

# Gastrologia Polska

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA GASTROLOGICZNEGO  
POŚWIĘCONY CIERPIENIOM PRZEWODU POKARMOWEGO  
I PRZEMIANY MATERII.

## PRZY WSPÓLUDZIALE:

A. AJZNERA (Łódź), M. BLASBERGA (Kraków), J. CZARKOWSKIEGO,  
PROF. F. CZUBALSKIEGO, M. DOLKARTA, S. FRANKA, I. GRUNDZACHA,  
PROF. A. JANUSZKIEWICZA (Wilno), L. JUSTMANA, S. KIJEWSKIEGO,  
S. KLUKOWA (Łódź), W. KNAPPEGO, W. KONARA (Częstochowa),  
I. KRANTZA, ST. KRAMSZYKA, B. KRYŃSKIEGO, A. LANDAUA, PROF. I. LATKOWSKIEGO (Kraków),  
PROF. A. LEŚNIEWSKIEGO, M. LUBELSKIEGO, J. MARZYŃSKIEGO (Łódź), M. MESZA,  
F. NIEWIADOMSKIEGO, J. NUSBAUMA, M. ORZECHA, PROF. Z. RADLIŃSKIEGO,  
J. REZNIKOWA, W. RÓBINA, R. RUBINROTA, T. SAJDMANA, L. SCHLAGERA,  
A. TUCHENDLERA, PROF. F. VENULETA, B. WEJNERTA, E. WITKOWSKIEGO.

REDAKTOR: Dr BRONISŁAW WEJNERT.

WYDAWCA: Dr IGNACY GRUNDZACH.

Redakcja: Marszałkowska 73, tel. 8-15-12, od 10 do 11.

Administracja: Towarowa 2/4, Drukarnia „SIŁA”, tel. 8.34-87.

Roczna przedpłata za tom (4 zeszyty) zł 8.—

Konto czekowe P. K. O. Nr 17-285.

WARSZAWA

1937.

# CARBON-ERBE

NR REJ. 1427



Niezastąpiony środek,  
przez WWPP. Lekarzy

z powodzeniem  
stosowany

**w zaburzeniach  
trawienia i wszel-  
kiego rodzaju  
przewlekłych  
schorzeniach je-  
lit.**

Nr rejestru 1427.

Próbę oraz literaturę na żądanie WWPP. Lekarzy wysyła:

**„WITAMINA” Sp. Akc., Warszawa,  
ul. Okopowa 21-23.**

# NEUTROL-MOTOR

KRZEMIAN GLINU  $Al_2Si_2O_6 \cdot 2H_2O$

usuwa pewnie i na czas dłuższy nadmiar  
kwasu solnego, wobec czego jest niezastąpionym  
środkiem we wszystkich schorzeniach, połączonych z nadmiernym  
wydzielaniem HCl, jako to:

**NADKWAŚNOŚĆ, SOKOTOK ŻOŁĄDKOWY, WRZÓD  
ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY.**

**STAŁY SKŁAD! PEWNE DZIAŁANIE! NIE ZABURZA TRAWIENIA!**

# Gastrologia Polska

TREŚĆ: **Profesor Antoni Leśniowski.** Guz zapalny trzustki. — **Dr Marcełi Landsberg.** Z własnych badań nad wpływem niektórych hormonów na gospodarkę ustroju. — **Dr Med. Franciszek Niewiadomski.** Sprawozdanie z II-go Międzynarodowego Zjazdu Gastro-enterologicznego w Paryżu. — Posiedzenia Pol. Tow. Gastrologicznego. — Wiadomości różne.

Wydawca: **Dr. I. Grundzach.**

Redaktor: **Dr. med. B. Wejnert.**

## Guz zapalny trzustki.

Spostrzeżenie kliniczne.

Podał

**Profesor Antoni LEŚNIEWSKI.**

Dnia 22 września 1934 r. przybyła do I Kliniki Chirurgicznej Un. J. P. chora F. B. lat 37, a to z powodu bólów w nadbrzuszu. Opowiedziała, że przed dwoma miesiącami, w 4 dni po odbytym porodzie, dostała gwałtownych bólów w dołku podsercowym i w prawym podżebrzu. Promieniowały one ku górze między łopatkami, trwały z pół godziny, towarzyszyły im gorzkie wymioty, wymiociny były zabarwione zielonkawo. Gorączki nie było. Bóle o podobnych własnościach powtarzały się co parę dni, były jednak mniejszego nasilenia. Przed dwoma tygodniami chora spostrzegła zjawienie się sporego guza w prawym podżebrzu, przed dwoma zaś dniami wystąpiła żółtaczka.

Od 8 lat miewała od czasu do czasu bóle w dołku podsercowym, które przed ostatnią chorobą miały promieniować na lewo, dochodząc do lewego barku. Niejednokrotnie były one połączone z wymiotami, zjawiały się niezależnie od spożywania pokarmów. Po zjedzeniu często miewa uczucie palenia w dołku podsercowym i przełyku. Od 3 lat dolega chorej uporczywe swędzenie skóry,



które od 2 miesięcy znacznie nasiliło się. Stolce miewała zaparte, co 3—4 dni, mocz od czasu ostatniej choroby bardzo ciemny.

Chora przeżyła 8 porodów, czworo dzieci żyje, pozostałe zmarły w niedługim czasie po przyjściu na świat. Po ostatnich 4 porodach występowały stale ataki bólów w dołku podsercowym. Jeden raz poroniła. W wieku 8 lat przeżyła żółtaczkę, szkarlatynę, w 10 r. — jakoby dur brzuszny.

Badanie chorej w Klinice wykazało: Kobieta wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiona nieźle. Skóra barwy szafranowożółtej, sucha, łuszczy się, na skórze brzucha i ud liczne ślady drapania się. Śluzówki blade o zabarwieniu żółtym.

Czaszka symetryczna, gałki oczu osadzone prawidłowo, twardówki zabarwione żółto, źrenice równe, odciaływanie ich na światło i odległość prawidłowe.

Klatka piersiowa symetryczna, szeroka, krótka. Odgłos opukowy nad płucami jasny, granice płuc prawidłowe. Oddech pęcherzykowy, tu i owdzie pojedyncze świsty.

Granice serca prawidłowe, tony ciche, czyste. Tętno miarowe, równe, 82, słabo wypełnione i napięte.

Układ nerwowy prawidłowy.

Brzuch znacznie wysklepiony, zwłaszcza w nadbrzuszu na stronie prawej, na skórze liczne blizny porodowe. Powłoki brzucha wiotkie, pozwalają z łatwością wymacać w prawym podżebrzu a częściowo i w śródbrzuszu guz półkulisty, wielkości głowy noworodka, dochodzący ku dołowi na 3 palce poniżej pępka, na lewo przekraczający linię pośrodkową ciała. Guz jakby łączył się z wątrową, jest twardy, niebolesny, o powierzchni gładkiej, słabo przesuwalny.

23 września zbadano zawartość żołądka. Na czczo wydobyto zeń 10 cm<sup>3</sup> zawartości zielonawej, płynnej, o skąpym osadzie kłaczkowatym. Wolnego HC1 2, kwasota ogólna 6. Po próbnym śniadaniu wydobyto 40 cm<sup>3</sup> zawartości dobrze strawionej, wolny HC1 7, kwasota ogólna 8.

Badanie za pomocą promieni X wykazało, że guz uciska żołądek, przemieszczając go na lewo, nie pozostaje w żadnym bezpośrednim związku z przewodem pokarmowym. Żołądek wypełniony masą kontrastową ma kształt podłużnego worka.

26 września badanie moczu: c. wł. I,026, barwa ciemnego piwa. Białka ślady, obecne barwinki żółciowe. Cukru nie zawiera. Badanie krwi: leukocytów segmentowanych 74, pałeczkowatych 2, limfocytów 18, eozynof. 2, monocytów 4. Badanie na odczyn Bordet-Wassermanna i Weisberga wypadło ujemnie.

Ciepłota ciała dobiega wieczorami 37,6.

Ze względu na powyższe dane rozpoznano, że guz w podżebrzu pozostaje w łączności najprawdopodobniej z trzustką, co się tyczy istoty jego — trudno było orzec coś bardziej pewnego.

Po należyтым przygotowaniu chorej w dniu 3 października wykonano zabieg. Cięcie łukowate w podżebrzu prawym. Po nacięciu otrzewnej okazało się, że guz leży poza żołądkiem, w miejscu położenia głowy trzustki, guz jest twardy, wielkości 2 pięści, spłaszczony, prawie zupełnie nieruchomy. Pęcherz żółciowy mocno wypełniony, przewody żółciowe zewnętrzne mocno rozszerzone, grubości kiełbasy. Było rzeczą oczywistą, że guz wychodzący z głowy trzustki uciska przewód żółciowy wspólny. W tych warunkach, chcąc dać ujście żółci, która zatrzymywała chorą, postanowiono zespolić pęcherz żółciowy z żołądkiem, ponieważ dwunastnica, zatopiona w mocnych zrostach, była niedostępna. Za pomocą strzykawki wydobyto z pęcherza około 100 cm<sup>3</sup> żółci o wyglądzie prawidłowym. Nałożono zaciskadło na pęcherz żółciowy i na część odzwiertnikową żołądka i wykonano zespolenie. Otwór zespalający — 2 cm długości, szew dwupiętrowy. Ponad szwem przymocowano brzeg sieci dużej. Brzuch zaszyto doszczętnie.

Przebieg pooperacyjny narazie ciężki. Ciepłota do 38,8, tętno 130, słabo napięte i wypełnione. Znaczne osłabienie ogólne. Zastosowano środki nasercowe i naczyniowe. Powoli i stopniowo stan chorej zaczął poprawiać się. Ciepłota ciała wróciła do wysokości prawidłowej, tętno również. Mocz w dalszym ciągu cukru nie zawierał.

10 dnia po operacji usunięto z rany szwy — rychłozrost. Samopoczucie dobre. Guz dużo mniejszy, wielkości pięści, daje się wykryć przy głębokim obmacywaniu. 17 dnia po operacji chora zaczyna wstawać i chodzić.

Po miesiącu stan ogólny chorej znacznie poprawił się, żółtaczka znikła zupełnie, skóra różowa. Dolegliwości przedoperacyjne znikły zupełnie. Guz w okolicy podżebrza prawego znikł cał-

kowicie, obmacywanie okolicy trzustki nie powoduje bólu. Badanie za pomocą promieni X wykazało, że żołądek powrócił do swego prawidłowego kształtu hakowatego.

Dnia 9 listopada 1934 pacjentka opuściła Klinikę w stanie zupełnie pomyślnym.

Jak widzimy, operacja potwierdziła ogólnikowe rozpoznanie przedoperacyjne, że mianowicie guz powstał w łączności z trzustką. Natomiast ani przed, ani w czasie operacji niepodobna było orzec, jaki był istotny charakter guza — czy był zapalny, czy nowotworowy. Dopiero przebieg pooperacyjny pozwolił niezbicie sądzić, że mieliśmy do czynienia z guzem głowy trzustki, powstałym na tle zapalenia, wywołanego przedostawaniem się do trzustki zatrzymanej żółci. Ułatwienie zaś odpływu żółci w bardzo prędkim czasie cofnęło stan zapalny trzustki.

Jest dziś rzeczą zupełnie dobrze ustaloną, że schorzenie dróg żółciowych często prowadzi do stanów zapalnych trzustki, przejawiających się mniej lub bardziej wyraźnym obrzmieniem guzowatym trzustki. Obrzmienie głowy trzustki w niniejszym przypadku było tak niezwykle dużych wymiarów, że pobudziło to mnie do podania go do powszechnej wiadomości.

---

Z IV wewnętrznego oddziału szpitala Starozakonných na Czystem.  
(Ordynator Dr. M. Landsberg).

## Z własnych badań nad wpływem niektórych hormonów na gospodarkę ustroju.

Podał

Dr. Marceli LANDSBERG (Warszawa)

### I. Hormon gonadotropowy a cholesteryna.

Jak wiadomo z licznych badań, cholesteryna i jej estry odgrywają pewną rolę w sprawach odporności ustroju wobec czynników chorobotwórczych. Znany jest niski poziom cholesterynemii w przebiegu wycieńczających cierpień przewlekłych (gruźlica płuc) oraz podczas płatowego zapalenia płuc i duru. Podczas epidemii durowej 1935 r. mogliśmy dane te, dotyczące hipocholesterynemii, potwierdzić. Opierając się na badaniach autorów, którzy uzyskiwali u zwierząt wzrost cholesterynemii przez podawanie pozajelitowe wyciągów przedniego płata przysadki, przeprowadziliśmy z p. dr. S z p i d b a u m e m na szeregu pacjentów durowych badania w kierunku wpływu *Pregnylu* (Organon) na wysokość poziomu cholesterynemii. Okazało się, że po wprowadzeniu kilkuset jedn. pregnylu chorobowo zmniejszona liczba cholesteryny we krwi wzrasta do normy, a i nieraz powyżej. Mieliśmy wrażenie, że owej sztucznie wywołanej hipercholesterynemii towarzyszyła poprawa ogólnego stanu. Zdaniem naszym, poza problematycznym jeszcze znaczeniem praktycznym, spostrzeżenie to nie jest pozbawione teoretycznego znaczenia.



## II. Wyciągi wątrobowe a samozatrucie ustroju białkopochodne.

Jak wiadomo, wyciągi wątrobowe, poza antyanemicznym czynnikiem, posiadają pewne własności odtruwające. Wynika to z badań wiedeńskich autorów, którzy w stanach azotemii pozanerkowej uzyskiwali przez podawanie tych preparatów znakomite wyniki. Spostrzeżenia te mogliśmy stwierdzić na własnym materiale. Wychoząc z założenia, że znaczna ilość objawów w t. zw. chorobie pooperacyjnej (wymioty) są w związku z azotemią i chloropenią pozabiegową, poczęliśmy stosować preparaty wątrobowe przed zabiegiem operacyjnym, t. j. przed każdą ciężką operacją brzuszną. Dwuletnie doświadczenie wykazało, iż takie prewencyjne podawanie preparatów wątroby zazwyczaj zabezpiecza operowanego przed przykrymi a nieraz niebezpiecznymi przejawami choroby pooperacyjnej. Przyczyna tego antytoksycznego działania preparatów wątrobowych nie jest wyjaśniona, jednakowoż badania nasze, przeprowadzone wspólnie z Dr. L e w i t e m , wykazują w sposób wyraźny, że preparaty wątrobowe poza swym działaniem antyanemicznym posiadają własności antytoksyczne.

## III. Kora nadnerczy a pośrednia przemiana ciał białkowych.

Badania nasze wykazały, że stosowanie dożylnie preparatów kory nadnerczy „Cortin“ przywraca do normy poziom azotu resztkowego nie tylko u osobników dotkniętych chorobą A d d i s s o n a , ale i u chorych z azotemią pozanerkowego pochodzenia. W przypadkach azotemii po utracie większych ilości płynów ustrojowych, lub soli, w charłactwie, spowodowanym nadmiernym rozpadem białka ustrojowego (rak), stosowanie dożylnie Cortiny obniża poziom wzmożonego azotu resztkowego. Spadek ten nie odbywa się jednakowo we wszystkich frakcjach azotu poza białkowego. Najbardziej zanika (niemal że zupełnie) frakcja azotu t. zw. wielopeptydowego. Nieco mniejszy spadek notujemy dla frakcji azotu resztkowego niemocznikowego; najmniejszy wreszcie spadek wykazuje frakcja azotu mocznikowego. Nasuwa się przypuszczenie, iż pod wpływem hormonu kory nadnerczy następuje przyspieszenie ureogenezy, t. j. wytwarzania się nietrującego związku-mocznika z bar-



dziej toksycznych ciał azotowych (wielopeptydów?). W ten sposób uwidocznąć można — na odcinku pośredniej przemiany ciał białkowych — odtruwające działanie hormonu kory nadnerczy.

#### IV. H o r m o n m ę s k i a i n s u l i n a.

W kilku przypadkach udało się nam wykazać, iż pomiędzy działaniem hormonu męskiego a własnością hormonu trzustkowego zniżania poziomu cukru istnieje pewien antagonizm. Osobnicy traktowani hormonem męskim (androsteron) stają się mniej wrażliwi na insulinę. Być może, że znana powszechnie nadwrażliwość wieku dziecięcego na insulinę jest przynajmniej częściowo uwarunkowana fizjologiczną dla tego wieku niedomogą hormonów płciowych.

---

## Sprawozdanie z II-go Międzynarodowego Zjazdu Gastro-entorologicznego w Paryżu.

Podał

Dr Med. Franciszek NIEWIADOMSKI.

W dniach 13 — 15 września br. odbył się w Paryżu Pierwszy Walny Zjazd Międzynarodowego Towarzystwa Gastroentorologicznego lub Drugi Zjazd Międzynarodowy Gastroentorologiczny.

Przypomnę, że Pierwszy Zjazd, na którym założono Międzynarodowe Towarzystwo Gastroentorologiczne odbył się dwa lata temu w Brukseli, obrady obecnego Zjazdu odbywały się w sali posiedzeń Wydziału Lekarskiego przy rue de l'école de Médecine 12.

Zjazd powitał dłuższą serdeczną przemową prezes Zjazdu chirurg prof. Pierre D u v a l. Dalsze przemówienia powitalne ogłosili: prezes francuskiego Tow. Gastrologów L o e p e r oraz przewodniczący francuskiego Komitetu Narodowego prof. R o u x, internista, obecnie współpracownik kliniki D u v a l'a. W imieniu delegatów zagranicznych witał Zjazd prof. S c h o e m a c k e r, chirurg z Holandii, który był prezesem I-go zjazdu w Brukseli, a obecnie stoi na czele delegacji zagranicznych.

Sprawozdanie z dotychczasowej, dwuletniej działalności Towarzystwa od chwili powstania w Brukseli, złożył sekretarz generalny B r o c h é e, którego niespożytej energii i pracy Towarzystwo zawdzięcza w dużej mierze swe powstanie i dalszy rozwój, a szczególnie zorganizowanie obecnego zjazdu. Nadmienić należy, że B r o c h e e jest równocześnie redaktorem pisma Archives de la Societé Internationale de Gastro-entorologie, organu Towarzystwa.

Oficjalne przemówienia zakończył dłuższą mową minister zdrowia publicznego, który otworzył zjazd imieniem rządu francuskiego.

Na porządku dziennym były tylko dwa tematy. Pierwszym, który zarazem wzbudził największe zainteresowanie i zgromadził najwięcej słuchaczy, było wczesne rozpoznanie raka żołądka.

Na podstawie przeprowadzonych jeszcze w Brukseli obrad, biuro międzynarodowe Tow. powierzyło opracowanie tego zagadnienia Francuzom i Niemcom. Komitety narodowe francuski i niemiecki wybrały poszczególnych referentów, których następnie zaakceptowało biuro międzynarodowe. Podobnie jak w Brukseli, temat był oświetlony przez referentów generalnych, oraz omówiony przez przedstawicieli poszczególnych specjalności z punktu widzenia Kliniki, biochemii, rentgenologii, chirurgii, i anatomo-patologii. Osobne referaty były poświęcone wziernikowaniu i fotografii żołądkowej.

Skład referentów był następujący:

Francja:

1. Klinika: Paul Carnot i H. Caroli.
2. Radiodiagnostyka: René Gutman.
3. Gastroskopia: François Montrer.
4. Gastrofotografia: Dr. Garin.
5. Biochemia: Marcel Labre.
6. Chirurgia: Gatellier i J. Charrier.

Niemcy:

- Katsch.
- Prevot.
- Henning.
- Henning.
- Buerger
- Konjetzny w z. Sauerbrich'a.
- Referat generalny: Pierre Duwal i A. Gosset. Konjetzny
- Histopatologia: Iran Bertrand. Staender.

Ze względu na ograniczony czas nie jestem w stanie podać dokładnego streszczenia referatów, będą ogłoszone in extenso w książce zjazdowej [Compte rendu], pozwolę sobie tylko podkreślić najważniejsze dane i przedstawię stanowisko i postulaty referentów oraz zacytuję niektóre głosy z dyskusji.

Według badań statystycznych Carnot'a i Caroli'ego rozpoznajemy zbyt późno raka żołądka.  $\frac{3}{4}$  chorych, zgłaszających się do kliniki są to przypadki nienadające się do operacji doszczętnej. Bezobjawowy, ukryty przebieg w początkowym okresie lub nikłość wstępnych objawów stanowi główną przeszkodę w wa-

runku rozpoznania. W przypadku t. zw. ukrytego raka jedynym środkiem, któryby mógł poprawić wyniki operacyjne, byłoby systematyczne, okresowe badanie promieniami rentgenowskimi, w  $\frac{1}{4}$  przyp. chorzy są sami winni, bo bagatelizują rzekomo niewinne objawy dyspeptyczne. Najwięcej chorych, spóźnionych do operacji, rekrutuje się właśnie z tych, którzy w wywiadzie podają długotrwałe skargi dyspeptyczne. W dużej mierze dzielą tę winę z chorymi lekarze interniści, którzy leczą objawy nieżytowe, nie poddając pacjentów dokładnemu badaniu w kierunku nowotworu. Objawy typowe dla raka żołądka należą już do okresu późnego. Najwyżej w 15% przypad. wczesnych można stwierdzić utratę wagi lub brak łaknienia. Nieżyt nowotworowy nie różni się od nieżyty przy wrzodzie Cruveilhier'a. Rak przebiega z początku ukrycie lub z banalnymi objawami dyspeptycznymi [zgaga], które znikają po zastosowaniu odpowiedniego leczenia, by po pewnym czasie powrócić. Wiek nie odgrywa roli. [30-ci przypadków w statystyce autorów — w wieku 30—35 lat]. Dziedziczność ma pewien wpływ. Często w wywiadzie rodzinnym spotykamy raka żołądka lub jelit, a co najciekawsze, niedokrwistość złośliwą, tłumaczyć to można dziedzicznym nieżytem zanikowym żoł. [gastritis atrophicans], który występuje i towarzyszy w początkach obu schorzeniom. Rak owrzodziały [cancer ulceré] jest częstszy od zrakowacenia okrągłego wrzodu [Ulcerocancer] typu Hayem'a. Przeistoczenie nowotworowe wrzodu jesteśmy tylko wówczas w stanie rozpoznać, jeżeli stwierdzamy podczas dłuższej obserwacji typowy przebieg z okresami poprawy i znikania uchyłka wrzodowego, a następnie uchwycimy na kliszy rentgen, w miejscu tej samej niszy zmiany nowotworowe. Często objawy, które się popularnie tłumaczy zrakowaceniem wrzodu nie są spowodowane poprzedzającym raka owrzodzeniem, a tylko nieżytem śluzówki, lub są końcowym etapem ukrytego raka, który już wtenczas może być zakwalifikowany jako przypadek nienadający się do operacji doszczętnej. Kliniknie brak często cech charakterystycznych dla różniczkowania raka owrzodziałego od wrzodu okrągłego żołądka. Autorzy kładą nacisk na wartość rozpoznawczą krwawienia stwierdzonego próbą kisłaminową oraz na utrzymywanie się objawów klinicznych i rentgenologicznych pomimo należytego leczenia zachowawczego. M. Labre i Fl. Ne-



preux odnoszą się pesymistycznie do wartości rozpoznawczych badań biochemicznych we wczesnym okresie raka. Dotychczasowy pogląd na rzadkość przyp. raka z kwasotą zwiększoną lub normalną [Zich 1/2%, Friedman i Bryan 6%, Delort i Blanc - Campagnoe 4%] obalają nowe cyfry. Klinika Maya podaje we wczesnym okresie inne dane, tylko 53% z brakiem wolnego HCl, 17% z normalną kwasotą i 5% ze zwiększoną. Reissner, Gruend i Wiener twierdzą, że zawartość chloru w soku żołądkowym przy braku kwasu solnego jest większa w raku niż w innych schorzeniach. Gdyby inni badacze to potwierdzili, byłoby to ważkim wskaźnikiem rozpoznawczym.

Kwas mleczny zjawia się według Boosa w przyp. zwężenia oddźwiernika, a więc i dobrotliwego, jego brak nie przemawia przeciw rakowi.

Oślabienie działania pepsyny i podpuszczki [trawidła] nie jest patognomiczne dla raka.

Dosyć czułą próbą jest kisłaminowa.

Badanie tą drogą uzyskanego soku żołądkowego na krew przemawia w przyp. wyniku dodatniego za rakiem [Carnot], szczególnie, jeżeli kilkakrotnie ponawiana próba wypadnie tak samo. Autorzy nie zgadzają się całkowicie z tą opinią, gdyż spotykamy się z tym samym wynikiem i w przyp. niezytu z niedokwaśnością, któremu towarzyszą przewlekłe krwawienia z nadżerek śluzówki.

Próba na białko Salomona jak również zwiększenie azotu ponad 20 mgr. zjawia się w każdym owrzodzeniu żołądka, a więc nie stanowi nic charakterystycznego dla raka.

Przyszły rozwój wczesnej diagnostyki raka widzą autorzy w rozwoju rentgenologii, gastrokopii i współpracy z kliniką.

Na zakończenie kładą nacisk na powtarzanie co pewien czas próby na krew w treści żołądka i w kale.

Montier składał sprawozdanie z badań wziernikowych [gastroskopia] u 62 pacjentów w początkującym okresie schorzenia. U 17 stwierdzono w obrazie gastroskopowym raka. Wygląd i rozwój zmian nowotworowych śluzówki przedstawia się inaczej w trzonie żołądka i w części przyoddźwiernikowej. Rozpoznanie raka dna żołądka natrafia na duże trudności i wymaga wielkiego doświadczenia. Szukając nowotworu w górnej części powietrznej

nie należy przed badaniem wdmuchiwać powietrza. W trzonie nowotwór ma formę naciekową, mały naciek może się ukryć w fałdach śluzówki dna. Należy go odróżnić od zwykłych białawych jak śnieg zmian nieżytowych, kiłowych oraz zapalnych przy wrzodzie. Rak części oddźwiernikowej jest wyniosły, szybko wrzodzię, łatwiejszy do rozpoznania. W samym oddźwierniku bywa nieraz częściowo przykryty przez zwieracz, może być w samym początku niespostrzeżony; występuje w postaci stale się powiększającego w tym samym miejscu zniekształcenia zwieracza lub jako naciek w jednym miejscu pierścienia mięśniowego, który powoduje zaburzenia w perystaltyce oddźwiernika lub zaznacza w tym miejscu podczas pracy pewną, stałą sztywność ściany.

W podejrzanych przypadkach powtarzane co 14 dni lub miesiąc wziernikowanie może odać duże usługi w uchwyceniu momentu trafnego rozpoznania.

Garin i Bernay omawiając znaczenie gastrofotografii dla wczesnego rozpoznania raka stwierdzają na równi z innymi specjalistami, że największą przeszkodą do rozwoju diagnostyk jest późne zjawianie się chorych do lekarza.

Najrzadziej widzimy na zdjęciach zmiany wczesne w raku małej krzywizny, najczęściej w przyp. zwężających raków oddźwiernika. Im wyżej wpustu, tym trudniej może obiektyw utrwalić zmiany nowotworowe na kliszy. Gastrofotografia nie jest więc dotychczas żadną metodą, która by była doskonalszą i czulszą od rentgena, natomiast stanowi bardzo pożądaną, prawie niezbędny sposób kontrolowania i uzupełniania innych badań rozpoznawczych. Często można drogą bezpośredniego zdjęcia pewne wątpliwości, które się nasuwają przy badaniu prom. X. rozstrzygnąć. Autorzy cytują odpowiednie przykłady z własnej praktyki.

Stosunek do gastroskopii jest ten sam, jaki zachodzi między rentgeno-fotografią a rentgenoskopią.

Zdjęcia utrwalają obrazy, które chwilowo widzimy wziernikiem i dają możliwość zbadania w spokoju i bez pośpiechu i wreszcie tworzą trwałą dorobek do dalszych, porównawczych studiów nad udoskonaleniem nowej diagnostyki gastroskopijnej.

Referat I r a n'a B e r t r a n'd'a z działu histopatologii opiera się na 260 preparatach, uzyskanych po rozległej resekcji żołądka i zbadanych w okresie ostatnich 6 latach. W 46% stwierdzo-

no wyraźne zmiany złośliwe. Zwyczajne badanie makroskopowe, nawet pod lupą [30:50] pozostaje we wczesnym okresie negatywne, tylko systematyczne badanie drobnowidowe może ustalić rozpoznanie. Gruczoły okołozołądkowe ulegają przeistoczeniu złośliwemu w 85% pierwotnego raka żołądka, w 75% raka owrzodzonego, w 50% wrzodu w stanie zrakowacenia. We wczesnym okresie [6 przyp.] żadnych zmian w gruczołach nie było. Ujemny wynik badania drobnowidowego gruczołów chłonnych nie mówi więc nam nic pewnego. Stąd odrzucają autorzy myśl, którą nie raz wypowiedzieli chirurdzy, by przeprowadzić podczas zabiegu t. zw. przyspieszone badanie gruczołu usuniętego na zamrożonym preparacie. Zapatrywania na kwestię zrakowacenia wrzodu trawiennego są dotychczas nieuzgodnione wśród patologów. Pewne zmiany nabłonkowe, które dawniej rozpoznawano jako gastritis ulcerosa, należy według autora na podstawie kontroli zbadanych przyp. traktować jako wczesne objawy zrakowacenia. Na 150 przyp. wrzodu żołądka w 20—75% spotykano podejrzaną zmiany.

Na szeregu preparatów widoczne atypowe bujania nabłonka przed okresem zajęcia głębszej warstwy mięśniowej błony śluzowej.

Większość przyp. pierwotnego raka trafia do rąk chirurga w okresie późniejszym, preparaty operacyjne i sekcyjne nie przedstawiają dlatego nic ciekawego. Autor zatrzymuje się na 6 preparatach uzyskanych we wczesnym okresie choroby. Makroskopowo przedstawiają się jak powierzchowne owrzodzenia, wielkości od małej ranki drapanej do 5 franków, śluzówka w sąsiedztwie obrzęknięta i atroficzna, szczególnie na małej krzywiznie, fałdy zatarte.

Mikroskop potwierdza powierzchowność tych zmian, budowa gruczołowa zanika, zjawiają się w mnogiej ilości komórki zasadochłonne i mało zróżnicowane, nietypowe, figury podziału, miłozy, amiłozy.

Długi czas pozostaje mięśniówka błony śluzowej nietknięta. Zmiany nowotworowe mogą powstać na tle nieżyty lub w zdrowej śluzówce. Nacieki ulegają szybciej owrzodzeniu i rozszerzają się na powierzchni, nie drążą w głąb ściany żołądka. Wszystkie powierzchowne i nieregularne ubytki śluzówki są podejrzaną o raka i winny być dokładnie i systematycznie badane pod drobnowidzem.

J. Charrier i J. Gatellier oparli swój ciekawy re-

ferat chirurgiczny na porównawczych badaniach 304 przyp. wycięcia częściowego żołądka z powodu wrzodu oraz 122 przyp. resekcji z powodu raka, wykonanych na klinikach *D u v a l'a* i *G o s s e t'a*, przestudiowali ponownie historie choroby wraz z wynikami badań rentgenologicznych, laboratoryjnych oraz preparaty makroskopowe i mikroskopowe uzyskane po tych operacjach.

Doszli do następujących wniosków:

Obrzęk i zaczerwienienie otrzewnej żołądka, wiązadeł i sieci spotykamy raczej we wrzodzie niż raku; to samo tyczy się zrostów i zlepow z ścianą brzuszną, wątrobą i jelitem.

Rozmiar i wielkość nacieku i owrzodzenia jest bez znaczenia. Wrzody o mniejszej niż 3 ctm. średnicy ulegają także zrakowaceni.

Spoistość nacieku nie odgrywa tu żadnej roli, — jest ta sama we wrzodzie modzelowatym i złośliwym oraz w owrzodziałym raku.

Zajęcie gruczołów chłonnych występuje w równej mierze w sprawach zapalnych jak i nowotworowych. W raku trafiają się często stany zapalne w gruczołach chłonnych. Stąd próbne badanie wykonane z poszczególnych gruczołów podczas operacji — bezcelowe. W początkach rozwoju raka makroskopowo nie można odróżnić go od łagodnego wrzodu. Z tego powodu próbne nacięcie żołądka [gastrotomia] chybia celowi.

Zresztą można przy gastrotomii pobrać właśnie skrawek z części guza, która jeszcze nie uległa przeistoczeniu złośliwemu i wynik ujemny może wówczas nas tylko w błąd wprowadzić. Kwestia rozpoznania różniczkowego między kiłą żołądka a nowotworem jest jeszcze trudniejsza niż między rakiem a wrzodem.

Jednym słowem rozpoznanie anatomiczne podczas operacji jest mniej pewne niż rozpoznanie kliniczne; a szczególnie rentgenologiczne, na którym należy się przede wszystkim opierać i nim się kierować, z powodu, że z jednej strony brak nam dotychczas znanych oznak anatomicznych, pozwalających odróżnić łagodny wrzód modzelowaty od wrzodu już rakowatego, lub owrzodziałego raka, a z drugiej strony najpewniejszym sposobem leczenia operacyjnego wrzodu jest ogólnie uznana rezekcja żołądka, linia naszego postępowania chirurgicznego powinna być jasna. W każdym przypadku czynnego wrzodu części oddźwiernikowej i trzonu żo-



łądka jest wskazane rozległe wycięcie częściowe. Techniczną granicę stanowią owrzodzenia wpustu, który wykazuje najmniejszy odsetek zrakowacenia.

Największe może zainteresowanie wzbudził referat G u t m a n a z kliniki D u v a l'a, który na podstawie szeregu zdjęć rentgen. i podania wyników kontrolnych badań drobnowidowych pooperacyjnych starał się wykazać możliwości uchwycenia na kliszy wczesnych zmian nowotworowych.

Nieodzownym warunkiem technika na odpowiednim poziomie stojąca, należyte wyrobienie i doświadczenie rentgenologa, na którego barach spoczywa wielka odpowiedzialność. Badanie opiera się li tylko na szczegółowych zdjęciach, prześwietlenie nie jest miarodajne; wczesne zmiany nieuchwytnie dla oka pod ekranem, natomiast na kliszy — przybierają kształty dosyć typowe, jasne, mniej skomplikowane, niż na początku rozbudowy diagnostyki rentgen. przy wrzodzie dwunastnicy.

Porównywanie klinicznych obserwacji i zmian na zdjęciach rentgen. pod wpływem próbnego leczenia stanowi integralną część diagnostyki rentgenolog. raka we wczesnym okresie.

Autor odróżnia 3 postacie anatomiczno-radiologiczne wczesnego raka [anatomoradiologiques]:

- 1) postać naciekająca, charakteryzująca się pewną sztywnością zarysów [raideur],
- 2) wrzodowa, której odpowiada obraz uchyłka,
- 3) bujająca, wybujała [vegetante], wykazująca na obrazie cechy guza.

Ad. 1) Sztywność linii zarysu na pewnej ograniczonej przestrzeni pozostaje ta sama na seriowych zdjęciach, może być w całości nawet ruchoma we wczesnym okresie. Autor odróżnia szereg postaci, które demonstruje na zdjęciach: Linia sztywna, prosta, wygięta jak fiszbin w gorsecie, oddźwiernik w postaci głowy cukru [en pain de sucre], oddźwiernik kątowno zgięty [angulaire], jakby wgłębiony [encastre]. Istnieją też formy nietypowe jak falista [image d'ondulations fixes] i obraz t. zw. funkcjonalnego ubytku kontrastowego, zjawiającego się na szeregu zdjęć, a nieodpowiadającego żadnym zmianom podczas operacji. Dopiero badanie drobnowidowe wykazuje w tym miejscu zmiany nowotworowe.

Ad. 2) Należy zarzucić pojęcie wrzodu rakowego [ulcerocan-

cer] gdyż wprowadza to chaos w nomenklaturę. Według autora należy pierwotny naciek, który ulega wcześniej wtórnemu owrzodzeniu, określić mianem raka wrzodziejącego [cancer ulceriforme] a wrzód, który wykazuje cechy rakowania, nazywać wrzodem przeistoczonym nowotworowo [ulcère transformé]. Wyraz: rak owrzodzony [cancer ulcéré] nic nam innego nie mówi, jak o nadżerze powierzchni guza rakowatego. Jeżeli chodzi o raka wrzodziejącego może on się zjawiać w postaci niszy regularnej banalnej, jak również rozmaitych uchyłków nieprawidłowych [daszkowaty, — en plateau, — wgłębniony, trójkątny, na dnie defektu kontrastowego itd.].

Autor nadmieniał, że ta postać raka może nie tylko rentgenologicznie, ale i klinicznie wykazywać cechy okrągłego wrzodu, nie wyłączając okresowości objawów.

Przechodząc do zagadnienia wrzodu przeistoczonego, stara się autor zróżnicować dokładnie cechy rentgenologiczne łagodnego wrzodu i złośliwego. Łatwiej ulegają zrakowaceni wrzody na części poziomej niż pionowej małej krzywizny. Najrzadziej przy wpuście. Wrzody przedniej i tylnej powierzchni i na dużej krzywiznie zajmują miejsce pośrednie. Rozmiary nie grają roli. Pogląd, że duży uchyłek odpowiada wrzodowi przeistoczonemu sprawdza się tylko w okresie późniejszym. Nieregularności zarysów uchyłku nie są patognomiczne. Natomiast zwiększanie się tych nieregularności podczas badań kontrolnych jest silnie podejrzane. Stan żołądka w okolicy uchyłka wykazuje szereg zmian podejrzanych, ale nie zawsze swoistych. Tu autor wymienia t. zw. wał wrzodowy, miejscowe wklęsnięcie profilu według Ackerlmeda, obraz wgłębienia itd. Na powierzchni widzimy t. zw. objaw soczewki wklęsło-wypukłej [meniscus Carman'a] lub obraz „korzenia“ uchyłku, który jakby drążył w głąb.

Charakter złośliwy uchyłku możemy określić li tylko na podstawie okresowo powtarzanych badań po odpowiednio przeprowadzonej terapii. Opieramy się bowiem na istocie choroby wrzodowej i raka. Podczas gdy w pierwszej z chwilą ustania objawów klinicznych i rozpoczęcia okresu spokoju i poprawy, znikają lub się zmniejszają zmiany rentgenologiczne, w raku sprawa się ma odwrotnie. Obraz radiologiczny nie zmienia się, a nawet pogarsza się. Jako najlepsze leczenie próbne uważa autor bodźcową terapię

białkową, stosowaną dożylnie. Porównując rozwój objawów klinicznych i radiologicznych pod wpływem tego leczenia próbnego podaje autor następujący schemat:

Ustalony rak: Ustąpienie objawów klinicznych i narastanie objawów radiologicznych. Postępowanie lecznicze: resekcja żołądka.

2) Rak z punktu praktycznego, pewny: Mimo leczenia brak poprawy klinicznej i zwiększanie się objawów radiologicznych. Resekcja żołądka.

3) Bardzo podejrzane zmiany: Brak poprawy klinicznej i rentgenologicznej. Wycięcie żołądka.

4) Podejrzane zmiany: Poprawa kliniczna bez poprawy w radiologicznym obrazie: Leczenie zachowawcze nadal i obserwacja z dalszą kontrolą.

5) Prawdopodobnie schorzenie o charakterze łagodnym: Zniknięcie objawów klinicznych i zmniejszenie się objawów radiologicznych. Postępowanie wyczekujące.

6. Biorąc praktycznie — sprawa o przebiegu łagodnym. Zniknięcie objawów klinicznych i rentgenologicznych po przeprowadzeniu terapii białkowej dożylniej. Obserwacja od czasu do czasu.

7) Łagodny charakter schorzenia nie ulega wątpliwości: Zupełna poprawa i powrót do normy po lekkiej kuracji [bismut, belladona, dieta niezbyt ostra].

Ad 4) Postać bujająca przedstawia się we wczesnym okresie bądź jako zniekształcony oddźwiernik, bądź w postaci ubytku cieniowego na krzywiznach w mniejszym lub większym rozmiarze. Często są to w okolicy krzywizn zgrubienia, małe przerwy lub guzowatość na fałdach żołądkowych, poza tymi ubytkami o nieregularnych zarysach występuje ten typ raka, nie raz jako ubytek gładki, równy. Trudno go odróżnić od guza łagodnego. W przypadku mnogości ubytków należy pamiętać o polypowatości żołądka, która także może nabyć z czasem cechy złośliwe. W przeważnej ilości przypadków należy guz, choćby posiadał radiologiczne cechy łagodności, uważać za podejrzany i poddać operacji.

Gosset i Duval zreasumowali w referacie końcowym wnioski poszczególnych referatów francuskich i doszli do konkluzji, że w obecnym stanie wiedzy musimy się oprzeć przede wszyst-

kim na porównawczych badaniach objawów klinicznych i rentgenologicznych. Nie znaczy to, by zarzucać inne sposoby pomocnicze, należy nadal przeprowadzać i doskonalić poszukiwania biochemiczne, gastroskopię i fotografię. W obecnej chwili nie mogą odegrać jednak roli decydującej.

Co do postępowania leczniczego referenci podpisują się całkownie pod tezami Gutmana. Nie ma obawy, że obserwacja i próba leczenia zachowawczego w okresie początkowym dolegliwości i skarg chorego może ujemnie wpływać na rozwój schorzenia. Wbrew ogólnie przyjętym pojęciom rak żołądka rozwija się początkowo powoli, ogólny stan chorego pozostaje niezachwiany, gwałtowniejszy przebieg choroby zjawia się dopiero w okresie późniejszym, który się charakteryzuje już typowymi objawami nowotworowymi.

Dział referatów niemieckich rozpoczął K a u t s c h jako klinicysta, stanął mniej więcej na tym samym stanowisku, co C a r r i o t, kładzie najwyższy nacisk na należycie przeprowadzone i co pewien czas powtarzane badania rentgenologiczne. W przeciwieństwie jednak do G u t m a n a nie odmawia wartości rentgenoskopii. Zaburzeniom w ruchomości i w perystaltyce przypisuje to samo znaczenie, rozpoznawcze, co ubytkom kontrastowym. Pokłada duże nadzieje w rozwoju kymografii żołądka. Poglądy i dezyderaty autora w innych dziedzinach, jak biochemia, gastroskopia etc. pokrywają się z tezami przedmówców, więc ich powtarzać nie będę.

B u e r g e r omawiał zmiany ogólnoustrojowe w raku przewodu pokarmowego. Zwiększenie podstawowej przemiany materii po wykluczeniu innych przyczyn, jak nadtarczyczność i stany gorączkowe, wskazują raczej na raka niż na wrzód modzelowaty. Z drugiej strony brak zaburzeń podstawowej przemiany materii nie przemawia przeciw rakowi. Gorączce, która nie tak rzadko się zjawia w chorobie raka, nie przypisuje autor specjalnego znaczenia. Przemiana białkowa ulega też pewnym wahaniom, próby zaczynowe w soku żołądkowym dają jednak wynik dodatni dopiero w okresie rozpadu raka i przedostania się produktów jego do treści żołądka. Próba azotowa Salomona nie jest swoistą, występuje także w stanach nieżytowych i zapalnych. W ostatnich czasach nabrała dużego rozgłosu próba F u c h s a, polegająca na



właściwości surowicy chorych rakowatych, która rozkłada i rozpuszcza włókniak zdrowej krwi ludzkiej. Przyspieszenie opadania czerwonych ciałek stwierdzamy prawie zawsze, ale nie bez wyjątku w przypadku nowotworu. Im większy guz, im dalej posunięty proces rozpadowy, tym intensywniejsza reakcja.

Powszechnie znana obecność kwasu mlekowego w soku żółćkowym nabiera specjalnego znaczenia na podstawie prac W a r b u r g a. Wytwarzanie kwasu mlecznego bowiem i działanie glikolityczne ma należeć do najbardziej swoistych cech komórki nowotworowej.

Na zakończenie nie pomija autor też gospodarki tłuszczowej, w której nie może się dopatrzeć momentów charakterystycznych. Kwestia istnienia t. zw. kwasu rakowego, na którym opiera się cytolytyczna próba F r e u n d'a i K a m i n e r ó w n e j wywołuje jeszcze wiele sporów wśród badaczy.

H e n n i n g, jeden z twórców nowoczesnej gastrokopii, określa jej zadanie jako cbszerne, a w razie dalszego rozwoju przypisuje tej metodzie dominujące znaczenie we wczesnej diagnostyce. Jeżeli rentgen rozpoznaje z pewnością raka celem gastrokopii jest stwierdzenie możliwości i rozległości przyszłej resekcji. Odpadła by wówczas potrzeba próbnej lapazotomii. W przypadku wątpliwości rentgenologicznych należy badanie uzupełnić wziernikowaniem podejrzanego miejsca; ujemny wynik badania rentgenologicznego musi być skontrolowany przez gastrokopię. Autor opisuje morfologię guzów wpustu, trzonu i części przyoddźwiernikowej tak, jak ona się przedstawia w obrazie ceudoskopowym. Guzy części wpustowej powinno się badać optycznym cesophagoskopem pomysłu autora. Dla tej okolicy gastrokop jest przeciwwskazany. Małe guzy dna ukrywają się w fałdach śluzówki i uchodzą uwagi podczas wziernikowania. Korzystniejsze warunki znajdujemy w cz. przyoddźwiernikowej. We wzierniku spostrzegamy przeważnie tylko górny koniec guza, widziany en face, podczas gdy guzy trzonu oglądamy z profilu, co utrudnia rozpoznanie. Zwężenie światła w okolicy przyoddźwiernikowej winno już wzbudzić nasze podejrzenie. Udoskonalona gastrofotografia w miękkim wzierniku, która umożliwia zrobić zdjęcie nie na ślepo, utrwała obrazy spostrzegane i ułatwia porównanie przy badaniach kontrolnych.

H e n n i n g kończy, twierdzeniem na przyszłość, że łatwiej

będzie odnaleźć we wzierniku mały guzik w śluzówce żołądka, niż go uchwycić na kliszy rentgenowskiej.

St a e m l e r wygłaszając referat histologiczny o wczesnych postaciach raka żołądka, ujmuje w 3 punktach sprawę t. zw. stanów przedrakowych:

1) wrzód żołądka: przeistoczenie złośliwe częstsze niż dotychczas ustalono [15—20%].

Jeżeli mamy do czynienia ze złośliwymi zmianami całego dna i brzegu owrzodzenia, nie można rozstrzygnąć, czy odbył się proces zrakowacenia wrzodu.

2) Polyp śluzówki: często powstaje rak z pojedynczego polypa o budowie gruczołkowej. Mnogie ukleje, zjawisko rzadkie, ulegają łatwo zrakowaceniu.

3) Nieżyt śluzówki z zanikiem gruczołów i miejscową hyperplasią brodawkową. Tło zapalne niestalone.

Część referatową tycającą się pierwszego tematu zamknął w referacie ogólnym K o n j e t z n y, który również zajął odpowiednie stanowisko jako koreferent chirurgiczny w zastępstwie nieobecnego S a u e r b r ü c h a, kładzie duży nacisk na stronę anatomopatologiczną zagadnienia. Jako zwolennik teorii że tak wyrazić się, nieżytowej, nie zapatruje się na wrzód żołądka, jako chorobę odrębną, uważa, że zrakowacenie przewlekłego wrzodu ma swe początki poprzez owrzodzenie w zmianach nieżytowo-zanikowych śluzówki żołądka, a pierwotny rak tworzy się bezpośrednio na tle tej samej sprawy nieżytowej. Biorąc ogólnie łączy te zjawiska chorobowe mające swe wykładniki anatomopatologiczne w rzekomo odrębnych obrazach, w jedną całość przyczynową. Snując dalej swe wywody dopatruje się w przyszłym postępie nowych dociekań anatomopatologicznych nad zagadnieniem zanikowego nieżytu żołądka możliwości ustalenia patogenezy raka żołądka a w racjonalnym, profilaktycznym leczeniu tych zaburzeń chorobowych właściwe wczesne leczenie raka.

Wywody autora w części klinicznej referatu pominę, gdyż na ogół pokrywają się z postulatami referentów francuskich G o s s e t ' a i D u v a l a. Idąc po tej linii postępowania można polepszyć wyniki leczenia, o tym świadczą choćby cyfry z ostatnich statystyk większych ośrodków chirurgicznych, które wykazują

większy odsetek przypadków nadających się do zabiegu doszczętnego.

Drugi główny temat:

Ostra i przewlekła niedrożność jelita cienkiego (j. c.)

Stronę biochemiczną tego zagadnienia omówił w obszernym referacie J. Felsen (New York).

Większe zmiany stwierdzamy, w przyp. ostrego zamknięcia światła j. c.; któremu towarzyszy miejscowe silne przekrwienie.

Im wyższy odcinek j. c. jest objęty niedrożnością, tym wcześniej i ostrzej występują objawy zatrucia, tym większa śmiertelność.

Zaburzenia biochemiczne polegają na utracie wody, demineralizacji, alkalozie, zwiększeniu mocznika i azotu resztkowego w krwi. Substancja toksyczna znajduje się równocześnie w zawartości jelita i w jego ścianie.

Pod względem chemicznym jest to proteoza, pochodzenia aminowego, podobna w budowie do histaminy. Według autora przewlekłe ograniczone zapalenie jelita krętego (ileitis) stanowi najniebezpieczniejszą postać przewlekłej niedrożności j. c.

Patogeneza tego schorzenia jest ta sama co w przyp. czerwonki pochodzenia drobnoustrojowego.

Autor wylicza osiem atypowych odmian, pomiędzy nimi postać Somie — Duval'a z powikłaniami płucnymi, mózgowordzeniowymi, bezobjawowa, bezgorączkowa, z zaparciem stolca, wyrostkowa; chroniczne i ostre zapalenie ograniczone j. krętego jest chorobą zakaźną, występującą nie raz nagminnie.

Przewlekłe zapalenie jest następstwem ostrej czerwonki wówczas, jak się przyłączy wtórna mieszana infekcja.

Większy materiał zebrany na podstawie badań bakteriologicznych i serologicznych oraz doświadczenia uzyskane podczas epidemii czerwonki typu Flexnera udowadniają prawie niezbiecie, że patogeneza ograniczonego zapalenia jelita krętego i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego jest ta sama.

Chirurg Wilkie (Edynburg) odróżnia trzy główne odmiany niedrożności ostrej j. c.

1. Zatkanie światła j. c. n. p. kamieniem żółciowym lub ostre zagięcie spowodowane zrostem lub skleją.

2. Obustronne zamknięcie całej pętli j. c.

3. Zadzierzgnięcie j. c. (strangutatio). Przykłady: uwięźnięcie przepukliny, skręt, wgłębienie.

W obrazie klinicznym wybijają się na pierwszy plan obok zamknięcia światła j. objawy zastoju krwi spowodowane wciągnięciem w grę krezki j.

W przyp. wysokopolożonego zatkania j. c. utrata wody i ubytek chlorków przez wymioty doprowadza do śmierci. W dolnych odcinkach j. c. grają główną rolę rozpad drobnoustroju i następcza toxemia.

Zamknięcie pętli jest schorzeniem rzadkim z wyjątkiem niedrożności wyr. robaczkowego. Następstwem zamknięcia pętli jest rozdzęcie, martwica i przedziurawienie. Zadzierzgnięcie j. c. kryje w sobie następujące niebezpieczeństwa: wstrząs z powodu ucisku krezki, inwazja drobnoustrojów do jamy brzusznej poprzez zmniejszoną ścianę j., toxemia spowodowana substancjami autolitycznymi, które wędrują przez ściany j. do jamy otrzewnej. W zatkanium j. należy nawodnić ustrój, zwiększyć ilość chlorków, przeszkodę usunąć i w nagłych przyp. natychmiast jelito opróżnić.

W zamknięciu pętli i zadzierzgnięciu j. c. należy dążyć do najwcześniejszego rozpoznania i zabiegu oper. W przyp. najmniejszego podejrzenia na uszkodzenie ściany należy wykonać rozległe wycięcie j. w zdrowych odcinkach, gdyż inaczej nawet w kilka dni po dokonanej operacji może wystąpić toxemia śmiertelna — spowodowana pozostawieniem schorzałego jelita.

Przewlekła niedrożność j. c. jest wywołana zrostami lub powstaje na tle wytwórczych zmian gruczliczych w jamie otrzewnowej, ograniczonych zmian zapalnych w jelicie byłym lub nowotworowych. W chwili ustalenia rozpoznania należy przystąpić do usunięcia przeszkody, przy zwężeniach wielorakich wchodzi w grę zespolenie krętniczo poprzecznicze (ileo transversostomia).

Physiologia patologiczna ostrej i przewlekłej niedrożności j. c. J. B o t t u i (Liège — Belgia).

Na pierwszym planie zatrucie, wysuszenie ustroju, demineralizacja; i inne zmiany, jak zakażenie, wstrząs, niedokrwienie mózgu, nerek, wątroby, serca, niedomoga są już wtórnymi, następczymi. W zatruciu jak wykazują doświadczenia za pomocą przetaczania krwi i skrzyżowanego połączenia krwiobiegu, odgrywa dominującą rolę trzustka. Do tego zatrucia pochodzenia trzustkowego



przyłącza się zatruciu biorące swój początek w niedrożnym jelicie. Niebezpieczniejsze jest pierwsze.

Mechanizm działania zaczynów trzustkowych dotychczas nie dostatecznie wyjaśniony, w każdym razie utrata wydzieliny zewnętrznej trzustki przez wymioty nie jest miarodajną. Wyżej przytoczone kardynalne zaburzenia, odwodnienie ustroju i demineralizacja krwi i tkanek są skutkiem pozbawienia ustroju wody i soli przez wymioty. W tym stanie rzeczy ustrój nie jest w mocy wyzbyć się produktów toksycznych. Jeżeli natomiast drogą odpowiedniego leczenia doprowadzimy do organizmu dostateczną ilość wody i soli, chory wydała trucizny za pomocą moczu i wymiocin, stan jego ulega odtruciu i poprawia się.

Anatomopatolog Giovanni Caguetto, z Padwy, przechodzi po kolei poszczególne obrazy anatomopatologiczne tak bogate i różnorodne jak rzadko w innych schorzeniach. Poprzez czynnościowe postaci niedrożności pochodzenia neuropatologicznego, które tylko pobieżnie kreśli, dochodzi do zmian anatomicznych, uwzględniając topografię zjawisk chorobowych.

Od skurczu oddźwiernika odruchowego przechodzi do niedrożności wywołanych przez zapalenie okołodwunastnicze na tle wrzodu, nowotworu brodawki Vatera, głowę trzustki, kamieć żółciową przepukliny wewnętrzne Winslova i Treitra. Zatrzymuje się nad uwięzieniem kamienia żółciowego w jelicie cienkim i wyjaśnia przyczyny tegoż. (Chauffard).

W następnej części referatu tyczącej się dolnego odcinka j. c. dużo miejsca poświęca zmianom około wyrostkowym i uchyłkowi Meckel'a. Zatkanie uchyłka kamieniem kałowym, wgłobienie spowodowane guzem (Carcinoid) uchyłka, zrost z sąsiednią pętlą są wszechstronnie omówione. Nie zapomina autor o torbielach otrzewnowych, które często wywołują skręt, zawał w krezce krwotoki w ścianach jelita itp.

Powstają one na tle rozszerzenia naczyń chłonnych w ścianie jelita na granicy krezki.

## Posiedzenia Pol. Tow. Gastrologicznego.

*Posiedzenie naukowe*

dnia 28 kwietnia 1937 r.

Obecnych 49. Przewodniczy Wejnert.

1. Dolkart przedstawia przypadek żółciowego zapalenia otrzewny.

W dyskusji P. Goldstein stwierdza, że przypadki żółciowego zapalenia otrzewny z powodu przedziurawienia pęcherzyka żółciowego są dość częste, natomiast bez przedziurawienia pęcherzyka są rzadkie i niełatwe do wytłumaczenia. Przypadek demonstrowany nie jest dostatecznie wyjaśniony, płyn nie był zbadany, pęcherzyk żółciowy pozostawiony, a więc również niezbadany. Sama zgorzel śluzówki pęcherzyka nie może sprawy wyjaśnić, gdyż w kamicy żółciowej i w ostrych zapaleniach woreczka często spotykamy zgorzel śluzówki bez żółciowego płynu w jamie brzusznej. Jeżeli chodzi o operację, to, zdaniem Goldsteina należało wykonać cholecystektomię, która niewiele tylko przedłużyłaby zabieg operacyjny, natomiast zabezpieczyłaby chorego od długotrwałej przetoki żółciowej i późniejszych nawrotów choroby.

Niewiadomski stwierdza, iż rozpoznanie zapalenia żółciowego otrzewny bez przedziurawienia zależy głównie od wyniku badania płynu żółciowego z jamy brzusznej oraz zawartości pęcherzykowej. W tym przypadku, ponieważ płyn nie był badany, należy zapalenie żółciowe rozpoznawać z pewną ostrożnością. Powołując się na pracę Butkiewicza i innych autorów, N. uważa, że jedynym celowym zabiegiem w przypadku zapalenia żółciowego jest usunięcie woreczka żółciowego. Zakładając przetokę pęch. żółc., pozostawiamy pęcherzyk, do którego dostają się

tą czy inną drogą zaczynają trzustkowe. W przypadkach daleko pouniętych zmian ogólnych, gdy pęcherzyka nie można usunąć bez obawy o życie pacjenta, należy ograniczyć się do sączkowania jamy brzusznej.

Głos w dyskusji zabierali jeszcze S a i d m a n i R a d l i ń s k i, odpowiadał D o l k a r t.

2. R ó b i n i J. K r y ń s k i przedstawiają przypadek zwężenia przełyku.

Chorego, p. Ch. Mak., znam od 11 lat. Dziś ma lat 61, mieszka w Białymstoku. Oddawna cierpi na padaczkę. Bywał u mnie co pewien czas z objawami atonii żołądka i jelit. Po kilkoletniej przerwie zgłosił się 12.6.1935 z nast. skargami: od kilku miesięcy zupełny brak łaknienia, pokarmy zatrzymują się w przełyku, zwłaszcza stałe, poczem musi je zwracać. Bardzo wychudł.

Wobec tak typowych skarg, cechujących zazwyczaj nowotwór, skierowałem chorego przede wszystkim do kol. K r y ń s k i e g o celem prześwietlenia rentgenologicznego. Obraz rentgenowski potwierdził w zupełności rozpoznanie nowotworu: w dolnej części przełyku smuga cienka o nierównych kształtach, płyn barytowy przechodzi swobodnie, natomiast pigułka barytowa zatrzymuje się. Nie było zatem wątpliwości co do organicznego charakteru cierpienia. Z tym rozpoznanie i z zalecenie gastrostomii chory powrócił do domu.

Aliści dnia 15.4.1937, tj. po 2 latach, chory zjawia się u mnie i opowiada, że ma się nieźle, przybrał na wadze 7 kilo i że przy zachowywaniu diety płynnej i papkowatej nie odczuwa dolegliwości przełykowych, jakkolwiek czasem pokarmy zwracał. A więc dysphagia nie minęła całkowicie. Gastrostomii nie robił.

Nasuwało się pytanie, czy nie został popełniony błąd rozpoznawczy i czy nie mamy do czynienia ze zwężeniem innego charakteru? Wchodziłyby w rachubę: kurcz wpustu, nowotwory do brotliwe, zrosty pozapalne itd. Dla wyjaśnienia sytuacji skierowałem chorego znów do Dra K r y ń s k i e g o. Na nowym zdjęciu widzimy atoli znowuż takie same jak poprzednio zwężenie o typie organicznym, z cienką smugą, ale o równych konturach, niezależbionych. Płynny i kaszka barytowa przechodzą, pigułka stoi.

Jakież to zwężenie? Wobec ujemnego odczynu W a s s e r m a n n a i wobec braku w wywiadach połknięcia płynu żrącego,

przychodzę do wniosku, że mamy tu do czynienia z rzadziej spotykaną formą b. przewlekłego przebiegu nowotworu dolnej części przełyku.

W dyskusji J u s t m a n przytacza spostrzegany przez siebie przypadek raka, umiejscowionego w kopule żołądka po stronie krzywizny małej. Chory ma lat 70; w marcu 1935 r. — krwotok żołądkowy, po 8-miu dniach wstaje i wraca do pracy; po 10 dniach próba na krwawienie utajone w kale wypadła ujemnie. Rentgen w marcu i wrześniu 1935 r. wykazuje nowotwór. Do września 1936 r. — samopoczucie zupełnie dobre — poczem upadek sił, który dopiero w styczniu r. bież. zmusza chorego do położenia się do łóżka. Obecnie: postępujące charłactwo, przerzuty do wątroby, płyn wolny w jamie brzusznej. Chory zmarł w maju r. bież.

Prof. R a d l i ń s k i uważa za pomocnicze badania w tych przypadkach na krew utajoną w kale oraz badanie wziernikiem z pobraniem wycinka do badania.

W e i n e r t stwierdza, iż czas trwania raków przełyku obliczamy zwykle na miesiące, nie na lata. Demonstrowany przypadek nastrocza poważne refleksje. Wielu z nas wynajdzie w swej pamięci przypadki raka przełyku trwającego ponad 2 lata. Toteż rokowanie co do czasu musi być bardzo oględne. W. przytacza 2 przypadki ze swej praktyki.

B. K r y ń s k i uważa rozpoznanie raka za słuszne. Poza sprawami pozaprzelykowymi, wciągającymi przełyk, K. nie zna prócz raka sprawy chorobowej, która dałaby podobny obraz. Przypadek omawiany odpowiada zasadniczo dwum obserwowanym przez niego przypadkom, rozpoznawanym jako Ca oesophagi; jeden kontrolowany był po roku, drugi po 2-ach latach; stan kliniczny tak się poprawił, że klinicysta zwątpił w słuszność rozpoznania. Zejście śmiertelne obu pacjentów z powodu raka przełyku potwierdziło pierwotne rozpoznanie.

Według D o l k a r t a, nowotwory mogą przez długie lata nie dawać poważnych objawów. D. stwierdza, iż w pewnym odsetku przypadków pozornie niewinnych udaje się nam przy pomocy wziernika wykryć nowotwory.

S c h l a g e r uważa, iż w celach rozpoznawczych należałoby przeprowadzić zgłębnikowanie; na końcu zgłębnika znajdujemy



przeważnie krew. Wlewając przez lejek płyn możemy przez obniżenie lejka otrzymać płyn krwawy.

Według Goldsteina, rozpoznanie nowotworu złośliwego jest w przypadku powyższym bardzo prawdopodobne. Oesophagoscopia i badanie wycinka próbnego wyjaśniłoby sprawę. Nie można jednak całkowicie wyłączyć sprawy zapalnej, której punktem wyjścia może być uszkodzona śluzówka w okolicy wpustu. Nie należy zapominać o możliwości sprawy gruźliczej lub promienicy.

Niewiadomski na podstawie doświadczenia z przychodni Komitetu do zwalczania raka podaje, że w wywiadzie chorych na raka przełyku często stwierdzamy początek choroby odległy o 6—8 miesięcy. Z dotychczasowej dyskusji ma się wrażenie, że jednakowo traktujemy chorych leczonych i nieleczonych. W przypadku Róbinaj najciekawszym jest, że chory nie był leczony. W przypadkach leczonych czy to promieniami X czy radem — często notowane są okresy daleko posuniętej poprawy aż do całkowitej możliwości połykania.

Głos zabierali jeszcze Saidman i Reznikow. Odpowiadał Róbinaj.

Landsberg wygłosił odczyt p. t.: „Z nowszych badań nad wpływem gruczołów dokrewnych na gospodarkę ustroju“.

### *Posiedzenie naukowe*

Dnia 26 maja 1937 r.

Obecnych 58. Przewodniczy Wejnert.

1. M. Saidman przedstawia przypadek przewlekłej nie drożności na tle owrzodzenia jelita cienkiego u 11-letniego chłopca.

Złotkin stwierdza, iż gruźlica jelit jest sprawą dość częstą, rozpoznawana jest przeważnie przez chirurgów, gdyż w okresie daleko posuniętym podlega zabiegowi. W początkowym okresie rozwoju choroby przypadki te trafiają do internistów, którzy często rozpoznają nerwicę ogólną lub schorzenia wyrostka robaczkowego. Sprawy te przebiegają przewlekłe i toczą się w ścianie jelita, przechodząc później na otrzewną lub też na gruczoły chłonne pozaotrzewnowe, powodując następnie zapalenie zrostowe. Rozpo-

znawanie tych przypadków w początkowym okresie choroby i odpowiednie leczenie czynią w przyszłości zabieg zbytecznym.

Trzeba przyznać, że rozpoznanie w tych przypadkach jest trudne; schorzenie to charakteryzuje się przewlekłym przebiegiem, stanami podgorączkowymi, wychudzeniem oraz dolegliwościami miejscowymi w postaci niestrawności jelitowej lub zapalenia wyrostka robaczkowego. Ciekawe jest to, iż w przypadkach tych dość często brak zmian gruźliczych w innych narządach, zwłaszcza w płucach, lub też są one dyskretne i banalne.

Według Goldsteina demonstrowany przypadek nasuwa pewne wątpliwości. Zapalenie otrzewny gruźlicze daje zmiany bardzo rozległe, a owrzodzenie gruźlicze jelit obejmuje znaczne odcinki jelita cienkiego. Pojedynczy, całkowicie wygojony wrzód gruźliczy jest, chyba rzadkością. Również niesłuchanie szybka poprawa stanu ogólnego i obecny wygląd dziecka nie przemawia za gruźlicą. Należałoby zbadać kał na prątki Kocha.

W dyskusji zabierał jeszcze głos Prof. Leśniowski. Odpowiadał Saidman.

2. Stańczyk przedstawia niezwykle przebieg przewlekłego nieżytu żołądka.

W dyskusji prof. Radliński stwierdza, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia raczej z owrzodzeniem, stwierdzonym zresztą przy pomocy gastroskopu. Wobec oporności na leczenie wewnętrzne dokonano rozległego wycięcia żołądka wraz z zespoleniem podług Reichel-Poly'a.

Zdaniem J. Nusbauma, demonstrowany przypadek jest jakby żywą ilustracją wielkiej pracy Konietrznego oraz jego własnej skromnej o t. zw. gastritis. Sądząc z przebiegu mieliśmy, według Nusbauma, od początku do czynienia z zapalnymi stanami żołądka, które w miarę rozwoju choroby doprowadziły do powstania nadżerek a nawet owrzodzeń. Niepowodzenia po dokonanych zabiegach stanowią przyczynek do leczenia operacyjnego, a mianowicie resekcji.

Wertheim, który w swoim czasie chorego operował, stwierdza, że wskazanie do zespolenia stawiano b. ogólnie. W danym przypadku owrzodzenie dwunastnicy niewątpliwie było, wyuczto je jako twór twardy, modzelowaty i na tej podstawie wykonano zespolenie, które na czas pewien cierpieniu ulżyło. Podczas

powtórnej operacji owrzodzenia już nie stwierdzono, a dopiero po szeregu lat objawy wróciły, i wówczas dopiero zabieg doszczętny w postaci rozległej resekcji wyleczył chorego. Zdaniem W. chodziło tu nie o nieżyt przewlekły, lecz o chorobę wrzodową.

Według N i e w i a d o m s k i e g o w omawianym przypadku mieliśmy do czynienia z wrzodem dwunastnicy i równoczesnym nieżytem kwaśnym żołądka. Wrzód XII-cy został wyleczony drogą zespolenia. Natomiast sprawa nieżytywa nie została opanowana, gdyż nie mogła być wyleczona za pomocą zespolenia, dopiero usunięcie rozległej części żołądka i zmniejszenie kwasoty żołądka poprawiło stan pacjenta. Przy nadkwaśności i równoczesnej obecności wrzodu XII-cy zespolenie nie daje takiego dodatniego wyniku, jakiego się spodziewamy; należy wówczas wykonać częściowe wycięcie.

S t e f a n o w s k i stwierdza, że zespolenie żołądkowo-jelitowe dało w danym przypadku dobry wynik, lecz tylko na pewien okres czasu. Wskutek pogorszenia się stanu i niemożliwości stosowania zgłębnika jelitowego pozostała jedyna możliwość — dokonanie radykalnego zabiegu. Interesującym momentem jest fakt ustalenia przy pomocy gastroskopu chorego miejsca w żołądku, co mogło stanowić wskazówkę orientacyjną dla chirurga w czasie zabiegu.

R ó b i n sądzi, że przypadek jest ciekawy podwójnie, raz z powodu uporczywego przebiegu choroby wrzodowej, po wtóre z powodu współistnienia przewlekłego nieżyty żołądka, na co właśnie zwrócił uwagę K o n i e t z n y . Przypadek należy raczej za tytułować: „ulcus-gastritis”.

Odpowiadał S t a ń c z y k .

2. Prof. L e ś n i o w s k i przedstawia przypadek guza zapalnego trzustki.

W dyskusji J. N u s b a u m zapytuje, jak wyglądały napady początkowe; czy w danym przypadku nie mieliśmy do czynienia z *pancreatitis acuta*, którego zejściem był stan zapalny o charakterze przewlekłym w postaci guza — następnie czy guz był twardy czy też był to rodzaj torbieli, która mogła się opróżnić? Wreszcie jaka była przemiana tłuszczowo-białkowa?

Prof. R a d l i ń s k i zaznacza, iż niekiedy odróżnienie guza zapalnego trzustki od nowotworowego bywa nawet przy operacji

nierozdzielne. W przypadkach żółtaczki — zespaliśmy drogi żółciowe z żołądkiem lub XII-cą — z wynikiem najczęściej definitywnie pomyślnym, o ile chodziło o guz zapalny.

Goldstein przed kilku laty operował w asystencji prof. Radlińskiego — chorego z żółtaczką i wolnym płynem w jamie brzusznej; przy operacji stwierdzono nierówny twarde guz głowy trzustki. Brzuch zeszyto, nie dokonawszy żadnego zespolenia ze względu na małe rozmiary pęcherzyka żółciowego, znajdującego się w zrostach. Chory po operacji zaczął się poprawiać, żółtaczka znikła i po kilku tygodniach pacjent całkowicie wyzdrowiał li tylko po próbnej leparotomii.

Lubelski przypomina, iż przed kilku laty przedstawiał w Tow. Gastrologicznym przypadek zespolenia wspólnego przewodu żółciowego z żołądkiem z powodu guza główki trzustki. Dotyczył on chorej lat 54 z wybitną żółtaczką i powiększoną ciepłotą i bólami w prawym podżebrzu; stwierdzano powiększoną wątrobę i duży pęcherzyk żółciowy. Po usunięciu pęcherzyka żółciowego wypełnionego kamieniami i ropą, L. nakłuł wspólny przewód żółciowy, grubości jelita cienkiego, i wydobyl około 60 cm<sup>3</sup> cieczy bezbarwnej, t. zw. „białej żółci“. Po nacięciu wspólnego przewodu żółciowego stwierdził zgłębnikiem niedrożność przewodu w kierunku XII-cy, a palcem wprowadzonym przez otwór Winslowa, przekonał się, że niedrożność wywołana jest guzem główki trzustki. Wykonał zespolenie wspólnego przewodu żółciowego z żołądkiem, jako najbliższym narządem. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań. Po miesiącu chora wypisała się ze szpitala z raną zagojoną.

Mesz badał rentgenologicznie chorego po operacji zespolenia pęch. żółciowego z XII-cą, dokonanej przez Dra Wertheima i stwierdził w drogach żółciowych powietrze z żołądka. Papka barowa tą samą drogą mogła się przedostać do dróg żółciowych, jak to miało miejsce w przypadku prof. Leśniowskiego.

3. Wieszen demonstuje przypadek raka górnej części krzyżownicy młodszej u młodego człowieka.

Pacjent, rolnik, l. 32, przybył na Oddział 3 A, szpit. Dz. Jezus S. XII 1936 r. z powodu bólu w dołku, nasilającego się w 2 do 3 godzin po jedzeniu, zwłaszcza w pozycji leżącej, z powodu braku sił i bledności. Choruje od roku. Choroba rozwinęła się stopniowo.



Oddaje „czarne stolce“. Znacznie wychudł. Leczył się, ale bez poprawy. Nadużywał alkoholu. Nawet bóle po jedzeniu przerywał przez wypicie pół szklanki wódki z oliwą.

Przedmiotowo — poza bladością skóry i śluzówek oraz bolesnością uciskową w dołku odchylen od normy nie stwierdzono.

Bad. pracowniane. Mocz — norma. Bad. stolca: Krew utajona obecna.

Bad. zawartości żołądkowej. — Na czczo wydobyto 30 cm<sup>3</sup> zawartości płynnej L = 25 A = 45. Po próbnym śniadaniu wydobyto 100 cm<sup>3</sup> zawartości, bułka dobrze strawiona. L = 37 A = 52. Bad. krwi Hb = 25% Cz. c. = 2,3 mln. B. c. = 7.200. Wzór białych ciałek — norma. I = 0,5. Odczyn Wassermann we krwi ujemny.

Prześwietlenie żołądka. — W górnej części krzywizny mniejszej ubytek cieniowy z małym naddatkiem na dolnym brzegu (nisza wrzodowa).

Leczenie zachowawcze trwało 3 miesiące: — od 8 grudnia do 11 marca. W ciągu tego czasu chory był na diecie początkowo b. ścisłej, jednak w miarę trwania choroby rozszerzanej, otrzymywał surowicę końską doustnie, potem wstrzykiwania wyciągu wątrobowego, heterohemoterapię, wreszcie szereg wstrzykiwań larostidiny. Jednak w stolcu krew utajona stale była obecna.

Po przetoczeniu 300 cm<sup>3</sup> krwi założono choremu zgłębnik jelitowy i zaczęto odżywiać tą drogą. Po 2-ch tygodniach zgłębnik usunięto, gdyż chory czuł się gorzej, a w stolcu krew utrzymywała się. 11 marca dokonano laparotomii i stwierdzono duży guz w okolicy górnej części krzywizny mniejszej, przechodzący na przednią ścianę żołądka, sklejony z dolną powierzchnią wątroby i nie dający się od niej oddzielić. Założono zespolenie żołądk.-jelitowe tylne oraz zespolenie Brauna. Po operacji przetoczono 250 cm<sup>3</sup> krwi.

Po 3 tyg. chory wrócił na oddział wewnętrzny. Ponieważ jednak nadal nie poprawiał się, dokonano po uprzedniej transfuzji krwi drugiej laparotomii. Tym razem stwierdzono, że guz żołądka ma cechy wyraźnie nowotworowe.

Autor demonstruje przypadek ze względu na rzadką lokalizację schorzenia i młody wiek chorego. Wydaje mu się, że mamy tu do czynienia z przemianą złośliwą pierwotnie niezłośliwego

schorzenia (wrzód żołądka). Ze względu na rodzaj zmian stwierdzonych po otwarciu jamy brzucha (rozległy guz, zrost z wątrobą, powiększenie okolicznych gruczołów chłonnych) los chorego jest przesądzony.

4. N. M e s z pokazuje rentgenogramy ze zmianami we wpuście żołądka.

## Wiadomości różne.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości o następujących nagrodach i zapomogach stypendialnych, którymi rozporządza w r. 1937-ym.

### 1. Fundusz nagrodowy im. Dra Tytusa Chałubińskiego.

Nagroda w wysokości Zł. 280.— za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dn. 1 stycznia r. 1929 do 31 grudnia r. 1936.

Termin składania prac upływa dnia 1 marca 1938 roku.

### 2. Fundusz zapomogowo-stypendialny im. Marii i Jana Giellerów.

Zapomoga w wysokości Zł. 3.000.— dla lekarzy Polaków, wyznania rzym.-katolickiego, pracujących naukowo w szpitalach warszawskich. Przy równych kwalifikacjach zarządzający pracownią diagnostyczną mają pierwszeństwo do największej zapomogi.

Zapomoga może być przyznana i poza zgłaszającymi się do konkursu.

Termin składania podań upływa z dniem 1 marca 1938 roku.

### 3. Fundusz zapomogowo-stypendialny im. Dra Józefa Grodzkiego.

Zapomoga w wysokości Zł. 700.— dla młodego lekarza, który nie później jak w 2 lata po skończeniu studiów uniwersyteckich, przed rozpoczęciem praktyki, będzie się doskonalił w swoim zawodzie.

Kandydaci ubiegający się o powyższą zapomogę powinni złożyć podanie ze szczegółowym życiorysem.

Termin składania podań upływa dn. 1 marca 1938 roku.

4. Fundusz nagrodowy (wspólny) z zapisów Helbicha, Hejmana i Karwowskiego.

Nagroda w wysokości Zł. 870.— dla lekarza Polaka, bez różnicy wyznania, za najlepszą pracę z dziedziny chorób ucha, nosa, gardła lub krtani, napisaną lub wydrukowaną w języku polskim.

Kandydaci, ubiegający się o powyższą nagrodę powinni złożyć podanie ze szczegółowym życiorysem i odbitką pracy.

Termin składania podań upływa dn. 1 marca 1938 roku.

5. Fundusz nagrodowy im. Dra Józefa Jaworskiego.

Nagroda konkursowa w wysokości Zł. 100.— za prace oryginalne w języku polskim, nadesłane w rękopisie lub drukiem ogłoszone, z dziedziny położnictwa i ginekologii a w braku takich z dziedziny patologii ogólnej.

Termin składania podań upływa dn. 1 marca 1938 roku.

6. Fundusz zapomogowo-stypendialny im. Dra Stanisława Kopcia.

Zapomoga w wysokości Zł. 650.— dla młodego lekarza Polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, na dalsze studia naukowe, przeważnie z zakresu teoretycznych nauk lekarskich, w instytucjach naukowych, w kraju lub zagranicą odbyć się mające.

Pierwszeństwo do otrzymania zapomogi mają ci lekarze, którzy ukończyli medycynę nie dawniej, jak przed 3-ma laty, i nie mniej roku pracowali jako asystenci szpitalni pod kierunkiem doświadczonych ordynatorów, wykazując w czasie tej pracy zapał i pewne aspiracje naukowe.

Do zapomóg stypendialnych dołączyć należy oprócz podania:

1. curriculum vitae,

2. bieg studiów dotychczasowych,

3. ewentualne odbitki prac dotychczasowych ogłoszonych drukiem,



4. określenie kierunku, w którym kandydat pracuje, lub ma zamiar pracować.

Termin składania podań upływa dn. 1 marca 1938 roku.

#### 7. Dwie nagrody konkursowe ufundowane przez Towarzystwo Warszawskie

„Motor“ — Sp. Akcyjna „Zakłady Chemiczno-Farmaceutyczne“ (jako pozostałość konkursu z r. 1929) w poczuciu potrzeby jak największego rozwoju wiedzy terapeutycznej, będącej dla polskiego przemysłu pobudką, źródłem i sprawdzianem poczynañ i usiłowań w dziale produkcji chemiczno-farmaceutycznej.

Każda nagroda wynosi **Zł. 1000.—**

Nagrody konkursowe będą przyznane za najlepsze z wartościowych prac oryginalnych z dziedziny lecznictwa, napisanych w języku polskim i złożonych w maszynopisie.

Termin składania podań wraz z życiorysem upływa dnia 1 marca 1938 roku.

W razie zakwalifikowania do nagrody jednej tylko pracy, Komitetowi konkursowemu przysługuje prawo zwiększenia wysokości nagrody.

#### 8. Fundusz nagrodowy im. Grzegorza Piramowicza.

Nagroda konkursowa w wysokości Zł. 400.— na cele popierania higieny szkolnej za oryginalną pracę, ogłoszoną drukiem w języku polskim, lub też za pracę złożoną w rękopisie T-wu Lek. Warsz. z jakiegokolwiek dziedziny higieny szkolnej — w braku zaś takiej pracy, nagroda zostanie przyznana lekarzowi szkolnemu, który według opinii władz zwierzchnich najbardziej owocnie i wydajnie pracował pod względem higieny szkolnej.

Do podania o nagrodę dołączyć należy życiorys i odnośną pracę.

Termin składania podań upływa dn. 1 marca 1938 roku.

#### 9. Fundusz nagrodowy i zapomogowy im. Dra Romualda Płaskowskiego.

Nagroda konkursowa w wysokości Zł. 500.— za najlepsze

prace z dziedziny psychiatrii, bądź już drukowane, bądź też w rękopisie Tow. Lek. przedstawione.

W braku prac odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, można będzie wynagradzać ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro takowe przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych.

Zapomoga w wysokości Zł. 360.— dla wybranych przez Tow. Lek. Warsz. delegatów na Zjazd psychiatryczny.

Termin składania prac oraz podań upływa dn. 1 marca 1938 roku.

#### 10. Fundusz stypendialny im. Pawła Sieragowskiego i żony jego Bronisławy.

Stypendium w wysokości Zł. 6000.— dla Polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, pracującego tak w kraju jak i zagranicą na polu biologii i medycyny doświadczalnej.

Termin składania podań upływa dnia 1 marca 1938 roku.

Do zapomóg stypendialnych dołączyć należy:

1. Życiorys, przebieg studiów i zamierzenia na przyszłość.
2. Pracę, przeznaczoną do konkursu (należy wymienić którą pracę zgłasza autor do konkursu).
3. Spis prac i ew. odbitki prac najważniejszych.

#### 11. Fundusz stypendialno-nagrodowy im. Dra Feliksa Sommera.

Stypendium względnie nagroda w wysokości Zł. 2.000.— dla Polaka, wyznania rzym.-katol. na prowadzenie badań i prac naukowych lekarskich i przyrodniczych z pierwszeństwem dla prac o charakterze monograficznym lub na nagrodę za nową nienagrodzoną pracę w powyższym zakresie, przedstawioną w rękopisie lub druku.

Termin składania podań upływa dnia 1 marca 1938 roku.

Do zapomóg stypendialnych dołączyć należy oprócz podania:

1. Życiorys, przebieg studiów i zamierzenia na przyszłość.
2. Pracę przeznaczoną do konkursu (należy wyraźnie wymienić którą pracę zgłasza autor do konkursu).
3. Spis prac i ew. odbitki prac najważniejszych.

12. Fundusz nagrodowy im. Dra Józefa  
Wszębora.

Nagroda konkursowa w wysokości Zł. 350.— za najlepszą z prac oryginalnych na dowolny temat z dziedziny patologii ogólnej lub higieny w języku polskim napisanych i w rękopisie Tow. Lek. złożonych.

Termin składania prac wraz z podaniem upływa dnia 1 marca 1938 roku.

13. Fundusz zapomogowo-stypendialny im. Dra  
Edwarda Zielińskiego.

Stypendium w wysokości Zł. 1500.— przeznaczone na wyjazd zagranicę jednego z asystentów szpitalnych (chirurga lub internisty) z żądaniem złożenia szczegółowego sprawozdania ze swej podróży.

Kandydaci do otrzymania stypendiów, asystenci oddziałów wewnętrznych lub chirurgicznych, szpitali miejskich w Warszawie muszą być Polakami, wyznania rzymsko-katolickiego.

Do podania o stypendium dołączyć należy następujące dowody:

- 1) curriculum vitae,
- 2) zaświadczenie Dyrektora Szpitala, że kandydat przez dwa lata pozostawał na stanowisku asystenta szpitala,
- 3) zaświadczenie ordynatora odnośnego oddziału o zaletach kandydata.

Termin składania podań upływa dnia 1 marca 1938 roku.

---

Podania wraz z załącznikami należy składać na ręce Sekretarza Stałego do Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Alberta I, Króla Belgów Nr 7 do dn. 1 marca 1938 roku).

Życiorys do wszystkich podań nie powinien przekraczać 1 strony maszynopisu.

Sekretarz Stały  
(Prof. Dr med. A. Leśniowski).

W dn. 13—15 września r. b. odbył się w Paryżu II Międzynarodowy Zjazd Gastro-enterologów, który jednocześnie był pierwszym posiedzeniem plenarnym Międzynarodowego Towarzystwa Gastro-enterologicznego.

Przeszło 400 uczestników z 37 różnych krajów przyjęło udział w tym kongresie. Dwa tematy programowe były omawiane: Wczesne rozpoznawanie raka żołądka i zwężenia jelita cienkiego. Pierwszy temat był opracowany przez referentów francuskich i niemieckich, drugi — przez Belgów, Anglików, Polaków, Amerykan i Hiszpanów. W dyskusji nad obu tematami przyjmowali udział przedstawiciele niemal wszystkich narodowości reprezentowanych na Kongresie. Niewątpliwym sukcesem polskim było przeprowadzenie wniosku zgłoszonego przez red. naszego Pisma Dr Wejnerta o uznaniu języka polskiego za jeden z urzędowych na przyszłym Zjeździe odbyć się mającym za 3 lata w Londynie.

Spośród Członków Polskiego Tow. Gastrologicznego byli obecni na Zjeździe: wspomniany powyżej Dr Wejnert, który był powołany do Prezydium i na jednego z Prezesów Honorowych, oraz Dr Franciszek Niewiadomski i dr Jerzy Glas.

---

Kongres dotyczący niedomogi wątroby odbył się w dn. 16—19 września r. b. w Vichy. Wygłoszono przeszło 20 referatów wobec przeszło tysiąca uczestników. Polskie Tow. Gastrologiczne reprezentowali: Dr Wejnert i Dr Niewiadomski.

Redakcja otrzymała: *Medycznyj żurnał* t. VI, *Archiw Biologicznych Nauk* t. XL, XLI, XLII, XLIII, XLIV. *Journal Belge de Gastro-enterologie* T. IV, V. *Revue Belge des Sciences Médicales* T. IX. *Congrès International de l'insuffisance hépatique*, Vichy 1937. *Osnowi patologicznoj fizjologii* T. III.