uchyłku dojść może do zapalenia okołouchyłkowego, peridiverticulitis, zrostów, drażenia do narządów sąsiadujących jak trzustka. (A k e r l u n d), drogi żółciowe; (R a v i e, L e N o i r, H a r v i e r i i.) dojść może wówczas do stanów zapalnych o ciężkim przebiegu.

W obrazie klinicznym dominują wówczas objawy ze strony narządów wtórnie wciągniętych w sprawę, której punktem wyjścia był proces patologiczny uchyłka dwunastnicy.

Niekiedy dochodzi do zgorzeli i przedziurawienia z zapaleniem otrzewnej i zejściem śmiertelnem ((H u d d y, B e n s a u d e).

W dużej ilości przypadków uchyłka dwunastnicy obraz kliniczny przypomina do złudzenia objawy wrzodu dwunastnicy, jak w większości przypadków O e h n e l l a. Przypadek własny, który obserwuję od 1½ roku, przebiegał pod postacią wrzodu dwunastnicy. Do mylnego rozpoznania przyczyniło się technicznie niedokładne badanie roentgenologiczne; sprawa została później wyświetlona w pracowni kol. Kryńskiego, który rozpoznał uchyłek dwunastnicy.

Przypadek *) nasz dotyczy 38-letniego mężczyzny, kupca, który podaje, że 6 lat temu po spożyciu gęsich skwarków i wypiciu piwa dostał b. silnych bólów w dołku, trwających całą noc, miał przytem nudności, wymioty i gorączkę do 38.5°. Od tego czasu miewał często bóle w nocy, trwające ½ do 1½ godziny, ustępujące po gorącym kompresie i przyjęciu małej ilości pokarmu. Stan taki trwał rok cały, przyczem przez cały ten czas chory nie był ani jednego tygodnia bez dolegliwości słabszych lub silniejszych. W roku następnym, 1926, nastąpiło znaczne pogorszenie, bóle były silniejsze i dłużej trwające, zauważył też czarne stolce, a przez okres 8 tygodni miał stale krwawienia w postaci czarnych stolców. W ciągu tego czasu chory pozostawał na zlecenie lekarzy w łóżku i przechodził ścisłą kurację dietetyczną, ale bez wielkiego wyniku, gdyż bóle wciąż mu dokuczały. W r. 1927 był w Karlsbadzie, poczem nastąpiła poprawa, trwająca około 2 lat. W ciągu tego czasu dolegliwości były częste, lecz nieznaczne i krótkotrwałe. Od 1½ roku

*) Przypadek demonstrowany na posiedz. P. T. Gastr. 21.X.1931 r.

nastąpiło pogorszenie: częste nocne bóle, często bóle w $1\frac{1}{2}$ do 2 godz. po jedzeniu, często czarne stolce. Chory leczył się u kilku lekarzy-gastrologów, których rozpoznania były zgodne i brzmiały—ranka dwunastnicy. Chory przebył kilka kuracyj, polegających na b. ścisłej diecie i leżeniu w łóżku oraz leczeniu farmakologicznem. Wynik tych kuracyj był dość nikły, gdyż zupełnego ustąpienia bólów osiągnąć nie zdołano, a po powrocie do normalniejszego trybu życia natychmiast występowało pogorszenie i powrót dawnych dolegliwości, a więc bólów w dołku, występujących w 2 godziny po jedzeniu, a zwłaszcza w nocy, mdłości, braku apetytu, ogólnego osłabienia, z którymi to skargami chory zwrócił się do mnie.

Wenerycznych, zakaźnych chorób nie przechodził. Wywiad rodzinny bez znaczenia.

Badanie podmiotowe wykazało: typ asteniczny, odżywianie niedostateczne, powłoki blade. Uzębienie prawidłowe. W narządach klatki piersiowej zmian nie stwierdzono. Ze strony narządów jamy brzusznej: kąt międzyżebrowy zbliżony do ostrego. Brzuch wysklepiony normalnie, zlekka wzdęty, miękki; nieznaczny opór mięśniowy w górnej części prawego mięśnia prostego. Wątroba i śledziona niemacalne. Okolica obu dołów pachowych bez zmian. Natomiast wybitna i ostra tkliwość zarówno na ucisk, jak i na uderzenie młotkiem w określonym punkcie na wysokości średniej $\frac{1}{3}$ linji środkowej na — $2\frac{1}{2}$ palca wprawo od linji środkowej. Układ nerwowy o wzmożonej pobudliwości, bez zmian ośrodkowych.

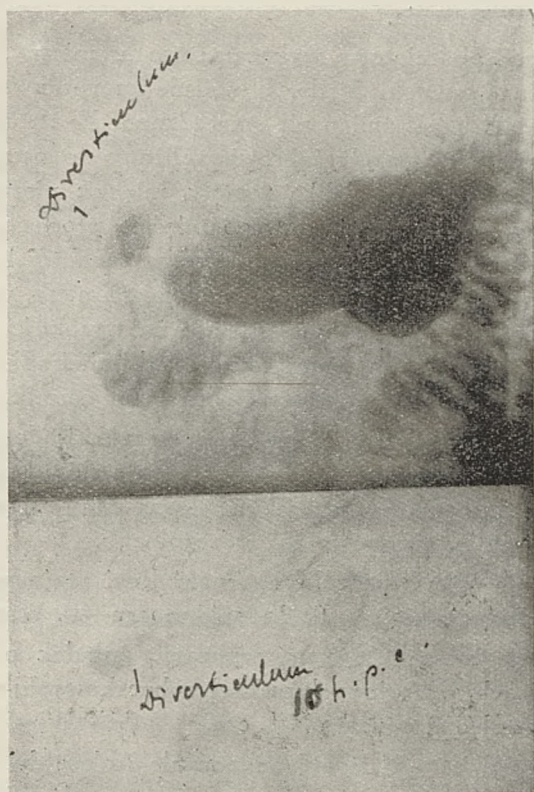
Badanie per rectum zmian nie wykazało. Badanie treści żołądka po próbnem śniadaniu E. B. wykazało dobrą chymifikację, brak domieszki krwi lub śluzu. Wolny kwas solny 30, ogólna kwasota — 50. Drobnowidzowo nic szczególnego.

Badanie kału wykazało obecność krwi utajonej, niewielką ilość śluzu. Badanie krwi — 0. Badanie moczu—0. Wassermann—.

Badanie retngenologiczne wykazało żołądek o powiększonych rozmiarach, wzmożonych ruchach robaczkowych; stale zarysowaną zniekształconą opuszkę XII. czą.

Na zasadzie tych danych rozpoznałem ulcus duodeni, jak to już uczynili moi poprzednicy, i zastosowałem odpowiednie postępowanie przeciwrzodowe, lecz bez wszelkiego efektu. Wielokrotne badania kału wykazywały często obecność utajonej krwi. Chory

był przez 3 tygodnie w Otwocku, nieco się poprawił, ale skarżył się nadal na silne bóle, występujące czasami w dzień, 2 — 3 godz. po spożyciu pokarmu, a już regularnie co noc, około godz. 12 — 1, a więc w 4 — 5 godz. po kolacji. Przybywa do mnie z prośbą o przekazanie go chirurgowi celem operacji. W zamiarze przeprowadzenia ponownego badania przekazałem go kol. Kryńskiemu dla dokładnego zbadania rentgenologicznego i tu dopiero stwierdzono, że mamy do czynienia z uchyłkiem dwunastnicy i kilkunastogodzinnem zaleganiem masy kōntrastowej w uchyłku. Przy radjopalpacji wybitna bolesność w okolicy, odpowiadającej uchyłkowi.



Roentgenogram I-szy: w 15 minut po podaniu lactobarytu wypełniona XII-ca z uchyłkiem.



Roentgenogram II-gi: zdjęcie serjowe XII-cy.

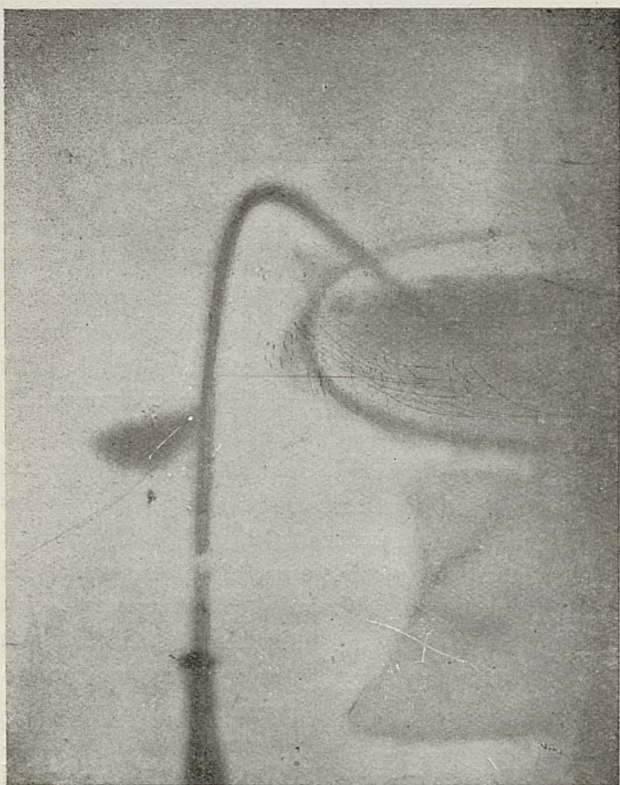
A więc mamy do czynienia z osobnikiem, anatomicznie predysponowanym do uchyłka XII-cy, na co wskazywałby może i typ asteniczny chorego; nabyta przed 6 laty ostra sprawa żółdkowa była czynnikiem powodującym przez wzmożenie ciśnienia śródjelitowego utworzenie się uchyłka dwunastnicy; zaleganie i rozpad zalegających mas są bezpośrednią przyczyną sprawy zapalnej samego uchyłka.

Retrospektywny przegląd objawów i wyników badań wykazuje, że przeciwko rozpoznaniu wrzodu dwunastnicy przemawiają niektóre okoliczności, a mianowicie: ciągłość i długotrwałość choroby przy braku wyraźnej okresowości, stosunkowo niewysokie liczby kwasoty, a zwłaszcza $\text{pH} = 1,4$ (obliczone według K a u f t h e i l a i P o r g e s a), absolutnie niepatognomoniczne dla *Ulcus duodeni*; wreszcie brak wyniku terapeutycznego po bardzo ściśłych wielokrotnych kuracjach przeciwwrzdowych.

Być może, że właśnie te okoliczności (w związku z danymi wywiadu) są charakterystyczne dla *diverticulitis duodeni*. Na zasadzie dotychczasowych danych z literatury nie można stworzyć określonego zespołu objawów. Przypnać trzeba, że w bardzo wielu pra-

cach strona kliniczna nie jest dostatecznie uwzględnioną. Myślę, że w miarę zwiększania się dokładnie obserwowanego materiału uda się wyodrębnić sprawę schorzeń uchyłków dwunastnicy jako jednostkę kliniczną. Na razie rozpoznawanie opiera się wyłącznie na wyniku badania roentgenologicznego.

L e c z e n i e. Nie można zasadniczo nie przyznać racji tym autorom, którzy, jak *C a s e*, *C l a i r m o n t* i inni, domagają się radykalnej operacji każdego objawiającego się przypadku uchyłka dwunastnicy, jeżeli się zważy, że wycięcie uchyłka likwiduje doszczętnie całą sprawę. Jednak ryzyko operacyjne jest duże, zwłaszcza w przypadkach zrostów z narządami sąsiadującymi, jak



Roentgenogram III-ci: izolowane wypełnienie uchyłka. Do dwunastnicy wprowadzony zgłębnik.

trzustka, lub, co gorsze, w przypadkach drażenia w te narządy; trudności techniczne są wówczas bardzo znaczne i zabieg niebezpieczny.

W przypadkach mniejszych uchyłków, nawet niepowikłanych, zabieg jest niełatwy ze względu na trudność znalezienia uchyłka, który się wygładza wskutek zmniejszenia napięcia tkanek pod wpływem narkozy oraz zmian w ciśnieniu przy otwarciu jamy brzusznej. Podzielam wobec tego zdanie B e n s a u d e'a, G a r n i e r i innych, że interwencja chirurgiczna winna być zarezerwowana dla przypadków o cięższym przebiegu, opornych na leczenie wewnętrzne.

Leczenie wewnętrzne ograniczyć się musi siłą rzeczy do leczenia samej sprawy zapalnej w uchyłku oraz do zapobiegania powstawaniu tych spraw. Zgodnie z patogenezą zapalenia uchyłka dwunastnicy należy zasadniczo przeciwdziałać zaleganiu mas pokarmowych w uchyłku.

W tym celu zaleca G r e d e r podawanie chorym raz w tygodniu 12 gr. siarczanu barytu ($3 \times$ dz. po 4 gr.), aby w ten sposób wypełnić uchyłek i uniemożliwić zaleganie w nim mas pokarmowych.

Metoda, zastosowana z wynikiem bardzo dobrym przez nas, polega na tem, że choremu wprowadziliśmy sondę jejunálną (R e h d e r) na głębokość około 100 ctm., t. j. dość głęboko poniżej miejsca uchyłka (kontrola roentgenologiczna) na przeciąg 4 tygodni. Odżywianie odbywało się wyłącznie przez sondę. Choremu podawano specjalną mieszankę, kalorycznie wysokowartościową. (ok. 2000 kal. dziennie). W ten sposób udało się ominąć uchyłek przy odżywianiu, a więc wykluczyć moment decydujący w całej sprawie — zaleganie i rozkład pokarmów w uchyłku. Efekt tej metody był więcej niż zadawalniający: w 3 dni po wprowadzeniu sondy ustąpiły bóle, chory przez cały czas kuracji czuł się dobrze, nie uskarżał się na głód lub pragnienie. Od 10 dnia kuracji mogłem stwierdzić przyrost wagi. W ciągu następnych 14 miesięcy przyrost wagi wyniósł około 11 kilogramów. Chory nie odczuwał żadnych dolegliwości. Przez cały ten czas był on na pełnej diecie za wyjątkiem pokarmów drażniących, jak alkohol, wyciągi i t. p. Obecnie mija 18 miesięcy od czasu usunięcia

sondy; w tym czasie chory przez kilka dni (2 miesiące temu) odczuwał dość silne bóle, które wystąpiły po obfitej i ciężkiej kolacji, poza tem był bez dolegliwości. Wielokrotne badania kału nie wykazywały obecności krwi utajonej. Jeżeli się zważy duże ryzyko operacyjne z jednej strony, a dobry wynik zastosowania sondy jejunalnej z drugiej, to porównanie wypadnie na korzyść metody zachowawczej. Jednak w przypadkach o cięższym przebiegu, opornych na leczenie zachowawcze, nie zawahamy się polecić choremu zabieg operacyjny. Mówiąc o postępowaniu zachowawczem mamy na myśli leczenie uwzględniające patogenezę sprawy w uchyłku — kuracje przeciwwrzodowe są bezcelowe.

PISMIENNICTWO.

- A d e l f a n g. O uchyłkach dwunastnicy. Gastr. Polska T. 1, 1929.
 A k e r l u n d. Duodenaldivertikel. Fortsch. R. 1925.
 A l b r e c h t. Duodenaldivertikel. Fortsch. R. 1928.
 A l b r e c h t. Der heutige Stand der Lehre v. D. d. Fortschr. 39, 1929.
 A l b r e c h t. Zur Klinik der Duod. div. D. med. W. 1930.
 B a e n s c h. Zur R. diagnose des Duod. div. Fortschr. R. Bd. 30.
 B a r o n. W. Kl. W. 1912.
 B e n s a u d e. Maladie de l'intestin, 1932.
 B e r n s t e i n. Ueber Div. des Duod. Med. Kl. 1928.
 B u s c h i. Beitrag zur Untersuch. der Duod. divert. Virchovs Archiv T. 126.
 C a s e. Roentgen observat. Am. Jour. of Roentg. 1916.
 C l a i r m o n t u. S c h i n z. Zur Diagnostik u. Chirurgie der Duod. Div. D. Ztschrft. f. Chir. T. 159.
 G a r n i e r. Les diverticules de 3-e et 4-e portions de duodenum. Thèse de Paris. 1925.
 G r e d e r. Etude sur les diverticules de duodenum principalement au point de vue de leurs manifestations cliniques et de leur diagnostic radioscopique. Thèse de Paris 1921.
 F o r s e l l u. K e y. Ein Divert. d. pars desc. duodeni mittels Roentgenuntersuchung diagnostiziert u. operativ. entfernt. Fortsch. R. Bd. 24.
 H o l z w e i s s i g. Ein Beitrag zur Kenntniss der duod. div. Mit. Grenz d. Med. u. Chir. 1922.
 H u d d y. Duodenal diverticula. Lancet. 1923.
 L e N o i r, G i l s o n e t B a r i e t y. Un cas de div. de duodenum. Soc. de gastro-enterologie 1924.

L i d s m e y e r. Ueber Duodenaldiverticula. Verh. deutsch. path. Ges. 1914.

M e i s e l s i S c h ü t z.

O e h n e l l. Zur Frage der Klin. Bdtng der Duodenaldivert. Arch. f. Verd. 1923.

P o l g a r. Roentgenol. u. Klin. Bedeutung der genuinen Duod. Div. Fortschr. R. 35.

R a v e. Ueber Duodenaldiv. Kl. W. 1926.

S a n d e r a. Zur Frage der Divert. und Divertikuloide des Duod im. R. Bilde. Fortschr. R. 42.

S c h w a r z. Die Sonderstellung der Pars horizont. sup. duod. in roentgenol. u. anat. Beziehung. Bl. Kl. W. 1908.

T e s c h e n d o r f. Zur differ. Fragen einiger norm. u. Krankh. Vorgänge am Duodenum. im Roentgenbilde. D. med. W. 1925.

W a n k e. Duodenalanomalien im R. Bilde und ihre Klin. Bedeutg. Fortsch. R. 39.

Z e h l e. Ueber Duodeno - jejunal Divertikel. Fortsch. R. 28.

O nadczynności żołądka *).

podał

Dr. FELIKS TURYN (Łódź).

W patologii ludzkiej pojęcie hiperfunkcji wiąże się zwykle z myślą o nadczynności gruczołów, wytwarzaniu przez nich nadmiernych ilości swoistych wydzielin i ich wpływie na ustrój cały względnie na narządy oddalone. Gruczołem jest również błona śluzowa żołądka, która w pewnych stanach wykazuje cechy nadczynności. W budowie błony śluzowej żołądka odróżniamy dwie części: w części trzonowej znajdują się komórki główne i okładzinowe, w części odźwiernikowej tylko główne, znane tu jako odźwiernikowe, a w 12-cy jako gruczoły Brunnera. Komórki okładzinowe części trzonowej produkują kwas solny. Część odźwiernikowa nie wydziela wcale kwasu solnego; w żołądku czczym w tej części panuje odczyn alkaliczny. Wydzielanie kwasu solnego regulowane jest z części odźwiernikowej za pośrednictwem sekretyny żołądkowej Edkinsa. Zmniejszone lub brakujące zupełnie wydzielanie kwasu solnego zależy od stanu czynnościowego komórek okładzinowych, a w jeszcze większym stopniu od zdolności części odźwiernikowej do wytwarzania sekretyny. W przypadkach ustrojowej skłonności do bezsoku liczymy się z możliwością również ustrojowego osłabienia wspomnianej czynności gruczołów błony śluzowej odźwiernika.

Dowodów istnienia tego mechanizmu dostarczają ci chorzy, u których bezsok występuje wkrótce po wycięciu części odźwiernikowej żołądka. W większym materiale chorych, których poddano

*) Odczyt wygłoszony w T-wie Lek. Łódzkim, dn. 22.III.1933 r.

resekcji, S p a t h nie znalazł kwasu solnego wcale, względnie ilości minimalne. Te same wyniki mieli S c h u r, K o r n f e l d, P l a s c h k e s i L o r e n z. Dokładniej, gdyż zapomocą sondowania frakcjonowanego, badali wydzielanie kwasu solnego po resekcji K a l k i G ö t z e: im dokładniejsze jest usunięcie części odźwiernikowej, tem szybsze jest wygaśnięcie wydzielania kwasu solnego w części trzonowej i dlatego K a l k nazywa ten odcinek błony śluzowej, do którego zalicza się również śluzówkę 12-cy, „*Steuerungszone der Magenazidität*“. Wydzielanie kwasu solnego po resekcji ustaje zupełnie i niema go nawet po histaminy, która, jak wiadomo, jest najsilniejszym bodźcem dla komórek okładzinowych. Wygasa zarówno faza chemiczna jak i psychiczna wydzielania kwasu solnego. Te same wyniki dały badania F o n t a i n e'a i H e r r m a n n a.

Nadmierne wydzielanie kwasu solnego spotyka się u chorych z podrażnieniem części odźwiernikowej i 12-cy, w *gastritis antri* i *duodenitis* i w ogromnej większości (72% do 100%) przypadków owrzodzenia 12-cy. W jednym i drugim przypadku część odźwiernikowa i 12-ca stale pobudzają gruczoły części trzonowej do wydzielania nadmiernie kwaśnego soku żołądkowego. Hiperchlorhydria i hipersekrecja jest w tych przypadkach stała, utrzymuje się tak w okresie trawienia, jak w okresach międzyposiłkowych, a nawet podczas snu. W okresie trawienia, jak to wiemy z badań K a l k a, U r y s o n a i innych, chorzy z owrzodzeniem 12-cy wydzielają coraz większe ilości stopniowo mocniejszego kwasu solnego. Autorzy ci uważają ten typ wydzielania za charakterystyczny dla owrzodzenia 12-cy. Wzmoczone wydzielanie kwaśnego soku żołądkowego stwierdza się również w owrzodzeniach okolicy odźwiernika, więc znowu okolicy, z której wychodzi humoralny łuk odruchowy, pobudzający komórki okładzinowe. Podobnie H e n n i n g i B a c h znajdują w przypadkach owrzodzenia części odźwiernikowej i 12-cy stałe i bardzo intensywne wydzielanie kwasu solnego. W tym sensie wypowiedzieli się już dawniej R i e g e l, K u t t n e r, E i n h o r n, B e r g m a n n i in. Jak już wspomniano, nadmierne wydzielanie kwasu solnego nie ustaje w niektórych przypadkach nawet podczas snu. H e n n i n g i N o p r o t h zakładali zgłębnik do żołądka różnym osobom na noc. Okazało się przytem, że u osób zdrowych wydzie-

lanie podczas snu ustaje zupełnie, gdy u innych stale wyciekał bardzo kwaśny sok żołądkowy. W tych przypadkach stwierdzono owrzodzenie 12-cy. Tę patologiczną nadprodukcję kwasu solnego organizm utrzymuje z niezmienną stałością przez długie lata pomimo najrozmaitszych konserwatywnych metod leczenia nadkwaśności i owrzodzeń. W tem nastawieniu żołądka do nadkwaśności widzimy pewną analogję do gruczołów, jak tarczyca lub trzustka, które, gdy raz stały się nadczynne, już do normy nie wracają, czy to w chorobie Basedowa, czy w hipoglikemji samostnej.

Zdaniem Moszkowicza i Borgbjærga komórki odźwiernikowe stają się nadwrażliwe i na podniecie minimalną dają już odczyn najsilniejszy. Dowodem tego stanu nadwrażliwości ma być obecność komórek kwasochłonnych w błonie śluzowej części odźwiernikowej.

Wreszcie cechą nadczynności sekrecyjnej jest wydzielanie maksymalne. Maksymalny odczyn badamy w ten sposób, że po osiągnięciu szczytu kwasoty po śniadaniu próbnem wstrzykuje się histaminę. W przypadkach owrzodzeń 12-cy z nadkwaśnością kwasota wyżej już nie wzrasta. Żołądek na podniecie zwykłą daje odpowiedź odrazu najwyższą. (Ciekawe, że histamina w 2 przypadkach jest jednakowo nieczynna: raz w nadkwaśności, kiedy nie zwiększa kwasoty soku żołądkowego, drugi raz w achylji, najczęściej w niedokrwistości złośliwej, kiedy nie jest ona w stanie wydobyć kwasu solnego z gruczołów żołądka. Dwa biegunowo odmienne stany, a wynik działania histaminy ten sam).

Te fakty przemawiałyby za nadczynnością żołądka w odniesieniu do funkcji trawienia. Ale jest jeszcze jedna czynność o charakterze i roli zupełnie odmiennej.

Postępy lat ostatnich w leczeniu niedokrwistości złośliwej wykazały nam wybitne znaczenie żołądka w regulacji czynności szpiku kostnego. Jeszcze w 1874 roku Fenwick stwierdził achylję w niedokrwistości złośliwej, a wkrótce po nim Faber podkreślił częste spółistnienie tych zmian. Achylja, w miarę obserwacji, staje się coraz częstsza, a obecnie przyjmujemy ją w 100% przypadków niedokrwistości złośliwej, należy ona do głównych jej objawów. O tym związku i znaczeniu achylji dla niedokrwistości złośliwej piszą Borgbjærg i Lottrup, Wein-

berg, Morawitz, Schmidt i wielu innych. Weinberg rozpoznaje niedokrwistość złośliwą przy normalnej jeszcze ilości erytrocytów, o ile wskaźnik barwny jest większy od jedności i o ile znajduje jednocześnie achylję. Jest ona, zdaniem Morawitza, niezbędnym warunkiem powstania niedokrwistości złośliwej, a anemja po resekcji żołądka ma typ zbliżony do złośliwego, tak co do obrazu jak i gastrycznego jej pochodzenia.

Skłonność do achylji jest dziedziczna i konstytucjonalna, achylja na długie lata poprzedza wystąpienie niedokrwistości złośliwej; pierwotna achylja powinna zawsze budzić podejrzenie w kierunku późniejszego powstania względnie ujawnienia się niedokrwistości złośliwej, szczególnie przy odpowiednim obciążeniu rodzinnem. Jest ona częstsza pomiędzy krewnymi chorych na niedokrwistość złośliwą niż u osób innych. Takim samym czynnikiem, prowadzącym do niedokrwistości złośliwej, jest achylja po resekcji części odźwiernikowej żołądka. Pierwsza obserwacja tego rodzaju pochodzi od Moynihana z 1903 roku.

Najbardziej jednak za zależnością niedokrwistości złośliwej od stanu żołądka przemawia skuteczność preparatów żołądka w leczeniu tej choroby. Pierwotnie przyjmowano, że działają tu dwa ciała: jedno, obecne w błonie śluzowej żołądka, zwłaszcza w jego części odźwiernikowej, jak to wynika z badań Henninga, Brugscha i Gutzeita. Amerykanie nazywają to ciało *Intrinsicfactor*. Drugie, wyzwolone z mięsa i ciał białkowych przez działanie pierwszego — *Extrinsicfactor*. Czynniki *Intrinsic* nie jest ani kwasem solnym ani pepsyną i może znajdować się w żołądku, nie wydzielającym kwasu solnego u osób z niedokrwistością wtórną, gdy няма go w soku żołądkowym chorych na niedokrwistość złośliwą, a wyjątkowo wydzielających kwas solny. Podany doustnie działa tylko w połączeniu z czynnikiem *Extrinsic*. Przed dwoma laty Donatti, Manginelli i Tramonti wstrzyknęli sam wyciąg z żołądka domięśniowo z efektem lepszym, niż przy stosowaniu doustnem. W roku ubiegłym Morris i współpracownicy po zagęszczeniu soku żołądkowego świni przez destylację w próżni, w temperaturze poniżej 40°, dostali ciało ciepłochwienne, rozpuszczalne w acetonie, dializujące przez collodium, o ograniczonym czasie działania, odporne na wpływ związków chemicznych, niszczących enzymy. Są to cechy hormonu. Dla uczczenia pamięci

A d d i s o n a nazwano go *addisiny*. Autorom udało się wykryć ten hormon w soku żołądkowym świni i psa, a na klinice w Cleveland uzyskano go z soku żołądka wołu. Obecność jego w soku żołądka ludzkiego dowodzi, że *addisiny* wyrwarza żołądek zwierząt zarówno trawo- jak mięso- i wszystkożernych. M o r r i s przypisuje czynnikowi antyanemicznemu naturę hormonu, gdy C a s t l e utożsamia czynnik przeciwanemiczny z witaminą B₂. Różnica ta nie jest jednakże wielka, gdyż witaminy i hormony mają b. wiele cech wspólnych, jak budowa chemiczna i działanie biologiczne. Jedne i drugie mogą się często nawzajem zastępować. Wobec tego dla *addisiny* pozostawimy nazwę hormonu, jako dla wydzieliny wewnątrzustrojowej, gdy pod witaminami rozumiemy ciała pochodzenia zewnętrznego.

Wyciąg M o r r i s'a, wstrzyknięty jednorazowo w ilości odpowiadającej 5 kg. soku żołądkowego, wystarczy dla wystąpienia remisji, trwającej jeszcze po 3-ch miesiącach, z retikulocytozą, utrzymującą się przez 6 tygodni i dochodzącą do 40% i więcej. Tak wybitnej i długotrwałej poprawy po jednorazowym wprowadzeniu ciała antyanemicznego nie uzyskał dotąd jeszcze nikt, po największych nawet dawkach jednorazowych wyciągu wątrobowego. Hormon żołądka staje się przez to wybitnym czynnikiem przyczynowym w patogenezie niedokrwistości złośliwej.

W patologii gruczołów wydzielania wewnętrznego poznanie *hipohormonozy* zwraca uwagę na objawy *hiperhormonozy*. Podobnie jest w odniesieniu do wydzieliny żołądka. Jeszcze w 1913 roku F r i e d m a n n doniósł, że poliglobulja towarzyszy często owrzodzeniom 12-cy. Na 25 przypadków poliglobulja wystąpiła 23 razy, w tem 18 razy powyżej 6000000, jeden raz wyżej 8000000. Siedmiu z tych chorych krwawiło w okresie badania. M a i r a n o i P l a c e o w 23 przypadkach owrzodzenia 12-cy znajdują 1,6 razy więcej niż 5500000 erytrocytów, jeden raz więcej niż 6000000. Ilości pomiędzy 5800000 a 6100000 mają tylko trzej z pośród badanych przez S e c c o chorych. Autora tego uderza jednak związek pomiędzy wysokimi liczbami dla erytrocytów a natężeniem kwasoty soku żołądkowego. T u c h f e l d w 20-tu przyp. owrzodzenia 12-cy z nadkwaśnością ma 8 razy ilości erytrocytów od 5300000 do 6200000. B i n g podał 2 przypadki owrzodzenia 12-cy z nadkwaśnością i erytrocytozą 7000000

i 7500000. O skłonności do poliglobulji u chorych z owrzodzeniem 12-cy wspomina K o g a n.

Materiał nasz, w którym obliczaliśmy ilość erytrocytów, obejmuje 20 przyp. owrzodzeń 12-cy i żołądka rozpoznanych klinicznie i rentgenologicznie.

Cz. c. krwi.	L.	A.	Rozpoznanie.
1. R. 5750000	42	60	Ulcus duodeni
2. K. 5050000	38	47	" ventr. Append. chron.
3. P. 5020000	24	42	" duodeni
4. S. 4175000	57	73	" "
5. E. 5000000	45	60	" "
6. Z. 5720000	64	74	" juxtapyloricum
7. B. 5900000	40	55	" duodeni
8. S. 5812500	101	125	" "
9. K. 5050000	63	78	" "
10. G. 5700000	33	42	" ventriculi
11. F. 4215000			" duodeni
12. Z. 5200000	62	72	" ventriculi
13. G. 6200000	85	97	" duodeni
14. W. 6700000	82	104	" "
15. K. 5900000			" "
16. R. 6250000			" "
17. B. 5850000	59	71	" "
18. R. 3800000	62	82	" ventriculi
19. S. 4400000	24	40	" "
20. A. 4800000	32	50	" "

W tych 20-tu przyp. ilość erytrocytów 11 razy przekraczała 5500000, przyczem dwa razy wyniosła 6200000, jeden raz 6700000. W niektórych przyp. poliglobulja tembardziej zwraca na siebie uwagę, że jednocześnie istnieją poważne przyczyny anemizujące. Np. chory Nr. 6. Z., trzy tygodnie przed badaniem krwi miał obfite wymioty krwawe, a przez cały czas następny utajone krwawienie. Pomimo tak znacznej utraty krwi naliczyliśmy u niego 5700000 erytrocytów; chory N. 13. G. miewa od dwóch lat co kilka miesięcy stolce smołowate, w okresie obserwacji utajone krwawienie, a krwinek czerwonych 6200000. Do tych dwóch przypad-

ków można dołączyć jeszcze chorego Nr. 2. K. z żołądkiem dwudzielnym, owrzodzeniem na krzywiźnie małej i ilością erytrocytów 5050000; obliczenie przeprowadzone było w okresie obostrzenia zapalenia wyrostka, z powodu którego chory był wkrótce operowany. Prócz tego chory ten miał często pękające i krwawiące guzy krwawnicowe. *Appendicitis* i *varices* napewno silnie anemizowały chorego, którego ukrwienie mimo to było bardzo dobre. Wreszcie u chorego N. 12. Z. z utajonem krwawieniem naliczyliśmy 5200000 erytrocytów, gdy dnia poprzedniego przez cienką sondę wyciekała krew z żołądka. Ta liczba w okresie utraty krwi pozwala również zaliczyć tego chorego do poliglobulików. 4 te przypadki, podobnie jak 7-miu chorych podanych przez F r i e d m a n n a, wskazują na tak wzmożoną czynność szpiku kostnego, że pokrywa on często z nadmiarem utratę krwi jeszcze w okresie krwawienia. Poliglobulja wypadła w naszych obliczeniach w 65% przypadków. Gdyby zestawień statystyki przed chwilą wymienione, to na 105 przyp. owrzodzeń 12-cy znajdziemy poliglobulję 56 razy, czyli w 53% albo w przeszło połowie przypadków.

Współistnienie więc poliglobulji z nadkwaśnością wydaje się na podstawie tych faktów nie ulegać wątpliwości. Wobec tego, że z drugiej strony brak odźwiernika wywołuje niedokrwistość, a wyciąg z jego błony śluzowej leczy tę niedokrwistość, musimy przyjść do przekonania, że poliglobulja przy nadkwaśności wynika z nadczynności błony śluzowej żołądka, dotyczącej produkcji ciała antyanemicznego, hormonu *addisiny*. Nadczynność ta, jak widzimy, idzie bardzo często w parze z nadczynnością w odniesieniu do wydzielania kwasu solnego, nie są one jednak równoległe. Dziwnem wydawać się może przytem, że pomimo intensywnych czasami poliglobulij, dochodzących do 7 — 8 milj., policytemje zdarzają się w związku z nadkwaśnością niezmiernie rzadko. Ostatnio M a l l e r spostrzegał przypadek czerwienicy typu V a q u e z a z nadkwaśnością powyżej 100 i owrzodzeniem 12-cy i wiąże te zespoły ściśle ze sobą. Spotęgowana ad maximum czynność żołądka miała jego zdaniem doprowadzić do policytemji. W tym samym roku, jakgdyby w odpowiedzi na przyp. M a l l e r a, S c h u r i M i c h a e l i d e s ogłosił po jednym przyp. choroby V a q u e z a z achylją histaminooporną. Obydwaj ci autorzy zgadzają się na współistnienie nadkwaśności z poli-

globulją, tłumaczą tę ostatnią nadmiarem wydzielania czynnika antyanemicznego w żołądku, ale ta poliglobulja niema ich zdaniem nic wspólnego z policytemją. W dyskusji nad pokazem M a l l e r a przeciwko żołądkowemu pochodzeniu chor. V a q u e z a wypowiedział się również W e l t m a n n, dla którego poliglobulja powstaje przez nadczynność żołądka.

W obserwowanych przypadkach staraliśmy się porównać cechy krwi przy poliglobulji i policytemji. M e y e r, G u e n t e r i F l e i s c h m a n n opisują w policytemji tendencję do mikrocytozy, którą N a e g e l i uważa za objaw niedomogi szpiku kostnego. Mierzone przez nas erytrocyty miały wymiary przeciętne, 7,0 — 7,4 — 7,6 mikronów, a wahania w poszczególnych rozmazach były minimalne, tak, że możemy mówić o izocytozie. W policytemji zaś b. częstą jest anizocytoza. W żadnym z badanych przypadków nie znaleźliśmy normoblastów, gdy dla N a e g e l i e g o są one warunkiem niezbędnym przy rozpoznawaniu policytemji. W przeciwieństwie do polichromatofilji typowej dla chor. V a q u e z a, poliglobulja w nadkwaśności cechuje się jednakową barwliwością erytrocytów. Znaleźliśmy jeszcze jedną cechę u poliglobulików; przeważa u nich leukopenja z limfocytozą i wyraźną eozynofilją, co znacznie odbija od obrazu krwi w policytemji.

Wobec powyższego uważamy, że poliglobulja z nadczynności żołądka, który reguluje pracę szpiku kostnego, nie jest stanem pokrewnym chor. V a q u e z a, ani okresem poprzedzającym jej wystąpienie. Jest ona wyrazem tendencji konstytucjonalnej podobnie, jak nią jest skłonność do nadkwaśności i owrzodzenia. Poliglobulja i nadkwaśność występują, jak widzieliśmy, b. często razem, gdyż obydwa stany wynikają z mechanizmów, powstających w jednym narządzie, choć od siebie niezależnych. Nadczynność w odniesieniu do *addisiny* pociąga za sobą dzięki bliskiemu sąsiedztwu nadprodukcję soku żołądkowego, którego częstym następstwem jest owrzodzenie. Gdyby częstość występowania poliglobulji i nadkwaśności ująć w stosunki liczbowe, to napewno znaleźlibyśmy częściej poliglobulję. Istotnie na 10-ciu zbadanych przez nas tym kierunku zdrowych mężczyzn 4-ch miało od 5700000 do 6250000 erytrocytów. K o m o c k i i niektórzy autorzy amerykańscy, znajdując często tak wysokie liczby erytrocytów u lu-

dzi zdrowych, są nawet za przesunięciem normy powyżej 5 milj. Ta częstość poliglobulji u osób zdrowych tembardziej dowodzi odrębności jej od policytemji, z drugiej strony wskazuje na typy osób, u których dolegliwości żołądkowe zgóry mogą nasuwać podejrzenie na istnienie nadkwaśności i owrzodzenia, jako tła ich cierpienia. Uderza to szczególnie, gdy się zwróci uwagę, że tak zwani *vegetativ stigmatisierte* rekrutują się b. często z pośród poliglobulików.

Zdajemy sobie sprawę, że wyodrębnienie z ustroju jednego narządu wydzielającego nadmiar hormonu jest rzeczą sztuczną. Wydzielanie czynnika antyanemicznego nie odbywa się bynajmniej wyłącznie w żołądku, a G u t z e i t obserwował poprawę w niedokrwistości złośliwej od wyciągów z błony śluzowej jelit.

Miedzy żołądkiem a innemi narządami istnieje ścisła korelacja, na którą wskazują: poprawa w przebiegu niedokrwistości złośliwej po splenektomji i badania S c h l i e p h a k e i K r o n s o h n a nad wpływem *prosplenu*, hormonu śledziony, na kwasotę soku żołądkowego. S t e p h a n przypisuje dużą rolę korze nadnerczy, której wyciąg usuwa nadmiar wzgl. niedobór erytrocytów. Wiemy z drugiej strony, że chor. A d d i s o n a często towarzyszy achylja i niedokrwistość złośliwa. Witamina B₂, która wg. C a s t l e'a działa w leczeniu żołądkiem niedokrwistości złośliwej, jest czynnościowo związana z nadnerczami.

W każdym razie skłonność do poliglobulji, nadkwaśności i owrzodzenia jest ustrojowa; tak samo ustrojową jest skłonność do achylji i niedokrwistości złośliwej. Dwa te stany, czynnościowo i morfologicznie biegunowo odwrotne, mają się do siebie jak chor. Basedowa i obrzęk śluzowaty. Ten pogląd T u c h f e l d a, wyrażony przed dwoma laty, na samym początku ery leczenia żołądkiem, uważamy na podstawie powyższego za słuszny.

PIŚMIENNICTWO.

Adler. Arch. Verdkrk. 37. — Aubertin et Mouquin w Nouv. Tr. Med. T. IX. — Bergmann. Münch. med. Woch. 21 — 1929. — Bergmann. Funktionelle Pathologie. 1932. — Böhm. D. med. Woch. 18 — 1928 — Borgbjærg i Lottrup. Acta med. Scand. 72 — 1929. — Brenckmann i Deloyers. Pr. Med. 67 — 1929. — Castle, Heath, Strauss. Am. Journ. med. Sc. 6 — 1931.

Conner. Journ. Am. med. ass. 1930. — Donatti, Manginelli, Tramonti. Min. Med. 27 — 1931. — Faber. Lancet 5435 — 1927. — Faber w Handbuch d. Spez. Path. Kraus — Brugsch. T. VI. — Felix. Münch. med. Woch. 45 — 1930. — Fuld. Handb. d. sp. Path. Kraus — Brugsch. T. VI. — Gierke w Lehrb. pathol. Anat. — Aschoff. — Gley. Physiologie. 1920. — Gunther. D. Arch. kl. Med. 161. — Gutzeit. Münch. med. Woch. 7 — 1931 38, 46 — 1932. Haberfeld. Münch. med. Woch. 30 — 1931. — Harris. Journ. Am. med. Ass. 19 — 1928. — Henning i Bach. Klin. Woch. 3 — 1932. — Henning i Brugsch. D. med. Woch. 18 — 1931. — Henning i Noproth. D. Arch. kl. Med. 172. — Hitzenberg i Tuchfeld. Kl. Woch. 23 — 1929. — Hochrein. Münch. med. Woch. 32 — 1929. — Kalk. Das Geschwür. d. Magens u. d. Zwölffingerdarms. 1931. — Kaznelson, Reimann, Weiner. Klin. Woch. 23 — 1929. — Kogan. Arch. Verd. Krkht. 45. — Kohn i Guttman. Med. Klin. 1927. — Komocki. Pol. Gaz. Lek. 9 — 1930. — Kühnau i Stepp. Münch. med. Woch. 3 — 1933. — Kuttner Greta. Arch. Verd. krht. 37. — Kuttner. w Handb. d. Spez. Path. Kraus — Brugsch. T. VI. — Mairano i Placeo. Min. Med. 28 — 1928. — Matthes. Lehrb. d. Differ. diagn. 1929. — Meyer. Klin. Woch. 20 — 1930. — Morawitz. Arch. Verd. krht. 47. — Morris, Schiff, Foulger, Rich, Schermann. Münch. med. Woch. 52 — 1932. — Mouzon. Pr. Med. 13 — 1930. — Mouzon. Pr. Med. 50 — 1930. — Naegeli. Lehrb. d. Blutkrht. Petzetakis. Pr. Med. 32 — 1929. — Polacco. Min. Med. 7 — 1929. — Rütimeyer. Handb. d. Spez. Path. Kraus — Brugsch. Scheidel. Med. Klin. 7 — 1930. — Schliephake i Probst. Klin. Woch. 45 — 1932. — Schliephake. D. Arch. kl. Med. 172. — Schmidt. Kl. Woch. 50 — 1932. — Schneider i Carey. Journ. Am. med. Sc. 23 — 1928. — Schneider i Carey. Journ. Am. med. Ass. 91 — 1928. — Secco. Rif. Med. 3 — 1932. — Siedlecki. Pol. Gaz. Lek. 34 i 35 — 1930. — Singer. Klin. Woch. 35 — 1932. — Spath. D. Ztschrft. Chir. 9 i 10 — 1931. — Spengler. Wien. kl. Woch. 38 — 1930. — Stephan. Klin. Woch. 38 — 1930. — Stephan. Klin. Woch. 23 — 1930. — Strauss i Castle. Lancet — 1932. — Traubmann. D. Arch. Kl. Med. 150. — Tuchfeld. Med. Klin. 4 — 1931. — Uryson. Pol. Gaz. Lek. 1 — 1932. — Warburg i Jorgenson. Acta med. Scand. 69 — 1928. — Wilkinson. Brit. med. Journ. 3605 — 1930.

Posiedzenia Pol. Tow. Gastrologicznego.

Posiedzenie naukowe 20 kwietnia 1932.

Przewodniczy: W. R ó b i n.

R ó b i n i F e j g i n pokazują preparat żołądka z wrzodem o niezwyklej wielkości, pochodzący od luetyka.

Odczyt kol. J u s t m a n a: „Klinika nieżytu przewlekłego żołądka” postanowiono odłożyć.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Posiedzenie naukowe 18 maja 1932.

Przewodniczy: W e j n e r t.

1. R ó b i n i N i e w i a d o m s k i: Pokaz chorej operowanej z powodu kamicy żółciowej, powikłanej krwawieniami dwunastniczymi.

2. S a i d m a n przedstawia troje dzieci ze zwężeniem przełyku, leczonych sposobem cewnikowania bez końca z wynikiem dodatnim.

R o z p r a w a. R a d l i ń s k i wprowadza na nitce jedwabnej rurkę gumową coraz większych rozmiarów, zaleca rozpoczynać zgłębnikowanie w 3 tygodnie po założeniu przetoki żołądkowej. Chorego można uważać za wyleczonego dopiero w 2—3 lata po rozpoczęciu leczenia.

D o l k a r t przypomina, że zdarzają się przypadki przedziurawienia przełyku podczas zgłębnikowania z zejściem śmiertelnym. Wobec tego zasługuje na uznanie ostrożne postępowanie

p. prof. R a d l i ń s k i e g o, który zaczyna leczenie po ustąpieniu zapalnych obrzęków.

Z a o r s k i cytuje sposób wczesnego rozszerzania przełyku u dzieci miękkimi zgłębnikami podczas trwania sprawy zapalnej, który stosuje prof. S a l z e r w Wiedniu. Dziecko otrzymuje do połknięcia miękki zgłębnik, który sam wpada do żołądka bez pomocy lekarza. W ten sposób postępuje się codzień. Po pewnym czasie (3 miesiące) stosuje się zgłębnikowanie co 2 lub 3 dzień, następnie co tydzień i t. d. Chory jest pod obserwacją w ciągu 2 lat.

M e s z zwraca uwagę na sposób stosowania nitki z śrutem i wyłapywania tejże przez przetokę żołądkową zapomocą cystoskopu.

N i e w i a d o m s'k i, nawiązując do słów M e s z a, przedstawia sposób leczenia, stosowany na oddziale ś. p. Al. Z a w a d z k i e g o. Sposobem, opisanym przez kol. M e s z a, przeprowadzono nitkę jedwabną bez końca. Co 3 dni rozszerzano przełyk, włączając w ten „zgłębnik bez końca” kawałek coraz grubszej nitki jedwabnej a później sznurka nawazelinowanego. Po kilku godzinach odwiązywano ten kawałek grubej nitki ew. sznurka lnianego i łączono ponownie oba końce nitki jedwabnej, którą pozostawiano na dłuższy czas.

Wyniki naogół zachęcające, leczenie długie.

3. M e s z i P ł o ń s k i e r wygłosili odczyt o hepatolienografji.

K r y ń s k i przypomina, że w swoim czasie pokazywał zdjęcia wątroby i śledziony po zastosowaniu thorotrastu i zwrócił uwagę, iż uwydatnienie innych narządów poza wątrobą i śledzioną zależne jest tylko od dawki środka kontrastowego. Badania M e s z a to potwierdziły. Złożenie jednak wszystkich dotychczasowych badań było wręcz przeciwne do założenia M e s z a, który drogą wybitnego przeładowania organizmu doprowadził do tak znacznych zaburzeń. Już samo krążenie thorotrastu w krwi i przemieszczenie barwnika może się odbyć jedynie po absolutnem przesyleniu komórek narządu śródbłonkowo - siateczkowego. Thorotrast, stosowany w dawkach wystarczających dla celów diagnostycznych, nie wykazuje żadnych zmian poza nasyceniem wątroby

i śledzony przy obserwacjach $1\frac{1}{2}$ rocznych innych badaczy i po $\frac{1}{2}$ rocznych w przypadkach K r y Ń s k i e g o.

Jeżeli M e s z swojemi badaniami chciał zwrócić uwagę na niebezpieczeństwo hepato - linografji, to wyniki jego pracy nie są przekonujące.

Przy tej okazji podkreśla K., że praca M e s z a nie dotyczy zupełnie zmian czynnościowych, najbardziej nas interesujących. Próby zainfekowania zwierząt, którym zastrzykiwano thorotrast, nie wykazały żadnych odchyień od normy. Magazynowanie thorotrastu interesuje bardzo badaczy, próby wypłókania jego są w pełnym toku, o ile wiadomo K., wyniki są bardzo obiecujące.

4. Na zakończenie posiedzenia wygłosił kol. A l e k s a n d e r F r e y d odczyt o chorobie tęgoryjcowej, ogłoszony drukiem w „Gastrologji Polskiej”, Tom IV, N. 2.

P o s i e d z e n i e w a l n e 22.VI. 1932 r.

C z ę ś ć n a u k o w a.

Przewodniczy W e j n e r t.

Pokazy:

1. F r a n k: Przypadek niedrożności przetoki żołą.-jelit. po zespoleniu.

Chory 42 l. — od 4-ch tygodni cierpi na bóle w dołku podsercowym po każdym posiłku. Mięwa odbijania kwaśne oraz zgagę. Ostatnio co kilka dni wymiotuje. Przed 10 laty był operowany z powodu wrzodu żołądka. W 3 lata po operacji wystąpiły ponownie dolegliwości żołądkowe, które z przerwami powtarzały się rokrocznie.

Chory wychudzony, blady. Przy badaniu stwierdza się bruit de clapotement — pluskanie i bolesność uciskowa w prawym podżebrzu. Przez zgłębnik wydobyłem około 3-ch litrów zawartości żołądkowej o wybitnej kwasocie; liczne czworniaki. Zdjęcie rentgenowskie nie dało żadnych wyników co do istnienia zespolenia. Chory był operowany. Podczas zabiegu stwierdzono rozległe zrosty sieci z otrzewną ścienną. — Po przecięciu lig. gastro - colici i usunięciu zrostów — odbudowano przetokę, która funkcjonuje b. dobrze. Zabieg zniósł chory dobrze, począł odżywiać się; dolegliwości żadnych. Roentgen, wykonany po operacji, wykazuje drożność zespolenia.

Przypadek powyższy dowodzi, iż nie zawsze dolegliwości, powstałe po operacji, przemawiają za owrzodzeniem w jelicie czczem — zrosty w obrębie zespolenia jelita mogą powodować silne bóle i wymioty.

R u b i n r o t podnosi, że rozpoznanie rentgenologiczne zespolenia niezawsze jest łatwe, szczególnie, jeżeli otwór jest mały i żołądek opróżnia się z trudnością, po pewnym czasie, lub kiedy pętla jelita jest umocowana do żołądka w sposób, nie sprzyjający szybkiemu opróżnieniu.

S z p e r podaje przypadek 30 letniej niewiasty, u której wykonano poprzednio zespolenie żołądkowo - jelitowe z nieznane-go S. powodu. Po 2 miesiącach wystąpiły bóle, które w chwili badania chorej, t. j. po 8 miesiącach, trwały nieprzerwanie. Podejrzewając wrzód trawienny, skierował S. do rentgenologa, który nie zauważył zupełnie otworu zespolenia. W następny badaniu, przy podawaniu małych dawek kontrastu, zespolenie okazało się dostatecznie działające. Podczas operacji, którą wykonał S. ze względu na stałe bóle i zniszczenie chorej (wycięcie), przekonał się S., że żadnych prawie zrostów nie było.

Według G o l d s t e i n a uderza w tym przypadku fakt, że zwężenie zespolenia nastąpiło dopiero po 10-ciu latach. Należy przypuszczać, że zespolenie to nie funkcjonowało od początku, a żołądek opróżniał się przez odźwiernik. Obecnie nie zrosty w okolicy miejsca zespolenia, a raczej zwężenie odźwiernika powodowało tak wielkie zaleganie.

C z a r k o w s k i operował dwa przypadki prawie zupełnego zarośnięcia otworu zespolenia żołądkowo - jelitowego. W jednym przypadku dokonano rozszerzenia otworu, w drugim wycięcie żołądka.

J. K r y Ń s k i wyjaśnia, że w tym przypadku badanie śluzówki było bardzo utrudnione z powodu znacznej zawartości w żołądku. Może badanie bardzo małymi dawkami wykazałoby obecność zespolenia.

2. D o b r y s z y c k i.

P r z y p a d e k r a k a ż o łą d k a z l i c z n e m i p r z e r z u t a m i d o s k ó r y.

Chory H. H., lat 58, z powodu zwężenia odźwiernika i krwo-

toku żołądka skierowany był przez nas przed 2-ma laty na oddział chir. do operacji.

Dr. Ostrowski stwierdził na operacji guz w okolicy odźwiernika żołądka, ograniczył się do zespolenia żołądkowo - jelitowego tylnego pozaokrężniczego i polecił choremu zgłosić się za kilka tygodni dla dokonania resekcji.

Chory rady tej nie posłuchał i zgłosił się dopiero po dwóch latach na nasz oddział.

Przez cały czas czuł się dobrze. Od 6-ciu tygodni ma bóle brzucha, promieniujące do krzyża, znacznie wychudł i osłabł.

W nadbrzuszu niewielki opór i bolesność przy ucisku. Gruczoły chłonne nigdzie niemacalne. Natomiast rzucają się w oczy bardzo liczne guzki widoczne na powierzchni brzucha, mniej liczne na klatce piersiowej od przodu i pojedyncze od tyłu. Na twarzy i kończynach guzków niema.

Guzki te prawie równej wielkości, mniej więcej ziarna grochu, były dość twarde, niebolesne, nad niektórymi skóra była lekko zaczerwieniona. Według słów chorego, guzki te wysypały się nagle i równocześnie, na 10 dni przed przybyciem na oddział. Skrawki guzka wyciętego wykazały utkanie raka włóknistego. Chory po 6-ciu dniach zmarł.

Na sekcji znaleziono: rak żołądka, zwężający odźwiernik, przerzuty do tkanki podskórnej, przechodzące niekiedy i do skóry, do tkanki pozaotrzewnowej i do krezki jelita biodrowego.

Według danych anatomo - patologicznych przerzuty raka żołądka do skóry zdarzają się niezmiernie rzadko. Przypadek nasz zasługuje również i dlatego na uwagę, że rozsianie guzków do skóry było jednoczesne i obfite. Podkreślić też należy, że nie stwierdzono zupełnie przerzutów do narządów wewnętrznych.

3. M. Dołk a r t i M. Lubelski .

Dziurawiący wrzód dwunastnicy wśród wzrostów. Pokaz chorego po operacji.

Chory T. R., lat 34, datuje początek swojej choroby od roku 1928. Chory skarży się na bóle w brzuchu, przeważnie w dołku podsercowym.

Bóle występują po jedzeniu w trzy, lub cztery godziny, a niekiedy i w nocy; podczas głodu występują bóle. Chory często wymiotuje. W roku 1930 i 1931 leżał na Klinice Uniw. Warszawskiego.

Stwierdzono tam: ogólne wychudnienie; w narządach wewnętrznych nic szczególnego. Wątroba wypukuje się na 2 palce poniżej prawego łuku żebrowego. Badanie moczu i krwi uchyłeń od normy nie wykazało.

Badanie żołądka wykazało nadkwaśność i sokotok popokarmowy.

Próba benzydynowa na ukryte krwawienie wybitnie dodatnia.

Zdjęcia Rentgenowskie (11.XI. 1931) stwierdziły duży, opadnięty, hakowaty żołądek. Treść do opuszki nie przechodzi nawet po ułożeniu chorego na prawym boku i powtórным badaniu po 15 minutach. Po 3-ch godzinach — $\frac{1}{2}$ treści na dnie żołądka, po 10 godzinach — ślad treści na dnie żołądka.

Powtórne zdjęcia, wykonane po miesiącu (9.XII.31), stwierdziły zniekształcenie opuszki dwunastnicy, szybko się opróżniającej. Badanie kliniczne i zdjęcia przemawiały za owrzodzeniem dwunastnicy.

Chorego widziałem (Lubelski) po raz pierwszy 13.VI. 1932 r. W nocy wystąpiły u chorego gwałtowne bóle brzucha i wymioty.

Chory — blady. Tętno 120. T° 38. Brzuch twardy, bardzo bolesny na dotyk w obrębie dołka podsercowego i prawego podżebrza.

Przypuszczalne rozpoznanie — przedziurawienie wrzodu żołądka. Z rozpoznaniem tem zgodził się też i Kol. Dolkart. Chory na natychmiastową operację nie zgodził się. Po dobie bóle zlokalizowały się wyłącznie w obrębie dwunastnicy i prawego podżebrza. Ciepłota spadła. Po dwóch tygodniach bóle samoistne ustąpiły zupełnie. Samopoczucie dobre. Ze względu na niebezpieczeństwo, grożące choremu, namówiliśmy go do zabiegu.

Operację (Lubelski) wykonałem w znieczuleniu przykręgowem, z dodatkiem narkozy eterowej. Przy otwarciu jamy brzucha znalazłem żołądek b. duży; część przyodźwiernikowa i dwunastnica były w zrostach z siecią, wątroba i przednią ścianą brzucha. Zrosty były tak solidne, że z trudem udało się od nich oddzielić żołądek, a w obawie przed zranieniem jego ściany razem z żołądkiem oddzieliłem kawałek ściennej otrzewny. Owrzodzenie znajdowało się na górnym brzegu opuszki dwunastnicy.

Wycięcie żołądka wykonałem metodą Rejchel - Poly'a; przy oddzielaniu zrostów w obrębie owrzodzenia ukazał się otwór w dwu.

nastnicy, z którego wylało się trochę zawartości. To mnie skłoniło, po zaszcyciu rany brzucha, do wprowadzenia z oddzielnego cięcia gumowego sączka w kierunku zaszytej dwunastnicy.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Na 4-dzień chory dostał płynne pokarmy. Stolce samoistne. Na 9-ty dzień zdjęto szwy. Dostaje pokarmy stałe. Samopoczucie b. dobre. (Pokaz rentgenogramów).

4. K r e m e r wygłosił odczyt p. t. Przyczynek do rozpoznania przedziurawienia wrzodu żołądka. Doniesienie tymczasowe.

Na podstawie danych Ambergera, Meyera i Brauna, pani Paugger z kliniki Sauerbrucha i innych, referent dochodzi do wniosku, że odsetek rozpoznań mylnych w przypadkach przedziurawienia wrzodu żołądka lub dwunastnicy stanowi mniej więcej 30%.

Rozpoznanie zaś trafne i wczesne, które nakazuje natychmiastową operację, jest ważne ze względu na to, że 1) interwencja chirurgiczna daje z n a c z n y % wyzdrowień, 2) im wcześniej chory dostaje się na operację, tem w i ę k s z e ma szanse wyzdrowienia i 3) wcześniejsza operacja pozwala na zabieg g r u n t o w n i e j s z y, jak zespolenie żołądkowo - jelitowe lub rezekcję, a tem samem daje lepsze wyniki o d l e g ł e, niż otrzymywane za pomocą li tylko zaszycia przedziurawienia.

Duża ilość rozpoznań mylnych powstaje wskutek całego szeregu schorzeń, imitujących swojemi objawami przedziurawienie wrzodu żołądka lub dwunastnicy, i z powodu niedostateczności istniejących sposobów rozpoznawczych.

Chociaż większość chorób, za które można przyjąć przedziurawienie wrzodu żołądka lub dwunastnicy, tak samo wymaga interwencji chirurgicznej, ale interwencja opóźniona lub niewłaściwa, oraz zbyt długie cięcie brzuszne i przeszukiwanie w jamie otrzewnowej, zazwyczaj zakażonej, narażają chorego na niebezpieczeństwa i możliwość powikłań.

Wobec tego referent, analizując ustalone dotychczas objawy i sposoby rozpoznania przedziurawienia wrzodu żołądka lub dwunastnicy, proponuje uzupełnić je następującą próbą, mającą jednocześnie znaczenie i dla różniczkowania.

Do żołądka wprowadza się powietrze zapomocą zgłębnika, połączonego z balonem, względnie podaje się sodę, z której pod wpływem kwasu solnego żołądka wydziela się bezwodnik węgla.

lub też podaje się kwas i sodę równocześnie, a wytwarzający się CO₂ rozdyma żołądek. W przedziurawieniu prelegent stwierdza równomierne uwypuklenie brzucha, odgłos bębenny w miejscu najwyżej położonem, zależnie od ułożenia chorego. Wreszcie brak objawów ze strony żołądka, jakie spostrzegamy w braku przedziurawienia: stawianie się żołądka i wypuk bębenny w obrębie żołądka, niezależnie od pozycji chorego.

Szper podaje niższy odsetek omyłek rozpoznawczych, najwyżej 10%. W każdym razie omyłki dotyczą przypadków, nadających się bezwzględnie do operacji. Rozpoznanie fałszywe zapalenia wyrostka robaczkowego i cięcie zbędne w prawym dole biodrowym nie może być porównanem do nieobliczalnego ryzyka nadmuchiwania żołądka.

Lubelski przestrzega również przed zastosowaniem tego sposobu rozpoznawczego w praktyce. Często mamy do czynienia z wrzodem modelowatym, który się przedziurawił do sieci, organu sąsiedniego, lub jamy ograniczonej zrostami i skleniami.

Nadmuchiwanie żołądka może wywołać rozerwanie skleiny i rozlanie się treści żołądkowej w wolnej jamie brzusznej.

Czarkowski i Byśzewski wypowiadają się także przeciw tej metodzie. Wyniki na ogół po operacji przedziurawienia żołądka są zachęcające właśnie dlatego, że z początku często się sprawa umiejscawia w górnej części brzucha. Wprowadzenie pod uciskiem powietrza do żołądka może przepchać zawartość żołądkową do niższych pięter i spowodować uogólnienie sprawy ropnej w jamie brzucha. Rozpoznanie przedziurawienia jakiegokolwiek organu w jamie brzucha jest równocześnie wskazaniem do natychmiastowego zabiegu. Wybór miejsca dla cięcia brzusznego jest zależny od dokładnego wywiadu.

Rubint ma również zastrzeżenia z punktu widzenia rentgenologicznego. Na dokładnie dokonanym rentgenogramie możemy stwierdzić obecność bardzo nieznacznej ilości powietrza. Metoda powiększania tej ilości w celach rozpoznawczych jest więc zbędna, a ze stanowiska klinicznego niebezpieczna. Jesteśmy w stanie rozpoznać przedziurawienie żołądka na ekranie zapomocą podania niewielkiej ilości płynu kontrastowego.

Werner stwierdza, iż odczyt kol. Kremera tak sumienie i źródłowo opracowany, w swojej drugiej części doświadczalnej

ma znaczenie tylko teoretyczne. Zastosowanie metod, zdążających do wytworzenia sztucznego rozdęcia, praktycznie nie może mieć miejsca, ze względu na bezpieczeństwo chorych i na odsuwanie czasu operacji.

Walne zebranie roczne.

Na przewodniczącego poproszono prof. Radlińskiego. Sekretarz Tow. Niewiadomski złożył sprawozdanie z działalności Tow. za okres od 7 czerwca 1931 do 20 czerwca 1932.

W roku sprawozdawczym odbyto 9 posiedzeń naukowych, na których odczyty wygłosili następujący referenci:

Prof. L e ś n i o w s k i: O zewnętrznych przetokach kałowych.

J. N u s s b a u m: O obecnym stanie wiedzy o zapaleniu żołądka.

W. R ó b i n i M. R e i c h e r t: O zespole pęcherzykowo - wyrostkowym.

D o b r o s z y c k i: W sprawie diagnostyki niedomogi zewnętrznego wydzielania trzustki.

N. M e s z: Przyczynek do hepato , lienografji.

A. F r e y d: W sprawie mniej znanych postaci pasożytów przewodu pokarmowego.

K r e m e r: Przyczynek do rozpoznania przedziurawienia wrzodu żołądka.

Razem referatów naukowych było 7.

Poza tem porządek posiedzeń wypełniło 22 pokazów, które tyczyły się następujących schorzeń: Łagodny guz żołądka (Matuszek), uchyłek dwunastnicy (J. Kryński i Płockier), kiła żołądka (Werkenthinówna), ectopia renis dextri pelvica (Szenkier), przyp. przedniego powtórnego zespolenia z powodu zrostów (Lubelski), pęknięcie urazowe śledziony (Konarski), guz wątroby (Leśniowski), rak żołądka (Frank), krwotoki kiszkowe w następstwie kamicy żółciowej (Frank), zapalenie wyr. rob. z niedrożnością jelit (Goldstein), przedziurawienie wrzodu żołądka (Weinert i Niewiadomski), niedrożność jelit na tle uchyłka Meckel'a (Saidman), przedziurawienie jelit cienkich na tle uchyłka Meckel'a (Saidman), przyp. kamicy żółciowej z odejściem kamieni per vias naturales (Sołowiejczyk i Orzech), eventratio diaphragmatica (Fejgin i Mesz), zwężenie dwunastnicy (Lubelski), owrzodzenie żołądka o niezwyklej wielko-

ści u luetyka (Feigin i Róbin), kamica żółcowa z krwotokami żołądkowymi (Róbin i Niewiadomski), zwężenie przełyku (Saidman), niedrożność przetoki żołądkowo - jelitowej po zespoleniu (Frank i Saidman), rak żołądka z licznymi przerzutami do skóry (Dobryszczycki), przedziurawienie żołądka (Lubelski). — Przeciętna liczba obecnych wynosiła od 35—60. Na walnem zebraniu w u. r. 17.VI. wybrano w myśl par. 4 Statutu na miejsce ustępujących członków ponownie Weinerta, Róbiną, Czarkowskiego i Justmana.

Do komisji rewizyjnej na r. 1931/32 weszli ponownie Dolkart, Saidman i Witkowski. Zarząd z powodu wyboru ponownego ustępujących członków przy ukonstytuowaniu nie zmienił składu prezydium.

Posiedzenia odbywały się w Zakładzie fizjol. Uniw. Warsz., jedno posiedzenie w grudniu u. r. odbyło się na zaproszenie prof. Leśniowskiego na I Klinice Chirurgicznej, połączone z pokazem Kliniki.

W roku sprawozdawczym wyszły drukiem 3 numery Gastrologji Polskiej, w których drukowane były obszernie sprawozdania z posiedzeń naukowych.

S k a r b n i k K r y ń s k i podaje stan kasy w dniu posiedzenia i przedstawia dokładny bilans za okres sprawozdawczy. Po przyjęciu do wiadomości tych sprawozdań oraz Komisji rewizyjnej przystąpiono do uzupełniających wyborów Zarządu. W myśl statutu ustąpiła połowa członków Zarządu, t.j. Kryński, Niewiadomski, Frank i Nusbaum. Justman zrzekł się mandatu. Wybrano do Zarządu Radlińskiego, Niewiadomskiego, Kryńskiego, Franka i Dolkarta.

Do komisji rewizyjnej weszli — Goldstein, Schlager i Rubinrot.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e 19.X.1932 r.

Przewodniczy W e j n e r t.

1. D o b r y s z y c k i przedstawia przypadek zwężenia odźwiernika z dwukrotnem zespoleniem żołą.-jelit. z wynikiem niedostatecznym.

Zespolenie żołądkowo jelitowe w zwężeniu bliznowatym odźwiernika daje naogół dobre wyniki lecznicze.

Niekiedy jednak, nawet przy dobrej technice, po krótszym lub dłuższym czasie po operacji czynność żołądka staje się niedostateczną: występują ponownie dolegliwości żołądkowe i zaleganie pokarmów w żołądku.

O ile wówczas leczenie wewnętrzne nie prowadzi do celu, zachodzi potrzeba wtórnej operacji, która w tych razach bywa trudna i często również mało skuteczna. Przypadek taki po dwukrotnem zespoleniu żołądkowo - jelitowem z wynikiem niedostatecznym mam zaszczyt Panom przedstawić.

Chory S. A., lat 19, uczeń szkoły średniej, poddany był w 1928 r. operacji zespolenia żołądkowo - jelitowego z powodu objawów zwężenia bliznowatego odźwiernika.

Chory czuł się dobrze przez jeden rok po operacji. Następnie zaczęły się dolegliwości żołądkowe w postaci ściskania w dołku po jedzeniu i wymiotów pokarmowych.

W 1930 r., t. j. w niespełna 2 lata po pierwszej operacji, wykonano drugie zespolenie żołądkowo - jelitowe bliżej odźwiernika, przyczem podczas operacji chirurg stwierdził zwężenie pierwszego otworu zespoleniowego.

Wynik tej drugiej operacji był jeszcze krótszy: wróciły bóle w dołku i wymioty.

19 września b. r. chory zgłosił się na nasz oddział.

Chory błydy, wychudzony i osłabiony. Pierwsze zgłębnikowanie żołądka naczczo wykazało duże zaleganie: około 1000 cm.³ treści mętnej z domieszką żółci. L = 27, A = 33. W osadzie szczątki pokarmowe. Sarcyn niema.

Przy badaniu rentgenologicznem (dr. Knapik) stwierdza się: żołądek dość duży, otwór po pierwszej operacji wysoko położony, otwór po drugiej operacji umiejscowiony niżej, lecz jeszcze dość daleko od odźwiernika. Według obrazu na ekranie oba te otwory są dobrze czynne. Odźwiernik niedrożny. Po 6-ciu godz. zalega więcej, niż $\frac{1}{3}$ masy kontrastowej. Na pętli odprowadzającej pierwszego zespolenia widać kuliste rozszerzenie.

Mieliśmy więc do czynienia ze znacznem upośledzeniem opróżniania się żołądka, powstałem bądź to wskutek zrostów, bądź to wskutek powikłanych stosunków pooperacyjnych.

W tych warunkach operacja byłaby trudna, a może również mało skuteczna. Zastosowaliśmy na próbę leczenie wewnętrzne, po-

legające na diecie i codziennem płókanu żołądka. Po tygodniu stwierdziliśmy pewną poprawę: zaleganie naczczu mniejsze: około 200 cm., bóle w nadbrzuszu ustąpiły. Samopoczucie chorego lepsze. Jednak waga obniżyła się jeszcze o 2 klg. Po 10 dniach pobytu w szpitalu chory wypisał się na własne żądanie. Zaleciliśmy stosowanie nadal ostrożnej diety i płókania żołądka, którego to chory już sam nauczył się.

Dalsze postępowanie uzależniliśmy od wyników stosowania powyższych środków przez czas nieco dłuższy.

W toku dyskusji została poruszona zasadnicza sprawa: jakie ostateczne wyniki daje rezekcja żołądka, a jakie zespolenie żołądkowo - jelitowe.

Wyniki spostrzeżeń oddziału dra Skłodowskiego są następujące: Posiadamy w swej statystyce nieliczne przypadki rezekcji z dużą bezpośrednią śmiertelnością. Natomiast stan licznych chorych po operacji zespolenia żołądkowo - jelitowego w zwężeniu bliźnowatym odźwiernika, jak mogliśmy się przekonać przy późniejszych badaniach kontrolnych po kilku, a nawet kilkunastu latach, jest bardzo dobry. Należy przytem zaznaczyć, że większość naszych chorych należy do sfer ciężko fizycznie pracujących i nie trzymających się ściśle przepisów diety. Niektórzy nawet pozwalają sobie czasem na alkohol i twierdzą, że to im nie szkodzi.

N i e w i a d o m s k i podaje, że pacjent był pierwszy raz operowany przez E. Witkowskiego w II oddziale chirurgicznym Szpit. Przem. Pańsk. Historia choroby zaginęła. Prawdopodobnie miał to być wstęp do resekcji, której nie wykonano z powodu ogólnego złego stanu. Drugi raz był operowany przez Dr. Butkiewicza na tym samym oddziale w r. 1931. Stwierdzono wówczas niedrożność odźwiernika i zwężenie zespolenia. Nałożono ponowne zespolenie. Obecnie N. proponuje wycięcie części odźwiernikowej i przyodźwiernikowej jako jedyny celowy zabieg dla uzdrowienia w tym stanie rzeczy.

G r u n d z a c h sądzi, że niedostateczny wynik operacji można sobie tłumaczyć tem, że jak wskazują rentgenogramy, obydwa zespolenia są założone zbyt wysoko.

R a d l i ń s k i tłumaczy to umieszczenie przecięcia zespoleniowego wyżej podobnie jak Niewiadomski. Chirurg, zakłada-

jąc w ten sposób zespolenie, uważał ten zabieg jako 1 akt operacyjny, drugim miało być zapewne wycięcie.

W przyp. zwężenia odźwiernika na tle wrzodu jest według Z a o r s k i e g o jedynie wskazany zabieg wycięcia żołądka, bo nie tylko usuwa się zwężenie przewodu pokarmowego, ale usuwa przyczynę choroby, nadkwaśność, leczy podstawową chorobę i usuwa jej następstwa, t. j. zwężenie odźwiernika.

D o l k a r t ogranicza wskazanie do resekcji do wrzodów drażących, ciężko się gojących. W przyp. zwężenia odźwiernika bliźnowatego bez cech zapalnych uważa zespolenie za zabieg wystarczający.

Według K r e m e r a tylko obszerna statystyka podobnych przypadków wrzodu żołądka operowanych jedną i drugą metodą mogłaby rzucić światło decydujące na wybór operacji.

Dopóki patogeneza wrzodu nie będzie wyjaśniona, trudno będzie ustalić, czy zespolenie, czy resekcja przyczynia się do zniesienia warunków stwarzających podłoże choroby.

Faktem jest, że zespolenie jest zabiegiem łżejszym i dającym mniejszą śmiertelność. Należy zatem postępować indywidualnie w zależności od każdego przypadku.

R ó b i n przytacza jako argument przeciw zespoleniu a za rezekcją, że po zespoleniu mamy do czynienia częściej niż po wycięciu z powikłaniami w postaci wrzodu trawiennego jelita czczego, zwężenia pierścienia zespolenia i circulus vitiosus.

W „chorobie wrzodowej”, jak dziś określamy to schorzenie, jest raczej na miejscu wycięcie częściowe żołądka niż tylko zespolenie.

D o b r y s z y c k i donosi, że w oddziale Dr. Skłodowskiego rozpoczęto pracę statystyczną nad wynikami dalszemi obu metod operacyjnych. Chorych operowanych na żołądek poddaje się dokładnemu badaniu wewn. Dotychczasowe obserwacje nie zdyskredytowały zabiegu zespolenia. Jako przykład podaje przyp. jednego z lekarzy warszawskich, u którego dokonano z wynikiem dobrym 15 lat temu zespolenie.

2. Następnie B. K r y ŋ s k i pokazał szereg rentgenogramów z zakresu wad rozwojowych przewodu pokarmowego u osesków i dzieci.

R a d l i ŋ s k i tłumaczy gorsze wyniki nieraz leczenia chi-

rurgicznego skurczu odźwiernika ogólnym stanem wyniszczenia, w którym przybywają dzieci do zabiegu.

G o l d s t e i n Paweł podkreśla trudności decyzji, czy leczyć zachowawczo, czy operować.

Dobre usługi oddaje nam badanie rentgenowskie. O ile po zastrzyknięciu atropiny odźwiernik nie przepuszcza ani kilku kropel płynu, należy operować i nie zwlekać z zabiegiem. Spadek wagi do 40% daje złe rokowanie.

J u s t m a n analizuje przyp., demonstrowany przez prelegenta, skurczu odźwiernika, towarzyszącego skurczowi wpustu. Skurcz ten ustąpił po operacji Rammstaedta na odźwierniku. Świadczy to o jego wtórnym charakterze. Skurcz wpustu może występować w związku z jakąś przeszkodą w przewodzie pokarmowym, niezależnie od jej charakteru i umiejscowienia. Zajmował się tą sprawą w swoim czasie Mintz.

J. spostrzegał przyp. skurczu wpustu przy współistnieniu szczeliny odbytu. Po zagojeniu szczeliny skurcz ustąpił.

D o l k a r t dodaje, że są znane przyp. skurczu wpustu przy przerościę gruczołu krokowego i zatrzymaniu moczu w pęcherzu.

P o m p e r zauważa, że wśród szeregu wad rozwojowych, o których mowa w referacie prelegenta, dosyć częstym zjawiskiem jest zupełne zwężenie odbytu (atresia ani). Niedawno był wezwany przez akuszerkę do noworodka do krwawienia z pępka. Przy badaniu stwierdził brak otworu odbytu, kleszczykami Pean'a udało się przerwać błonkę. Ciekawe, że pomimo braku smółki przez 3 dni nie zwrócono uwagi na odbył. Podobny przypadek cytuje G r u n d z a c h.

2. Na zakończenie W. R ó b i n wygłosił odczyt p. t. Truskawiec ze stanowiska gastrologicznego.

Resumées.

Contribution a l'étude des diverticules du duodenum.
par L. Plockier et I. Kryński.

A l'occasion d'un cas de diverticule du duodenum observé par eux, les auteurs décrivent l'objet même des diverticules de duodenum et la pathogénèse de phénomènes morbides observés dans ces conditions. Les auteurs sont d'avis, que les diverticules du duodenum sont des pseudo-diverticules acquis dans le sens anatomo-pathologique et qu'ils se développent dans les endroits physiologiquement préformés chez des individus constitutionnellement prédisposés, et c'est à la suite d'une hypertension intestinale ou inter-abdominale. Cette hypertension doit être attribuée à un processus morbide soit dans le duodenum, soit dans des sections plus éloignées de l'intestin ou d'autres organes de la cavité abdominale.

La constatation du diverticule même sans manifestations directes doit faire supposer un état morbide dans les organes de la cavité abdominale.

Le tableau clinique est dû au processus inflammatoire surgissant à la suite de la décomposition des masses alimentaires retenues dans le diverticule.

Le traitement des états morbides du diverticule du duodenum n'est efficace que s'il tient compte du rôle de la retention des masses alimentaires dans le diverticule, comme facteur pathogénique décisif.

Dans le cas décrit on a eu recours à la sonde jéjunale laissée à demeure pendant 4 semaines. Le résultat du traitement est satisfaisant; il a eu pour effet la cessation complète des douleurs et l'augmentation du poids du patient (11 kg). Ce résultat se maintient depuis 18 mois.

Suivant les auteurs l'intervention chirurgicale ne doit être réservée qu'aux cas particulièrement graves et particulièrement résistants au traitement conservatoire.

Magenhyperfunction.

von F. Turyn.

Die HCl-Sekretion wird von dem Pfortnerteile des Magens und vom Duodenum mittels des Edkinsschen Magensekretin reguliert. Beim organischen oder funktionellen Fehlen der genannten Teile des Magens findet man immer Anazidität. Die Reizzustände in dem Pylorusteile und im Duodenum bewirken eine Steigerung der Sekretionstätigkeit der Belegzellen und Hyperazidität, als Folge einer Mehrarbeit des Magens. Dieser Zustand ist charakteristisch für das Duodenalgeschwür, dem sich auch in 65% der Fälle, die der Verf. gesammelt hat, eine Polyglobulie gesellt. Die Polyglobulie ist auch ein Effekt der Hyperfunktion des Magens im Sinne einer Hyperproduktion des antianaemischen Prinzips, des Addisins. Die Polyglobulie der Geschwürträger ist der Polyzythaemie ganz fremd: keine Normoblastose, nie Polychromatophilie, ausgesprochene Leukozytose; im weissen Blutbilde - Leukopenie, Lymphozytose, Eosinophilie. Die Polyglobulie ist ein konstitutionnelles Stigma und auch bei gesunden Leuten oft zu treffen. Kommt als eine Tendenz ähnlich der Tendenz zur Hyperazidität, Magen und Duodenalgeschwür vor. Die Achylie mit pern. Anaemie ist ein Gegenzustand der Hyperazidität, des Duodenalgeschwürs und der Polyglobulie. Die genannten Zustände stehen sich wie Myxoedem und M. Basedow gegenüber (Tuchfeld).

Aŭtoreferatoj en esperanto.

Contribuo al diagnoso kaj terapio de duoderaj divertikloj.

Dr. Leon Plockier kaj Dr. Jan Kryński.

Okaze de una observita kazo de duodena divertiklo, aŭtoroj priskribas la problemon kaj patofenezon de tin malsano.

Laŭ aŭtoroj la duodena divertiklo estas pseŭdo-divertiklo en la anatomo-patologia kompreno kaj aperas en lokoj, fiziologie preformitaj, interhomoj, konstitucie predizponitaj,— kiel sekvo de intesta aŭ interabdomena hipertensio. La lasta devas esti ligita kun patologia proceso en duodeno aŭ en plimalproksimaj partoj d'intestoj aŭ aliaj abdomenaj orfanoj.

Sola konstanto de divertiklo sen direktaj Simptomoj devas supozigi patologian staton en in abdomena organo.

La klinika bildo dependas de inflama proceso, aperanta pro disfals de nutraj elementoj, refenataj en la divertiklo.

Kuracado de patologiaj statoj de la duodena divertiklo estaj efika nur tiam, se ni atentaj la patologian rolon de supremenciita retencio.

En la prizkribita kazo aŭtoroj aplikis la jeunon sondon, lasitan interne dum 4 samajnoj. Rezulto estas kontetiga, doloroj tute malaperis, la pezo de paciento kreskis (11 kg.). Tiu rezulto daŭra 18 monatojn.

Laŭ aŭtoroj hirurgia interveno devas esti rezevita sole por kazoj speciale gravaj kaj rezistantaj al konservativa terapio.

Hiperfunkcio de stomako.

T u r y n — Łódź.

La sekrecio de HCl estas reguligata de la pilora parto kaj de la duodeno pere de stomaka sekretino. Anatomia aŭ funkcia manko de tiuj partoj kaŭzas anacidecon. Incitado—hipersekrecion kaj hiperklorhidrion, kiel sekro de hiperfunkcio de la stomako. Anatomia aŭ funkcia manko de la stomako estas kaŭza faktoro en la patogenezo de la pernicioza anemio.

En la digesta hiperfunkcio, t. e. hiperacideco, plejofte en trakuro de duodena ulcero, oni konstatas en 65% poliglobulion, kiel sekvon de stomaka hiperfunkcio koncerne la produktadon de antianemia faktoro—addisino. La poliglobulio en la duodena ulcero kun troacideco estas morfologie alia, ol policitemio: ekzistas nek normoblastoj, nek polihromatofilio, sed ekzistas izocitozo.

En la blanka bildo ni trovas leŭkopenion, limpocitozion, eozinofilion. Poliglobulio estas organisma eco, akompanas ofte sanajn homojn, estas inklino, simile al inklino al troacideco, duodena ulcero. Ahilio kaj pernicioza ŝanemio estas kontraŭa stato al hiperacidenio, duodena ulcero, poliglobulio. Tiuj statoj rilatas al si reciproke, kiel miksedemo al Bese-dowa malsano.

Wiadomości różne.

Sekcja Eugeniczna XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników.

Rada Główna Polskiego Towarzystwa Eugenicznego zawiadamia, że najbliższy, doroczny Zjazd Delegatów Polskich Towarzystw Eugenicznych odbędzie się w Poznaniu, jako Sekcja Eugeniczna XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w dn. 12 — 15 września 1933 r.

Tematy główne na Zjazd są następujące:

Doc. Trojanowski — „Rasa a małżeństwo“.

Doc. Dr. med. Wł. Sterling — „Selekcja talentów i geniuszów“.

Sędzia Sądu Najwyższego Kazimierz Fleszyński — „Reforma prawa małżeńskiego“.

Prezes, Dr. med. L. Wernic — „Eugenika jako nauka i jej granice“.

Sekcja zwraca się z prośbą o zgłaszanie prac o tematach pokrewnych do Przewodniczącego Sekcji Eugenicznej Dr. med. Leona Drożyńskiego (Poznań, Plac Wolności 7) do dnia 1.IV. 1933 r.

„G ó r k a“

Kolonja Lecznicza Dziecięca im. Dr. med. Rektora J. Brudzińskiego przy Źdroju w Busku, woj. Kieleckie.

Sanatorium dla dzieci od 4 — 14 lat, czynne cały rok.

Przyjmuje się dzieci ze schorzeniami kośca (t. zw. gruźlica

pozapłucna, reumatyzm, zapalenie szpiku kostnego), krzywicą, anemią, przymiotem i t. p.

Z dn. 1.XI.33 przyjmowane są również dzieci nerwowe oraz cofnięte w rozwoju i upośledzone umysłowo.

Szkoła sanatoryjna przyjmuje również dzieci wątłe, rekonwalescentów i t. p., które w czasie leczenia przechodzą normalny kurs szkolny. — Opłaty niskie. — Instytucja społeczna. — Informacje pisemne p. a.: Busko — Zdrój, Górka, tel. 18.

Wszyscy p. p. Autorzy, których prace dotyczące nowotworów ukazały się w druku po 1 stycznia 1933 r. są proszeni o nadsyłanie streszczeń w języku francuskim pod adresem: Dr. Wejnert, Marszałkowska 73. Warszawa, lub Dr. Sterling - Okuniewski, Marszałkowska 41, Warszawa.

Streszczenia te, które niepowinny przekraczać $\frac{1}{2}$ str. druku, będą ogłoszone w międzynarodowym piśmie: „Inex analyticus Cancerologiae”.

Pierwszy Międzynarodowy Zjazd naukowej i Społecznej Walki z rakiem odbędzie się w Madrycie 25 — 30 Października 1933 r. Adres dla korespondencji i zgłaszania referatów: Dr. Julio Bejarano, Atocha 104. Madrid.

Komitet Organizacyjny XIV Zjazdu Lek. i Przyr. Pol. w Poznaniu zawiadamia, iż przyjmuje zgłoszenia uczestnictwa do dnia 1 września r. b. Późniejsze zgłoszenia wobec spodziewanego wielkiego napływu przyjezdnych do Poznania nie będą mogły być traktowane przez Komitet. Kolejność zgłoszeń decyduje o przyznaniu kwater.

Celem otrzymania karty członkowskiej należy wpłacić należność zł. 25.— najlepiej czekiem P. K. O. Nr. 204-580. Uczestnicy Zjazdu, t. j. rodziny członków, asystenci i studenci szkół akademickich opłacają należność 15 zł. od osoby.

Redakcja otrzymała: J. Rudoerfer. Badania doświadczalne nad wpływem wód truskawieckich na kwasotę żołądka. S. Kramsztyk. Próby objaśnienia działania diety jabłkowej. S. Kramsztyk. Głód i apetyt. G. Kremer. Rak w świetle statystyki, momentu rasowego i walki społecznej z tą chorobą.

Na posiedzeniu Ogólnem Pol. Tow. Gastrologicznego w dn. 25 maja r. b. na miejsce ustępujących Członków Zarządu wybrano: Wejnerta, Róbiną, J. Czarkowskiego, Dolkarta, J. Nusbauma (wszystkich ponownie).

Dn. 12 czerwca r. b. zmarł w Warszawie, Dr. Czesław Sadowski, b. członek Zarządu Pol. Tow. Gastrologicznego, współpracownik Gastrologii Polskiej, przeżywszy lat 67.

Dział prasy i prac naukowych na wystawie „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna“ powierzono p. Dr. Stanisławowi Konopce, kierownikowi Biura Propagandy Medycyny Polskiej w Warszawie, ul. Górnośląska 45, telef. 973-57.

Z wszelkimi zapytaniem i w sprawie tego działu należy zwracać się pod wyżej wymienionym adresem.

Komitet Organizacyjny stałych wakacyjnych kursów lekarskich w Ciechocinku przystępuje, wzorem lat ubiegłych do organizacji VI Kursu Lekarskiego w dniu 7, 8 i 9 września 1933 r.

Protęktorat nad kursem objąć raczył Pan Vice Minister Opieki Społecznej Dr. E. Pięstrzyński.

Uczestnicy kursu mają zapewnione bezpłatne mieszkanie w zdrojowisku oraz ulgi kolejowe t. zw. kuracyjne w drodze powrotnej.

Komitet projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania kursu.
