

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ: Mikołaj Rejchman. Str. 1564.—I. Antoni Gabszewicz. Wyniki zabiegów operacyjnych w zwężeniach odźwiernika nienowotworowego pochodzenia. Str. 1572. II. Kazimierz Rzętkowski. Badania nad rozwojem charactwa w przebiegu nowotworów mysich doświadczalnych. Str. 1589.—III. Natalia Turkiewiczówna. Przyczynek do anatomii patologicznej przepuklin przeponowych. Str. 1597.—IV. Zygmunt Grudziński. Radiodyagnostyka zwężeń przełyku. Str. 1608.—V. Kazimierz Dąbrowski. Dwa przypadki rozstrzeni żołądkowej u młodych chłopców Str. 1615.—VI. Feliks Smużyński. Z kazuistyki zwężeń bliznowatych przełyku i żołądka. Str. 1618.—*Wiadomości bieżące.* Str. 1620.—Nadesłane do Redakcyi. Str. 1622.

W czterdziestą rocznicę

działalności lekarskiej

Mikołajowi Rejchmanowi

w uznaniu jego zasług

na polu piśmiennictwa lekarskiego polskiego

GAZETA LEKARSKA.

Mikołaj Rejchman.

Nie utartemi drogami, ani ubitym szedł gościńcem. Już na początku swojej kariery, może najbardziej płodnym, nowe stwarzał zagadnienia i rozwijał je szczęśliwie.

Z umysłem nieuprzedzonym jął się pracy na niwie przedtem mało uprawianej, a że dała plon obfity, jako jeden z pierwszych w znacznej mierze się przyczynił. Zaopatrzony w doświadczenie kliniczne, zdobyte wieloletnią praktyką szpitalną, upodobał sobie dziedzinę patologii przewodu pokarmowego, nie odosobnionego, lecz rozlicznymi węzłami sprzężonego z całokształtem czynności ustroju człowieka. Postępował, jak fizyolog, który obejmując zbiór zdobyczy tej wielkiej nauki, szuka prawd ukrytych w jednym kierunku i nie przerzuca się na inne pola, przeciwnie uposażony w doświadczenie i w udoskonalone metody badania, rozwija i pogłębia tezy pierwotne.

Aczkolwiek niewątpliwie szkoła dobra pożytecznych wydaje pracowników, to jednak często bywa ona tą czulą matką, która ze zbytku troskliwości tamuje samodzielność i polot wrodzony młodego pokolenia. Mikołaj Rejchman nie był w takiej cieplarni wychowany. Po studiach, które rozpoczął w świetnej pamięci Szkole Głównej, a ukończył przed laty 40-u w Uniwersytecie Warszawskim, innego nauczyciela nie posiadał, sam się wyszkolił, swojej pracy znoonej i sumienności zawdzięcza uznanie, jakie zdobył nie tylko wśród swoich, lecz i poza granicami mowy polskiej.

Losem rzucony na Daleki Wschód, przez lat 7 odrazu jako samodzielny ordynator szpitalny oddaje się studiom w zakresie medycyny wewnętrznej. Przed przybyciem do kraju zapoznaje się z kierunkiem nauk lekarskich w Paryżu, w roku 1881 osiada na stałe w mieście rodzinnem, w którym ku wielkiej szkodzi dla nauki stanowiska szpitalnego nie uzyskal.

Ale na początku swojej działalności naukowej znalazł znakomitego w innej dziedzinie mistrza, jakim był Nawrocki; w jego laboratorium panowała podówczas wspaniała atmosfera naukowa, w której z zapalem oddawali się badaniom młodzi pracownicy. Tu R. wyćwiczył się w metodach badania, a te metody fizyologiczne, metody ścisłe, przystosował do ustroju człowieka.

A pracę trzeba było zaczynać od fundamentów. Jeszcze w roku 1881 nie była rozstrzygnięta kwestya, czy białko skrzeple lub włóknik pod wpływem soku żołądkowego rozpuszcza się, czy też rozdziela na drobne cząsteczki. Jeszcze wtedy jedni badacze za jedyny czynnik, trawiący białko w soku żołądkowym, uważali kwas, w skład jego wchodzący (Tiedemann i Gmelin), inni kwasowi soku żołądkowego przypisywali własność zamiany ciał białkowych na parapepton (Brücke, Maly, Hoppe-Seyler, Riche), inni wreszcie w akcie trawienia upatrywali wpływ obu składników soku żołądkowego (Schiff).

W tej właśnie chwili Rejchman przeprowadził badania nad trawieniem sztucznym. Chodziło głównie o rozstrzygnięcie kwestyi: 1) w jakim stanie znajdują się rozpuszczone ciała białkowe od samego początku sprawy trawienia, 2) czy na powstawanie pierwotnych produktów trawienia wywiera wpływ jedynie tylko kwas, czy też kwas i pepsyna.

Dla rozwiązania tych pytań Rejchman poddawał włóknik działaniu kwasu solnego w różnych ciepłotach i badał otrzymane produkty.

Wbrew twierdzeniu Brücke'go, R. doszedł do przekonania, że włóknik przechodzi do roztworu, lecz nie jest, jak przypuszczano, zawieszony w postaci drobnych cząsteczek; nasłupnie udowodnił, że parapepton jest produktem przejściowym trawienia białka, który zamienia się na pepton; że ciało, powstające przy działaniu soku żołądkowego na włóknik, strącające się przez zagotowanie, meta pepton, jest również produktem przejściowym. Ponieważ nie rozpuszczanie ciał białkowych, lecz przemiana ich stopniowa na pepton stanowi o sile trawienia żołądkowego, R. niezależnie od Schmidt-Mühlheim'a opracował sposób ilościowego oznaczenia peptonu na drodze kolorymetrycznej, używając za odczynnik roztworu siarkanu miedzi i wodzianu potasu.

Jeżeli podstawowe wiadomości o przebiegu trawienia żołądkowego przed 20-u jeszcze laty wymagały wyjaśnienia, to można sobie przedstawić, na jakim stopniu stało rozpoznanie i leczenie chorób żołądka. Wprawdzie już w roku 1873 Leube zastosował pompkę żołądkową do wydobywania zawartości i do opróżniania z niej żołądka, to jednak ta metoda przez czas długi mało jeszcze przyczyniała się do rozróżniania różnych postaci cierpień tego narządu.

Dowodem tego jest dzieło, wydane w r. 1882 przez Rejchmana p. t. „Niestrawność (*dyspepsia*)”. Monografia ta bardzo pożyteczna, bo popularyzująca dziedzinę podówczas nieuprawianą, obejmuje anatomię i fizjologię przewodu pokarmowego, patogenezę, symptomatologię, etyologię, rozpoznanie i leczenie różnych postaci niestrawności, których różniczkowanie opierało się więcej na objawach, niż na danych przedmiotowych.

W r. 1882 ogłosił Rejchman opis przypadku, niezwykle nietyle ze względu na objawy (skurczowe bóle w okolicy żołądka, dochodzące do najwyższego natężenia nad ranem, zgaga, pragnienie, łaknienie nadmierne), ile ze względu na ilość i cechy zawartości żołądka.

Żołądek tego chorego, pomimo zupełnego opróżnienia wieczorem za pomocą pompki, zawierał zrana płyn kwaśny, prawie przezroczysty, o barwie zielonkawej, bez osadu, w ilości 180 do 300 cm sz. Stopień kwaśności wynosił 2.7—3.2‰, i zależał prawie wyłącznie od kwasu solnego. Nadto płyn ten zawierał pepsynę; był więc to sok żołądkowy.

W roku następnym ogłosił R. drugi przypadek bezustannego wydzielania soku żołądkowego o wysokim stopniu kwaśności, wynoszącym podczas trawienia 0.4‰, naczczo 0.32‰, przy czynności mechanicznej zupełnie prawidłowej.

Niektórzy autorowie francuscy utrzymywali wprawdzie, że istnieją postaci niestrawności, zależne od zwiększenia ilości kwasu solnego w soku żołąd-

kowym, twierdzenia tego jednakże nie mogli poprzeć dostatecznymi dowodami. Dwa spostrzeżenia Rejchmana, nowemi podówczas metodami zbadane, istnienie postaci chorobnych o wzmożonem wydzielaniu ustaliły.

R. też wykazał, że objawy towarzyszące nadmiernemu wydzielaniu, zgaga i zwracanie płynów kwaśnych, nie są tylko dla tej sprawy swoiste. W odczycie p. t. „O t. zw. niestrawności kwaśnej“, wygłoszonym na IV-ym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, autor rozróżnia sześć grup cierpień żołądka, którym objawy te towarzyszą. Niezbędnym warunkiem powstawania zgagi jest: 1) kwaśna zawartość żołądka, czy to zależna od kwasu solnego, czy też od kwasów organicznych; 2) zwiotczenie zwieracza wpustu lub czynne otwieranie się jego, które przychodzi do skutku przez podrażnienie błony śluzowej żołądka.

Po tych pierwszych spostrzeżeniach Rejchmana ukazały się liczne prace (Sahli, Schuetz, Rossbach, Riegel, van der Velden), poświęcone opisowi i rozbirowi podobnych przypadków. Pierwsze jednak wśród nich miejsce zajmują badania Jaworskiego i Gluźńskiego, którzy tę sprawę wszechstronnie wyjaśnili. Autorzy ci w istocie opierali się na większym materiale, niż wszyscy inni razem wzięci, bo na 48 przypadkach; nadto wykazali, że istnieją postaci lżejsze (*hypersecretio*, *hyperaciditas*) w zależności od wzmożonej pobudliwości przyrządu wydzielniczego u większości chorych, dotkniętych zaburzeniami ze strony żołądka.

Wydzielanie czystego soku w czczym żołądku bez udziału bodźców zewnętrznych nazwał R. sokotokiem żołądkowym (*gastrosuccorrhoea*) i wyróżnił dwie tej sprawy postaci: sokotok okresowy i sokotok stały. Pierwsza postać występuje już to jako jeden z przejawów chorób ośrodków nerwowych (*tabes*) lub całego układu nerwowego (*hysteria*, *neurasthenia*), już też jako samoistne zboczenie w nerwach wydzielniczych żołądka. Sokotok stały rozwija się na tle wzmożonej pobudliwości narządu wydzielniczego i zaburzeń w mechanizmie. Pobudliwość narządu wydzielniczego bywa tak znaczna, że nie tylko sok żołądkowy wydziela się szybko pod wpływem pokarmów, lecz znajduje się nieraz w ilości znacznej w żołądku czczym, poprzedniego dnia całkowicie opróżnionym.

Opracował też metody leczenia t. zw. niestrawności kwaśnej, kładąc szczególny nacisk na przemywanie żołądka zapomocą przyrządu lewarowego własnego pomysłu. Do zabiegu tego w oddzielnej pracy podał szczegółowo wskazania i przeciwwskazania.

Jak nadmiernemu wydzielaniu towarzyszą zgaga i zwracanie płynu kwaśnego żołądka, *resp.* wymioty, tak zniesieniu wydzielania towarzyszą: nieprzyjemne uczucie w brzuchu, nudności i zwracanie płynu wodnistego. „Ponieważ“, mówi Rejchman, „przy żadnej innej chorobie nie spotykamy wyżej opisanego syndromu, przeto uważać go musimy za znamionujący, t. j. patognomoniczny objaw zanikowego nieżytu żołądka (*gastritis atrophicans*)“.

Od tych właśnie postaci chorobnych żołądka, których istota polega bądź na zmianach anatomicznych tego narządu, bądź też na zboczeniach wydzielniczych, R. w pracy p. t. „Niestrawność nerwowa“, na mocy badań 40-u

przypadków, wyróżnił zaburzenia, powstające na drodze nerwowej, opisał różne tej sprawy objawy, podał rozpoznanie różniczkowe oraz metody postępowania.

Prace zaznaczone, ogłoszone przed laty 25 — 30-u, w znacznej mierze przyczyniły się do wyjaśnienia wielu niezbadanych do tego czasu zaburzeń ze strony żołądka.

W takim stanie rzeczy rozwój patologii wymagał rewizji stosowanych zabiegów, opartych na empiryi. Wychodząc z tego założenia, R. przede wszystkim starał się przekonać, czy w istocie słuszny był przyjęty powszechnie pogląd, że chlorek sodu, przy działaniu miejscowem, pobudza wydzielanie soku żołądkowego. W tym celu badał zachowanie się tej substancji, w różnem zadawanej stężeniu, tak w stanie normalnym, jak i patologicznym żołądka. Wbrew oczekiwaniu okazało się: 1) że chlorek sodu przy działaniu miejscowem nie pobudza do wydzielania soku żołądkowego, 2) że w tych warunkach zmniejsza stopień kwaśności soku żołądkowego, a być może w pewnym stopniu ogranicza nawet wydzielanie tego soku, nie tylko w znacznym (5 — 10%), lecz i w słabszym stężeniu (1 — 2%), że to zmniejszenie kwaśności powstaje głównie wskutek przesięku z naczyń błony śluzowej żołądka. Działanie więc bezpośrednie NaCl na błonę śluzową żołądka autor objaśnia zjawiskiem osmozy, a jest to fakt, który późniejsze badania w zupełności potwierdziły.

W braku kwasu solnego w zawartości żołądka, zwłaszcza w zbadanym dokładnie przez Jaworskiego zanikowym nieżycie żołądka, R. zalecił zastąpienie brakującego lub w nieznacznej tylko ilości wydzielanego soku żołądkowego trawieniem trzustkowem, przekonał się bowiem, że pod wpływem peptonizującego działania soku trzustkowego pokarm w żołądku, dotkniętym nieżytem zanikowym, rozpuszcza się doskonale, a miazga pokarmowa staje się rzadką. W tym celu radził R. stosować wyciąg wyskokowy z trzustki, przygotowany przez wytrawianie 1—2-u dniowe trzustki wołowej 12—15% alkoholem.

Takie leczenie nadaje się w przypadkach znacznego upośledzenia czynności wydzielniczej żołądka, aczkolwiek, jak inne badania tegoż autora wykazały, w niektórych przypadkach kwas solny, wprowadzony *per os*, pobudza wydzielanie soku żołądkowego.

Środkom gorzkim odmawiał R. poważniejszego znaczenia w sprawie wydzielania soku żołądkowego, przeciwnie na mocy 173 doświadczeń doszedł do przekonania, że bezpośrednio po wprowadzeniu upośledzającą czynność wydzielniczą żołądka.

Liczne badania, w różnych przeprowadzone warunkach przez Rejchmana, okazały, że dwuwęglan sodu, ważny składnik wód mineralnych, nie wywiera bezpośredniego wpływu na czynność wydzielniczą żołądka, lecz na sok już wydzielony, zobojętniając go i alkalizując. Z tego punktu widzenia związki alkaliczne okazują wpływ korzystny na usunięcie dotkliwych objawów chorobnych, a nawet na stan samej błony śluzowej żołądka.

R. zbadał też trawienie mleka w żołądku ludzkim, tak surowego i go-

owanego, jak i zalkalizowanego. Liczne spostrzeżenia, w tym kierunku dokonane, okazały, że: 1) trawienie mleka surowego kończy się po trzech godzinach, krzepnięcie w zależności od podpuszczki odbywa się już po upływie 5-u minut, największa kwaśność występuje w 1 godzinę i 15 minut, największa ilość peptonu wykrywa się w 30 minut do 2-ch godzin, 2) trawienie mleka surowego kończy się wcześniej, peptonizacja zaczyna się wcześniej, niż w mleku gotowanym, alkalia dodane do mleka (np. 1 gr. dwuwęglanu sodu na 100 cm sz mleka) usuwają peptonizujący wpływ soku żołądkowego, nie wywierając działania upośledzającego na krzepnięcie mleka pod wpływem podpuszczki.

Poznanie warunków trawienia w żołądku posiada doniosłe znaczenie w sprawie stosowania diety mlecznej, wprowadzonej przez Cruveilhier'a, a następnie rozpowszechnionej przez Ziemmsen'a i Leube'go, jako środka odżywczego we wrzodzie żołądka. Ciężkie te zaburzenia, wymagające długotrwałego i starannego leczenia, a nadto wielkiej cierpliwości ze strony lekarza i chorego, dały powód ejchmanowi do wypowiedzenia swoich spostrzeżeń w kilku publikacjach, które zestawione zostały w niedawno wydanym Odczycie klinicznym p. t. „O leczeniu przewlekłego wrzodu żołądka”. W pracy tej zebrane są cenne wskazówki do postępowania w różnych okresach tej choroby, oparte na 30-letnim doświadczeniu autora.

Wspólnie z Heryngiem R. udoskonalił metodę prześwietlania żołądka i wykazał tej metody zalety i braki. Na zasadzie licznych badań oraz wyników, ogłoszonych przez innych autorów, R. doszedł do wniosku, że: 1) prześwietlaną być może tylko część przednia żołądka, niepokryta przez wątrobę, 2) za pomocą prześwietlania można przekonać się o położeniu i rozciągłości krzywizny wielkiej żołądka, można rozpoznać opuszczenie żołądka, wydłużenie jego i nieomogę ruchową. Nadto badania za pomocą prześwietlania okazały, że żołądek czy wcale nie jest skurczony, przeciwnie krzywizną wielką sięga poniżej pępka, a po napełnieniu wodą krzywizna wielka żołądka o mechanizmie normalnym nie spuszcza się ku dołowi, lecz podnosi się nawet na kilka centymetrów ku górze.

Nie spuszczał też R. z uwagi tych zaburzeń w innych narządach, które miały pewien związek z cierpieniami żołądka i pod tym względem przedstawiały pewne wątpliwości rozpoznawcze.

Tutaj należą spostrzeżenia nad t. zw. „*oesophagitis exfoliativa*”, w której to sprawie zgłębnik napotykał na przeszkodę, przedostając się pomiędzy błoną nabłonkową a śluzową przełyku; „nad związkiem pomiędzy pewnymi objawami żołądkowymi a cierpieniami gardzieli”, które okazały, że niektórym chorobom gardzieli i jamy nosowo-gardzielowej towarzyszą na drodze odruchowej przykre objawy ze strony żołądka w postaci wymiotów, rzadziej zwracania pokarmów i zgagi; ciekawe przyczynki do sprawy samostnych uchyłków w dolnej części przełyku, których wielkość i umiejscowienie przy umiejętnem stosowaniu zgłębnika oznaczał.

R. starał się nie tylko władać metodami badania, lecz je uzupełniać, czego dowodem jest dzieło p. t. „Nauka o chorobach narządu trawienia

(Semiotyka)“, wydane przez redakcję Gazety Lekarskiej, które spopularyzowało nowsze podówczas poglądy na cierpienia przewodu pokarmowego, oraz praca p. t. „Przyczynek do morfologii kału“, ogłoszona w r. 1884 w księdze jubileuszowej prof. Hoyera, zaopatrzona w piękne ilustracje, ułatwiające oryentowanie się w tej trudnej dziedzinie dyagnostyki lekarskiej.

Cenne też można znaleźć wskazówki w pracach Rejchmana, dotyczące dwu najważniejszych objawów chorób jelit, mianowicie nawykowego zaparcia stolca i biegunki przewlekłej.

Sprawy nawykowego zaparcia stolca, którego etyologia w wielu przypadkach nie jest wyjaśnioną, nie upatruje R. w usposobieniu neuropatycznym. Bardzo często kilkudniowe zaparcie bywa następstwem małej ilości zgromadzonego kału w jelitach, pomimo spożywania normalnej ilości pokarmów. Dzieje się to prawdopodobnie dlatego, że jedna z głównych lub kilka podstawowych części składowych kału ulega wessaniu. Ponieważ cierpienie to, według R., nie powoduje następstw szkodliwych, w braku środków, któreby tę nieprawidłowość usunąć mogły, leczenie wszelkie uważa R. za zbyteczne.

Przed laty 12-u tak przedstawiona kwestya wywołała w naszym Towarzystwie Lekarskiem bardzo ożywioną dyskusję, która okazała, jak różne były zapatrywania na te dotkliwe dla chorych zaburzenia.

W odczycie klinicznym „O przewlekłych biegunkach, o rozpoznawaniu ich różniczkowem i leczeniu“ R. podzielił ze względów praktycznych biegunki na 12 grup i opisał szczegółowo sposób postępowania w każdej z tych grup.

Na kamicę żółciową zapatrywał się R. jako na jedną z postaci zaburzeń w ogólnej przemianie materji. Objawy, przebieg i leczenie tej ciężkiej sprawy chorobnej w kilku pracach przedstawił szczegółowo i tem przyczynił się znacznie do rozpowszechnienia racjonalnego postępowania. W opisie wielki kładł nacisk na czynności żołądka w czasie i pomiędzy napadami kolki żółciowej. W sferze ruchowej najważniejszym i najuciążliwszym objawem jest wzdęcie żołądka, albo wymioty, albo oba objawy jednocześnie. Po przejściu napadu pozostaje bardzo często, jako następstwo tych zaburzeń, długotrwałe osłabienie błony mięśniowej żołądka, którego wyrazem są odbijania, uczucie ciężkości w dołku po jedzeniu, wzdęcie okolicy żołądkowej i t. d. R. zwrócił też uwagę na gastralgię, spostrzeganą w przestankach między napadami.

W leczeniu kamicy żółciowej środkami ogólnie znanymi szczególny nacisk położył na stosowanie oliwy podczas napadu i między napadami, a w sprawach zakaźnych dróg żółciowych — na zadawanie błękitu metylenowego, który, jak wykazały badania Achard'a i Castaigna, oraz Majewskiego i Żebrowskiego, dokonane na oddziale Pruszyńskiego, wydziela się z żółcią już po upływie 12-u minut od wprowadzenia *per os*.

W r. b. R. ogłosił pracę p. t. „Znaczenie rozpoznawcze bólu w chorobach narządu trawienia“, opartą na wieloletnich studyach klinicznych.

W r. 1906 R. obejmuje przewodnictwo w komisji nad badaniem raka, istniejącej przy W. T. Hygienicznej, a od r. 1900 przewodniczy posiedzeniom, poświęconym chorobom trawienia i przemiany materji w Tow. Lekarskiem Warszawskiem.

Nietylko był i jest dzielnym lekarzem i pracownikiem niepospolitym w dziedzinie patologii przewodu pokarmowego, lecz również położył wielkie zasługi przez wykształcenie szeregu uczniów i przez spopularyzowanie dziedziny uprawianej, nie szczędząc czasu i trudu w wykładach prywatnych dla studentów medycyny w ciągu lat wielu.

W czterdziestą rocznicę wielce pożytecznej działalności zasłużonemu lekarzowi i zacnemu koledze wdzięczni towarzysze pracy w redakcji Gazety Lekarskiej, do rozwoju której jubilat wieloletnimi staraniami wiele się przyczynił, ślą gorące życzenia, aby dalej jak dotąd, w pełni sił i zapału pracował owocnie na niwie dotąd zaszczytnie uprawianej, zwłaszcza aby znalazł współpracowników, którzy, tak jak on, nie szczędziliby zachodu w poznaniu tak dotąd niezbadanej jeszcze sprawy, jaką przedstawiają twory złośliwe, względem których sztuka lekarska jest bezsilną. Pracowitość jego, przy rozwadze i spokoju oraz wielkiem doświadczeniu klinicznym, wzbudzają w nas wiarę, że w tej dziedzinie, jak i w wielu innych, polscy badacze przyczynią się do rozwoju nauki dla dobra ludzkości.

Doc. Dr Jan Pruszyński.

Prace M. Rejchmana drukiem ogłoszone.

1. Nowe poszukiwania nad sztucznym trawieniem. *Gaz. Lek.* 1881. I. 645 oraz *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1881. 606.
2. Niestrawność (dyspepsja). Pogląd na obecne stanowisko nauki o chorobowych zmianach w czynności przewodu pokarmowego, o sposobach ich powstawania, rozpoznawania i leczenia. Warszawa, 1882, 8-o, str. VI+312.
3. Przypadek chorobowo wzmożonego wydzielania soku żołądkowego. *Gaz. Lek.* 1882, 516.
4. Kilka słów o określeniu stopnia i przyrody kwaśnej zawartości żołądka. *Gaz. Lek.* 1882, 45.
5. Drugi przypadek bezustannego wydzielania soku żołądkowego, wysokiego stopnia kwaśności. *Gaz. Lek.* 1883, 839.
6. Strumień przerywany elektryczny przeciw przewlekłemu zaparciu stolca. *Med.* 1883, 93.
7. Niestrawność nerwowa. *Gaz. Lek.* 1883, 369, 393, 423, 433.
8. Jajka pasożytów w kale ludzkim. *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1883, 353.
9. Przyczynek do drobnowidzowej morfologii kału. Księga Pamiątkowa prof. Hoyera.
10. Badanie nad trawieniem mleka w żołądku ludzkim, dokonane w celach klinicznych. *Gaz. Lek.* 1884, 573.
11. Badania nad trawieniem mleka w celach klinicznych (dopełnienie). *Gaz. Lek.* 1885, 412.
12. O t. zw. niestrawności kwaśnej. Przyczynek do symptomatologii chorób żołądka. *Gaz. Lek.* 1884, 535.
13. O przepłukiwaniu żołądka jako metodzie leczniczej. *Gaz. Lek.* 1886. № 10.
14. O sokotoku żołądkowym, przyczynek do patologii żołądka. *Gaz. Lek.* 1887, 89, 118, 147, 171.
15. O miejscowym wpływie chlorku sodu na wydzielanie soku żołądkowego. *Gaz. Lek.* 1887, 200.

16. Badania doświadczalne nad wpływem środków gorzkich na czynność żołądka zdrowego i chorego. *Gaz. Lek.* 1887, 556.
17. O sztucznym trawieniu trzustkowym w żołądku, zastosowaniem do celów leczniczych. *Gaz. Lek.* 1888, № 47.
18. Różowa zawartość żołądka. *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1887, 706.
19. O związku pomiędzy pewnymi objawami żołądkowymi a cierpieniami gardzieli. *Gaz. Lek.* 1889, 185.
20. Przypadek *oesophagitidis exfoliativae*. *Gaz. Lek.* 1890, 181.
21. Nauka o chorobach narządu trawienia (semiotyka). Warszawa, 1890, 8-o str. 115.
22. Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej (*cholelithiasis*). *Odczyty klin.* 1891, № 34.
23. O znaczeniu kwasu solnego w lecznictwie chorób żołądka. *Gaz. Lek.* 1891, str. 444 (wspólnie z Mintzem).
24. O dużych samoistnych uchyłkach dolnej części przełyku. *Gaz. Lek.* 1893.
25. Badania doświadczalne nad bezpośrednim wpływem dwuwęglanu sodu na wydzielanie soku żołądkowego. *Gaz. Lek.* 1894, str. 1035, 1063 i 1098.
26. Przypadek klonicznych skurczów przepony bez czkawki. *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1895, str. 215.
27. Przypadek przemieszczenia serca i żołądka. *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1896, str. 734.
28. O elektrycznym prześwietlaniu żołądka w celach rozpoznawczych. *Gaz. Lek.* 1896, str. 849 i 877.
29. Rak poprzeczny, przetoka żołądkowo-okreźnicowa. *Anastomosis colo-colica*. *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1895, str. 507 (wspólnie z Kosińskim).
30. O wpływie chorób dróg żółciowych na czynność ruchową żołądka. *Gaz. Lek.* 1897, str. 421.
31. Nowe leki. *Kryt. Lek.* 1897. str. 201.
32. Przyczynek do rozpoznania zanikowego nieżytu żołądka. *Gaz. Lek.* 1898, str. 28.
33. O przewlekłych biegunkach, o rozpoznawaniu ich różniczkowo i leczeniu. *Odczyty klin.* 1899, № 123.
34. Przyczynek do nauki o sposobach powstawania (patogeneza) t. zw. nawykowego zaparcia stolca. *Gaz. Lek.* 1900, str. 587.
35. O leczeniu kamicy żółciowej (*cholelithiasis*), *Gaz. Lek.* 1900, str. 1151.
36. Kilka słów o rozpoznawaniu i leczeniu spraw zakaźno-zapalnych pęcherzyka i przewodów żółciowych (*cholecystitis i cholangitis infectiosa*). *Gaz. Lek.* 1903, str. 292.
37. Przyczynek do statystyki chorych na raka. *Gaz. Lek.* 1904 str. 983.
38. O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka. *Gaz. Lek.* 1905, str. 1.
39. Kilka słów o lekach, stosowanych przeciwko wnetrzakom kiszki. *Gaz. Lek.* 1909, str. 129.
40. O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka. *Gaz. Lek.* 1910 str. 637.
41. Przypadek cierpienia przewodu pokarmowego na tle septykemii. *Gaz. Lek.* 1911, str. 473 (wspólnie z Karwackim).
42. O leczeniu peptycznego wrzodu żołądka. *Odczyty Klin.* 1912, № 228.
43. Znaczenie rozpoznawcze bólu w chorobach narządu trawienia. *Medycyna i Kron. Lek.* 1913, № 23, 24.

Wiele z tych prac było ogłoszonych w czasopismach i archiwach niemieckich,

I.

Wyniki zabiegów operacyjnych przy zwężeniach odźwiernika nienowotworowego pochodzenia.

PODAŁ

Antoni Gabszewicz.

W roku 1905 w Gazecie Lekarskiej ogłosiłem obszerniejsze sprawozdanie ze stanu postępów chirurgicznego leczenia chorób żołądka za okres 25-letni, rozpoczynając od Gussenbauer'a, który w roku 1876 pisał: „podług mego zdania, jest widoczne, że zwężenia odźwiernika, manifestujące się przez wyraźne objawy, musi nieodwrotnie spowodować zejście śmiertelne; wskutek tego prędzej jeszcze, niż rak, wymaga wycięcia odźwiernika“. Była to jednak tylko myśl, którą nie Gussenbauer, ale pierwszy Pean w 3 lata później t. j. w 1879 r. przyoblekł w szaty rzeczywiste, wykonał on wycięcie odźwiernika z powodu raka; operowany zmarł i to na tyle zraziło Pean'a, że nie rokował wcale przyszłości tej operacji. Rydygier był drugim, który wykonał tę operację w 1880 r. w listopadzie, również z zejściem niepomysłnem dla chorego, ale ogłaszając swój pierwszy przypadek operowany i podając samą metodę operacji, pisze: „z operacji tej można nabrać przekonania, że operacja wycięcia odźwiernika ma niewątpliwą przyszłość i nie trzeba się zrażać pierwszemi niepowodzeniami“. Billroth był szczęśliwszy, ziszczając nadzieje Rydygiera, gdyż pierwszy operowany przez niego przypadek raka odźwiernika w 1881 zakończył się pomyślnie. Zasługa jednak Rydygiera o tyle jest wielką, że już w tym samym roku, t. j. w 1881, rozszerzył wskazania do wycięcia odźwiernika; mianowicie, za wskazanie do tego zabiegu uważał obecność wrzodu okrągłego odźwiernika i powstające po nim zwężenie bliznowate; w tym samym roku w listopadzie u jednej chorej wykonał powyższą operację, z zupełnem dla niej powodzeniem: operowana, jak o tem wspomina prof. Rydygier w odczycie klinicznym z 1912 roku, cieszy się jaknajlepszym zdrowiem, a więc w 30 lat po dokonanej operacji.

Na znaczny postęp, jeżeli nie w kierunku istotnego leczenia chorób żołądka, to przynajmniej w kierunku usunięcia groźnych objawów, wpłynęła nowa metoda operacyjna, ogłoszona także w 1881 roku przez Woelfler'a, a polegająca na zespoleniu żołądka z jelitem, z pominięciem istotnego miejsca sprawy chorobnej.

Woelfler zastosował tę metodę po raz pierwszy w przypadku raka odźwiernika, nie nadającego się do wycięcia. Zabieg ten operacyjny wkrótce znalazł nadzwyczaj szerokie zastosowanie we wrzodzie okrągłym żołądka i w jego częstem następstwie—zwężeniu bliznowatym odźwiernika.

W obec tych dwu zasadniczych metod t. j. wycięcia odźwiernika i zespolenia żołądka z jelitem, trzecia metoda, zalecona jednocześnie przez Hei-

neke'go i Mikulicza w 1887 r., jako plastyka odźwiernika, mogła znaleźć tylko bardzo ograniczone zastosowanie i tylko w odpowiednich przypadkach; stosunkowo najczęściej była stosowana przez Mikulicza samego, o czym obszerniej pisałem w artykule z 1905 roku. To samo da się powiedzieć i o *gastrólipsis*, zaleconej przez Hacker'a.

W niniejszym artykule pomijam zupełnie sprawę raka żołądka, a zajmę się wyłącznie przypadkami, w których cierpienie ze strony żołądka rozpoznawano, jako zależne od wrzodu żołądka, a raczej jego następstwa—bliznowatego zwężenia odźwiernika lub dwunastnicy; rozpoznanie to potwierdzane zazwyczaj bywało podczas operacji i poparte było przez dalszy przebieg pooperacyjny i stan chorego w jednych przypadkach przez czas dłuższy, w innych przez czas krótszy, w innych na sekcji zwłok.

Przypadek I-y. *Stenosis pylori et duodeni non neoplasmatica.*

W pierwszej połowie kwietnia 1894 r. przybyła na oddział kol. Hewelkego do szpitala Ś go Rocha 33-letnia R. G., miernej budowy ciała, bardzo wyniszczona. Od 6-u miesięcy zaczęła doznawać bólów w dołku, szczególnie po jedzeniu. Na 2 miesiące przed przybyciem do szpitala zaczęły występować wymioty, z początku co parę dni, potem codziennie, a w ostatnich tygodniach po parę razy dziennie. Od 2-u lat kaszle; w ostatnich miesiącach bardzo schudła; przy wymiotach nigdy krwi nie zauważyła. Waga ciała wynosi 101 funtów. Przy badaniu brzucha, dzięki zwirotczalym powłokom, można w prawem podżebrzu na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha wymacać ograniczone stwardnienie w jamie brzusznej; żołądek rozszerzony. Dolna granica na 2 palce poniżej pępka. Naczczo w zawartości wykrywa się wolny kwas solny, w godzinę po przyjęciu próbnego śniadania wydobywa się tę samą ilość zawartości płynnej z zupełnie nieprzetrawionymi kawałkami bułki. W wierzchołku prawego płuca stłumienie, oddech nieokreślony; w płwocinie nie znaleziono laseczników Kocha. Stan bezgorączkowy. W moczu zmian nie wykryto. Pomimo codziennego płukania, stan chorej nie poprawiał się wcale; po 10-u dniach waga ciała spadła do 96-u funtów. Chorej zaproponowano operację, na którą się chętnie zgodziła.

21-go kwietnia w uśpieniu chloroformowem przystąpiłem do operacji. Żołądek umiarkowanie rozszerzony; w części odźwiernikowej tuż przy dwunastnicy i w samej dwunastnicy wyczuwa się podłużne stwardnienie długości koło 3-eh cm, grubości dużego palca. Naokoło odźwiernika i dwunastnicy znajdują się pasma, łączące je z pęcherzykiem żółciowym i wątrobą. Po uprzednim podwiązaniu zrosty poprzedzieliłem. Następnie wyciąłem część odźwiernika i dwunastnicy, zajęte sprawą chorobną, i przyszyłem dwunastnicę do dolnego otworu żołądka przy dużej krzywiznie, zaszywając górny odcinek rany żołądka. Chora zniosła operację dość dobrze. Nieprzyjemne powikłanie po operacji przedstawiał uporczywy kaszel, który na krótko tylko uspakajał się po zastrzyknięciu morfiny. Poza tem stan bezgorączkowy; wymiotów wcale nie było. W drugim tygodniu chora czuje się znacznie lepiej; łaknienie dobre; pije dosyć mleka. Dokuczają jej jednak kaszel. W 3-im tygodniu czuje się o wiele mocniejsza, siedzi na łóżku; wymiotów wcale niema. W czwartym tygodniu ciepłota wieczorem dochodzi do 37,8⁰. Łaknienie się zmniejsza; 25-go dnia po operacji zejście śmiertelne. Na sekcji okazało się, że szew łączący żołądek z dwunastnicą trzyma dobrze; rozmiary żołądka zmniejszone w porównaniu do tych, jakie widziano podczas operacji. W wierzchołku prawego płuca i w płacie środkowym rozrzucone ogniska serowate, otoczone tkanką łączną; w wierzchołku znajduje się tylko jedna większa jama, wypełniona śluzem ropiastym.

Wycięty preparat podczas operacji miał 8 cm. długości; światło było w nim

tak zwężone, że tylko udawało się przeprowadzić cienki zgłębnik; kierunek światła kręty; badanie drobnowidowe, wykonane przez prof. Przewoskiego, wykazało, że błona śluzowa na całej długości zwężenia była mocno zgrubiała; gruczoły znacznie powiększone, ale postać ich prawidłowa, granice ich od tkanki łącznej wszędzie wyraźne; dno gruczołów nigdzie nie wkracza do tkanki podśluzowej. Tkanka podśluzowa 5—6 razy szersza, miejscami wyraźnie nacieczona; błona mięsna i błona surowicza także ze 3 razy grubsze; w niektórych tylko miejscach na błonie śluzowej można było dostrzedz powierzchowne owrzodzenia.

Przypadek 2-gi. *Stenosis pylori ex adhaesionibus.*

W połowie sierpnia 1901 roku przybyła na oddział kol. Hewelkego do szpitala św. Rocha 44-letnia H. Skrz. z powodu dolegliwości żołądkowych, trapiących ją od 2-ch lat; w szpitalu pozostawała wtedy przez 2 miesiące; skonstruowano rozszerzenie żołądka; codzienne przepłukiwania żołądka na tyle złagodziły bole żołądka, że chora, czując się lepiej, w połowie października wypisała się ze szpitala. W listopadzie jednak bole na nowo wystąpiły, a wkrótce dołączyły się do bólów i wymioty. W końcu listopada 1901 r. po raz wtóry zapisała się do szpitala; chora bardzo wyniszczona; waga ciała 103 funty. Dzięki przemywaniom żołądka, stan jej w szpitalu nieco się poprawiał pod względem subiektywnym; po spożyciu próbnego śniadania w godzinę wydobyto tę samą ilość zawartości płynnej z nieprzetrawioną bułką. Chora spożywała dużo mleka; przy rannem płukaniu często wydobywano od 500—800 cm sz białego mlecznego płynu. W styczniu 1902 roku waga ciała spadła do 96 funtów. W marcu stan jej się nieco poprawia; waga ciała 103 funty; chora opuszcza szpital. W drugiej połowie kwietnia chora przybywa do szpitala ze znacznym pogorszeniem. Waga ciała 100 funtów. Wtedy to po raz pierwszy widziałem chorą. Dobrej budowy ciała, bardzo wychudzona. Guzowatości żadnej się nie wyczuwa; przy pocieraniu powłok brzusznych uwydatniają się skurcze żołądka i jednocześnie rozdymają się pętle jelit. Zaproponowano chorej operację, na którą się zgodziła i którą wykonałem 1 maja 1902 roku. Po rozcięciu otrzewnej ściennej okazało się, że jest ona sklejona na znacznej przestrzeni z siecią, żołądkiem i jelitami; odklejając powoli zrosty bez zbyt znacznego krwawienia, udało mi się obnażyć okolicę odźwiernika i dwunastnicy. Oba te narządy są mocno skleione z pęcherzykiem żółciowym, a część odźwiernika, przechodząca w dwunastnicę, jest przegięta i unieruchomiona przez szersze lub węższe pasma dość znacznej grubości; te ostatnie po podwiązaniu przecięto, oddzielono pęcherzyk żółciowy, a wtedy dopiero można było się przekonać, że część odźwiernikowa i dwunastnica są ruchome, i że od strony żołądka palec swobodnie wchodzi do dwunastnicy.

Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny. Nie było wcale wymiotów. Na trzeci dzień chora zaczęła przyjmować płynne pożywienie; sfolce co kilka dni bez ławatywy. Po dwu tygodniach przeszła na oddział Hewelkego, gdzie pozostawała do końca maja. Waga ciała ostatniego maja wynosi 116 funtów; chemizm i mechanizm żołądka znakomicie się poprawił. W marcu 1903 roku waga ciała wynosiła 130 funtów. Do roku 1905 waga ciała chwiała się, niekiedy spadała do 116 funtów, to znów podnosiła się do 130 funtów; operowana jednak czuła się dobrze, pracowała dość ciężko, spożywała niemal wszystkie pokarmy; raz jeden tylko podczas trzyletniego okresu pooperacyjnego dostała wymiotów po odbyciu kilkumilowej podróży po złej drodze. Od 1905 roku stan jej pod względem ogólnym poprawił się o wiele na lepsze; waga ciała w 1907 roku wynosiła 156 funtów; przytyła; żadnych dolegliwości ze strony narządów trawienia. Operowaną widziałem po raz ostatni w 1911 roku, t. j. w 9 lat po zabiegu operacyjnym: waga ciała 160 funtów; żadnych bólów ani wymiotów; stolce prawidłowe. Zmarła w 1912 roku podczas mej nieobecności w Warszawie; od męża dowiedziałem się, że zejście śmiertelne nastąpiło po tygodniowym trwaniu choroby, wskutek zapalenia płuc.

Przypadek 3-ci. *Stenosis pylori et duodeni non neoplasmatica.*

J. Z., lat 32, urzędnik, przybył do szpitala św. Rocha 24-go października 1905 roku. Przed rokiem zaczął doznawać niewielkich bólów w dołku po obfitszem jedzeniu, zwolna bole te stawały się dokuczliwsiymi: pół roku temu do bólów przyłączyły się nudności. Od 4-ch miesięcy zaś zaczęły występować wymioty, z początku co kilka dni, później częściej, a w ostatnich tygodniach codziennie pod wieczór. Chory średniej budowy ciała, bardzo wychudzony: waga ciała wynosi 110 funtów, łaknienie dosyć dobre; naczczu znajduje się wolny kwas solny. Przy badaniu brzucha nie wykrywa się żadnej guzowatości w okolicy odźwierniką żołądka. W narządach wewnętrznych żadnych zmian się nie stwierdza. W godzinę po próbnem śniadaniu kol. Knappe wydobył 200 cm sz. zawartości płynnej, w której znajdowały się jeszcze kawałki niestrawionej bułki.

28 października 1905 r. przystąpiłem do operacji w uśpieniu chloroformowem. Żołądek przedstawia się niezbyt rozszerzony. W okolicy odźwiernika i na początku dwunastnicy wyczuwa się stwardnienie cylindryczne, mające koło 4 ch cm długości. Otrzewna przedstawiała się prawidłowo, żadnych zrostów z sąsiednimi narządami nie było. Sądziłem, że wobec braku zrostów w danym przypadku odpowiednią będzie operacja Heineke-Mikulicza (pyloroplastyka), po rozcięciu jednak części dwunastnicy i odźwiernika poza granice stwardnienia, przekonałem się, że światło jest nadzwyczaj małe na całej długości stwardnienia, co sprawiłoby, że zeszybie żołądka i dwunastnicy w kierunku poprzecznym nie byłoby w stanie usunąć istniejącego zwężenia. Wobec tego choremu wyciąłem najpierw część żołądka i dwunastnicy, zajętej przez stwardnienie moźdelowate, zaszywając oddzielnie otwór w żołądku i oddzielnie w dwunastnicy, a następnie wykonałem zespolenie żołądka z jelitem czczem tylne po za okrężnicą (Gastroenterostomia retrocolica post. podług Hackera). Po tak długim zabiegu operowany był bardzo osłabiony; zastrzyknięto mu pod skórę 300 cm sz. rozczynu fizyologicznego soli kuchennej. Przez następne dni stan ogólny niezły, chociaż chory czuje się osłabionym. Ławatywy odżywcze. Ciepłota prawidłowa. Wymiotów nie było wcale, tętno 80, słabe. 6-go dnia stolec prawidłowy; łaknienie duże. 8-go dnia czuje się znacznie rańniejszym. 12-go dnia po operacji dostaje dreszczy; ciepłota 38,8⁰; wystąpiły objawy zapalenia płuca prawego w dolnym płacie. 14-go dnia zejście śmiertelne. Na sekcji objawy zgęszczenia w dolnym płacie prawego płuca i zastój w dolnym płacie lewego płuca. Na żołądku, na dwunastnicy i na miejscu zespolenia dość mocny zrost.

Wycięta część odźwiernika z początkiem dwunastnicy na miejscu stwardnienia, badana przez prof. Przewoskiego, przedstawia pod drobnowidzem przerost wszystkich tkanek. Gruczoły zachowują się prawidłowo. Światło na całej długości stwardnienia przepuszczało tylko zgłębnik złotowary.

Przypadek 4-ty. *Stenosis pylori et duodeni non neoplasmatica.*

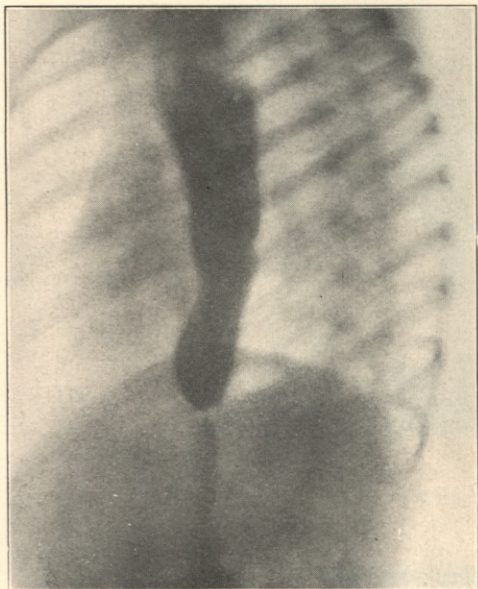
Pani Bejn lat 56 mająca, od roku zaczęła doznawać bólów po jedzeniu, szczególnie po przyjęciu stałych pokarmów, od 1/2 roku dołączyły się wymioty, które w ostatnich tygodniach występowały codziennie wieczorem. Przepłukiwanie żołądka, jakie jej stosowano w pracowni kol. Rejchmana, przynosiły tylko niewielką ulgę; bóle w ostatnich miesiącach nie wielkie, ale choa słabnie, chudnie, a wymioty wieczorne bardzo ją dręczą. Badanie, przeprowadzone u kolegi Rejchmana, wykazało zupełnie upośledzony mechanizm żołądka, z powiększoną kwaśnością ogólną i obecnością wolnego kwasu solnego. W innych narządach zmian nie stwierdzono.—Chorą po raz pierwszy widziałem 30 września 1906 roku: miernej budowy ciała, bardzo wychudzona; waga ciała — 85 funtów. Powłoki brzucha nadzwyczaj wiotkie; w pozycji leżącej, u chorej uwydatnia się ogromne wypuklenie brzucha, odpowiadające znacznie rozszerzonemu żołądkowi, tak, że dolna jego granica znajduje się na 2 palce powyżej spojenia łonowego; szczególnie wyraźnie zarysowują się granice

żołądka przy lekkim pocieraniu powłok brzusznych; wtedy widocznymi się stają miarowe skurcze żołądka, przebiegające od lewej strony ku prawej, dzielące żołądek jakby na kilka segmentów, a doszedłszy do odźwiernika, odbywające powrotną drogę w kierunku ku wpustowi; obecności guza jednak w okolicy odźwiernika nie można stwierdzić.

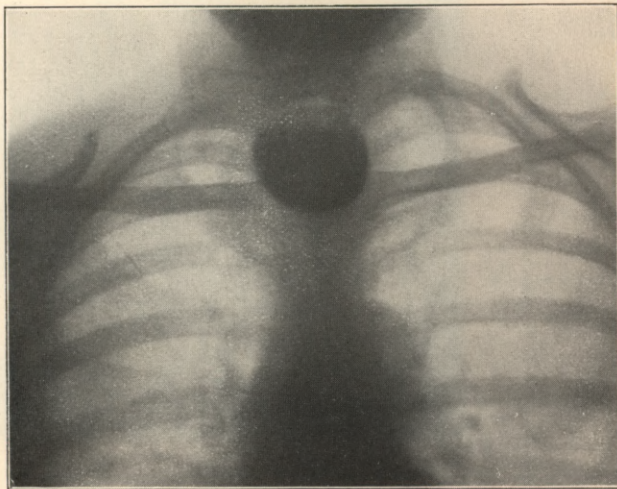
2 października 1906 roku wykonałem operację w uśpieniu chloroformowem w zakładzie prywatnym: po przecięciu otrzewnej ściennej przekonałem się, że żołądek kolosalnie jest rozszerzony i opuszczony ku dołowi, tak, że okrężnica dosięgała spojenia łonowego; pomiędzy pęcherzykiem żółciowym a dwunastnicą i odźwiernikiem znajdują się duże grube pasma; w części odźwiernika tuż przy dwunastnicy, i w samej dwunastnicy wyczuwa się na długość 3 cmt stwardnienie; wprowadzając palec po przez ściany żołądka w kierunku odźwiernika, wyczuwa się twardą zaporę, nie pozwalającą na wyprowadzenie nawet czubka palca. Po uprzednim podwiązaniu, poprzecinałem zrosty; oddzielanie na tępo sklejeń wywoływało dość żywe krwawienie. Następnie wykonałem zespolenie żołądka z czczem jelitem po za okrężnicą (*Gastroenter. posterior retrocolica*). Przebieg pooperacyjny dobry. Ciepłota prawidłowa. Wymiotów wcale nie było. Łaknienie dobre, po 2 tygodniach przybyło chorej na wadze 4 funty; przez 3 ci tydzień przybyło 2 $\frac{1}{2}$ funta, a przez 4-ty — 3 $\frac{1}{2}$ funta. Opuściła zakład po 4 tygodniach, czując się subiektywnie zupełnie dobrze. Wypuklenia rozszerzonego żołądka nie można już zauważyć; skurcze żołądka w kierunku od wpustu ku odźwiernikowi nie występują teraz, nawet przy silniejszym pocieraniu powłok brzusznych; po 2-ch latach widziałem operowaną: waży 130 funtów, czuje się dobrze, pracuje, ani razu od chwili operacji nie wymiotowała. Ostatnią wiadomość od operowanej miałem na początku bieżącego roku, a więc w 6 $\frac{1}{2}$ lat po dokonaniu zabiegu; waga ciała doszła do 146 funtów, czuje się jak najzdrowszą, zajmuje się gospodarstwem.

Przypadek 5 ty. Stenosis pylori et intestini ilei non neoplasmatica.

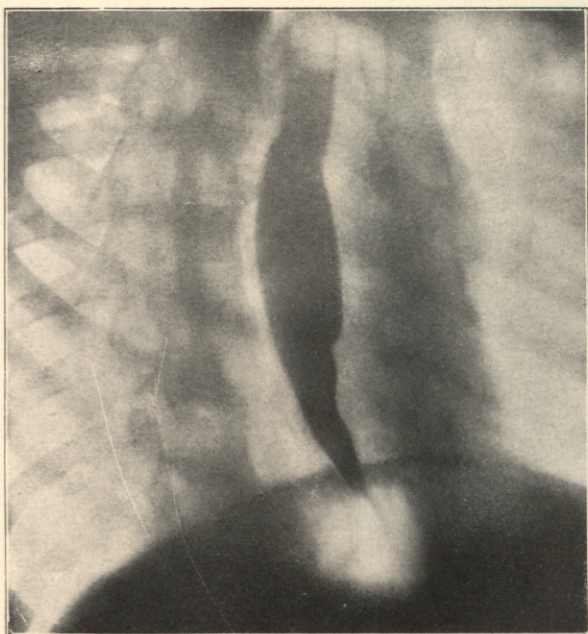
Panna Chmiel, lat 43 mająca, przybyła w końcu lutego 1907 roku do szpitala Ś-go Rocha na oddział kol. Hewelkego. Na rok prawie przedtem zaczęły się zjawiać bóle w żołądku, szczególnie po spożyciu stałych pokarmów; po paru miesiącach przyłączyły się wymioty, powtarzające się z początku co kilka dni; w lecie czuła się nieco lepiej, na jesieni jednak znowu pogorszenie, a wymioty zaczęły się zjawiać codziennie pod wieczór. Chora bardzo wychudzona; waga ciała 97 funtów, wymiotuje codziennie. Przy badaniu brzucha przez powłoki nic się nie wyczuwa, naciskanie nie wywołuje żadnych bólów. Chora od paru lat kaszle; w szczycie lewego płuca stłumienie i oddech nieokreślony, w płwocinie laseczników nie znaleziono. Pomimo codziennego przepłukiwania żołądka, wymioty występują pod wieczór codziennie; ciepłota wieczorna do 37,6. Kwas solny wolny wykazuje się w małej ilości. Kwaśność ogólna prawie prawidłowa; po próbnem śniadaniu w godzinę wydobyto 250 cmt. zawartości z niestrawioną bułką. Krwi przy wymiotach nigdy nie zauważyła. Stolce co kilka dni po ławatywie. Podczas pobytu chorej w szpitalu waga ciała spadała do 92 funtów. 19 Marca 1907 r. przystąpiłem do operacji w uśpieniu chloroformowem; po przecięciu otrzewnej ściennej wyłała się ze szklanka płynu jasno żółtego, przezroczystego, żołądek rozszerzony w niewielkim stopniu. W okolicy odźwiernika tuż przy dwunastnicy wyczuwa się na nieznacznej długości stwardnienie cylindrycznej formy; otrzewna w okolicy odźwiernika makroskopowo żadnych zmian nie przedstawia; sklejin żadnych się nie dostrzega. Sieć duża w pobliżu odźwiernika jest nieco zgrubiała i miejscami za pomocą cienkich pasemek sklejona z otrzewną ścienną. Podejrzewając, że względu na obecność płynu i zmiany w płucu, możliwość gruźlicy, obejrzałem jelito czcze i biodrowe; otrzewna makroskopowo nie przedstawiała widocznych zmian. Dopiero w pobliżu jelita ślepego, w odległości koło 10 cmt. od niego, dostrzegłem przewężenie jelita biodrowego;



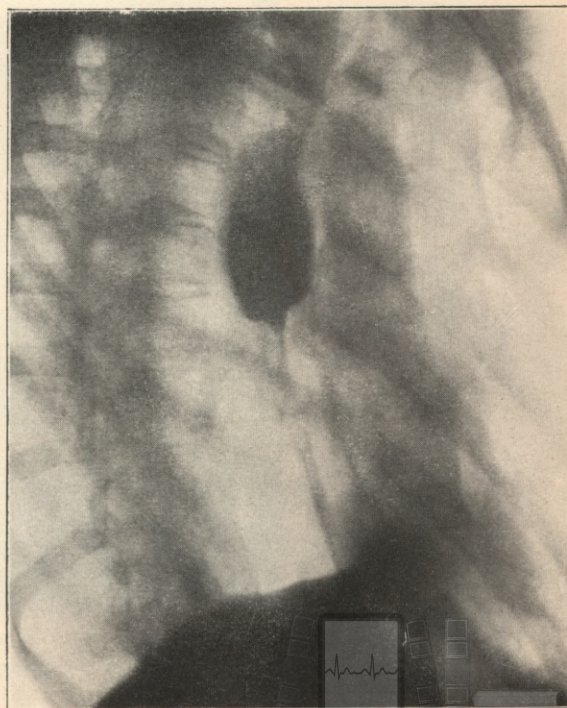
Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.

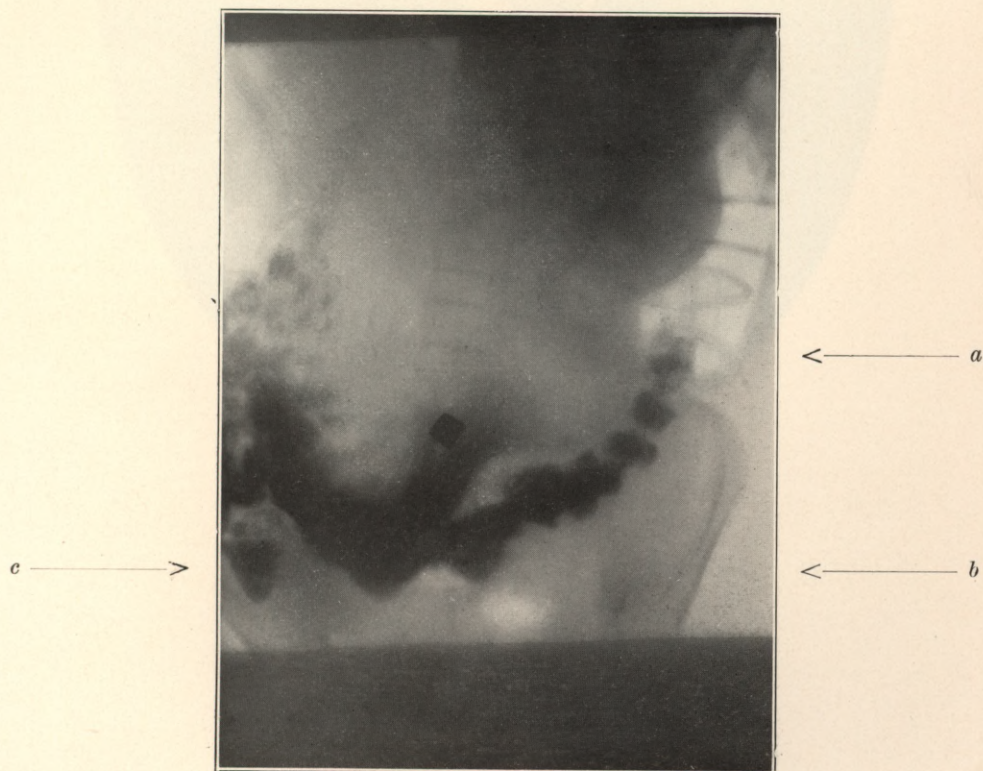


Rys. 4. www.dlibra.wum.edu.pl



Rys. 1.

a — żołądek, b — poprzecznicą, c — ślepe jelito.



Rys. 2.

a — żołądek, b — poprzecznicą, c — ślepe jelito.



Antoni Rejchman

z jednej i drugiej strony przewężenia wyczuwa się niewielkie stwardnienie; krezka w pobliżu przewężenia również jest bliznowato zmieniona; wyrostek robaczkowy przedstawia się prawidłowo. W niektórych tylko miejscach w pobliżu przewężenia na otrzewnej jelita biodrowego widoczne są sinawe plamy, okrężnie obejmujące cały obwód jelita. U chorej wykonałem najpierw zespolenie żołądka tylnie z czczem jeliem po za okrężnicą, a następnie zespolenie jelita biodrowego z okrężnicą: przebieg pooperacyjny dosyć dobry; parę razy ciepłota dochodziła do 37,8, a po zatem trzymała się w granicach między 36,6 a 37. Tętno 70 — 74. Po operacji ani razu nie wymiotowała. Łaknienie dobre. W kwietniu czuje się dobrze, spożywa dosyć pokarmów, stolce samowolne, co drugi dzień. W 5 tygodni po operacji waga ciała podniosła się do 112 funtów, chora opuściła szpital w końcu kwietnia, czując się dobrze. W drugiej połowie maja powraca jednak do szpitala z powodu wymiotów, które zaczęły się zjawiać co kilka dni, niezależnie od jedzenia. Operowana gorączkuje do 38,5, kaszle wypróżnienia bywają bez przerwy co drugi dzień. Stopy obrzękłe, w moczu znaleziono białko, wałeczki, wymioty w szpitalu występują w rozmaitej porze; w wymiocinach przeważnie żółte. W płwocinie nieliczne laseczniczki Kocha, stan jej szybko się pogarsza—objawy zapalenia płuc zastoinowego, chora umiera ostatniego maja, czyli w 10 tygodni po zabiegu operacyjnym.

Na autopsji zwłok stwierdzono w lewym płucu stwardnienie w szczycie obok licznych niewielkich ognisk serowatych, w prawym płucu w dolnym płacie zgęszczenie. Mięsień serca wątki. W jamie brzusznej znajduje się trochę płynu między pętlami jelit, gdzieś tam sklejonymi, w obu nerkach objawy zapalenia parenchymatycznego; zespolenie żołądka z jeliem czczem i jelita biodrowego z okrężnicą zachowują się prawidłowo. W jelitach na błonie śluzowej, ani w żołądku nie znaleziono żadnego owrzodzenia. Wycięta część odźwiernikowa żołądka z częścią dwunastnicy i część jelita biodrowego zbadane zostały przez prof. Przewoskiego: światło odźwiernika przepuszczało zgłębnik żłobowany, światło w jelicie przepuszczało ołówek przez miejsce zwężenia, na powierzchni śluzówki odźwiernika ledwo dostrzegalne owrzodzenia; w jelicie owrzodzeń się nie dostrzega, pod drobnowidzem rozwój tkanki łącznej, przerost otrzewnej, błony mięsnej i gruczołów; nic charakterystycznego ani dla gruźlicy, ani dla raka.

P r z y p a d e k 6-ty. *Stenosis duodeni non neoplasmatica.*

Wład. Ł., lat 38 mający, przybył na mój oddział w pierwszych dniach listopada 1908 roku, przysłany z prowincji. Od roku miewał bole w żołądku, które zwolna zaczęły stale występować w parę godzin po każdym spożyciu stałych pokarmów; wymioty wystąpiły przed 2 miesiącami, z początku co kilka dni a w ostatnich tygodniach prawie codziennie. Chory dobrej budowy ciała, bardzo wychudzony, waga ciała — 115 funtów. Przy badaniu brzucha nie wyczuwa się żadnej guzowatości, rozszerzenie żołądka nieznaczne, naczcho kol. Knaope wydobyl koło 200 cmt zawartości: kwas solny wolny wykazuje się; kwaśność ogólna nieco większa po nad prawidłową, po próbnem śniadaniu w godzinę wydobyto 180 cmt. zawartości płynnej z kawałkami niestrawionej bułki. Tygodniowe codzienne płukania nie poprawiły stanu chorego, waga ciała zmniejszyła się o 2 funty. Na proponowaną operację chory się chętnie zgodził, wykonałem ją w uśpieniu chloroformowem 12 listopada 1909 roku. Żołądek mało rozszerzony, cienkie pasma idą od części odźwiernikowej do otrzewnej ściennej; takie same pasma, łatwo dające się rozerwać bez krwawienia, przebiegają od części odźwiernikowej do pęcherzyka żółciowego i do wątroby. Wyrażnego stwardnienia w części odźwiernikowej, jakto miało miejsce w innych przypadkach, tutaj nie można wymacać, za to w samej dwunastnicy wyczuwa się zgrubienie jej tylnego obwodu, przyczem dwunastnica w tem miejscu wydaje się jak gdyby przegięta, przewężona i wciągnięta w kierunku kręgosłupa, pozostając zupełnie nieruchomą; usunięcie zrostów z sąsiednimi narządami nie wpłynęło na uruchomienie dwunastnicy. Wykonałem gastroent. retrocol. posterio rem.

Przebieg pooperacyjny zupełnie dobry. Ciepłota raz tylko doszła do 37.6. Wymioty po operacji ani razu się nie powtórzyły, łaknienie bardzo dobre, chory poprawia się bardzo prędko tak, że pomimo zatrzymywania go w szpitalu, nie chce dłużej pozostać, czując się zupełnie zdrowym; 16 grudnia waga ciała wyniosła 138 funtów. Po próbnym śniadaniu w godzinę kol. Knappe wydobył 30 ctm płynnej zawartości, zawierającej żółć. Wyszedłszy ze szpitala tego dnia, operowany nie dał o sobie żadnej wiadomości.

P r z y p a d e k 7. *Stenosis pylori ed duodemi non ueoplasmatica.*

Fr. Jurk. 38 lat mająca przybyła do szpitala Ś-go Rocha na oddział kol. Helwelkego w połowie października 1909 roku. Choruje od 7 miesięcy, z początku zjawiały się bóle w żołądku po każdym jedzeniu szczególnie po spożyciu stałych pokarmów, parę miesięcy temu wystąpiły wymioty, z początku co kilka dni, później coraz częściej, a w ostatnich tygodniach codziennie tak, że nawet, jak chora opowiada, wstrzymywała się od jedzenia z obawy przed wymiotami.

Chora bardzo wychudzona: waga ciała — 102 funty, powłoki brzucha wiotkie, cienkie, żołądek znacznie rozszerzony; naczcho zrana wydobyto 1 1/2 litra płynnej zawartości z dużą ilością pestek wiśni (chora mówi, że ostatni raz wiśnie jadła na początku lipca; w osadzie znajdują się liczne drożdże, sarcyny, pojedyncze ciążka krochmalu. Kwaśność ogólna powiększona, wolny kwas solny wykazuje się słabo. Przy pocieraniu powłok brzusznych występują wyraźne skurcze żołądka, dzielące żołądek, jakby na segmenty, w kierunku od wpustu do odźwiernika, i następnie w kierunku odwrotnym.

Przy codziennem płukaniu żołądka wydobywa się zawsze dużo pestek wiśniowych. Próbné śniadanie wykazuje upośledzony chemizm, przeważnie jednak zahamowanie mechanizmu żołądka. 22 października 1909 roku u chorej, przepisanej na oddział chirurgiczny, wykonałem operację w uśpieniu chloroformowem: żołądek kolosalnie rozszerzony, w części odźwiernikowej tuż przy dwunastnicy wyczuwa się stwardnienie, które przechodzi na dwunastnicę; żyły odźwiernikowej nie można zauważyć; cała okolica stwardnienia jest spojona z pęcherzykiem żółciowym za pomocą lekkich zrostów, łatwo dających się usunąć. Wykonałem, jak zwykle, zespolenie tylne żołądka z czczem jelitem po za okrężnicą; podczas wykonywania tego zabiegu, przez otwór w żołądku wprowadziłem palce w kierunku do odźwiernika; koniec palca wchodzi w lekkoowaty otwór, otoczony naokoło twardą, modelowatą tkanką i wypełniony jeszcze pestkami od wiśni; po usunięciu pestek otrzymuje się wrażenie, jak gdyby modelowata tkanka wypełniała całkowicie światło odźwiernika; tuż przy dwunastnicy zakończyłem zespolenie. Po operacji chora czuje się dobrze; stan bezgorączkowy, wymiotów ani razu nie było. 6-go dnia samowolne wypróżnienie, po tygodniu zaczyna przyjmować więcej płynnych pokarmów; sama prosi o jedzenie. W stolcach jeszcze spotykają się pojedyncze pestki wiśniowe. 7 Listopada waga ciała 104 funty; po upływie 3 tygodni naczcho wydobyto tylko koło 30 cm zawartości, pomieszczonej z żółcią; w zawartości tej części pokarmowych nie stwierdzono. W 4 tygodnie po dokonanym zabiegu, w godzinę po spożyciu próbnego śniadania kol. Knappe nic nie wydobył z żołądka. Waga ciała 110 funtów. Operowana opuściła szpital, czując się zupełnie zdrową. Pokazała się raz w maju 1910 r. (po 6 miesiącach). Czuje się bardzo dobrze, przytyła: waga ciała 136 funtów. Więcej wiadomości o niej nie miałem.

P r z y p a d e k 8-y. *Stenosis pylori ex adhaesionibus.*

Panna Jełow., 30-parę lat mająca. Przed rokiem z powodu bólów i wymiotów, trwających parę miesięcy, dokonano jej operacji na żołądku w Kijowie; jakiś czas czuła się dobrze; od paru miesięcy jednak znowu zaczęły występować bole w żołądku, a od czasu do czasu i wymioty. W ostatnich tygodniach leczyła się

INJECTIONES

sterilisatae in ampulis 1 C. C.

Nucleo-Arrhenal (loco Nucleo-Arsytol)

Strichnin nitr. 0,0005 c. Lecithin 0,05 } in. ol. olivar.

" " 0,001 " " 0,05 } alcohol. ppt.

" kakodyl. 0,0005 " Nat. glycerofos. 0,10

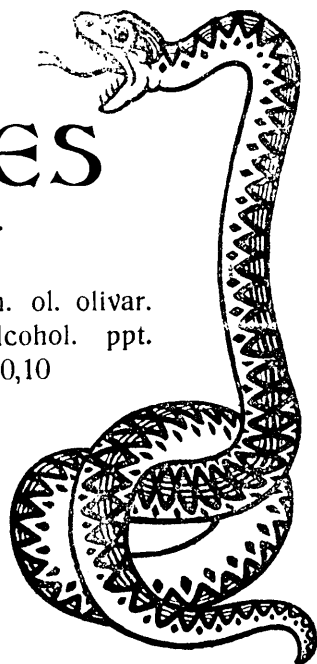
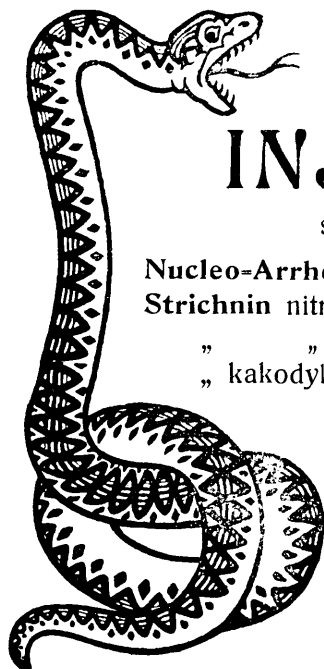
poleca

APTEKA

E. GESSNERA

w Warszawie

JEROZOLIMSKA 25.



TRIOLAN

mydło przetłuszczone, higieniczne,
jedyne rzeczywiście udelikatniające
cerę, uznane i polecane przez naj-
pierwsze powagi lekarskie.

Tow. Akc. Fryderyk Puls w Warszawie.

Prosimy żądać wszędzie.



PERTUSSIN TAESCHNER

(PERTUSSYNA)

Środek nieszkodliwy i działający pewnie w koklusz, katarze krtani i oskrzeli, astmie i w innych cierpieniach dróg oddechowych. Uznany za najlepszy przez najpierwsze powagi. Literaturę i próby otrzymują pp. lekarze bezpłatnie na żądanie.

Uprasza się uprzejmie pp. lekarzy, aby zalecając, zapisywali koniecznie PERTUSSIN ORIGINAL TAESCHNER, ponieważ istnieją w handlu liczne bezwartościowe naśladownictwa nawet pod nazwą „Pertussin“ bez względu na to, że nazwa ta jest dla mnie zabezpieczona przez prawo.

Kommandanten Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19.



VITTEL

GRANDE SOURCE

poleca się cierpiącym na
reumatyzm
podagrę
artretyzm

Do nabycia we wszystkich aptekach.

SANTYLOL

SANTAL SALOL Prof. Lerat

BALSAMICZNY, NIESZKODLIWY, BEZWZGLĘDNI CZYSTY
ODZIAŁANIU LECZNICZYM NIEZAWODNEM. BEZ UBOCZNYCH
OBJAWÓW LECZY RADYKALNIE I SZYBKO RZĘZĄCZKI ŚWIEŻE
I ZASTARZAŁE, ORAZ WSZYSTKIE CHOROBY DRÓG MOCZOWYCH.

CENA PUDEŁKA 50 kaps 150 k. 1/2 PUDEŁKA 32 kaps 85k

LITERATURA I PRÓBY DLA PP. LEKARZY BEZPŁATNIE
KANTOR: GABRIEL POMMIER ST. PETERSBURG PANTELEJMONSKAJA, 27.

u Rejchmana. Przełukiwania żołądka przyniosły jej nieznaczny tylko ulgę. Badanie zawartości żołądka wykazało obecność wolnego kwasu solnego i prawie normalną kwaśność ogólną. Po spożyciu próbnego śniadania wydobywa się w godzinę koło 100 cm sz. zawartości płynnej z małymi cząsteczkami bułki. Chora średniej budowy ciała, miernie odżywiana, ale nie nazbyt wychudzona; waga ciała 128 funtów; w jamie brzusznej nic szczególnego się nie wyczuwa. Ucisk podżebrza prawego w pobliżu smugi białej wywołuje pewną wrażliwość; powłoki brzuszne nie są pozbawione tłuszczu podskórnego. W innych narządach nic nieprawidłowego się nie stwierdza. Stałe zaparcie stolca. Chora nie tylko się zgadza, ale pragnie operacji z racji dokuczliwych bólów, często się zjawiających i występujących dość prędko po spożyciu pokarmów, chociażby w jaknajmniejszej ilości.

Operację wykonałem w zakładzie prywatnym 7 kwietnia 1910 roku w uśpieniu chloroformowem. Po przecięciu skóry w smudze białej natrafiłem na kilka szwów z drutu, pozostałych po uprzedniej operacji, które z trudem udało się usunąć; sieć na znacznej przestrzeni zgrubiała i mocno przyklejona do otrzewnej ściennej; zmniejszoną sieć oddzielono i po podwiązaniu odcięto. Część odźwiernika i koniec dwunastnicy przyodźwiernikowej są jakby przewężone i połączone z pęcherzykiem żółciowym za pomocą dość grubych pasem, które po podwiązaniu przecięto; po usunięciu tych zrostów, odźwiernik i dwunastnica zostały uruchomione, żadnego stwardnienia się w nich nie wyczuwa. Po uniesieniu żołądka z okrężnicą ku górze, przekonaliśmy się, że u chorej była wykonana gastroenterostomia posterior retrocolica, i że otwór zespalający przepuszczał swobodnie palec; na przebiegu pętli jelit nic się nie wyczuwa. Po operacji przebieg dobry: bole zupełnie ustały, wymioty ani razu się nie zjawily. Operowana czuje się bardzo dobrze, łaknienie wzrasta. W połowie maja tego roku opuściła zakład. Operowanej więcej już nie widziałem.

Przypadek 9-y. *Stenosis pylori et duodeni non neoplasmatica.*

Szczepan Gow., lat 54, przybył do szpitala św. Rocha na mój oddział 16-go października 1912 roku. Choruje od 2-u lat. Z początku lekkie bole bez wyraźnej przyczyny, później bole zjawiały się po spożyciu stałych pokarmów, a od roku od czasu do czasu wymioty. Pół roku temu w szpitalu Dzieciątka Jezus proponowano mu operację, ale się na nią nie zgodził. Chory budowy dobrej, odżywianie bardzo upośledzone. Waga ciała 112 funtów. Przy badaniu brzucha nie wyczuwa się żadnej guzowatości w okolicy odźwiernika; okolica jednak żołądka powyżej pępka wrażliwa jest na ucisk. Po przyjęciu płynnych pokarmów zjawiają się już w parę godzin mocne bole w okolicy nadpępkowej, często kończące się wymiotami. Stałych pokarmów nie przyjmuje już od paru miesięcy. W innych narządach zmian się nie wykrywa. Badanie zawartości, wydobytej naczczo i zawartości po próbnym śniadaniu, dokonane przez Knappego, wykazało obecność wolnego kwasu solnego, kwaśność ogólna prawie prawidłowa, przy względnie zadawalającym chemizmie żołądka, tak że u chorego na pierwszy plan występuje upośledzenie mechanizmu żołądka. Chory zgodził się na zabieg operacyjny.

25 października 1912 roku wykonałem operację w uśpieniu chloroformowem. Żołądek nie bardzo rozszerzony; zrostów żadnych z sąsiednimi narządami nie widać; tuż przy samym tworze odźwiernikowym od strony żołądka i na dwunastnicy wyczuwa się twarde zgrubienie. Żyły odźwiernika nie można dostrzedz. Wykonałem, jak zwykle, zespolenie żołądka z czczem jelitem tylnym po za okrężnicą. Po operacji raz jeden na 3 dzień ciepłota podniosła się do 38,4; po za tem nie przekraczała 37 stopni. 3-go dnia zaczęły odchodzić gazy: wymiotów wcale nie miał. 5 dnia po operacji zaczął się skarżyć na bóle w nadbrzuszu, które prędko ustąpiły po zastrzyknięciu morfiny. Stolce zjawiają się prawidłowo, pod koniec 2-go tygodnia zaczął się znowu skarżyć na bóle okolicy pępkowej; bóle te występowały przeważnie w nocy; po zastrzyknięciu morfiny prędko przechodziły. Łaknienie dobre, wymiotów ani razu nie miał. Po kilku dniach spokojnych. znowu skarży się na bóle

w nocy; przez parę dni zastrzykiwano mu pod skórę wodę destylowaną, która uspokajała bóle tak dobrze, jak poprzednio morfina. Po 4 tygodniach przestał się uskarżać na bóle; łaknienie bardzo dobre, czuje się coraz lepiej, opuścił szpital 1 Grudnia 1912 roku, waga ciała wynosiła wtedy 128 funtów, czyli przybyło mu od chwili operacji t. j. po 5 tygodniach — 16 funtów. W kwietniu 1913 r. widziałem operowanego po raz pierwszy od operacji, czuje się dobrze, bólów nie miał, spożywa wszystkie pokarmy, spełnia obowiązki stróża, waga ciała 158 funtów. Ostatni raz widziałem operowanego w październiku roku bieżącego: czuje się zupełnie zdrowym. Waga ciała 168 — funtów.

Przypadek 10. *Stenosis pylori non neoplasmatica.*

Pani Albina B., lat 54 mająca, zgłosiła się do mnie w październiku 1912 r., skierowana przez kol. Rejchmana z racyi zwężenia odźwiernika nienowotworowego pochodzenia. Bólów w nadbrzuszu doznawała już od roku; bóle te najczęściej występowały w godzinę po jedzeniu; w drugim półroczu bóle się wzmacniały, dołączyły się przytem wymioty, zjawiające się z początku co kilka dni. Stałe zaparcie stolca. Przepłukiwanie żołądka dokonywane w pracowni kol. Rejchmana, wpłynęło nieco uśmierzając na bóle, wymioty zjawiały się rzadziej; chora jednak czuła się coraz więcej osłabioną i na zabieg operacyjny, zaproponowany jej przez kol. Rejchmana, chętnie się zgodziła. Zapisła się do szpitala Św. Rocha 24 go listopada 1912 roku; odżywianie bardzo upośledzone, waga ciała 107 funtów, żołądek nie przedstawia się rozszerzonym. Ze względu na poprzednio dokonywane badanie zawartości żołądka, wskazujące na upośledzony chemizm, a przeważnie mechanizm żołądka, zaniechano robienia prób tych w szpitalu. W innych narządach zmian niema. W szpitalu chora codziennie wieczorem bardzo obficie wymiotowała; po wymiotach czuła się nieco lepiej.

28-go listopada 1912 r. w uśpieniu chloroformowem przystąpiłem do operacji; żołądek niezbyt rozszerzony; okolica odźwiernika jest nieco wciągnięta; w miejscu, odpowiadającym przejściu odźwiernika w dwunastnicę wyczuwa się stwardnienie, mające długości koło 2 cm; żyły odźwiernikowej nie można zauważyć z powodu cienkich pasem, otaczających odźwiernik i dwunastnicę i sklejających te narządy z pęcherzykiem żółciowym; po uprzednim podwiązaniu pasma te poprzecinano. Następnie wykonałem, jak zwykle, zespolenie żołądka z jelitem czczem podług Hacker'a. Przebieg po operacji zupełnie prawidłowy; raz tylko na drugi dzień ciepłota wieczorem 37,6°, a po za tem nie przechodziła ponad 37°. Wymioty ani razu się nie powtórzyły, bólów żadnych nie doznaje; opuściła szpital 21-go grudnia 1912 r. Łaknienie dobre, stolce prawidłowe; waga ciała 113 funtów. 2-go stycznia 1913 roku chora opuściła Warszawę. Waga ciała wynosiła już wtedy 122 funty; w czerwcu ważyła 140 funtów, a w końcu października roku bieżącego, kiedy widziałem po raz ostatni operowaną, waga ciała wynosiła 158 funtów. Operowana przytyła, odżywia się dobrze, żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego nie doznaje.

Przypadek 11. *Stenosis pylori et duodeni non neoplasmatica.*

Franciszka W., lat 31 mająca, przybyła do szpitala Św. Rocha 22-go kwietnia 1913 r. na oddział kol. Wisłockiego; od pół roku chora wymiotuje; z początku wymioty zjawiały się co kilka dni, od paru miesięcy codziennie; stałe pokarmy zwraca po upływie paru godzin; przed wystąpieniem wymiotów nie doznawała podobno znacznych dolegliwości żołądkowych; czarnych stolców nigdy nie zauważyła, wogóle była zdrowa, miała czworo dzieci. Chora bardzo wychudzona, miernej budowy; waga ciała wynosi 86 funtów, w wewnętrznych narządach zmian się nie wykrywa. Brzuch duży, wzdęty; powłoki cienkie, wiotkie. W pozycji leżącej wyraźnie się zarysowuje wypuklenie brzucha w kształcie retorty, z odgósem bębniowym

którego dolna granica znajduje się na linii, łączącej oba przednie górne kolce kości biodrowej, górna zaś, znacznie mniejsza, pośrodku pomiędzy pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym. Po prawej stronie pod żebrami, na kilka cm odległości od smugi białej, wyczuwa się wyraźnie stwardnienie, wielkości orzecha włoskiego, ruchome i bolesne na ucisk. Próbné śniadanie wykazało upośledzenie chemizmu i mechanizmu żołądka; kwaśność ogólna nieco większa od prawidłowej; wolny kwas solny wykazuje się pomimo codziennego przepłukiwania żołądka, wymioty nie ustępują i często podczas płukania wydostawały się pokarmy, spożyte przez chorą na kilka dni przedtem. Zaparcie stolca, raz na 7 dni po ławatywie twarde wypróżnienie. 28-go kwietnia r. b. przystąpiłem do operacji w uśpieniu chloroformowem; żołądek okazał się ogromnie rozszerzonym i odpowiadał wielkości wypuklenia, spostrzeganego przed operacją. W okolicy odźwiernika tuż przy dwunastnicy i w samej dwunastnicy wyczuwa się stwardnienie mające długości koło 3-ch cm; na miejscu stwardnienia nie można ująć fałdy ze ściany ani odźwiernika, ani dwunastnicy; zrostów żadnych się nie spostrzega; żyły odźwiernikowej nie można odróżnić. Wykonałem zespolenie tylne żołądka z czczem jelitem po za okrężnicą; po operacji zastrzyknięto chorej ze względu na ogólne osłabienie i na słabe tętno 300 cm rozczyну fizyologicznego soli.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy; ciepłota raz 4-go dnia dosięgła 37,6°. Poza tem poniżej 37°. Wymioty ani razu nie zjawily się po operacji. Na 3-ci dzień wiatry odchodzą; po tygodniu czuje się o wiele lepiej; łaknienie duże; 7-go dnia stolec samowolny; bólów żadnych nie doznaje. 17-go maja przybyło jej na wadze 11 funtów; 18-go maja opuściła szpital. W końcu czerwca chora pokazała się w szpitalu; czuje się zupełnie dobrze, spożywa wiejskie pokarmy; waga ciała 115 funtów, czyli po 2-u miesiącach od chwili operacji przybyło jej 29 funtów. Od tego czasu chora więcej nie pokazała się.

Przypadek 12. *Pseudo stenosis pylori. Calculus d. cystici.*

Przypadek ten przytaczam ze względu na trudności rozpoznawcze w niektórych przypadkach pomiędzy przypuszczalnym wrzodem żołądka a cierpieniami dróg żółciowych. Dotyczy on panny Julii J., lat 19 mającej, która przybyła do szpitala św. Rocha na oddział kol. Knappego w d. 14-m czerwca 1913 r. Od 2-u miesięcy doznaje częstych bólów w dołku, szczególnie po jedzeniu; do bólów prędko dołączyły się wymioty, występujące najczęściej wieczorem i zaparcie stolca. Przed 3-a laty miała podobno lekką żółtaczkę, trwającą zaledwie jeden dzień.

Chora budowy średniej, odżywianie umiarkowane; waga ciała wynosi 110 funtów; przy wierzchołku serca szmer systoliczny; brzegu wątroby nie wyczuwa się; okolica pęcherzyka żółciowego na ucisk nie wrażliwa; uciskanie dołka sprawia ból; brzuch nie wzdęty; od pierwszych dni pobytu w szpitalu skarży się na często występujące bole w dołku. Płukanie żołądka w 3 godziny po śniadaniu szpitalnem dało sporo zawartości i śluzu. W godzinę i 15 minut po próbnem śniadaniu wydobyto miazgi 160 cm, pod koniec z domieszką żółci. Miazga dosyć gęsta bez krwawego zabarwienia.

Kwasu solnego wolnego 17,5 na 100; kwasność ogólna 37,5 na 100. Zawartość pepsyny i kwasu solnego nie była dostateczną do strawienia skrawka białka kurzego.

Stan bez zmiany trwa przez dnie następne; chora po jedzeniu ma boleści i odbijanie; po płukaniu nieco rzadziej występują wymioty, i chora przez jakiś czas ma ulgę; po przyjęciu pokarmów bole występują nieraz bardzo mocne.

Badanie krwi nic nieprawidłowego w jej składzie nie wykazało. Przy codziennych płukaniach w ciągu tygodnia, dużo się wydobywa zawartości i mętu. Stan bezgorączkowy. Wobec tego, że stan chorej się nie poprawiał, a nawet się pogarszał, że waga ciała, wahając się, po 4-ch tygodniach spadła do 104-ch funtów, zaproponowano operację, na którą chętnie i chora i jej matka się zgodziły. Ze

względu na bole i na retencję zawartości w żołądku, jak również upośledzony chemizm, przypuszczaliśmy z kol. Knappem obecność wrzodu w okolicy odźwiernika; zdecydowałem się wykonać gastroenterostomię.

Operację wykonałem 16-go lipca w uśpieniu chloroformowem. Cięcie powłok w smudze białej; najdokładniejsze badanie żołądka, okolicy odźwiernika i początku dwunastnicy nie wykazuje absolutnie żadnych zmian dostrzegalnych za pomocą oka i palców. Natomiaś uniosłszy brzeg wątroby, znalazłem pęcherzyk żółciowy nieco powiększony i dosyć napięty; w głębi zaś w najniższym odcinku przewodu pęcherzykowego wyczuwa się kamień wielkości małego orzecha laskowego; dodałem cięcie poprzeczne w powłokach brzusznych do poprzedniego podłużnego w smudze białej; po rozcięciu na całej długości pęcherzyka żółciowego, wylało się z niego dosyć dużo płynu śluzowego, mętnego (w którym przy badaniu pod drobnowidem znaleziono dużo ciałek ropnych). Kamień, który znajdował się tuż przy wejściu do przewodu wspólnego żółciowego, udało się zwolna przesunąć do rozciętego pęcherzyka; błonę śluzową pęcherzyka, zgrubiałą dość znacznie, wyłuszczyłem. Założono sączek do przewodu pęcherzykowego zeszywając otrzewną pęcherzyka żółciowego nad sączkiem. Sączek usunąłem po tygodniu. Od chwili operacji chora się więcej nie uskarża na bole w żołądku; wymioty były tylko pierwszego dnia po operacji. Przez pierwsze 10 dni wcale nie gorączkowała; później przez parę dni było niewielkie podwyższenie ciepłoty, zależne od podskórnego ropienia w okolicy cięcia poprzecznego. Operowana znakomicie się poprawia, pod względem subiektywnym czuje się jak najlepiej, żadnych dolegliwości żołądkowych nie doświadcza; przed wyjściem jej ze szpitala, co nastąpiło 7-go września r. b. kol. Knappe przeprowadził badanie zawartości żołądka po próbnym śniadaniu, pod tym względem wynik nie był zupełnie zadowalający ani pod względem chemizmu, ani mechanizmu żołądka, które jeszcze nie powróciły do stanu prawidłowego, pomimo świetnego stanu operowanej pod względem subiektywnym.

Wyniki więc w moich przypadkach przedstawiają się w sposób następujący: w dwu przypadkach (t. j. 2-im i 8-ym), z powodu zrostów zwężających odźwiernik, dokonane było usunięcie tylko zrostów (*gastrolysis*); w jednym przypadku (1)—wycięcie odźwiernika z przyszcyciem dwunastnicy do żołądka, w jednym (3) wycięcie odźwiernika i gastroenterostomia *retrocolica posterior*, w 7-u zaś wykonałem tylko *gastroenterostomiam retroc. post.*, przyczem w jednym z tych przypadków (5) dodałem jeszcze, z racji zwężenia jelita biodrowego w pobliżu jelita ślepego, zespolenie jelita biodrowego z okrężnicą. Zejście śmiertelne miało miejsce w 3-ch przypadkach: w przypadku 1-ym, po wycięciu odźwiernika, pod koniec 4-go tygodnia, w zależności od gruźlicy; w przyp. 5-ym—w 3-im miesiącu, również jako następstwo zmian gruźliczych płuca—tak, że właściwie w związku bezpośrednim z operacją mieliśmy tylko jedno zejście śmiertelne w przypadku 3-im, w którym śmierć nastąpiła pod koniec 2-go tygodnia z powodu zapalenia płuc; w przypadku tym, oprócz gastroenterostomii, najpierw dokonane było wycięcie odźwiernika. W trzech przypadkach tylko (4-ym, 7-ym i 11-ym) stwierdzono znaczne rozszerzenie żołądka przed i podczas operacji. We wszystkich innych przypadkach przebieg po gastroenterostomii i po *gastrolysis* był zupełnie pomyślny pod każdym względem dla operowanych: w jednym przypadku (9) w dwa tygodnie po operacji wystąpiły napadowe bole, ale i te prędko przeszły i przez rok cały do chwili, kiedy widziałem operowanego,

wcale się nie powtórzyły. Zawsze wykonywałem *gastroenterostomiam retrocolicam post.* (według Hacker'a); we wszystkich przypadkach, z wyjątkiem 2-u pierwszych, do operacji używałem tylko katgutu i zespalający otwór starałem się zawsze robić dostatecznie wielkim; nie używałem zaciskadeł, a zastępowały je palce asystenta; po zabiegach operacyjnych przez pierwsze 10 dni operowani dostawali tylko płynne pokarmy w niewielkiej ilości na raz, a stałe pokarmy dopiero pod koniec 2-go tygodnia. W naszych przypadkach mieliśmy najczęściej do czynienia z następstwem wrzodu pod postacią mniejszego lub większego stwardnienia modzelowatego, zwężającego światło czy to w samym odźwierniku, czy też w odźwierniku i w części dwunastnicy, przylegającej do odźwiernika; w jednym tylko przypadku (6) można było stwierdzić stwardnienie tylko w dwunastnicy.

Przypadek 12-y przytoczyłem w szeregu innych spostrzeżeń ze względu na trudności rozpoznawcze, jakie się mogą przytrafić w pojedynczych spostrzeżeniach, pomiędzy wrzodem żołądka lub dwunastnicy a kamicą dróg żółciowych. Moynihan, opierając się na swym bogatym materiale, gdyż na 315 operacjach na żołądku z powodu wrzodu dwunastnicy, również podkreśla w wielu przypadkach trudności rozpoznawcze, jakie mogą zachodzić przy rozstrzyganiu, z czym mamy do czynienia; sądzi on jednak, że przy dokładnej ocenie objawów pomyłki rozpoznawcze dadzą się zmniejszyć do minimum; w naszym przypadku i objawy kliniczne i badanie zawartości żołądka, czynność mechaniczna i bardzo młody wiek chorej—więcej przemawiały na korzyść istnienia wrzodu odźwiernika; na stole operacyjnym dopiero przekonałem się, że mam do czynienia z kamieniem przewodu pęcherzykowego i zmianami w pęcherzyku żółciowym; nie znalazłszy żadnych zmian widocznych ani wyczuwalnych w żołądku i na jego otrzewnej nie wykonałem tutaj zespolenia żołądka z jelitem, a ograniczyłem się do zabiegu na drogach żółciowych. Prof. Rydygier zwraca również uwagę na to, że nawet bez żadnych zrostów powiększony pęcherzyk żółciowy i kamienie mogą wywierać pewien nacisk na początek dwunastnicy i odźwiernik i wywoływać objawy żołądkowe, maskujące istotną sprawę chorobną; w jednym przypadku właśnie, w którym przypuszczał istnienie zrostów z powodu zapalenia okołożołądkowego w następstwie wrzodu żołądka, podczas operacji znalazł główne cierpienie w pęcherzyku żółciowym; w tym przypadku dodał jednak i gastroenterostomię, operowany pozbył się wszelkich poprzednich dolegliwości.

Zwrócić muszę uwagę jeszcze na jeden fakt, jaki przebiega z moich szczupłych spostrzeżeń; we wszystkich tych przypadkach, w których podczas operacji stwierdziliśmy obecność stwardnienia, *resp.* zwężenie światła odźwiernika lub dwunastnicy, chorzy w pierwszych okresach choroby podkreślali zawsze gwałtowność bólów żołądkowych po jedzeniu, szczególnie stałych pokarmów; w późniejszych zaś okresach, kiedy występować zaczęły wymioty i kiedy dochodziło do znacznej, a nawet prawie zupełnej retencji przyjmowanych pokarmów, chorzy głównie uskarżają się na wymioty same, nie kładąc wcale nacisku na bole; poniekąd jest to zrozumiałe, gdyż w późniejszych okresach, kiedy następowało zbliżenie wrzodu, wrażliwość jego zna-

cznie się zmniejszała, za to na pierwszy plan występowały objawy, zależne od zwężenia, spowodowanego przez zablźnienie się wrzodu, jeżeli ten ostatni umiejscawiał się w odźwierniku lub dwunastnicy. Bole stałe, mniejsze lub większe, spostrzegałem w tych dwu przypadkach (2-gi i 8-y), w których podczas operacji znaleziono duże zrosty w okolicy odźwiernika, bez śladu jakiegokolwiek stwardnienia w odźwierniku lub dwunastnicy.

Za najidealniejszy zabieg operacyjny we wrzodzie lub zwężeniu odźwiernika i dwunastnicy należy uważać wycięcie odźwiernika i przyszycie końca dwunastnicy do żołądka w ten lub inny sposób, mając na względzie tę okoliczność, że tylko po takim zabiegu powracają normalne warunki dla sprawy trawienia. Nie można się też dziwić prof. Rydygierowi, autorowi pierwszego wycięcia odźwiernika z powodu wrzodu odźwiernika z następczem przyszyciem dwunastnicy do żołądka, że jeszcze w roku zeszłym w swym odczycie klinicznym tak gorąco przemawia na korzyść tej operacji; po wykonaniu tego zabiegu powracają prawidłowe warunki dla sprawy trawienia, nie trzeba się obawiać wytworzenia się *circulus vitiosus*, zabezpiecza się chorego od możliwości powstawania raka na podłożu wrzodu, i od powstawania wrzodu peptycznego w czczem jelicie. Korzyści są tak ogromne, że nie można nawet dyskutować nad tem. Ale i sam prof. Rydygier dodaje, że operacja ta jest o wiele trudniejszą i że nie w każdym przypadku wrzodu żołądka należy wykonać rezekcję, wreszcie że rozstrzygać o wyborze metody będą stosunki miejscowe, jak rozległe zrosty z pęcherzykiem żółciowym, wątrobą, trzustką, a nie mniej też i stan ogólny chorego. Otóż ten stan ogólny chorego, połączony z wielkiem osłabieniem i wyniszczeniem, w praktyce przyczynił się do tego, że gastroenterostomia, jako zabieg o wiele krócej trwający w porównaniu z wycięciem odźwiernika i następczem zeszyciem żołądka z dwunastnicą, znalazła tak szerokie zastosowanie nie tylko w Europie, ale i w Ameryce. Tem więcej może się to stosować do naszych stosunków, gdyż zazwyczaj do operacji zgłaszają się osobnicy przeważnie bardzo osłabieni, jak to miało miejsce w większości naszych przypadków; u takich osobników, pomijając trudność operacji, która obchodzi już tylko samego operatora, dłuższy czas trwania operacji wpływa ujemnie na stan ogólny chorego, na stan mięśnia serca, które już są znacznie upośledzone. Do zejścia śmiertelnego w dwu moich przypadkach, t. j. w przyp. 1-ym i 5-im przyczyniło się nie mało to, że nie uwzględniłem ich stanu osłabienia i wykonałem rezekcję odźwiernika, zamiast ograniczyć się gastroenterostomii.

Co się tyczy *circulus vitiosus*, to powikłanie to, którego się dawniej obawiano po gastroenterostomii, obecnie rzadko jest notowane. Osobiście raz jeden spostrzegałem operowanego przez kolegę Bartkiewicza (przyp. opisany w Gaz. Lek. w 1905 r.), u którego po gastroenterostomii Hacker'owskiej w parę tygodni po operacji występować zaczęły wymioty; trwały one parę tygodni i nagle ustały na dzień przedtem, kiedy zdecydowaliśmy choremu zrobić zespolenie odcinków jelit w celu usunięcia *circulus vitiosus*; operowany czuł się potem już zupełnie dobrze.

To samo ma się z możliwością rozwinięcia się raka na gruncie wrzodu

żołądka; że tak jest, nie ulega żadnej wątpliwości; ale statystyka dotychczas nie daje nam pewnej odpowiedzi, jak w rzeczywistości procentowo mniej więcej się ta sprawa przedstawia. W. Mayo na zasadzie bogatego doświadczenia twierdzi, że przy wrzodzie dwunastnicy wrzód czasami rozszerza się po za otwór odźwiernikowy do żołądka i że właśnie na tej części wrzodu stosunkowo często może się rak rozwijać.

O wiele większą uwagę zwraca na siebie powikłanie, jakie może powstawać po dokonanej gastroenterostomii, a nie powstaje po rezekcji odźwiernika; mam tu na myśli wrzód peptyczny jelita czczego: powikłanie to jest bardzo ciężkie, gdyż wrzody peptyczne jelita czczego często ulegają przedziurawieniu, wywołując zapalenie otrzewnej, z drugiej strony daleko mniej nadają się do wewnętrznego leczenia, niż wrzody żołądka, i zazwyczaj wskutek ciężkich dolegliwości, jakie sprawiają choremu, wymagają ponownej interwencji chirurgicznej, polegającej na wycięciu wrzodu.

Od roku 1881, t. j. od pierwszej gastroenterostomii, wykonanej przez Woelfler'a, aż do roku 1899 nie znajdujemy w literaturze żadnej wzmianki o tem powikłaniu; dopiero po raz pierwszy Braun w 1899 r. ogłosił spostrzeżenie o wrzodzie peptycznym, powstałym po gastroenterostomii. W kilka lat później asystent prof. Mikulicza, Tiegel (w 1904 r.), ogłosił 6 przypadków wrzodu peptycznego w czczem jelicie, powstałych wyłącznie po gastroenterostomii; to było niejako przyczyną, dla czego Mikulicz tak gorąco stosował plastykę odźwiernika we wrzodach i zwężeniach odźwiernika, gdyż po tym zabiegu nie spostrzegano rozwijania się wrzodu peptycznego w czczem jelicie. W każdym razie przez czas dłuższy na to powikłanie chirurdzy, rozporządzający dużym materiałem operacyjnym, patrzyli jeszcze, jako na rzecz nadzwyczajnie rzadką. Duże wrażenie dopiero zrobiło doniesienie Eiselsberga na Zjeździe w Królewcu 1910 r., który ogłosił 8 własnych spostrzeżeń wrzodu peptycznego jelita czczego na 600 przeszło różnych zabiegów operacyjnych, dokonywanych na żołądku.

Zuleger w r. 1909 mógł już zebrać 55 przypadków wrzodu peptycznego jelita czczego, dokładnie spostrzeganych i opisanych.

Petrén w 1911 roku ogłasza 6 własnych spostrzeżeń wrzodu peptycznego, powstałego po gastroenterostomii; we wszystkich tych przypadkach przystąpił on powtórnie do operacji; dwaj operowani zmarli zaraz po operacji, w 3-ch przypadkach wkrótce po operacji wystąpiły na nowo dolegliwości i tylko jeden operowany powtórnie, czuł się zupełnie dobrze jeszcze po 5-u latach. Petrén w swej pracy cytuje już 112 przypadków wrzodu peptycznego ogłoszonych, powstałych wyłącznie po gastroenterostomii.

Moreau w 1912 roku ogłasza dwa przypadki wrzodu, powstałego tuż przy samym otworze, zespalającym żołądek z jelitem, następstwem czego było wytworzenie się przetoki pomiędzy żołądkiem i okrężnicą, w obu wykonano operację, w jednym jednak bez powodzenia, co zmusiło do przystąpienia po raz 3-i do laparotomii.

Mayo Robson w 1912 roku ogłasza 7 przypadków wrzodu jelita czczego, spostrzeganych na własnym jego materiale operacyjnym po dokonanej gastro-

enterostromii. Polya w 1915 roku ogłasza przypadek wrzodu, powstały po gastroenterostomii, którego następstwem było utworzenie się przetoki pomiędzy jelitem czczem i okrężnicą i pomiędzy żołądkiem i okrężnicą; w tym przypadku powtórna operacja zakończyła się pomyślnie.

Z drugiej strony jednak inni operatorzy nie przynoszą tak hiobowych wieści: z pracy Wiliama Mayo z 1910 r. widac, że obaj bracia na 1141 gastroenterostomii, wykonanych do tego roku, nie spostrzegali ani jednego prawdziwego wrzodu peptycznego w czczem jelicie, któryby powstał po gastroenterostomi; przytaczają oni tylko wiadomość o 3-ch przypadkach, w których musieli wykonać zabieg operacyjny z powodu dolegliwości powstałych po gastroenterostomii, dokonanej przez innych chirurgów; we wszystkich tych przypadkach znaleźli owrzodzenie tuż przy otworze zespalającym jelito z żołądkiem; w jednym przypadku za przyczynę wrzodu uważają guzik Murphy'go, który po 3½ latach po dokonanej gastroenterostomii pozostał na miejscu; w drugim przyczyną owrzodzenia były nitki jedwabne, a w 3-im owrzodzenie wytworzyło się wskutek zropienia krwisteku, powstałego podczas operacji.

Exalto z Utrechtu w 1911 roku podaje, że na 182 gastroenterostomii wykonanych w klinice, ani razu nie spostrzegano wrzodu peptycznego w czczem jelicie. Exalto, przeprowadzając dokładny rozbiór przypadków wiadomych mu z piśmiennictwa dochodzi do tego kategorycznego wniosku, że wrzód powstaje po gastroenterostomii, ale że rzadko występuje po gastroenterostomii tylnej (Hacker'a), a o wiele częściej po przedniej oraz po tak zwanej Roux. Dla poparcia swego zdania, opartego na materyale klinicznym, Exalto przeprowadził badanie doświadczalne na psach, idąc za przykładem Borszeki'ego. Borszeki u 12-u psów wykonał gastroenterostomię to tylną, to przednią, to podług Roux, psom po operacji dawał do picia dużo rozcieńczonego kwasu solnego, aby podnieść kwaśność soku żołądkowego; jeden tylko pies zdechł w 17 dni po operacji, u którego wykonano gastroenterostomię przednią. Exalto w swych doświadczeniach poszedł dalej, gdyż zupełnie wyłączył odźwiernik, przecinając żołądek w pobliżu odźwiernika i zeszywając oddzielnie oba końce, a następnie wykonywał gastroenterostomię u 7-u psów przednią, u 7-u psów tylną, i dodawał jeszcze modyfikację Roux w paru przypadkach jak przy jednej, tak i przy drugiej operacji; podobnie jak Borszeki, i Exalto dawał psom do picia dużo rozcieńczonego kwasu solnego. Wyniki takiego postępowania doprowadziły go do następujących wniosków:

1) wrzód peptyczny jelita czczego po gastroenterostomii powstaje wskutek działania kwaśnego soku żołądkowego na błonę śluzową;

2) metoda Roux nie powinna być stosowana, gdyż przy niej u psów najczęściej powstawały owrzodzenia w jelicie czczem, niekiedy nawet w paru miejscach;

3) najmniej usposabia do wytworzenia się wrzodu peptycznego gastroenterostomia tylna (podług Hacker'a), szczególnie tam, gdzie pętla jelita czczego, użyta do zespolenia, znajduje się blisko dwunastnicy;

4) operowani, po gastroenterostomii, powinni przez czas dłuższy za-

chowować dyetę, tak jak i przy obecności wrzodu w żołądku, z dodaniem dwuwęglanu sodu.

Wilkie w 1910 r. zupełnie słusznie zwraca uwagę na to, że wrzody, spostrzegane po gastro-enterostomii, należy podzielić na 2 kategorie: jedne powstają na miejscu zespolenia, drugie zaś, istotne wrzody peptyczne jelita czczego, w samym czczem jelicie; podług niego pierwsze rozwijają się o wiele częściej, niż drugie, i zazwyczaj dość prędko po dokonanej operacji. Hartman zaś, który również jest za tem, aby odróżniać wrzody rozwijające się na miejscu zespolenia od wrzodów powstających w pętli wziętej do zespolenia, oświadcza na jednym z ostatnich posiedzeń listopadowych Towarzystwa chirurgów w Paryżu roku bieżącego, że stosunek pierwszych do drugich jest jak 1 do 3; opiera on swe twierdzenie już na 142-u dokładnie spostrzeganych przypadkach wrzodu peptycznego, znanych mu z piśmiennictwa. Wilkie, przeprowadzając doświadczenia na kotach, wnioskuje, że sama nadkwaśność nie jest w stanie spowodować wytworzenia się wrzodu peptycznego, ale że do tego potrzebne są jeszcze inne czynniki, przedewszystkiem mechaniczne podrażnienie, które może być wywołane np. przez spożywanie twardych pokarmów w pierwszych dniach po operacji.

Na tegorocznym zjeździe chirurgów w Berlinie Haberer z Innsbruku szeroko omawiał sprawę wrzodu peptycznego, rozwijającego się po gastroenterostomii; na 248 operacji, dokonanych przez niego na żołądku i połączonych z gastroenterostomią, Haberer spostrzegał 2-a przypadki wrzodu peptycznego jelita czczego. 3-ci przypadek po dokonanej przez niego gastroenterostomii operował inny chirurg; oprócz 2-ch przypadków wrzodów, powstałych po jego własnych zabiegach, Haberer spostrzegał i operował jeszcze 3-y przypadek, w których wrzody rozwinęły się w czczem jelicie po gastroenterostomii, dokonanej przez innych chirurgów; w jednym z jego własnych przypadków przyczyną wrzodu tuż przy otworze zespalającym był guzik Murphy'ego, pozostający od roku na swoim miejscu. Haberer dodaje, że we wszystkich spostrzeganych przez niego przypadkach wrzodu jelita czczego wkrótce już po gastroenterostomii zaczęły występować dolegliwości i nigdy nie ustępowały na czas dłuższy.

Co się tyczy istotnych przyczyn, które wpływają na powstawanie wrzodu peptycznego, to właściwie o nich można jeszcze mniej wiedzieć, niż o przyczynach wrzodu żołądka. Większość autorów jest jednak tego zdania, że i tutaj nadkwaśność soku żołądkowego odgrywać musi rolę pierwszorzędną. Statystyka, podana przez Moynihana, nie przemawia ani za, ani przeciw temu przypuszczeniu: mianowicie na 315 przypadków gastroenterostomii, wykonanych przez niego, badanie zawartości żołądka przed operacją wykazało w 40% przypadków nadkwaśność, w 40% kwaśność prawidłową, a w 20% nawet kwaśność poniżej normy. Jeżeli uwzględnimy liczbę znanych wrzodów peptycznych, powstałych po gastroenterostomii, bezwzględnie dość znaczną, ale w stosunku do liczby wykonanych gastroenterostomii bardzo nieznaczną procentowo, to przyznać musimy, że nadkwaśność może odgrywać tu rolę, chociaż w statystyce Moynihana zanotowana jest w 40% przypadków.

Naturalnie ten argument, że po gastroenterostomii, wykonanej przy raku, nie spostrzegano rozwoju wrzodu peptycznego, nie może sam przez się przemawiać na korzyść teorii nadkwaśności, gdyż zazwyczaj przypadki te wcześniej lub później kończą się zejściem śmiertelnem: Hartmann cytuje jeden jedyny przypadek wrzodu peptycznego jelita czczego, który rozwinął się po operacji raka, polegającej nie na gastroenterostomii, a na rezekcyi żołądka. Na korzyść nadkwaśności w powstawaniu wrzodów peptycznych więcej by przemawiała ta okoliczność, że i kliniczne spostrzeżenia i prace doświadczalne wykazują, że wrzody peptyczne najczęściej się rozwijają po gastroenterostomii przedniej lub podług metody Roux, a najrzadziej po tylnej, szczególnie w tych przypadkach, w których do zespolenia brano pętlę jelita czczego niezbyt oddaloną od dwunastnicy: Haberer podkreśla tę okoliczność, gdyż w ostatnim przypadku warunki, w których się znajduje błona śluzowa jelita czczego, są zbliżone do normalnych warunków, dzięki czemu błona ta nie jest jeszcze bardzo wrażliwa na działanie kwaśnego soku żołądkowego; tymczasem błona śluzowa pętli, odległej znacznie od dwunastnicy, co ma miejsce przy gastroenterostomii przedniej, jest już więcej wrażliwa na bezpośrednie działanie kwaśnego soku żołądkowego, gdyż w normalnych warunkach do tej pętli dostaje się zazwyczaj już znacznie osłabiona pod względem kwaśności zawartość żołądka.

Co się tyczy powstawania wrzodu peptycznego w samym miejscu zespolenia, to tutaj, oprócz nadkwaśności, mogą odgrywać znaczną rolę przyczynową same czynniki operacyjne, jak guzik Murphy'go, nitki jedwabne, naciskanie jelita, branego do zespolenia, zaciskadłami; nic też dziwnego, że tak na ostatnim zjeździe chirurgów w Berlinie, jak i na listopadowem posiedzeniu Towarzystwa chirurgów w Paryżu roku bieżącego, wypowiedziano się za tem, aby we wszystkich możliwych przypadkach, w których ma być wykonaną gastroenterostomia, zawsze robić gastroenterostomię podług Hacker'a; że do tej operacji nie należy używać guzika Murphy'go, nitki jedwabnych do zeszywania śluzówki, ani nie uciskać pętli jelita zaciskadłami; po samej zaś operacji należy przez czas dłuższy stosować tę samą dyetę, jaką się stosuje przy leczeniu wrzodu żołądka.

P I S M I E N N I C T W O.

- 1) H. Braun. Archiv f. klin. Chir. 1899 r. T. 59. 2) Tieg el, Ueber peptische Geschwüre des Jejunum u. Gastroent. Mittheil aus d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1904. T. 13. 3) Ex al to. Ulcus jejuni u. gastroent. Mitth. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir. 1911 T. 23. 4) Pet ren. Bruns Beitrage 1911 r. T. 76. 5) Pol ya. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1913. T. 121. 6) More au. Archiv. gener. de chir. 1912. VI. 7) Mikołaj Re ich man L u d w i k Ry d y g i e r. Odczyt klin. Gaz. Lek. Nr. 228, r. 1912. 8) Société de chir. à Paris. Semaine medicale 1913 r. Nr. 49. 9) Mo y n i h a n. Ulcus duodeni 1913 r. 10) H a b e r e r. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1913. 1) H e r m a n K ü t t n e r. Verh. d. Dant. Gesellsch. f. Chir. 1913. 12) A. G a b s z e w i c z. Gaz. Lekarska 1905 r. Rzut oka na 25-letni okres rozwoju chirurgii chorób żołądka.

II.

Z ODDZIAŁU II W SZPITALU WOLSKIM W WARSZAWIE.

Badania nad rozwojem charłactwa w przebiegu nowotworów mysich doświadczalnych.

PODAŁ

Kazimierz Rzętkowski.

Sprawa wpływu nowotworów złośliwych na ustrój ludzki znajduje się wciąż jeszcze w okresie opracowywania. Doświadczenie codzienne poucza, że w chorobie nowotworowej prędzej czy później rozwija się charłactwo, którego wyrazem z jednej strony jest upadek odżywiania i sił chorego, z drugiej zaś bezkrwistość i rozpad białka ustrojowego. Im prędzej objawy te wystąpią w chorobie nowotworowej, im rozmiary ogniska pierwotnego tej choroby będą niklejsze w stosunku do ogólnych objawów klinicznych, tem „złośliwość“ nowotworu jest w przekonaniu naszym większa.

Pod tym względem nowotwory złośliwe u ludzi, zwłaszcza guzy rakowe, różnią się bardzo od nowotworów doświadczalnych u myszy białych. Tu bowiem nader często widzimy, że guzy dochodzą do rozmiarów stosunkowo olbrzymich, bo stanowiących np. trzecią część wagi ciała zwierzęcia, a mimo to myszy żyją jeszcze i pozornie cierpią raczej od przeszkody mechanicznej, jaką guz w funkcjach życiowych im sprawia (np. ucisk na kanał pokarmowy i t. p.), niż od charłactwa nowotworowego. Ta okoliczność sprawia, że w tych razach niepodobna oprzeć się wrażeniu, iż nowotwory mysie doświadczalne nie są złośliwe w tym stopniu, co nowotwory złośliwe ludzkie. Oprócz tego zdolność ich do przerzutów jest znacznie mniejsza, niż to widzimy w nowotworach ludzkich, które w warunkach anatomicznych pomyślnych (np. żóładek—wątroba) ulegają rozsianiu niesłychanie łatwo. Wprawdzie badania Adama Wrzoska (w instytucie Kleckiego) dowiodły, że w warunkach sprzyjających (duża zdolność rozwojowa guza użytego do doświadczeń, miejsce szczepienia, sprzyjające szybkiemu rozwojowi guza, usposobienie swoiste ustroju danej myszy) dochodzić może do powstawania przerzutów daleko częściej, niż sądzono dotychczas (Przegl. Lekarski 1910). Z drugiej strony opisywano niejednokrotnie przypadki przerzutów w rakach mysich doświadczalnych (np. ostatnio Strauch, Zeitschr. f. Krebsforsch. XII. 2, 286), zaś zdolność wytwarzania przerzutów w guzach mysich samoistnych jest stwierdzona (Apolant, Berl. Klin. Woch. 1912 str. 496). Ztąd też wydaje się, jakoby rzadkość przerzutów w guzach doświadczalnych polegała raczej nie tyle na istocie tych guzów, ile może na sposobie nienaturalnego powstawania i rozwijania się ich w ustroju mysim (szczepienie pod skórę). Jak widzimy

sprawa ta, jak wogóle sprawa złośliwości guzów mysich doświadczalnych, z punktu widzenia anatomo-patologicznego znajduje się jeszcze w okresie badań wstępnych.

Spójrzmy na tę sprawę z punktu widzenia chemicznego. Zobaczmy, jak wpływa na zapas białka ustrojowego w myszy rozwijający się w niej guz doświadczalny. Ta kwestya jest celem mej pracy, której dotychczasowe rezultaty zamierzam przedstawić poniżej.

Na wstępie słów kilka w sprawie metodyki mych badań. Oznaczałem więc metodą Kjeldahla azot całkowity w myszach całych i toto ewent. w guzach całych. Do oznaczeń brałem zwierzęta albo niezwłocznie po zdechnięciu, albo też prawie zdychające. Materiał do szczepień (rak o typie *adenocarcinoma*) zawdzięczam uprzejmości prof. dra Dmochowskiego, za co Mu na tem miejscu raz jeszcze składam podziękowanie. Guz w postaci zawiesiny w roztworze fizyologicznym NaCl szczepiono pod skórę grzbietu. Szczepień dokonywaliśmy wspólnie z kol. Stan. Mu-termilchem w jego pracowni, gdzie też przechowywaliśmy myszy. Takie guzy można było następnie bardzo łatwo wyluszczać na czysto ze zwierzęcia. Spalałem w kolbach Kjeldahla całe myszy i całe guzy, unikając w ten sposób omyłek, spowodowanych utratą materiału przy rozczłonkowywaniu zwierząt: po wrzuceniu do 300 cm sześć. kolby całej myszy zalewałem ją 30—40 cm sześć. stężonego H_2SO_4 i od czasu do czasu mieszając, pozostawiałem na dobę. Po upływie tego czasu mysz „rozpuszczała się“ w H_2SO_4 ; zawartość kolby stawała się zupełnie czarna. Wówczas dolewałem do kolby około 10 cm H_2SO_4 , dodawałem nieco $CU SO_4$ i $K_2 SO_4$ in substantia i b. wolno spalałem, zrazu na małym płomieniu: po spalaniu przelewałem dokładnie zawartość kolby Kjeldahla do kolby z miarką na 500 cm sześć., dolewałem wody do 500 i z roztworu brałem po kilka porcyi (100 cm sześć). do destylacji NH_3 . Z guzami postępowałem tak samo, biorąc wszakże do destylacji od razu cały guz spalony.

Na wstępie musiało oczywiście wyłonić się pytanie, jaki jest całkowity zapas N w myszy zdrowej? W tym celu przy pomocy metodyki powyższej oznaczyłem N całkowity w kilku myszach zdrowych, które przed zabiciem głodziłem kilkanaście godzin, aby o ile możności stworzyć warunki zewnętrzne zbliżone do warunków u myszy chorych, zwłaszcza co do zawartości kanału pokarmowego. Wyniki tych badań podaje tablica I.

Rzut oka na dane z tablicy I, dotyczące całkowitej zawartości N w myszach zdrowych (№ 1—4 włącznie), poucza, że wahania w ilości substancyi azotowej, obliczonej na 1 grm. wagi zwierzęcia są nader małe. Wynoszą one od 0,0259 (№ 3) do 0,0295 grm (№ 2). Dzięki temu mamy możność wyprowadzić tu średnie (z № 1—4 włącznie) następujące:

całkowita ilość N w myszy dorosłej zdrowej wynosi 0,5657 grm.; ilość N w 1 grm. żywej wagi zwierzęcia wynosi 0,0279 grm. Jeżeli przyjmiemy (z niewielkim błędem), że

Siderol

Peptonate de fer Karpiński

Jodorol

Peptonate d'iode Karpiński

Glycerophosphat Karpiński Ferro-Glycerophosphat Karpiński

poleca

LABORATORYUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE
Tow. Akc. „FR. KARPIŃSKI w Warszawie”

ul. Elektoralna № 35. Tel. 600.



ALLOSAN

(Antigonorrhoeicum)

Stały krystaliczny ester santalolu o czystym działaniu tego ostatniego.

Zawartość santalolu 72⁰/₁₀₀

Bez smaku i nie drażniący.

ESTORAL

Prosty i przyjemny w stosowaniu **proszek przeciwkataralny**. Wkazany w różnych postaciach **kataru nosa i w ozenie**; działa również skutecznie w przewlekłych cierpieniach trąbki Eustachiusza i w przewlekłym ropieniu z ucha środkowego.

Zwracając się z żądaniem prób i literatury, pp. lekarze zechcą się powoływać na ogłoszenie **№ 207**.

GLYCÉROPHOSPHATE ^{Granule} ROBIN

jedyny przyswajalny fosforan
wzmacniający

system nerwowy

Neurastenia, przemęczenie
umysłowe, krzywica, słaby
kośćce, wzrost dzieci, ciąża i t.p.

NUCLEATOL ROBIN

Nukleofosforan wapna i sodu
pochodzenia roślinnego.

Wyczerpanie, neurastenia,
zołzy, limfatyzm, charakteractwo
bronchit przewlekły.

PEPTO-KOLA ROBIN

glicerofosfat, kola i pepton, pre-
parat wzmacniający, konser-
wujący siły.

Neurastenia, zmęczenie fizy-
czne i umysłowe, rekonwales-
cencya, cukrzyca, białkomocz.

PEPTONATE DE FER ROBIN

prawdziwa sól żelazista,
zupełnie przyswajalna.

Niedokrwistość, żółtaczka i
osłabienie od nich zależne. Po-
budza odżywianie i nigdy nie
wywołuje zaparcia.

IODONE ROBIN

peptonat jodu

zupełnie przyswajalny

Arteryoskleroza, syfilis, goś-
ciec, dna, astma. Leczenie ra-
cyonalne rozedmy płucnej.

BROMONE ROBIN

fizjologiczno racjonalne połą-
czenie bromu z peptonem.

Środek swoisty w cierpie-
niach nerwowych i w bezsen-
ności nerwowej. Zastępuje sku-
tecznie sole bromu i nie wy-
wołuje zatrucia.

LABORATORYUM ROBINA,
13 rue de Poissy, PARYŻ.

Flakony próbne wysyła pp. Lekarzom przedstawiciel dla Cesarstwa i Królestwa

Władysław Hoffman, Warszawa, Hortensya 3.

prawie cały N myszy odpowiada N białkowemu (rubryka 4 i 3 tablicy I), to otrzymamy średnie następujące:

T B L I C A I.
(zawartość N w myszach zdrowych)

№	Waga myszy	Cały N myszy	N $\times$ 6,25 (Białko)	W 1 gm myszy znajd. się	
				N	N $\times$ 6,25
1	19,9	0,5488	3,43	0,0275	0,172
2	18,3	0,5404	3,38	0,0295	0,185
3	20,8	0,5380	3,36	0,0259	0,161
4	22,5	0,6356	3,97	0,0288	0,180
5	3,9	0,1235	0,77	0,0316	0,197

białka w całej myszy zdrowej $(N \times 6,25) = 3,56$ gram.

białka w 1 gram. żywej wagi zwierzęcia $= 0,1745$ gram.

Co się tyczy myszy № 5 (tablica I), to była to mała młoda myszka, którą umyślnie wciągnąłem do badań. Widzimy tu, że wprowadzie mysz mała zawiera stosunkowo nieco więcej N (0,0316 gram. w 1 gram. wagi żywej), lecz że i tu różnica jest niewielka w porównaniu ze średnią. Stąd wniosek, że nawet duże różnice w wadze ciała myszy nie wpływają zbytnio na odchylenia od przeciętnej zawartości w nich azotu.

Biorąc za punkt wyjścia do porównań tylko co przytoczone liczby przejdźmy do omawiania zawartości N w myszach rakowatych.

Tablica II przedstawia dane co do zawartości N w myszach po usunięciu z nich o ile możności doszczętnem guzów. Waga zwierząt bez guzów wynosi a 9,6—22 gram. Jak widzieliśmy powyżej, różnica w zawartości N na 1 gram. żywej wagi zwierzęcia u myszy różnej wagi jest stosunkowo bardzo nieznaczna, rozmaitość więc wagi naszych myszy możemy uważać za okoliczność bez większego znaczenia dla celów naszych.

Wyciągając średnie z tablicy II, stwierdzimy, że na 1 gram. żywej wagi zwierzęcia chorego przypada:

N 0,0213 gram.

Białka $(N \times 6,25)$ 0,1331 gram.

Widzimy tu, że 1 gram. wagi zwierzęcia chorego przedstawia wyraźne zubożenie w N w porównaniu z normą. Gdy bowiem u zwierząt zdrowych (tabl. I) na 1 gram. wagi żywej przypadało średnio 27,9 mgrm. N, to u myszy rakowatych stwierdzamy 21,3 mgrm. t. j. o 6,6 mgrm., około 25,7% mniej. Oczywiście chodzi tu o zubożenie ustroju mysiego nie

w jakiś N niebiałkowy, lecz w białko, którego zawartość w 1 grm. myszy chorej wynosi tylko 0,1331 grm. zamiast 0,1745 grm. myszy zdrowej.

Zobaczmy z kolei, jaka jest zawartość N w guzach? (patrz tabl. III).

T B L I C A II.

(myszy rakowate po usunięciu doszczętnem guza)

№	Waga myszy	Cały N myszy	$N \times 6,25$	W 1 gm żywej wagi myszy	
				N	$N \times 6,25$
1	11	0,0991	0,6194	0,0090	0,0563
2	17,5	0,4690	2,9313	0,0268	0,1675
3	16	0,4242	2,6513	0,0265	0,1657
4	17,5	0,3024	1,8900	0,0172	0,1080
5	19	0,3696	2,3100	0,0195	0,1210
6	21	0,2688	1,6800	0,0128	0,0800
7	22	0,5768	3,6050	0,0262	0,1640
8	9,6	0,3080	1,9250	0,0321	0,2000
9	15	0,3284	2,0525	0,0219	0,1368

T A B L I C A III.

(zawartość N w guzach, doszczętnie usuniętych z myszy rakowatych)

№ ¹⁾	Waga guza	N guza	$N \times 6,25$	W 1 gm guza	
				N	$N \times 6,25$
1	4	0,2904	1,815	0,0726	0,454
2	6,5	0,1397	0,873	0,0215	0,134
3	6	0,1305	0,816	0,0218	0,136
4	4,9	0,1036	0,648	0,0211	0,132
5	4,5	0,0924	0,578	0,0205	0,128
6	4	0,0900	0,5625	0,0225	0,1406
7	8	0,2212	0,3825	0,0277	0,1738
8	2	0,0812	0,5075	0,0402	0,2538

¹⁾ NN tej tablicy odpowiadają NN zwierząt tablicy II.

Z tablicy II widzimy, że zawartość N w guzach waha się wprawdzie i dochodzi w niektórych przypadkach do 0,0406 a nawet 0,0726 (!) gm, w 1 gm. wagi guza, w przeważającej jednak liczbie przypadków mieści się w dosyć wązkich granicach 0,0205—0,0277 gm. Zależy to zapewne od spoistości t. j. twardości guzów, które jak wiadomo często rozplywają się w częściach środkowych.

Średnie z tablicy III w zestawieniu ze średniami dla myszy zdrowych i dla myszy rakowatych przedstawia się jak następuje.

	W 1 gm wagi	
	N	$N \times 6,25$
	mgrm	
Guzy (tabl. III)	31,0	193,8
Myszy chore bez guzów (tabl. II)	21,3	133,1
Myszy zdrowe (tabl. I)	27,9	174,5

Widzimy tu, że średnia zawartość N w guzach przewyższa znacznie takżę zawartość N w myszach rakowatych, a także przewyższa nieco średnią zawartość N w myszach zdrowych. Wprawdzie należało by tu porównywać zawartość N w guzach z zawartością N nie w całych myszach, lecz raczej w jakimś z analogicznie do guzów zbudowanych narządów, a więc w narządzie mięsowym (np. wątroba)... Wówczas być może okazało by się, że ta różnica pomiędzy N guza, a N myszy zdrowej (i chorej) wyrównała by się. Tak czy owak widzimy, że guzy są to twory stosunkowo bogate w białko. Widzimy też, że gdy ustrój pozostałej myszy chorej wyzbywa się swego białka, to w guzie przeciwnie skupia się dużo N. Jeżeli tak jest, to moglibyśmy oczekiwać u myszy chorej na raka pozornie dodatniego bilansu azotowego na skutek przewagi zatrzymanego białka w guzie (+ N) nad rozpadającym się białkiem w tkankach myszy pozostałych (— N). Trudno jest a *priori* odpowiedzieć, jak bywa w rzeczywistości, bowiem badania nad przemianą azotową u myszy są technicznie prawie niemożliwe. Wszakże zestawienie poniższe, w którym zgrupowano dane, dotyczące całych myszy wraz z guzem, rzuca niejakię światło na tę sprawę (patrz tabl. IV).

Widzimy tu, że na 1 gm. żywej wagi myszy chorej (wraz z guzem) przypada 23,5 mgm. N całkowitego, co w porównaniu z daną dla myszy zdrowej stanowi wyraźnie mniej (27,9 mgm. różnica 4,4 mgm). Ta okoliczność świadczy, że pomimo zatrzymywania azotu w guzie zjawiska rozpadu białka w ustroju pozostałym myszy chorej przeważają, i bilans jej azotowy, naogół biorąc, musi być ujemny. Mielibyśmy tu więc zupełną analogię do tego, co

zachodzi w ustroju człowieka chorego na nowotwór złośliwy: i tu bowiem mamy rozpad białka ustrojowego w całym ustroju myszy z wyjątkiem guza, w którym zachodzi żywe nagromadzanie się białka.

T A B L I C A IV.
(zawartość N w 1 gm wagi myszy+guza).

N ^o	Waga myszy+guza	N w 1 gm
1	15	0,0259
2	24	0,0254
3	22	0,0252
4	22,4	0,0181
5	23,5	0,0190
6	25	0,0144
7	30	0,0266
8	11,6	0,0336
—	Średnio	0,0235

T A B L I C A V.

N ^o	Waga myszy bez guza	N ma	N powinna mieć	utrata N	
				gm	%
1	11	0,0991	0,3069	0,2078!	67!
2	17,5	0,4690	0,4883	0,0193	0,4
3	16	0,4242	0,4464	0,0222	0,5
4	17,5	0,3024	0,4883	0,1859	38
5	19	0,3646	0,5301	0,1605	30
6	21	0,2688	0,5859	0,3171	54
7	22	0,5768	0,6138	0,0370	6
8	9,6	0,3080	0,2678	+0,0402!	+15

Stwierdzamy więc objawy wyraźne zmniejszania się zapasu białka ustrojowego w myszy z rakiem doświadczalnym. Zobaczmy z kolei, jak wielki

jest stopień tego rozpadu? W tym celu, wiedząc że normalnie w 1 gm. żywej wagi myszy zdrowej znaleźliśmy 0,0279 gm. N, możemy obliczyć, ile nasze myszy chore powinny mieć N całkowitego. Wiedząc zaś, ile mają, możemy odsetkowo przedstawić utratę N (ewent. białka).

Odsetki w rubryce ostatniej Tabl. V wskazują różnicę ilości N myszy chorej pomiędzy obliczoną na zasadzie średniej zawartości N (z tabl. I) i znalezionej rzeczywistą zawartością N (tabl. II). Widzimy tu, że wszystkie badane myszy (za wyjątkiem myszy № 8) utraciły mniejszą lub większą ilość ze swego zapasu białkowego, przyczem utrata N wyniosła tu od 67% do 0,4% normalnej ilości. Jedna tylko mysz № 8 wykazuje wzrost swego zapasu azotowego... Od czego zależy to zjawisko, tak ostro sprzeczne ze wszystkimi pozostałymi danymi innych doświadczeń, na to trudno jest odpowiedzieć.

W związku z utratą białka przez ustrój myszy rakowatych w kilku badanych *ad hoc* przypadkach mogłem również stwierdzić zmniejszanie się zapasu całkowitej substancji suchej t. j. rozwodnienie tkanek.

Ilość suchej substancji myszy zdrowej wynosi średnio 25,41%:

Nr	Waga myszy	% subst. suchej
1	7,3315	24,66
2	9,1892	26,16
3	15,2053	25,82
4	20,9230	25,01

W myszach rakowatych odsetka ta jest wyraźnie zmniejszona, jak o tem poucza zestawienie poniższe:

Nr	Waga myszy bez guza	Waga samego guza	% subst. w myszy	suchej w guzie
1	9,5056	3,035	22,36	20,16
2	9,8932	0,6507	—	18,09
3	13,26	1,5591	23,80	20,40
4	11,5416	3,7083	20,57	19,92

Średnio zatem sucha substancja ustroju myszy rakowatej, po usunięciu guza, wynosi 22,27% t. j. z górą o 3% mniej w porównaniu z myszą zdrową. I sam guz zawiera dużo wody, bowiem jego pozostałość sucha wynosi tylko 19,64%. Czy i o ile okoliczność ta jest właściwą tylko guzowi, czy też może i inne narządy myszy, zbudowane na podobieństwo guza z podłoża i nabłonków, wykażą tę samą zawartość substancji suchej, na to pytanie nie mogę tu odpowiedzieć.

*

*

*

Na zasadzie przytoczonych powyżej danych możemy z całą pewnością wyprowadzić ten wniosek, że u myszy chorej na raka (szczepionego) stwierdzamy:

1) zmniejszanie się całkowitej ilości azotu (a więc i całkowitego zapasu białkowego);

2) wzmaganie się zawartości wody.

Następuje więc rozwodnienie soków ustrojowych przy wzmożonym równolegle rozpadzie białka ustrojowego.

I pod tym względem ustrój myszy rakowatej nie różni się niczem od tego, co zwykliśmy uważać za charakterystyczne cechy charłactwa w chorobie nowotworowej ludzi. Mamy więc i tu objawy charłactwa nowotworowego, co stwierdza, iż pojęcie „złośliwości“, do jakiego nawykliśmy w patologii ludzkiej, da się rozwinąć i na te zmiany, jakie pociąga za sobą rozwój guzów doświadczalnych w ustroju mysim. Otwartą pozostaje wciąż jeszcze kwestya przyczyny istotnej owego charłactwa mysiego: czy mianowicie jest ono wyrazem zatrucia ustroju swoistą toksyną nowotworową, czy też zasadniczą rolę gra tu jakiś inny np. mechaniczny wpływ.

W każdym razie badania powyższe, ujawniając dużą analogią, jeśli nie tożsamość zjawisk, zachodzących w ustroju ludzkim i mysim w przebiegu choroby nowotworowej, stwierdzają, że studia nad nowotworami doświadczalnymi u myszy nie będą bez znaczenia dla patologii ludzkiej.

Warszawa, październik 1913.

III.

Z ZAKŁADU ANATOMII PATOLOGICZNEJ UNIwersYTETU Lwowskiego,
DYREKTOR PROF. Z. DMOCHOWSKI.

== == ==

PRZYCZYNEK DO ANATOMII PATOLOGICZNEJ PRZEPUKLIN PRZEPONOWYCH.

PODAŁA

Natalja Turkiewiczówna,
demonstratorka Zakładu.

Kwestya przepuklin wewnętrznych, a w szczególności przepuklin przeponowych, staje się w ostatnich czasach coraz bardziej żywotna. Wielkie postępy w rozpoznawaniu stanów chorobnych dzieci najmłodszych, nowe metody badania fizykalnego, a co najważniejsze stosowanie promieni Roentgen'a ułatwiają znacznie rozpoznanie kliniczne tej rzadkiej nieprawidłowości rozwojowej. Promienie R. zaczynają umożliwiać nam robienie w dziedzinie tej rozpoznań różniczkowych, o jakich przy dawniejszych metodach badania mowy być nie mogło, np.: pomiędzy przepuklinami przeponowymi a wrodzonym wysokiem ustawieniem przepony, pomiędzy wysokiem ustawieniem wrodzonym a nabytem i t. d. Postęp ten zmusza i nas, anatomów, do zwrócenia baczniejszej uwagi na sprawy powyższe tembardziej, że w ogłoszonych pracach klinicznych uderza fakt, że nie posiadamy jeszcze dostatecznie opracowanego materiału anatomicznego. Spostrzeżeń sekcyjnych ogłoszono bardzo wiele, gdyż opisano przeszło 550 przypadków, a jednak na ich podstawie jest rzeczą prawie niemożliwą opracowanie typów, które są niezbędne do wytłumaczenia spostrzeganych obrazów rentgenograficznych. Stąd zjawia się potrzeba, nie bacząc na cały materiał dotychczas opisany, przeprowadzenia badań anatomicznych dodatkowych, któreby wypełniły istniejące braki. Motyw powyższy skłonił nas do ogłoszenia dwu przypadków przepuklin przeponowych: pierwszy znaleziony został i sekcyonowany przez doc. Hornowskiego (protokół 237, data 6-go marca 1913); drugi pochodzi z zakładu medycyny sądowej prof. Sieradzkiego i przedstawiony był na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego przez asystenta zakładu dra Sieńgalewicza.

Przepukliny przeponowe, jak wiemy, należą do grupy przepuklin wewnętrznych i polegają na przesunięciu się części trzew jamy brzusznej do jamy klatki piersiowej przez otwory, znajdujące się w przeponie. Dzielimy je na w r o d z o n e i n a b y t e, pierwsze zaś na w r z e k o m e i p r a w d z i w e.

Do grupy przepuklin w r o d z o n y c h wrzekomych należą przypadki, w których wnętrzności, przesunięte do klatki piersiowej, leżą bezpośrednio

w jamie opłucnej, a zatem nie posiadają worka przepuklinowego. Ściśle mówiąc, nie jest to przepuklina, lecz przemieszczenie lub wypadnięcie trzew (*ectopia viscerum*).

W przypadkach przepuklin wrodzonych prawdziwych trzewia brzuszne, wchodząc do klatki piersiowej, wypychają otrzewną ścienną, pokrywając przeponę, posiadają zatem worek przepuklinowy. Niekiedy worek ten składa się z dwu błon surowiczych, a mianowicie z otrzewnej i opłucnej ściennej oraz z zawartej między nimi luźnej tkanki łącznej. Należy jednak być ostrożnym z rozpoznaniem przepuklin tego rodzaju, gdyż zdarzyć się może, że sieć, która czasem pierwocza wysuwa się do klatki piersiowej, tworzy błonę przeświecającą podobną do worka przepuklinowego, lub że w klatce piersiowej nad wypadniętymi wnętrznościami powstają zrosty, tak zwane błony wrzekome, naśladujące worek istotny. Możliwe są i inne kombinacye. Tak np. Papé (1) opisał przypadek przepukliny prawdziwej, przedstawiony przez prof. Marchand'a (2) na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Lipsku 15. 4. 1904 r., w którym worek przepuklinowy powstał z zawiązka wątroby. Przy bliższem badaniu przypadku tego wykazano brak całej połowy tylnej części przepony, wskutek czego większość trzew przewędrowała z jamy brzusznej do opłucnej; na worku zaś znaleziono część lewego płata wątroby pod postacią płaskiego zgrubienia o charakterze błoniastym. Tu więc worek został utworzony przez zawiązek lewego płata wątroby. Rzuca to pewne światło na znaczenie zawiązka płata tego w powstawaniu przepony.

Otwory przepuklinowe w przeponie bywają rozmaitej wielkości i kształtu, są rozmaicie umiejscowione oraz powstawanie ich jest różne. Otwory mniejsze leżą zwykle w częściach mięśniowych przepony, większe w części błoniastej; kształt ich bywa okrągły, owalny, półksiężycowy, wreszcie trójkątny; brzegi ich są zwykle utworzone przez pęczki mięśniowe, czasem przez wypchniętą otrzewną, niekiedy jednak składają się z tkanki bliznowatej o spistości chrząstki. Mechanizm powstawania tych otworów omówiony będzie poniżej.

Zależnie od umiejscowienia w klatce piersiowej wpuklonych trzew oraz od umiejscowienia otworu przepuklinowego odróżniamy następujące główne typy przepuklin wrodzonych [według Leichtensterna (3) oraz E. Przewoskiego] (4):

1) przepukliny śródpiersiowe przednie (*h. mediastinales anteriores*), lub przymostkowe (*h. parasternales*). W przypadkach tych trzewia jamy brzusznej dostają się do śródpiersia przedniego przez trójkątną przestrzeń, t. zw. *trigonum sterno costale* Larrey'i, znajdującą się pomiędzy przyczepami mostkowymi przepony oraz żebrowymi. Dla dokładniejszego zrozumienia umiejscowienia otworów tych zaznaczyć musimy, że pomiędzy częścią mostkową a żebrową przepony z każdej strony normalnie istnieją przerwy. Przerw tych jest dwie—prawa i lewa, i obie mają postać trójkątną, z podstawą zwróconą ku przodowi. Leżą one pomiędzy pęczkami mięsnymi, poczynającymi się od chrząstek VI i VII żebra, oraz pęczkami, przyczepianymi do dolnej części mostka i wyrostka mieczykowatego. Wielkość tych przerw bywa

rozmaita u rozmaitych osobników i zależy z jednej strony od stopnia rozwoju mięśni całego ustroju, z drugiej zaś od budowy części mostkowej przepony. Istotnie część ta w budowie swej jest niezmiernie zmienna: czasem bywa ona bardzo szeroka i składa się z wielu pęczków mięsnych, czasem jest wązka, czasem nareszcie składa się jedynie z cienkiego pęczka lub błony ścięgniastej; znane są nareszcie przypadki, w których części przepony mostkowej niema wcale, a wtedy obie przerwy trójkątne zlewają się w jedną wielką przerwę, przylegającą do tylnej powierzchni mostka. Obie trójkątne przerwy wypełnione są luźną tkanką łączną; od dołu obie są pokryte otrzewną, od góry tylko prawą przerwę pokrywa opłucna. Zrozumiałem jest, że w miejscach istniejących przerw przepona jest słabsza i wypuklić lub rozsunąć się może z łatwością przy podniesieniu ciśnienia w jamie brzusznej.

Przepukliny tego typu t. j. śródpiersiowe przednie, inaczej przymostkowe, spotykano tylko u dzieci starszych; u płodów nie widywano ich nigdy (Thoma (5). Tłómaczy się to tem, iż przedewszystkiem przerwy powiększają się proporcjonalnie do wzrostu ciała, że u płodu kąt między przeponą a mostkiem jest b. ostry, że kreska kiszkowa jest bardzo krótka i nareszcie, że przerwy przymostkowe zasłonięte są przez wątrobę, która opuszcza i odchyła się dopiero przy pierwszym wdechu.

Przez otwory przymostkowe wydostaje się z jamy brzusznej najczęściej sieć, a czasem odźwiernik (Wuerth). (6).

2. Przepukliny śródpiersiowe tylne (*h. mediastinales post.*) Do nich zaliczyć należy przypadki, w których trzewia brzuszne w worku lub bez worka wnikają do śródpiersia tylnego.

Przechodzą one przez rozszerzony otwór nerwu współczulnego, przełyku oraz inne otwory, leżące tuż przy kręgosłupie.

3. Przepuklinami śródprzeponowymi (*h. diaphragmaticae s. h. diaphr. interstitiales*) zwiemy te przypadki, w których trzewia przechodzą do jamy opłucnej w worku lub bez worka przez otwory, *ad hoc* w przeponie powstałe. Otwory te leżą czasem przyściennie, czasem umiejscawiają się w części mięśniowej przepony, czasem ścięgniastej, a czasem są tak wielkie, że zajmują odrazu rozmaite odcinki przepony.

By zrozumieć powstawanie przepuklin śródprzeponowych należy zwrócić się do rozwoju embryologicznego tej okolicy.

Otóż, co się tyczy powstawania przepony, to pod tym względem istniały od dawna dwie teorye, które przeczyły sobie nawzajem, mianowicie teorya rozwoju dośrodkowego i odśrodkowego.

Zwolennikiem pierwszej był Kölliker (7): według niego pierwotna przepona powstaje z dwu połów bocznych, które rosną ku sobie i łączą się na linii środkowej.

Cruveilhier (8), Gerbe (9), Duguet (10) przeczą zapatrywaniom Köllikera i twierdzą, że zawiązki przepony tworzą się naokoło tych przewodów, które przez nią przechodzą, a więc w linii środkowej, i stąd rozrastają się wachlarzowato ku obwodowi. Dopiero prace Badiat'a (11), Hisa (12), a szczególnie Uskowa (13) rozstrzygnęły tę kwestyę i przekonały nas, że każdy z tych

badaczy miał do pewnego stopnia słuszność. Według Uskowa najwcześniej odgranicza się jama sercowa od jamy brzusznej przez powstanie fałdy poprzecznej, tworzącej się wskutek połączenia żył pępkowych, pępkowo-krezkowych i zatok Cuviera. Fałdę tę His nazywa *septum transversum*. Gdy jama serca jest już zupełnie oddzieloną od kręgosłupa i od grzbietowej części *septi transversi* — zaczynają wyrastać nowe fałdy, tak zwane filary Uskowa, które, łącząc się ze sobą, zlewają się z kreską, poprzecznie przeciągniętą. W okresie tym istnieją z obu stron, to jest prawej i lewej, otwory, zwane otworami Bochdalecka, przez które łączą się ze sobą jamy opłucnowe z jamą brzuszną. Otwory te zamykają się stosunkowo późno przez powstanie dwóch fałd mezodermalnych. Dodać tu muszę, że otwory Bochdalecka zwykle są węższe po stronie prawej, niż po lewej, a filary prawe zawsze silniej rozwinięte, niż lewe. Jak widzimy więc, przepona, a raczej łącznotkankowa jej podstawa składa się pod względem rozwojowym z dwu części: 1) części brzusznej, zwanej *septum transversum* lub *diaphragma centrale primitivum*, oraz 2) części grzbietowej, tworzącej się z fałd opłucnowo-otrzewnowych, które zapoczątkowują się później. W ten sposób powstała przepona jest według Nau'a (14) zupełnie gotowa już w 10-m tygodniu życia płodowego. Co się tyczy mięśniowej części przepony, to powstaje ona z 6-u myotomów szyjnych. Poczynając od trzeciego miesiąca życia płodowego, mięśnie przepony zaczynają grubieć w jej środkowej części. Pamiętać należy, że w tym czasie nie ma jeszcze części ściągistej, powstaje ona o wiele później, mianowicie pod koniec ciąży, wskutek zaniku mięśni tej okolicy. W szóstym miesiącu przepona przedstawia się pod postacią cienkiej błony mięśniowo-błoniastej, przezroczystej; włókna mięśniowe narastają i powiększają się powoli.

Wspomnieć tu muszę o wpływie, jaki wywiera wątroba na prawidłowe zamknięcie przepony. Do części ogonowej *septi transversi*, bardzo wcześnie, gdyż w okresie jego tworzenia się, wrasta, poczynając od dwunastnicy, zawiązek wątroby. Istnieje więc taki okres, w którym zawiązek przepony zbudowany jest z dwu części: dogłowej, składającej się z tkanki łącznej, i ogonowej, składającej się z zawiązków wątroby. Później filary Uskowa zrastają się bardzo ściśle z wątrobą; jeszcze później szybki wzrost wątroby przyczynia się do zamknięcia otworów Bochdalecka, które, jak wiemy, stanowią połączenie pomiędzy jamami opłucnowymi a jamą brzuszną. W ostatnich dopiero miesiącach ciąży przepona zostaje oddzielona od wątroby przez powstawanie uchyłków otrzewnej. Oddzielenie wątroby jest zupełne z wyjątkiem miejsc, w których pozostają więzy wieńcowy (*lg. coronarium*) i sierpowaty (*falciforme*).

Powstawanie więc otworów w przeponie dla późniejszych przepuklin może przedewszystkiem zależeć od wadliwego ukształtowania się, a raczej niedorozwoju *septi transversi*. Przypadki te jednak należą do bardzo rzadkich. O wiele częściej zależą one od nieprawidłowego rozwoju przepony w jej części grzbietowej.

Jeśli przypomnimy sobie, jak wielką rolę odgrywa wątroba w rozwoju,

a raczej w całości tej części przepony, to jest bardzo prawdopodobnem, że zbyt mała energia wzrostu tego narządu jest istotną przyczyną niezupełnego zamknięcia przepony. Fakt, że wrodzone braki w przeponie znajdujemy zwykle na stronie lewej, tłumaczymy sobie tem, że w czasie powstawania związku grzbietowego przepony *septum transversum* i wątroba leżą asymetrycznie i że filary Uskowa po stronie prawej są znacznie krótsze, niż po lewej. Może w tem grać pewną rolę i żołądek, leżący w okresie tym pomiędzy wątrobą i tylną częścią ciała; wciągu kształtowania się zmienia on wielokrotnie swą postać i położenie, co oczywiście wpływać może na rozwijającą się przeponę. Lacher (13), Thoma (16), Grosser (17) i inni twierdzą, że poważny wpływ na powstawanie braków tych ma nierównomierny wzrost wątroby, która, jak wiemy, rośnie dość szybko za wyjątkiem zrazu lewego, rozwijającego się późno i rosnącego powoli. Skoro więc otwór, łączący jamy opłucnową lewą i otrzewnową, nie zostanie zamknięty, to z czasem w miarę wzrostu przepony powiększy się on wybitnie i w dodatku ku tyłowi.

Zrozumiałem jest dalej, że wskutek powstawania ciśnienia w jamie brzusznej narządy, w niej zawarte, przeciskają się do klatki piersiowej, t. j. że powstają wtedy przepukliny wrzekome. W przypadkach rzadszych w jednej połowie przepony mięśnie nie rozwijają się wcale; w takim razie, chociaż nawet otwór został zamknięty przez część błoniastą, może przepuklina powstać, lecz rozumie się, że w okresach późniejszych; błoniasta bowiem część nie jest w stanie oprzeć się skutecznie ciśnieniu, jakie istnieje w jamie brzusznej, i zostaje wypchnięta ku górze. Powstają wtedy przepukliny z workiem t. j. przepukliny prawdziwe.

Istnieją jeszcze inne teorye powstawania przepuklin omawianych; właściwie jednak mówiąc, uzupełniają one tylko teoryę powyżej streszczoną. Grosser (18) np. (1899) uważa, że istotną przyczyną powstania przepuklin śródprzeponowych wrzekomych jest niedorozwój filarów Uskowa. Naturalnie, że otwór w przeponie jest bardzo wielki; w przypadkach zaś gdy filary Uskowa rozwinęły się słabo i nie osiągnęły tylnej części ciała lub śródpiersia, otwór jest mały. Pogląd ten właściwie odnosi się do przepuklin zaprzeponowych.

Przepukliny śródprzeponowe właściwe t. j. te, które powstały wskutek istnienia otworu w środku przepony, według Grossera, powstają wskutek pęknięcia normalnie zbudowanej przepony. Grosser zastrzega się, że pęknięcia te nie zależą od spraw chorobnych. Tłumaczenie to nie jest jasne i mało prawdopodobne.

Cruveilhier (19) i Monnier (20) za pierwotną przyczynę zatrzymania się rozwoju przepony uważają wypadnięcie trzewiów. Lacher (21) i Gautier (22) mówią ogólnie o niedorozwoju. Ahlfeld (23) zaś sądzi, że przemieszczenie trzewi może powstać wskutek pociągania jelit w kierunku przewodu żółtkowo-kiszkowego. Powstaje przytem otwór w miejscu przejścia przełyku przez przeponę. Dziś jednak zostało ostatecznie ustalonem, że istotną przyczyną powstawania przepuklin śródprzeponowych są anomalie rozwojowe przepony, przemieszczenie zaś trzewiów jest zjawiskiem wtórnem.

Benecke (24) powstawanie braków w przeponie tłumaczy przez szybki i energiczny rozwój wątroby, która przesuwając przytem zawiązki przepony.

Bret i Orsat (25) twierdzą, że dodatnie ciśnienie w jamie brzusznej nie jest przyczyną powstawania tych przepuklin, gdyż różnica ciśnień w obu jamach ciała powstaje dopiero po pierwszym wdechu. Za pierwotną przyczynę uważają oni niedorozwój płuc, wskutek czego trzewia brzuszne mogą zająć więcej miejsca. Jeżeli płuco zostanie w rozwoju swym wstrzymane wczesnie, to powstaje przepuklina wrzekoma, jeżeli zaś później, to prawdziwa; jeżeli zaś niedorozwój płuc wystąpił po ukończeniu rozwoju przepony—wytwarza się tak zwane wysokie ustawienie przepony.

Do grupy trzeciej należą jeszcze przepukliny zaprzeponowe (*h. retro-diaphragmaticae*), które ze względu na swą częstość na uwzględnienie zasługują. Są to właściwie przepukliny śródprzeponowe, tylko przyścienne. W przypadkach tych trzewia dostają się do jamy opłucnej pomiędzy przyczepami przepony do okolic, leżących z prawej i lewej strony kręgosłupa. Miejsca te są najbardziej podatne do wytworzenia otworu przepuklinowego, gdyż tu właśnie przepona pomiędzy swymi częściami kręgowymi a żebrowymi jest zbudowana słabo, a czasem nawet istnieje tam przerwa obszerna, pozbawiona zupełnie włókien mięsnych. — Kształt przyczepów przepony i wzajemny ich stosunek w miejscu tem przedstawia się u różnych ludzi b. rozmaicie, a często nawet różnie z dwóch stron u jednego osobnika. Odróżniamy trzy główne typy tych przyczepów:

a) Brak zupełny przyczepów pomiędzy częściami kręgową a żebrową przepony. Istnieje wtedy w przeponie zupełna przerwa trójkątna, podstawą zwrócona ku tyłowi; wierzchołek jej opiera się o tylny brzeg ośrodka ścięgniętego. Od góry pokrywa ją opłucna.

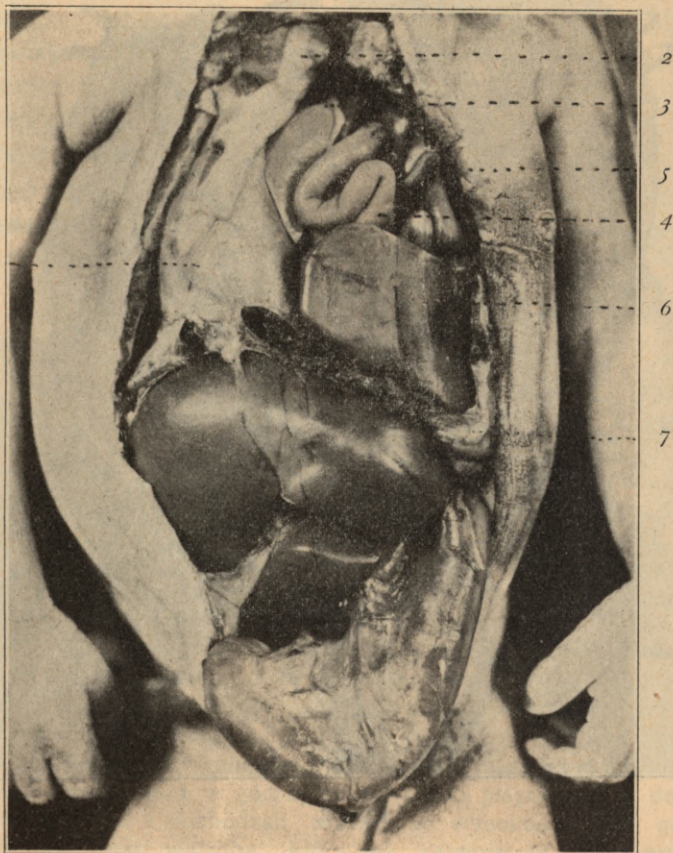
b). Przerwa powyższa zasznuta bywa przez łuk ścięgnięty, posiadający przyczep, ciągnący się od wyrostka poprzecznego pierwszego kręgu lędźwiowego do końca wolnego żebra dwunastego. Od łuku tego poczynają się cienie mniej lub więcej liczne włókna mięśniowe, które biegną ku wierzchołkowi trójkąta i zlewają się z ośrodkiem ścięgniętym.

c). Przerwa opisana pod a) zamknięta czasem bywa przez większy lub mniejszy pęczek mięśniowy, poczynający się od 1-go kręgu lędźwiowego, i przyczepiający się do końca 12-go żebra. — Mięsień ten zakrywa podstawę trójkąta; reszta przerwy zasznuta jest przez włókna mięśniowe, promienisto rozchodzące się od trzech boków trójkąta.

Przepukliny przeponowe śródmiąższowe komplikują się czasem przez tak zwaną przepuklinę podtętniczą prawdziwą (*hernia subaortica vera*). — Komplikacja ta polega na tem, że trzewia wypadły do jamy opłucnej wypuklają ścianę śródpiersia na stronę prawą, przechodząc pod tętnicę główną.

4). Do grupy czwartej zaliczamy przypadki, w których przepona nie rozwinęła się wcale, lub w połowie tylko; zwiemy je **b r a k i e m z u p e ł n y m p r z e p o n y** (*defectus totalis diaphragmae*). Rozumie się, że o przepuklinach właściwych w przypadkach tych mowy być nie może, gdyż zawartość jamy brzusznej łączy się niejako z zawartością klatki piersiowej.

Przepukliny przeponowe nabyte powstać mogą wskutek urazu lub też na tle innego schorzenia. Spostrzegano więc przepukliny po pchnięciach bagnetem, sztyletem, długimi a cienkimi nożami i t. d. — Widywano je również po ciężkim kaszlu, po zbyt wielkim napięciu, np. po porodzie lub po forsownych skurczach tłoczni brzusznej. Wreszcie przyczyną przepuklin nabytych może być schorzenie przepony. Teorya Schwalbe'go (25), który przypuszcza, że przepuklina przeponowa wrodzona dałaby się wytłomaczyć schorzeniem przepony w okresie zarodkowym, oczywiście jest dotychczas niczem nie poparta.



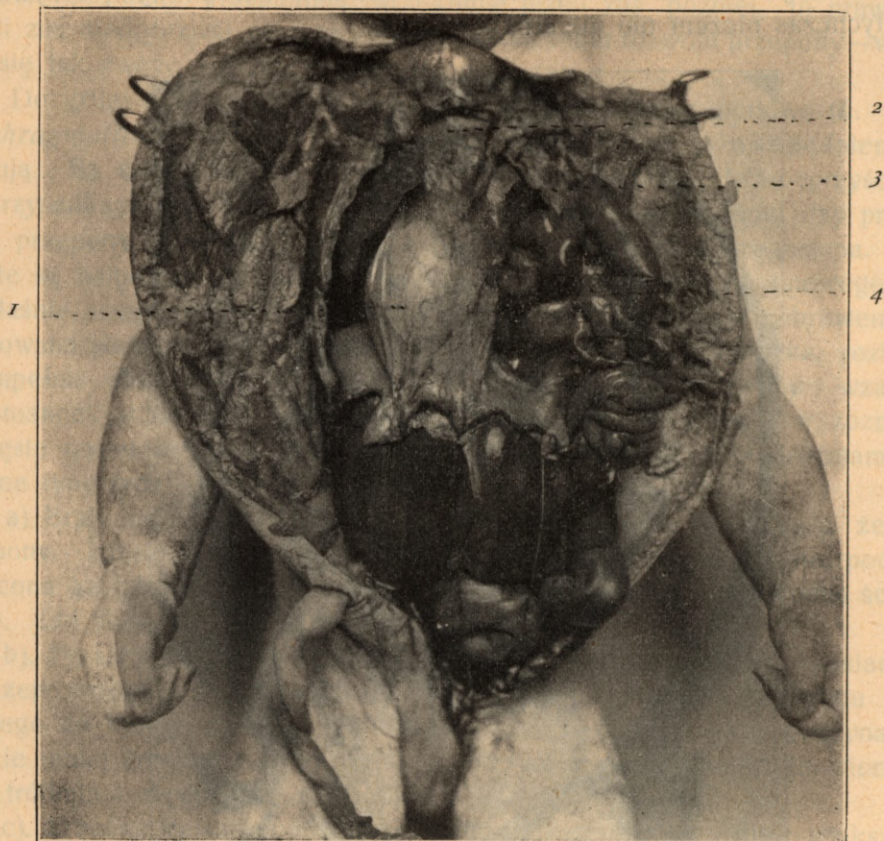
Rys. 1.

Obrazy podobne do przepuklin przeponowych t. j. przesunięcie się zawartości jamy brzusznej do klatki piersiowej widzimy przy tak zwanem dawniej *eventratio diaphragmatica*.

Dziś nazwa ta została przez Königera (26) usunięta i zastąpiona przez nazwę: „samoistne wysokie ustawienie przepony“.

Sama nazwa wskazuje, że jest to zniekształcenie przepony, polegające na niezmiernie wysokiem ustawieniu wierzchołka jej sklepienia. Sprawa na-

leży do zjawisk bardzo rzadko spostrzeganych. Lotze (27) 1906 mówi, że widziano ją dotychczas tylko 12 razy, a z tych 4 razy na sekcjach, a raz podczas laparatomii (Glaser (28)). Zdaje się jednak, że opierając się na spostrzeżeniach Hoffmana (29), należy przypuszczać, że wysokie ustawienie przepony jest sprawą nie tak rzadką, rozmaitym jest tylko stopień jej rozwoju. Hildebrand i Hess (30) twierdzą, że wysokie ustawienie przepony może być nawet nabytem.



Rys. 2.

Wysokie ustawienie przepony jest prawie zawsze zjawiskiem wrodzonym; nabytem może być prawdopodobnie wskutek schorzenia mięśnia przeponowego. Thoma (31) badał resztki mięśnia wysoko ustawionej przepony i przekonał się, że nie było w nim śladu jakichś zwyrodnień lub zapalenia; sądzi zatem, że sprawa ta powstaje tylko wskutek niedorozwoju mięśnia. Podobnego zdania jest Doering (32). Benda (33), znalazłszy w przypadkach podobnych tkankę tłuszczową, ułożoną w rzędy równoległe do siebie i do mięśni pozostałych, twierdzi, że w swoim czasie mięśnie rozwinęły się prawidłowo, a potem dopiero nastąpił ich zanik z następczym rozrostem tkanki tłuszcz-

czowej. Hoffman (34) sądzi, że chroniczne rozdęcie żołądka oraz jelit może doprowadzić do utraty elastyczności przepony i do następczego wysokiego jej ustawienia; Königer (35) popiera to zapatrywanie. Beltz (36) ogłosił teorię urazowego pochodzenia *eventrationis diaphragmaticae*. Sądzi on, że upadek na klatkę piersiową, silne pchnięcie lub coś podobnego może wywołać tego rodzaju uszkodzenie przepony, iż pod naporem zwiększonego ciśnienia jamy brzusznej wypukła się ona ku klatce piersiowej. Pogląd ten potwierdzają przypadki Kienböcka (37), Arnsperger'a (38) i Struppla (39). W roku 1910 Malkow (40) uzależnił powstawanie wysokiego ustawienia przepony od schorzenia nerwu przeponowego. Sądzi on, że przy niedorozwoju tego nerwu mięsień ulega zanikowi. Teorię tę, która zresztą posiada wiele cech prawdopodobieństwa, Malkow poparł przez doświadczenia na psach; dowiódł on, iż po przecięciu nerwu przeponowego lewego następował zanik mięśnia przepony po upływie kilku miesięcy.

Streściwszy w najogólniejszych zarysach cechy anatomiczne przepuklin przeponowych oraz teorie, jakie zbudowano dla wytłomaczenia tego stanu chorobnego, przechodzę do krótkiego opisu przypadków, przezemnie zbadanych, i do określenia grupy, do której powinny być zaliczone.

I. Płód nieżywy niedonoszony, płci żeńskiej. Długość płodu wynosi 57 cm, waga 2100 gr. Budowa jego zewnętrzna jest prawidłowa. Ilość tkanki tłuszczowej podskórnej średnia. Kościec prawidłowo rozwinięty, skóra biała. Jama opłucnowa lewa jest wypełniona przez narządy jamy brzusznej. Serce zostało przesunięte na prawo, tak iż lewa jego granica leży wzdłuż linii środkowej ciała. Prawe płuco jest uciśnięte głównie w dolnej części przez przesunięty worek osiedziowy, Grasica, dość duża, została również przesunięta na prawo, leży na prawo od linii środkowej ciała wraz z tchawicą. Płuco lewe znacznie uciśnięte i przesunięte ku górze i ku tyłowi, tak iż leży wzdłuż kręgosłupa w kształcie długiego wąskiego paska, zaś przednia część jego dolnego płata odsunięta ku górze, przylega do grasicy i przykrywa boczną część przedsionka lewego. Tuż przy sercu znajdujemy śledzionę, która dolną swą częścią przylega do tylnej i bocznej części worka sercowego, zaś górną, idącą od przodu ku tyłowi, do dolnej tylnej powierzchni płuca lewego, wpuklając się jak gdyby w to płuco.

Pod śledzioną leży cały żołądek. Wszystkie kiszkki cienkie wraz z częścią wstępującą kiszkki grubej leżą w górnej części klatki piersiowej; w dolnej zaś przykrywając częściowo kiszkki i dochodząc prawie do wysokości sutki, gdyż do czwartego żebra, leży cały płat wątroby, który też zajmuje na całej przestrzeni dolną część klatki piersiowej. Mniej więcej w środku jamy opłucnowej od przodu i prawie tuż nad wątrobą leży wyrostek robaczkowy. Prawa połowa przepony jest normalnie rozwinięta. Wątroba jest duża: prawy jej płat zajmuje prawie połowę jamy brzusznej. Pęcherzyk żółciowy znajduje się poniżej pępka, nieco na prawo od linii środkowej ciała. Lewy płat jak mowiliśmy leży w jamie opłucnej. Esicą rozdęta leży w dolnej części brzucha. Nerki opuszczone, nadnercza na swoim miejscu.

Co się tyczy przepony, to część jej przy środkowej linii ciała od przodu aż do kręgosłupa jest prawidłowo rozwinięta; szerokość jej ze strony lewej wynosi 12 mm; od przodu również przepona jest rozwinięta prawidłowo, szeroka na 12 mm., i przyczepia się do żeber, natomiast od tyłu łuku żebrowego, na całej przestrzeni od kręgosłupa aż prawie do samej części chrząstkowej żeber 7 i 8, niema naj-

mniejszych śladów przepony.—Wobec braków przyczepu żeberowego przepony musimy nazwać przepuklinę tę przepukliną wrzekomą zaprzeponową.

II. Noworodek mały, wagi 1640 gr., długości 41 cm, niedonoszony. Powieki po obu stronach zrośnięte, tkanka tłuszczowa podskórna rozwinięta nadmiernie. Kości czaszki grube i przylegają ściśle do siebie, nie tworząc ciemion ani szwów błoniastych. Po otwarciu klatki piersiowej widzimy, iż lewa jama opłucnowa wypełniona jest przez zawartość jamy brzusznej, a mianowicie: W dolnej części lewej połowy klatki piersiowej leży poprzecznie na żebrach śledziona; przykrywa ją żołądek, który leży tak, iż wpust jego znajduje się około kręgosłupa, krzywizna duża jest skierowana ku górze, krzywizna mała ku dołowi, odźwiernik zaś przylega do bocznej części klatki piersiowej. Cały więc żołądek leży tak, jak gdyby był wypchnięty z jamy brzusznej przez siłę, działającą na jego krzywiznę małą w kierunku na lewo i ku górze, lub jak gdyby był pociągnięty za odźwiernik na lewo i ku górze.

Część dwunastnicy jest również wciągnięta do jamy opłucnej; część wstępująca kiszki grubej i mała część poprzecznicy leżą w jamie opłucnej wzdłuż kręgosłupa od tyłu w ten sposób, że kiszka ślepa i wyrostek robaczkowy znajdują się w tem miejscu, gdzie bywa zwykle wierzchołek płuca.

Od przodu jednak widzimy tylko splot kiszek cienkich, wypełniających klatkę piersiową, które za wyjątkiem małej pętli jejuni, pozostałej w jamie brzusznej, w całości przeszły do klatki piersiowej. Trzewia te nie były pokryte workiem i dostały się do klatki piersiowej przez duży otwór, istniejący w lewej połowie przepony, kształtu mniej więcej okrągłego, o brzegach gładkich, krwią nie podbiegniętych. Przepona przyczepia się w linii środkowej ciała do chrząstek żeber 7 i 8. Od przodu jest węższa, gdyż szerokość jej nie przechodzi 5 mm. zaś w linii środkowej ma 12 mm. Płuco lewe przyciśnięte zostało do kręgosłupa i przedstawiało ciało mięsiste—bezpowietrzne, leżące tak, jak w przypadku I. Płuco prawe, wielkości normalnej i mało uciśnięte, leży stosunkowo prawidłowo. Serce leży ściśle w linii środkowej ciała, tak że linia środkowa ciała dzieli je na dwie równe połowy; grasicca mała znajduje się na swoim miejscu, wątroba duża jest opuszczona i przesunięta na lewo w jamie brzusznej.

W tym więc przypadku mieliśmy do czynienia z przepukliną zaprzeponową wrzekomą.

Wracając do pierwotnego założenia, to jest do ewentualnych obrazów rentgenoskopowych, zauważyć musimy, że w obu tych przypadkach byłyby one różne ze względu na różne umiejscowienie się wątroby, śledziony i żołądka; dalej, ze względu na różny stopień ucisku płuc i na niejednakowy ich stosunek do kręgosłupa i nareszcie ze względu na rozmaite położenie żołądka oraz rozmaite długości przesuniętych kiszek cienkich i okrężnicy.

OBJAŚNIENIE RYSUNKÓW.

Rys. I. ze zdjęcia fotograficznego. 1) worek osierdziowy, 2) grasicca, 3) płuco lewe, 4) kiszki cienkie, 5) wyrostek robaczkowy, 6) lewy płat wątroby, 7) przepona.

Rys. II. ze zdjęcia fotograficznego. 1) Worek osierdziony, 2) Grasicca 3) płuco lewe, 4) kiszki cienkie.

L I T E R A T U R A.

1. Papé. 2. Marchand. (Posiedzenie Tow. Lekarsk. w Lipsku 15. II. 1904) przedstawiony przez Risel'a na pos. Tow. Lek. w Lipsku 29. I. 1907. Deutsche med. Wochenschrift. 1907, Nr. 22. 3) Leichtenstern. Zur Diagnose der Hernia diaphragmatica. Berlin. klin. Wochenschrift, 1874 Nr. 40—44. 4) Przewoski. Cztery przypadki przepukliny przeponowej. Gazeta lekarska 1888, p. 800, 829, 853. O przepuklinach przeponowych Pt. L. W. 1889, LXXXV, 512. 5) Thoma R. Vier Fälle von Hernia diaphragmatica. Virchow's Archiv 1882, Bd. 88, p. 515—518. 6) Wuerth — według Przewoskiego (№ 4). 7) Kölliker A. v. Grundriss der Entwicklungsgeschichte des Menschen und der höheren Tiere. 2 Aufl. Leipzig 1884. 8) Cruveilhier. Traité d'anatomie pathologique génér. T. I, p. 618 (nach Thoma). 9) Gerbe według Ivara Bromana. Normale und abnorme Entwicklung des Menschen, Wiesbaden 1911. 10) Duguet. De la hernie diaphragmatique congénitale. Thèse de Paris, 1866. 11) Badiat według Bromana J Normale und abnorme Entwicklung des Menschen, Wiesbaden, 1911. 12) His W. Anatomie menschlicher Embryonen. Mit Atlas, in folio Leipzig 1880—85. Mittheilung zur Embryologie der Säugethiere und des Menschen. Archiv f. Anat. und Physiol. Anat. Abt. 1881. 13. Usskown N. Ueber die Entwicklung des Zwerchfells, des Pericardiums und des Colons. Arch. f. mikr. anat. Bd. 22, 1883. 14) Nau Bull. Soc. Anat. juillet 1903, Annales de la Soc. Obstét. de France 1904, t. XLI. 15) Lacher. Ueber Zwerchfellhernien. Deutsches Archiv. f. klin. Med. Berlin. 1886. 17. Grosser Otto (Statistik). Ueber Zwerchfellhernien. Wiener klin. W. 1899, p. 655. 20. Monnnier. Thèse de Paris 1888. 22) Gautier. Contribution à l'étude de la herni diaphragmatique chez le nouveau-né Thèse de Paris 1897. 23) Ahlfeld. Die Missbildungen des Menschen. Leipzig 1880—83, Bd. 2. 24. Benecke według Bromana J. Normale u. abnorme Entw. des Menschen Wiesbaden 1911. 25. Schwalbe Ernst. Ueber congeitzale Zwerchfellhernien. Münch med. Woch. 1899. Die Morfologie Missbildungen des Menschen und der Tiere I. Allgemeine Missbildungslehre (Teratologie). Eine Einführung in das Studium der abnormen Entwicklung Jena 1906. 25. Bret u. Orsat. Ueber einen Fall der Hernia diaphragmatica bei einem Emphysematiker. Lyon médical 20 Juni 1909. 26) Königer. Zur Differentialdiagnose der Zwerchfellhernie u. des einseitigen idiopathischen Zwerchfellhochstandes (infolge der Zwerchfellatrophie). Münch. kl. W. 1909 № 6. 27. Lotze. Ueber Eventratio diaphragmatica. Deutsche med. Woch. № 40, 1906. 28) Glaser Felix. Ueber Eventratio diaphragmatica. Deutsches Archiv. f. klin. Med. 1903. Bd. 78. 29) Hoffmann. Ueber rudimentäre Eventratio. Münch. klin. Woch. 1907 № 3. 30) Hildebrand u. Hess. Zur Differentialdiagnose zwischen Hernia diaphragmatica u. Eventratio diaphr. Münch. klin. Woch. 1905. p. 745. 32) Doernig. Eventratio diaphragmatica. Deutsches Archiv. f. klin. Med. LXXII, 1902. 33) Benda według Glasera t. 28. 36. Beltz. Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Hernia und Eventratio diaphr. Münch. kl. W. 1910, p. 1006. 37) Kienböck R. Ein Fall von Zwerchfellhernie Zeitschrift f. klin. Med. 1907. Bd. 68. 38) Arnsperger Hans. Ueber Eventratio diaphragmatica. Deutsches Archiv f. klin. Medizin. 1903, Bd. 93, pag. 88. 39) Struppl Theodor. Ueber den physikalischen Befund und die neueren klinischen Hilfsmittel bei der Diagnose Zwerchfellhernie. Deutsches Archiv. f. klin. Med. 1901. Bd. 70. 40) Malkow. Ruskij wracz, 1910, № 51.

IV.

Radiodyagnostyka zwężeń przełyku.

Napisał

Zygmunt Grudziński.

Ze wszystkich części przewodu pokarmowego przełyk, jako narząd o względnie prostej budowie i będący najwięcej pod bezpośrednim wpływem badającego, jest najwdzięczniejszym przedmiotem badania rentgenowskiego. Radiodyagnostyka przełyku daje pewniejsze i dokładniejsze odpowiedzi, niż innych części narządu trawienia. Nie wszystkie cierpienia przełyku poddają się radiografii. Przedmiotem jej są następujące cierpienia: obce ciała przełyku, przemieszczenia, guzy, uchyłki, wreszcie zmiany w świetle przełyku. Najczęściej rentgenolog spotyka się z cierpieniami ostatniej kategorii. Są to uwarunkowane różnymi przyczynami zwężenia przełyku w różnych miejscach tego narządu. Po nad miejscem zwężonym stale występuje większe lub mniejsze rozszerzenie przełyku. Mówiąc więc o zwężeniach, często trzeba jednocześnie mówić o zależnych od nich rozszerzeniach przełyku.

W ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegać kilkadziesiąt przypadków zwężeń przełyku, badanych w zakładzie rentgenograficznym moim i kol. Drozdowicza. Wyniki moich spostrzeżeń pragnę przedstawić w niniejszym szkicu.

Na wstępie zaznaczyć muszę, że nie przypisuję radiografii roli wyłącznej w dyagnostyce zwężeń przełyku; roli, rugującej inne metody badania. Pragnę tylko wykazać, w jakim stopniu uzupełnia ona inne metody badania i w jakich przypadkach jest ona przy obecnym stanie nauki nieodzowną, niezastąpioną.

Jakkolwiek praca ta nie jest przeznaczona dla rentgenologów specjalistów, muszę choć w kilku słowach wspomnieć o metodyce badania.

Przełyk rzadko kiedy daje się badać w zwykłej pozycji chorego *en face*, w jakiej zwykle badamy klatkę piersiową. Aby usunąć przykrywające przełyk cienie serca, wielkich naczyń i kręgosłupa, badamy chorego zazwyczaj w pozycji skośnej (kierunek promieni od tyłu i lewej strony ku przodowi i prawej stronie, lub odwrotnie). Badamy radioskopowo na ekranie fluoryzującym, uzupełniając badanie robionemi od czasu do czasu zdjęciami radiograficznymi.

Obraz, jaki w pozycji powyższej otrzymujemy, widzimy na rysunku poniższym.

W warunkach normalnych zarysu samego przełyku radiografia nam nie daje: dostępnymi dla naszego badania mogą być tylko:

1. zgłębnik miękki, wypełniony substancją kontrastującą, przechodzący przez przełyk,
2. miazga pokarmowa, zawierająca substancje kontrastujące, bądź prze-

Glycerophosphatum granulat. Klave

Calcium et Natrium glycerinophosphor.

Glycerophosphatum cum Ferro Klave

Calcium, Natrium et Ferrum glycerinophosphor.

Glycerophosphatum cum Lecithino Ovi Klave

Calc. et Natr. glycerinophosphor., Lecithin. Ovi.

Glycerophosphatum Magnesiae Klave

Magnes. glycerin. et Natr. glycerinophosphor.

Kolaphosphatum Klave

Calc. et Natr. glycerinophosph.

Extr. Kolae fluid.

Nucleophosphat. Klave

Calc. et Natr. glycerinophosph.

Nuclein.

Ferronucleophosphat. Klave

Ferr. glycerinophosphor.

Nuclein.

Granulowane proszki zawierające sole kwasu glicerynofosforowego.
W opakowaniu po 100 grm. z aluminiową miarką.

Tabulett. dragées Klave à N 40 et N 100.

Calc. et Ferri glycerinophosph. $\overline{aa}$ 0,2

Magnes. glycerinoph. 0,3, Calc. glycerinoph. 0,2

Magnes. glycerinoph. 0,3, Fer. glycerinoph. 0,2

Natr. et Calc. glycerinoph. $\overline{aa}$ 0,2

Natr. et Calc. glycerinoph. $\overline{aa}$ 0,2, Nuclein. 0,01

Natr. et Calc. glycerinoph. $\overline{aa}$ 0,1, Lecithini 0,03.

Zaleca się przy upadku odżywiania, słabym rozwoju, we wszelkich cierpieniach, pozostających w związku z utratą energii komórkowej i t. p.

Próbki
i literatura są
na usługi
P.P. Lekarzy.

POLECA

LABORATORJUM CHEMICZNE

PRZY APTECE

MAGISTRA H. KLAWE,

10. PL. ŚW. ALEKSANDRA, WARSZAWA.



PITUGLANDOL**"Roche"**

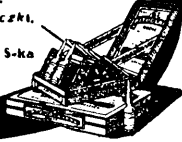
10 % wyciąg z przysiadki mózgowej

Fizjologicznie sprawdzony.

AMPULKI

Środek wznicający i potęgujący ból porodowy.

Skuteczny przy braku miesiaczek, w chorobie Basedowa i t.p.

F. HOFFMANN-LA ROCHE i S-ka
Petersburg.**TAMPOL ROCHE**

idealny tampon ginekologów.

TAMPOL "Roche"wygodny do stosowania
bezbarny w użyciu
pewny w działaniu.

OPAKOWANIE:

Pudełko oryginalne, zawierające
3 i 6 sztukF. HOFFMANN-LA ROCHE & CO
ST. PETERSBURG**THIGENOL "ROCHE"**

Syntetyczny preparat siarki
rani nie drażniący, nie trujący. Stanowi prawdziwie cenny wkład
do dermatologicznej skarbnicy lekarskiej i
może być uważany jako znaczny postęp na polu
terapii siarczanej w chorobach skórnych.

OPAKOWANIE:

THIGENOL "Roche" do receptury.

THIGENOL GLYCERIN "Roche" 20% o flakon oryginalny, zawierający 10g.

MYDŁO THIGENOŁOWE "Roche".

THIGENOL-TAMPOLIOVULES "Roche" podłuski specjalnym prospektom.

F. HOFFMANN-LA ROCHE i S-ka, BASYLEA (SZWAJCARIA), PETERSBURG (ROSYJA) Nikołajewskaja nab. 19.

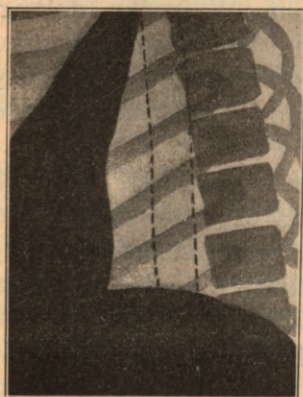
PANTOPON "ROCHE"Wprowadzony do leczenia przez Prof. Sahliego, zawiera czynne składniki
makowca w rozpuszczalnej w wodzie postaci.PANTOPON "Roche" wybitnie zaznaczył się w **MEDYCYNIE WEWNĘTRZNEJ**
jako ogólnie kojący uśmierzający środek w chorobach przewodu pokar-
mowego i narządów oddechowych.PANTOPON "Roche" zdobył sobie uznanie również w **CHIRURGII i GINEKOLOGII**
jako narkotyk skuteczny, zastępujący inne wziewne narkotyki,
i zupełnie wolny od działań ubocznych.Ale zarówno w **PSYCHIATRII** sędzonym jest PANTOPONowi
odegrać rolę wybitną w zwalczaniu stanów przygnębienia.Zarówno **wewnętrzne** jako też **podskórne** stosowanie
PANTOPON "Roche" umożliwia nader obszerne wskazanie
lecnicze.PANTOPON "Roche" w czystej postaci
PANTOPON AMPULKI "Roche" po 0,02 gr

oryginalne pudełko po 3, 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66, 72, 78, 84, 90, 96, 102, 108, 114, 120, 126, 132, 138, 144, 150, 156, 162, 168, 174, 180, 186, 192, 198, 204, 210, 216, 222, 228, 234, 240, 246, 252, 258, 264, 270, 276, 282, 288, 294, 300, 306, 312, 318, 324, 330, 336, 342, 348, 354, 360, 366, 372, 378, 384, 390, 396, 402, 408, 414, 420, 426, 432, 438, 444, 450, 456, 462, 468, 474, 480, 486, 492, 498, 504, 510, 516, 522, 528, 534, 540, 546, 552, 558, 564, 570, 576, 582, 588, 594, 600, 606, 612, 618, 624, 630, 636, 642, 648, 654, 660, 666, 672, 678, 684, 690, 696, 702, 708, 714, 720, 726, 732, 738, 744, 750, 756, 762, 768, 774, 780, 786, 792, 798, 804, 810, 816, 822, 828, 834, 840, 846, 852, 858, 864, 870, 876, 882, 888, 894, 900, 906, 912, 918, 924, 930, 936, 942, 948, 954, 960, 966, 972, 978, 984, 990, 996, 1002, 1008, 1014, 1020, 1026, 1032, 1038, 1044, 1050, 1056, 1062, 1068, 1074, 1080, 1086, 1092, 1098, 1104, 1110, 1116, 1122, 1128, 1134, 1140, 1146, 1152, 1158, 1164, 1170, 1176, 1182, 1188, 1194, 1200, 1206, 1212, 1218, 1224, 1230, 1236, 1242, 1248, 1254, 1260, 1266, 1272, 1278, 1284, 1290, 1296, 1302, 1308, 1314, 1320, 1326, 1332, 1338, 1344, 1350, 1356, 1362, 1368, 1374, 1380, 1386, 1392, 1398, 1404, 1410, 1416, 1422, 1428, 1434, 1440, 1446, 1452, 1458, 1464, 1470, 1476, 1482, 1488, 1494, 1500, 1506, 1512, 1518, 1524, 1530, 1536, 1542, 1548, 1554, 1560, 1566, 1572, 1578, 1584, 1590, 1596, 1602, 1608, 1614, 1620, 1626, 1632, 1638, 1644, 1650, 1656, 1662, 1668, 1674, 1680, 1686, 1692, 1698, 1704, 1710, 1716, 1722, 1728, 1734, 1740, 1746, 1752, 1758, 1764, 1770, 1776, 1782, 1788, 1794, 1800, 1806, 1812, 1818, 1824, 1830, 1836, 1842, 1848, 1854, 1860, 1866, 1872, 1878, 1884, 1890, 1896, 1902, 1908, 1914, 1920, 1926, 1932, 1938, 1944, 1950, 1956, 1962, 1968, 1974, 1980, 1986, 1992, 1998, 2004, 2010, 2016, 2022, 2028, 2034, 2040, 2046, 2052, 2058, 2064, 2070, 2076, 2082, 2088, 2094, 2100, 2106, 2112, 2118, 2124, 2130, 2136, 2142, 2148, 2154, 2160, 2166, 2172, 2178, 2184, 2190, 2196, 2202, 2208, 2214, 2220, 2226, 2232, 2238, 2244, 2250, 2256, 2262, 2268, 2274, 2280, 2286, 2292, 2298, 2304, 2310, 2316, 2322, 2328, 2334, 2340, 2346, 2352, 2358, 2364, 2370, 2376, 2382, 2388, 2394, 2400, 2406, 2412, 2418, 2424, 2430, 2436, 2442, 2448, 2454, 2460, 2466, 2472, 2478, 2484, 2490, 2496, 2502, 2508, 2514, 2520, 2526, 2532, 2538, 2544, 2550, 2556, 2562, 2568, 2574, 2580, 2586, 2592, 2598, 2604, 2610, 2616, 2622, 2628, 2634, 2640, 2646, 2652, 2658, 2664, 2670, 2676, 2682, 2688, 2694, 2700, 2706, 2712, 2718, 2724, 2730, 2736, 2742, 2748, 2754, 2760, 2766, 2772, 2778, 2784, 2790, 2796, 2802, 2808, 2814, 2820, 2826, 2832, 2838, 2844, 2850, 2856, 2862, 2868, 2874, 2880, 2886, 2892, 2898, 2904, 2910, 2916, 2922, 2928, 2934, 2940, 2946, 2952, 2958, 2964, 2970, 2976, 2982, 2988, 2994, 3000, 3006, 3012, 3018, 3024, 3030, 3036, 3042, 3048, 3054, 3060, 3066, 3072, 3078, 3084, 3090, 3096, 3102, 3108, 3114, 3120, 3126, 3132, 3138, 3144, 3150, 3156, 3162, 3168, 3174, 3180, 3186, 3192, 3198, 3204, 3210, 3216, 3222, 3228, 3234, 3240, 3246, 3252, 3258, 3264, 3270, 3276, 3282, 3288, 3294, 3300, 3306, 3312, 3318, 3324, 3330, 3336, 3342, 3348, 3354, 3360, 3366, 3372, 3378, 3384, 3390, 3396, 3402, 3408, 3414, 3420, 3426, 3432, 3438, 3444, 3450, 3456, 3462, 3468, 3474, 3480, 3486, 3492, 3498, 3504, 3510, 3516, 3522, 3528, 3534, 3540, 3546, 3552, 3558, 3564, 3570, 3576, 3582, 3588, 3594, 3600, 3606, 3612, 3618, 3624, 3630, 3636, 3642, 3648, 3654, 3660, 3666, 3672, 3678, 3684, 3690, 3696, 3702, 3708, 3714, 3720, 3726, 3732, 3738, 3744, 3750, 3756, 3762, 3768, 3774, 3780, 3786, 3792, 3798, 3804, 3810, 3816, 3822, 3828, 3834, 3840, 3846, 3852, 3858, 3864, 3870, 3876, 3882, 3888, 3894, 3900, 3906, 3912, 3918, 3924, 3930, 3936, 3942, 3948, 3954, 3960, 3966, 3972, 3978, 3984, 3990, 3996, 4002, 4008, 4014, 4020, 4026, 4032, 4038, 4044, 4050, 4056, 4062, 4068, 4074, 4080, 4086, 4092, 4098, 4104, 4110, 4116, 4122, 4128, 4134, 4140, 4146, 4152, 4158, 4164, 4170, 4176, 4182, 4188, 4194, 4200, 4206, 4212, 4218, 4224, 4230, 4236, 4242, 4248, 4254, 4260, 4266, 4272, 4278, 4284, 4290, 4296, 4302, 4308, 4314, 4320, 4326, 4332, 4338, 4344, 4350, 4356, 4362, 4368, 4374, 4380, 4386, 4392, 4398, 4404, 4410, 4416, 4422, 4428, 4434, 4440, 4446, 4452, 4458, 4464, 4470, 4476, 4482, 4488, 4494, 4500, 4506, 4512, 4518, 4524, 4530, 4536, 4542, 4548, 4554, 4560, 4566, 4572, 4578, 4584, 4590, 4596, 4602, 4608, 4614, 4620, 4626, 4632, 4638, 4644, 4650, 4656, 4662, 4668, 4674, 4680, 4686, 4692, 4698, 4704, 4710, 4716, 4722, 4728, 4734, 4740, 4746, 4752, 4758, 4764, 4770, 4776, 4782, 4788, 4794, 4800, 4806, 4812, 4818, 4824, 4830, 4836, 4842, 4848, 4854, 4860, 4866, 4872, 4878, 4884, 4890, 4896, 4902, 4908, 4914, 4920, 4926, 4932, 4938, 4944, 4950, 4956, 4962, 4968, 4974, 4980, 4986, 4992, 4998, 5004, 5010, 5016, 5022, 5028, 5034, 5040, 5046, 5052, 5058, 5064, 5070, 5076, 5082, 5088, 5094, 5100, 5106, 5112, 5118, 5124, 5130, 5136, 5142, 5148, 5154, 5160, 5166, 5172, 5178, 5184, 5190, 5196, 5202, 5208, 5214, 5220, 5226, 5232, 5238, 5244, 5250, 5256, 5262, 5268, 5274, 5280, 5286, 5292, 5298, 5304, 5310, 5316, 5322, 5328, 5334, 5340, 5346, 5352, 5358, 5364, 5370, 5376, 5382, 5388, 5394, 5400, 5406, 5412, 5418, 5424, 5430, 5436, 5442, 5448, 5454, 5460, 5466, 5472, 5478, 5484, 5490, 5496, 5502, 5508, 5514, 5520, 5526, 5532, 5538, 5544, 5550, 5556, 5562, 5568, 5574, 5580, 5586, 5592, 5598, 5604, 5610, 5616, 5622, 5628, 5634, 5640, 5646, 5652, 5658, 5664, 5670, 5676, 5682, 5688, 5694, 5700, 5706, 5712, 5718, 5724, 5730, 5736, 5742, 5748, 5754, 5760, 5766, 5772, 5778, 5784, 5790, 5796, 5802, 5808, 5814, 5820, 5826, 5832, 5838, 5844, 5850, 5856, 5862, 5868, 5874, 5880, 5886, 5892, 5898, 5904, 5910, 5916, 5922, 5928, 5934, 5940, 5946, 5952, 5958, 5964, 5970, 5976, 5982, 5988, 5994, 6000, 6006, 6012, 6018, 6024, 6030, 6036, 6042, 6048, 6054, 6060, 6066, 6072, 6078, 6084, 6090, 6096, 6102, 6108, 6114, 6120, 6126, 6132, 6138, 6144, 6150, 6156, 6162, 6168, 6174, 6180, 6186, 6192, 6198, 6204, 6210, 6216, 6222, 6228, 6234, 6240, 6246, 6252, 6258, 6264, 6270, 6276, 6282, 6288, 6294, 6300, 6306, 6312, 6318, 6324, 6330, 6336, 6342, 6348, 6354, 6360, 6366, 6372, 6378, 6384, 6390, 6396, 6402, 6408, 6414, 6420, 6426, 6432, 6438, 6444, 6450, 6456, 6462, 6468, 6474, 6480, 6486, 6492, 6498, 6504, 6510, 6516, 6522, 6528, 6534, 6540, 6546, 6552, 6558, 6564, 6570, 6576, 6582, 6588, 6594, 6600, 6606, 6612, 6618, 6624, 6630, 6636, 6642, 6648, 6654, 6660, 6666, 6672, 6678, 6684, 6690, 6696, 6702, 6708, 6714, 6720, 6726, 6732, 6738, 6744, 6750, 6756, 6762, 6768, 6774, 6780, 6786, 6792, 6798, 6804, 6810, 6816, 6822, 6828, 6834, 6840, 6846, 6852, 6858, 6864, 6870, 6876, 6882, 6888, 6894, 6900, 6906, 6912, 6918, 6924, 6930, 6936, 6942, 6948, 6954, 6960, 6966, 6972, 6978, 6984, 6990, 6996, 7002, 7008, 7014, 7020, 7026, 7032, 7038, 7044, 7050, 7056, 7062, 7068, 7074, 7080, 7086, 7092, 7098, 7104, 7110, 7116, 7122, 7128, 7134, 7140, 7146, 7152, 7158, 7164, 7170, 7176, 7182, 7188, 7194, 7200, 7206, 7212, 7218, 7224, 7230, 7236, 7242, 7248, 7254, 7260, 7266, 7272, 7278, 7284, 7290, 7296, 7302, 7308, 7314, 7320, 7326, 7332, 7338, 7344, 7350, 7356, 7362, 7368, 7374, 7380, 7386, 7392, 7398, 7404, 7410, 7416, 7422, 7428, 7434, 7440, 7446, 7452, 7458, 7464, 7470, 7476, 7482, 7488, 7494, 7500, 7506, 7512, 7518, 7524, 7530, 7536, 7542, 7548, 7554, 7560, 7566, 7572, 7578, 7584, 7590, 7596, 7602, 7608, 7614, 7620, 7626, 7632, 7638, 7644, 7650, 7656, 7662, 7668, 7674, 7680, 7686, 7692, 7698, 7704, 7710, 7716, 7722, 7728, 7734, 7740, 7746, 7752, 7758, 7764, 7770, 7776, 7782, 7788, 7794, 7800, 7806, 7812, 7818, 7824, 7830, 7836, 7842, 7848, 7854, 7860, 7866, 7872, 7878, 7884, 7890, 7896, 7902, 7908, 7914, 7920, 7926, 7932, 7938, 7944, 7950, 7956, 7962, 7968, 7974, 7980, 7986, 7992, 7998, 8004, 8010, 8016, 8022, 8028, 8034, 8040, 8046, 8052, 8058, 8064, 8070, 8076, 8082, 8088, 8094, 8100, 8106, 8112, 8118, 8124, 8130, 8136, 8142, 8148, 8154, 8160, 8166, 8172, 8178, 8184, 8190, 8196, 8202, 8208, 8214, 8220, 8226, 8232, 8238, 8244, 8250, 8256, 8262, 8268, 8274, 8280, 8286, 8292, 8298, 8304, 8310, 8316, 8322, 8328, 8334, 8340, 8346, 8352, 8358, 8364, 8370, 8376, 8382, 8388, 8394, 8400, 8406, 8412, 8418, 8424, 8430, 8436, 8442, 8448, 8454, 8460, 8466, 8472, 8478, 8484, 8490, 8496, 8502, 8508, 8514, 8520, 8526, 8532, 8538, 8544, 8550, 8556, 8562, 8568, 8574, 8580, 8586, 8592, 8598, 8604, 8610, 8616, 8622, 8628, 8634, 8640, 8646, 8652, 8658, 8664, 8670, 8676, 8682, 8688, 8694, 8700, 8706, 8712, 8718, 8724, 8730, 8736, 8742, 8748, 8754, 8760, 8766, 8772, 8778, 8784, 8790, 8796, 8802, 8808, 8814, 8820, 8826, 8832, 8838, 8844, 8850, 8856, 8862, 8868, 8874, 8880, 8886, 8892, 8898, 8904, 8910, 8916, 8922, 8928, 8934, 8940, 8946, 8952, 8958, 8964, 8970, 8976, 8982, 8988, 8994, 9000, 9006, 9012, 9018, 9024, 9030, 9036, 9042, 9048, 9054, 9060, 9066, 9072, 9078, 9084, 9090, 9096, 9102, 9108, 9114, 9120, 9126, 9132, 9138, 9144, 9150, 9156, 9162, 9168, 9174, 9180, 9186, 9192, 9198, 9204, 9210, 9216, 9222, 9228, 9234, 9240, 9246, 9252, 9258, 9264, 9270, 9276, 9282, 9288, 9294, 9300, 9306, 9312, 9318, 9324, 9330, 9336, 9342, 9348, 9354, 9360, 9366, 9372, 9378, 9384, 9390, 9396, 9402, 9408, 9414, 9420, 9426, 9432, 9438, 9444, 9450, 9456, 9462, 9468, 9474, 9480, 9486, 9492, 9498, 9504, 9510, 9516, 9522, 9528, 9534, 9540, 9546, 9552, 9558, 9564, 9570, 9576, 9582, 9588, 9594, 9600, 9606, 9612, 9618, 9624, 9630, 9636, 9642, 9648, 9654, 9660, 9666, 9672, 9678, 9684, 9690, 9696, 9702, 9708, 9714, 9720, 9726, 9732, 9738, 9744, 9750, 9756, 9762, 9768, 9774, 9780, 9786, 9792, 9798, 9804, 9810, 9816, 9822, 9828, 9834, 9840, 9846, 9852, 9858, 9864, 9870, 9876, 9882, 9888, 9894, 9900, 9906, 9912, 9918, 9924, 9930, 9936, 9942, 9948, 9954, 9960, 9966, 9972, 9978, 9984, 9990, 9996, 10002, 10008, 10014, 10020, 10026, 10032, 10038, 10044, 10050, 10056, 10062, 10068, 10074, 10080, 10086, 10092, 10098, 10104, 10110, 10116, 10122, 10128, 10134, 10140, 10146, 10152, 10158, 10164, 10170, 10176, 10182, 10188, 10194, 10200, 10206, 10212, 10218, 10224, 10230, 10236, 10242, 10248, 10254, 10260, 10266, 10272, 10278, 10284, 10290, 10296, 10302, 10308, 10314, 10320, 10326, 10332, 10338, 10344, 10350, 10356, 10362, 10368, 10374, 10380, 10386, 10392, 10398, 10404, 10410, 10416, 10422, 10428, 10434, 10440, 10446, 10452, 10458, 10464, 10470, 10476, 10482, 10488, 10494, 10500, 10506, 10512, 10518, 10524, 10530, 10536, 10542, 10548, 10554, 10560, 10566, 10572, 10578

chodząca podczas ruchu lykowego przez przelyk, bądź wypełniająca go w przypadkach zwężeń lub uchyłków,

3. w wyjątkowych razach sama tkanka większego guza lub ropnia przelyku.

Zgłębnika używamy wtedy, kiedy idzie nam o zbadanie położenia przełyku, jego kierunku, przemieszczeń, stosunku do innych cieniów, widzianych na ekranie. Najważniejszym jednak przy rozpoznawaniu zwężeń jest badanie przy pomocy mieszanki bizmutowej. Pokazuje nam ono, jak się odbywa akt lykania, a także daje nieocenione wskazówki co do zmian w świetle przelyku. Normalnie akt lykania odbywa się w sposób następujący: mieszanka bismutowa płynna, dzięki kurczom odruchowym mięśni gnykowych, zostaje jakby wrzuconą do przelyku i przebywa całą jego przestrzeń w małą część sekundy; ruchowi temu towarzyszą skurcze mięśni przelykowych; mieszanki gęstsze (kaszki) przechodzą przez przelyk wolniej, zatrzymując się zlekka w trzech miejscach, tak zwanych zwężeniach fizjologicznych. Zwężenia te znajdują się: pierwsze około chrząstki pierścieniowej, drugie w pobliżu łuku aorty, trzecie pod przeponą. Niekiedy można zauważyć bardzo nieznacznie wyrażone ruchy zwracające (*regurgitatio*).



Przy badaniu osobnika z podejrzeniem zwężenia przelyku musimy zobaczyć, jak się odbywa akt lykania, czy i gdzie zauważymy przeszkodę, a następnie zbadać kształt i światło wszystkich części przelyku. Badanie rozpoczynamy od podawania choremu mieszanek konstatających płynnych, przechodzimy stopniowo do coraz gęstszych; skoro doprowadzimy do zatrzymania się mieszanki w przelyku, wypełniamy go dla otrzymania jego rysunku. Następnie badamy dalsze losy mieszanki w przelyku, jej szybsze lub wolniejsze przechodzenie do żołądka, ewentualnie stwierdzamy zupełną niedrożność przelyku. W niektórych przypadkach do pomocy używamy wprowadzonego pod kontrolą ekranu zgłębnika i badamy stosunek jego do cienia mieszanki kontrastującej.

Zdjęcia radiograficzne wobec ciągłego przesuwania się zawartości przez przelyk powinny być robione aparatami momentalnymi. Jednorazowe badanie często nie wystarcza, nieraz musi być powtarzane co kilka dni, tygodni, nawet miesięcy.

Aby ocenić rolę radiografii w rozpoznawaniu zwężeń przelyku, rozpatrzyć należy, czy radiografia może dać pewną i dokładną odpowiedź na trzy zasadnicze pytania, jakie nasuwają się każdemu z badających omawianą sprawę. Pytania te są:

- 1) czy zwężenie jest?
- 2) gdzie ono jest?
- 3) jakie jest to zwężenie?

Innymi słowy, idzie o to, czy i w jakim stopniu za pomocą radiologii

możemy wykazać zwężenie, umiejscowić je i określić jego charakter, Rozpatrzyć z kolei każde z powyższych zagadnień.

Wykazanie zwężenia.

Z powyżej opisanej metodyki badania wynika, że rozpoznanie radiologiczne zwężenia przelyku nie jest trudne. Jeśli akt lykania odbywa się normalnie bez przeszkód, to jest dowodem, że zwężenia nie ma. Jeśli zaś miazga kontrastująca zatrzymuje się w pewnym określonym miejscu przelyku i tworzy odlew jego części ponad tem miejscem, to znaczy, że w tem miejscu jest zwężenie. Wtedy otrzymujemy następujący obraz radiograficzny: pomiędzy sylwetą kręgosłupa i sylwetą serca i tętnicy głównej zarysowuje się podłużna szersza lub węższa wstęga, odpowiadająca części przelyku ponad zwężeniem. Część ta bywa, jako reguła, rozszerzoną. W środku dolnego brzegu wstęgi widać zwykle wgłębienie. To wgłębienie odpowiada początkowi części zwężonej. Poniżej miejsca zwężenia widać często smugi miazgi bizmutowej, przechodzącej wązkim pasem przez miejsce zwężenia i dążącej do żołądka.

Nie ulega wątpliwości, że kliniczne metody badania (wywiady, zgłębnik, wziernik) w wielu przypadkach najzupełniej wystarczają dło rozpoznania zwężenia. Radiologia w tych przypadkach służyć może tylko do potwierdzenia rozpoznania. Są jednak dwie grupy przypadków, w których pomoc radiologii jest konieczna. Do pierwszej grupy należą te przypadki, w których wprowadzenie zgłębnika z jakichbądź powodów jest niemożliwe (wielka bolesność, wrażliwość badanego, niebezpieczeństwo krwotoku i t. p.). Do drugiej grupy zaliczają się przypadki, gdzie idzie o zrobienie rozpoznania różniczkowego pomiędzy zwężeniem przelyku, a niektórymi innymi cierpieniami, dającymi podobne objawy. Dwa są cierpienia, które mogą dać powód do omyłek. Są niemi: zwiotczenie (atonia) przelyku i uchylek przelyku.

Zwiotczenie przelyku rozpoznajemy przy badaniu radiologicznem wtedy, kiedy cięższe i większe masy miazgi bizmutowej przechodzą bez trudności przez przelyk, natomiast mocno rozcieńczona kaszka bizmutowa zatrzymuje się w przelyku, wypełnia całą jego długość w postaci charakterystycznej długiej wązkiej smugi.

Częstszym powodem bywa uchylek przelyku. W tem cierpieniu często podczas badania klinicznego zgłębnik, dostawszy się do uchylku, zatrzymuje się i może łatwo naprowadzić na fałszywą drogę rozpoznawczą. Przy badaniu radiologicznem wypełniony miazgą pokarmową uchylek może wprowadzić i radiologa w błąd wprowadzić, dając rysunek zbliżony do rysunku rozszerzonego przelyku, jednak zwykle rozpoznanie różniczkowe radiologiczne jest możliwe i nawet nietrudne. Cechy różniczkowe są następujące:

1. Przy zwężeniu rozszerzony i napelniony bizmutem przelyk ma kształt podłużny. Uchylki rysują się więcej poprzecznie, często mają postać miseczkowatą, zwłaszcza jeśli są niezbyt wielkie.

2. Dolna granica cienia uchylku tworzy zazwyczaj linię gładką okrągłą bez wgłębienia pośrodku. Dolna granica cienia rozszerzonego przelyku tworzy linię nierówną z wgłębieniem w środku.

3. W przypadkach uchylków udaje nam się częstokroć, niezależnie od rysunku uchylku, z boku jego zauważyć wąskie smugi miazgi kontrastującej, przechodzącej przez przelyk. W zwężeniu smugi takie nie idą równolegle, lecz wychodzą ze środka cienia.

4. Cień zgłębnika, wprowadzonego do przelyku po spożyciu pokarmu kontrastującego, daje się przy niektórych kierunkach prześwietlania oddzielić od cienia uchylka. W zwężeniach cień zgłębnika przechodzi zawsze przez środek zarysu przelyku.

5. Uchylki odznaczają się zwykle wielką rozciągliwością. Podając badanemu coraz większe ilości miazgi kontrastującej, objaw ten daje się z łatwością stwierdzić na obrazie radiologicznym. Przy zwężeniach smuga bizmutowa nawarstwia się ku górze, ale nie rozciąga.

6. W zwężeniu przelyku zawartość bizmutowa po połknięciu niewielkiej ilości wody często zdola przecisnąć się przez miejsce zwężone i dostać się do żołądka. W uchylku tego objawu nie bywa.

7. Ulubionem miejscem uchylków, zwłaszcza t. zw. uchylków wskutek wypuklenia, jest szyjowa część przelyku na wysokości rękojeści mostka; rzadziej spotykamy uchylki w okolicy wnęki płucnej (uchylki wskutek pociągania). Zwężenia zdarzać się mogą na całej przestrzeni przelyku.

Oprócz stwierdzenia zwężenia przelyku, należy koniecznie przekonać się, czy występuje ono stale. Dlatego badanie powinno być w wątpliwych przypadkach powtarzane wielokrotnie.

Umiejscowienie zwężenia.

Podobnie, jak w sprawie wykazania zwężenia, i w sprawie jego umiejscowienia radiologia bywa nieraz niezastąpiona. Ma to miejsce w przypadkach, kiedy z powodów wyżej wyszczególnionych zgłębnika wprowadzić nie można. Pomijając jednak powyższe, rzadkie zresztą, przypadki, we wszystkich innych przypadkach badanie radiologiczne powinno być przeprowadzone dla sprawdzenia badania zgłębnikowego z dwóch powodów. Po-pierwsze, zgłębnik nie zawsze jest w stanie określić miejsce zwężenia dokładnie. Ma to miejsce w przypadkach, kiedy zwężenie rozciąga się na dużej przestrzeni i zgłębnik nie może nam określić jego początku ani końca. Podobny przypadek widzimy na figurze trzeciej. Po-drugie, badanie zgłębnikowe, nie sprawdzone radiologią, może nam dać odpowiedź zupełnie fałszywą, jeżeli zgłębnik utkwii w istniejącym jednocześnie obok zwężenia uchylku. Radiologia wtedy naprowadzi badającego na właściwą drogę. Na figurze 4-ej widzimy zwężenie w środkowej części przelyku, na fig. 3-ej w dolnej jego części, na 1-ej—w okolicy wpustu.

Zwrócić tutaj należy uwagę, że dla dokładnego umiejscowienia zwężenia

nia konieczny jest rysunek ortoradiograficzny zwężonego miejsca przy pomocy promienia centralnego, który jedynie nie fałszuje projekcji: wszelkie inne zdjęcia, gdzie miejsce zwężenia nie wypada na promieniu centralnym (zwłaszcza to bywa, kiedy zwężenie widzimy na brzegu kliszy) dają niedokładne wyobrażenie o miejscu zwężenia i są błędem technicznym.

Określenie charakteru zwężenia.

Niezmiernie ważną rzeczą dla określenia charakteru zwężenia jest poznanie morfologii badanego przelyku i jego stosunków topograficznych. Przelyk w przypadkach zwężeń można podzielić na trzy części: część rozszerzoną przelyku ponad zwężeniem, miejsce zwężone i część poniżej zwężenia. Przy badaniu radiograficznym należy obejrzeć każdą z tych części oddzielnie, a następnie zbadać stosunek cienia przelyku do innych cieniów, wreszcie w razie potrzeby stosunek zarysu cienia bizmutowego do zarysu wprowadzonego do przelyku zgłębnika. Oglądając część przelyku ponad zwężeniem, należy zwrócić uwagę, w jakim stopniu jest on rozszerzony, jaki ma kształt — wrzecionowaty czy okrągły, prosty, czy skrzywiony, jaką linię tworzy dolny brzeg: gładką, czy z wgłębieniem, wreszcie uważać należy, czy są ruchy zwracające miazgi pokarmowej. Równie dokładnie obejrzeć należy samo miejsce zwężone: na jak długiej rozciąga się ono przestrzeni, w jakim idzie kierunku, wreszcie jakie ma ściany — równe czy nierówne. Dla zbadania tych właściwości często nie wystarcza badanie bizmutowe, należy wprowadzić zgłębnik. W najniższej części przelyku, pod zwężeniem należy zwrócić uwagę na smugi bizmutu, przechodzącego do żołądka: czy wogóle są, w jakim idą kierunku — prostym czy ukośnym, czy zaczynają się w środku zarysu bizmutowego, czy też od jego brzegów. W razach wątpliwych również wprowadzić musimy zgłębnik.

Po obejrzeniu zarysu przelyku musimy obejrzeć sąsiadujące z przelykiem części radiogramu lub ekranu, czy nie znajdziemy w sąsiedztwie innych jakich nieprawidłowych cieniów i dokładnie zbadać stosunek ich do zarysu przelyku. Mogą to być nowotwory, tętniaki, ropnie i t. p. sprawy, będące powodem zwężenia. Wreszcie w razie wprowadzenia zgłębnika badamy stosunek jego do cienia bizmutu, a przede wszystkim, czy przechodzi on we wszystkich kierunkach prześwietlania przez środek cienia bizmutowego, czy też daje go się przy niektórych kierunkach od tego cienia oddzielić.

Poznanie wszystkich powyżej wyliczonych cech morfologicznych badanego przelyku pozwala nam wyciągnąć bardzo cenne wnioski, potrzebne dla określenia charakteru i stopnia zwężenia. Pod względem mechaniki powstawania znamy cztery główne przyczyny zwężeń przelyku: blizna, ucisk, zagięcie końca przeponowego i kurcz przelyku.

1. Zwężenie wskutek blizny. Przyczyną tej kategorii zwężeń bywają najczęściej raki przelyku, rzadziej otrucia, wrzody, sprawy zapalne i t. p. Charakterystyczną cechą morfologiczną tych zwężeń jest nierówność ścian

w miejscu zwężenia, kształt przelyku często wrzecionowaty, zwężenie rozciąga się niekiedy na znacznej przestrzeni. Taką postać zwężenia widzimy na figurze 3-ej. Kierunek światła zwężonego przelyku bywa rozmaity, czasem prosty, czasem skrzywiony. To skrzywienie jest niekiedy przeszkodą dla wprowadzenia zgłębnika i dopiero radiologia wyjaśniła istotę sprawy.

Poznanie morfologii zwężenia ma niekiedy znaczenie nietylko rozpoznawcze, ale i terapeutyczne. W jednym przypadku Wejnerta, badanym w naszym zakładzie, poznanie drogą radiologiczną kierunku zwężenia dało możność wprowadzenia zgłębnika w celu terapeutycznym. Zgłębnik udawało się przeprowadzić przez zwężone miejsce tylko przy pewnem określonym położeniu ciała chorego.

Zbadanie części przelyku poniżej zwężenia i stwierdzenie w niej obecności lub nieobecności smug bizmutu pozwala nam wnioskować o większym lub mniejszym stopniu zwężenia, ewentualnie o zupełnem zamknięciu światła. Smugi takie widzimy na radiogramach 1-ym i 4-ym.

Wreszcie stopień rozszerzenia przelyku pozwala nam wnioskować o dawności sprawy: im sprawa dawniejsza, tem zwykle rozszerzenie większe.

2. Zwężenie od ucisku. Różne sprawy w śródpierśu mogą wywierać ucisk na przelyk i zamykać, względnie zwęzać, jego światło. Do częstszych należą nowotwory śródpierśia i tętniaki. Przy badaniu radiologicznem niejaki wyobrażenie o sprawie może nam dać rysunek widocznej dla oka części przelyku, modelując sprawę uciskową. Następnie guzy i tętniaki same przez się dają niekiedy cienie na radiogramach, więc, o ile cienie te odpowiadają miejscu zwężenia przelyku, rozpoznanie staje się wielce prawdopodobnem. Dodać jeszcze należy, że w przypadkach tętniaków wobec niebezpieczeństwa wprowadzenia zgłębnika badanie radiograficzne jest niemal jedyną możliwą do zastosowania metodą rozpoznawczą.

3. Zwężenie wskutek zagięcia końca przeponowego przelyku (*Abknickung—Strümpel*). W rzadkich przypadkach wskutek wzdęcia kiszek lub żołądka gazami, a także wskutek innych cierpień o powiększonym ciśnieniu w jamie brzusznej może nastąpić przegięcie dolnego końca przelyku w okolicy otworu przelykowego przepony. Sprawę tę niekiedy bardzo trudno odróżnić od sknrczu wpustu żołądka. I w tych przypadkach zbadanie radiograficzne mogłoby niewątpliwie ułatwić rozpoznanie, modelując chory narząd. Niestety z przypadkiem podobnym, zbadanym radiologicznie, nie udało mi się spotkać ani w praktyce, ani w literaturze radiologicznej.

4. Kurcz przelyku. Kurcze przelyku należą do względnie częstych cierpień, wyrażających się objawami zwężenia lub zamknięcia światła tego narządu. Klinika odróżnia dwie postaci tego cierpienia: postać lekką, charakteryzującą się krótkotrwałymi, często powtarzającymi się napadami (*stenosis spastica intermittens*), i postać ciężką, będącą stałym kurczowem zwężeniem (*stenosis spastica fixa seu continua*). Rozpoznanie pierwszej postaci należy do zadań względnie łatwych. Klinicznie rozpoznajemy tę postać, po pierwsze, wykluczając wszelkie inne przyczyny zwężenia, po drugie, na zasadzie zmienności obrazu chorobowego.

Przy rozpoznaniu radioiologicznem kierujemy się temi samemi danemi, a ponadto jeszcze obrazem morfologicznym przelyku podczas próby bizmutowej. Niestalość występowania objawów zwężenia, brak wszelkich nienormalnych cieniów, wskazujących na ucisk lub bliźnę przelyku, silne zazwyczaj ruchy zwracające miazgi pokarmowej ponad miejscem zwężenia, nagle zamykanie i otwieranie się przelyku w danem miejscu, przeskakiwanie objawów zwężenia z jednego miejsca przelyku na drugie, wreszcie gładkie ściany i zaokrąglenie dolnej części rozszerzonego przelyku, — wszystkie te objawy zezwalają na pewne rozpoznanie kurczu przelyku i znakomicie uzupełniają zwykle badanie kliniczne. Przykład takiej lekkiej postaci kurczu przelyku widzimy na figurze 1-ej.

O wiele trudniejszą do rozpoznania jest druga ciężka — postać kurczu przelyku, jego stałe kurczowe zwężenie. Zarówno stalość występowania cierpienia, jak i wtórne objawy, przezeń wywołane (silne wychudzenie chorego, duży stopień rozszerzenia przelyku), bywają nieraz powodem omyłek w rozpoznaniu.

I tutaj, podobnie jak w lekkiej postaci kurczu, zwrócić należy uwagę na brak podejrzanых cieniów w śródpierściu, na kształty ścian przelyku w miejscu zwężonym i po nad niem i na wielki zazwyczaj stopień rozszerzenia przelyku, który niektórzy autorowie nazywają samoistnem rozszerzeniem przelyku. Przy rozpoznaniu nie należy zapomnieć o wykluczeniu możliwości uchyłka, który może łatwo dawać podobny obraz radiograficzny.

Dla uniknięcia pomyłek rozpoznawczych nieodzowną jest zarówno dla radiologa, jak i dla klinicysty dłuższa obserwacja chorego.

Objaśnienia do tablicy z radiogramami.

Fig. 1. Stanisława N., l. 9, chora kol. Wejnerta. Lekka postać kurczu przelyku w okolicy wpustu. Obraz radiograficzny typowy dla tej postaci. Poniżej zwężenia wązka smuga miazgi bizmutowej, spadająca do żołądka. Objawy kliniczne w zupełności potwierdzają rozpoznanie radiograficzne.

Fig. 2. Julia N., lat 74, chora kol. Paderewskiego, badana była w naszym zakładzie z powodu objawów zwężenia przelyku. Radiogram wykazał istnienie uchyłka na wysokości rękiojści mostka. Dałsze badanie kliniczne potwierdziło rozpoznanie rentgenowskie. Chora operowana była przez kol. Leśniowskiego.

Fig. 3. Józef Ł., lat 58, chory kol. Wejnerta. Zwężenie nowotworowe dolnej części przelyku (*carcinoma oesophagi*). Rozszerzona część przelyku ma kształt wrzecionowaty o nierównych brzegach, u dołu zwęża się i stopniowo przechodzi w część zwężoną.

Fig. 4. Juljusz F., lat 59, chory kol. Wilczyńskiego. Zwężenie w środkowej części przelyku o charakterze kurczowym. Poniżej zwężenia długa smuga masy bizmutowej przechodzi do żołądka.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1. Holzknacht Die röntgenologische Diagnostik der Erkrankungen der Brusteingeweide. Hamburg 1911.
2. Köhler Alban. Lexikon der Grenzen d. Normalen und der Anfänge des Pathologischen im Röntgenbilde. Hamburg, 1910
3. Pechkranc S. Samoistne rozszerzenie przelyku. Medycyna i Kronika Lekarska, 1912, Nr. 34, 35, 36.
4. Steyner Antoni. Die Röntgenuntersuchung des Oesophagus. München, 1909.

Dwa przypadki rozstrzeni żołądkowej u młodych chłopców.

PODAŁ.

Kazimierz Dąbrowski,
asystent oddziału.

W piśmiennictwie lekarskiem znane są oddawna przypadki rozstrzeni żołądka, którą dotknięci bywają chorzy dorośli. Występuje ona wskutek różnorodnych przyczyn.

Zaczęto ją uważniej badać, gdy Bouchard (1) wskazał na jej częstotę oraz na zaburzenia, jakie może wywołać wskutek wytwarzających się w zawartości zastoinowej żołądka *ptomain i leukomains*.

Badano rozmiary żołądka nie tylko u dorosłych, lecz i u dzieci. Gdy w r. 1882 Thiébault (2) utrzymywał, że rozstrzeń żołądka jest wyjątkową przed 20-ym rokiem życia, w roku następnym Moncorvo (z Rio-de-Janeiro) ogłosił 9 przypadków tej choroby, którą dotknięte były niemowlęta, obarczone dziedzicznie przymiotem.

Comby (3) i wielu innych lekarzy opisali główne objawy rozstrzeni żołądka u dzieci i starali się znaleźć przyczynę lub związek jej z innymi chorobami.

Im dokładniej jej szukano, tem częściej znajdowano. Comby (4) na sekcji 80 niemowląt u 60 t. j. w 80 % znalazł żołądek rozszerzony!

Wobec takich danych klinicznych, niektórzy autorowie śmiało twierdzą, że rozstrzeń żołądka spotyka się jednakowo często u dzieci, jak u dorosłych.

Prace F. Glénard'a (5), z którymi zapoznali polski świat lekarski F. Chłapowski (6), E. Zieliński (7) i inni, wykazały, że rozstrzeń żołądka połączona jest prawie zawsze z opuszczeniem tego narządu. Zamiast leżeć nad pępkiem, dolny brzeg żołądka jest pod pępkiem, zagląda do miednicy, lub zupełnie do niej się opuszcza. W opuszczeniu towarzyszy czasami żołądkowi poprzecznicą (*colon transversum*) i inne narządy.

Oto tej kategorii 2 przypadki rozstrzeni i opuszczenia żołądka z obwinięciem poprzecznicy, zaobserwowane u 2 młodych chłopców na oddziale D-ra med. A. Sokołowskiego, podaję poniżej¹⁾.

¹⁾ Chorzy byli demonstrowani na posiedzeniu klinicznym Tow. Lek. w d. 16 września 1913 r.

Przypadek 1-szy. Chory W. W. lat 16, terminator szewcki, wstąpił na oddział w d. 19-ym sierpnia 1913 r.

Ojciec chorego jest wyrobnikiem wiejskim i ciężkich chorób ani przymiotu nie przeżył, do alkoholizmu się nie przyznaje. Matka zmarła na ospę.

Dopiero w 5-ym roku życia chory zaczął chodzić i mówić. Rozwijał się fizycznie i umysłowo bardzo mizernie, wskutek czego rodzice nie mogli korzystać z jego pomocy i do szkoły go nie posyłali. Był zawsze chłopcem słabowitym i niedołężnym.

Przed 4-ma laty zaczął się skarżyć na ból w brzuchu. Ból ten występował o nieokreślonej porze dnia, lecz najczęściej w kilka godzin po obiedzie lub kolacyi. Głównem miejscem bolesnem była okolica pępka.

Upływały miesiące i ból nie znikał, lecz stawał się częstszym i dotkliwszym. Przed 3-ma laty chory spadł z konia i od tego czasu, podobno, stan jego się pogorszył. Zamiast codziennych wypróżnień miewał je co 2 lub 3 dni. Nigdy nie wymiotował, lecz bardzo często dokuczały mu mdłości i odbijania.

Obecnie skarży się na ból w brzuchu, mdłości, uporczywe zaparcie stolca i brak apetytu. Chory uprawia samogwałt. Stan obecny. Chory jest blady i chudy. Wygląd jego nie odpowiada wiekowi. Waży — 37,1 klgr., wzrost — 1,425 metr. Wychudnięcie wyraźne kończyn górnych i dolnych. Brzuch wystający, jak u kobiety brzemiennej, i nie harmonizując z całością ciała, rzuca się w oczy przy oględzinach chorego. Stan bezgorączkowy. Tętno średnio napięte, regularne, przyspieszone (90 na min.).

Badanie jamy brzusznej wykazuje wyraźną bolesność w okolicy pępka; dolna część jamy wypełniona jest przez ruchomą, sprężystą masę; odgłos bębniasty pokrywa większą część brzucha i dochodzi poniżej pępka; pluskanie żołądka wyraźne; wątroba i śledziona normalne.

Badanie klatki piersiowej — prócz objawów powiększenia gruczołów tchawiczooskrzelowych — innych zmian nie wykazało. Dla badania funkcji żołądka chory otrzymał kolację próbną, złożoną z 150 gr. mięsa, 4-ch bułek i szklanki herbaty. Nazajutrz rano, po upływie 14-tu godzin, wydobyłem 300 cm.³ zawartości żołądkowej.

Zawartość o barwie szaro cytrynowej zawierała kawałki chleba i mięsa, spożyte podczas kolacyi.

Badanie chemiczne zawartości dało wyniki następujące: odczyn kwaśny, brak kw. solnego wolnego (próby Günzburg'a i Boasa ujemne), obecność kw. mlecznego, ogólną kwasność 3,81 $\frac{0}{100}$.

Chory został łaskawie prześwietlony przez kol. Skabowskiego. Rentgenogram wykazał, co następuje: żołądek nadzwyczaj rozszerzony, bez wyraźnych ruchów robaczkowych, jest opuszczony i sięga 5-go kręgu lędźwiowego; okrężnica poprzeczna, (colon transversum) jest również opuszczona i sięga aż spojenia łonowego (Patrz rys. 1.).

W moczu ślady białka.

Po stosowaniu zwykłego leczenia: przepłukiwania żołądka, preparatów strychninowych, kw. solnego i pasa Glénard'a, chory na tyle czuł się lepiej, że w d. 19-ym października t. r. w stanie dawałniającym mógł szpital opuścić.

Przypadek 2-gi. Chory M. J. lat 15, przybył na oddział w d. 8-ym września 1913 r. Pochodzi z rodziny zdrowej. Chorób cięższych nie przebywał. Od 10 lat, jak podaje, cierpi na bóle w okolicy pępka i dołka podsercowego. Bóle te, którym towarzyszą kwaśne odbijania, występują w godzinę po zjedzeniu bardziej obfitego pokarmu i trwają dopóty, aż chory sztucznie (kładąc palec w gardło) nie wywoła wymiotów, poczem ustępują zupełnie.

Przez pierwszych kilka lat bóle te nie doprowadzały do wymiotów. Wymioty naturalne i sztuczne trwają od 5-ciu lat. Rano i wtedy, gdy jest głodny, chory czuje się zupełnie dobrze. Wymiotów krwawych, ani czarnych stolców nigdy nie miewał.

Stan obecny. Chory jest dobrze zbudowany, wzrostu odpowiedniego do wieku;

Dra Bindera Sanatorium „STEFANIA“

W M E R A N I E.

Pierwszorządny zakład dla terapii słonecznej, klimatycznej, dyetetycznej i fizyko-leczniczej. Chorych na gruźlicę płuc zakład nie przyjmuje. Nowo urządzone: Bergonié, emnatorium radowe, Thermoflux i wspaniałe kąpiele słoneczne.

Ceny umiarkowane.—Prospekty polskie na żądanie.

Dr Binder. (leczy także poza zakładem).



ASTHMIN-MOTOR
w formie papierosów albo tytoniu
usuwa szybko napady duszności
i wszelkie objawy astmy

SKŁAD GŁÓWNY: **WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR“**
Żądać w aptekach i składach aptecznych.



Nerwomigren-Motor
Wybitny środek leczniczy przy bólach
głowy, nerwobólach, migrenie, neuralgii &c.

Wyrabia **WARSZAWSKIE TOW. AKC. „MOTOR“**
Do nabycia we wszystkich
aptekach i składach aptecznych.

Pożywka naturalna, zawierająca lecytynę
o smaku bardzo delikatnym

Idealny
napój ranny

Ovomaltine

Idealny
napój ranny

Nie wymaga gotowania. Przygotowanie nadzwyczaj proste. Podczas śniadania każdy sam sobie może przyrządzić. Długoletni znakomity wynik; jako środek pierwszorządny dyetetyczny, odżywczy i leczniczy

w wyczerpaniu fizycznym i umysłowym, neurastenii, anemii, w cierpieniach żołądkowo-kiszkowych, nerwowych i kataralnych, w gruźlicy, tyfusie, zapaleniu płuc i t. p.

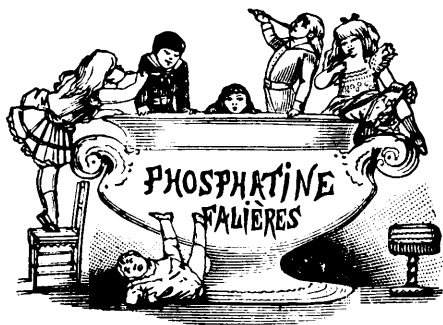
Niezbędny do przeprowadzenia racjonalnej kuracji mlecznej.

Od wielu lat stosowany w Davos i Leysin.

Literatura i próby na żądanie.

Fabryka preparatów dyetetycznych **D-r A. WANDER A.-G., BERN.**

Przedstawiciel na Król. Polskie i Litwę **Ig. Lipszyc, Warszawa, Marszałkowska 127.**



FOSFATYNA FALIERA

przyjemny pokarm, najodpowiedniejszy dla dzieci od 7—8 miesięcy, zwłaszcza w czasie odłączania od piersi i w okresie rosnienia. Ułatwia żabkowanie i zapewnia prawidłowy rozwój kości.

Paryż, 6, Rue de la Tacherie, i wszędzie.

Collargol

W odpowiedniej dawce i przy konsekwentnem stosowaniu leczy wiele przypadków ciężkiego zakażenia ogólnego:

Ropnicę (zwłaszcza płożową),

Ostry gościec stawowy (mianowicie postaci, nie ustępujące pod wpływem salicylu).

Tyfus, posocznicę gonokokkową,

Zakażenia mieszane w suchotach i t. p.

Nadaje się również do bezwzględnie niebolesnych i niedrażniących wstrzykiwań i przemywań w zapaleniu pęcherza i w rzeżączce.

Creosotal „Heyden”, Duotal „Heyden”

oddawna uznane leki we wszystkich cierpieniach zakaźnych dróg
oddechowych (suchoty płucne i t. p.).

°Creosotal i Duotal „Heyden” najstarsza marka. o

Próby i literaturę dostarcza bezpłatnie:

Chemiczna fabryka von Heyden, RADEBEUL-DREZNO,
lub przedstawiciel: Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Apteka K. WENDY

Surowice i Szczepionki

z Instytutu Tow. Naukowego Warszawskiego (dawniej d-ra Palmirskiego):
Dyfterytyczna, dyzenteryjna, streptokokowa, szkarlatynowa i szczepionki przeciwskarlatynowe. Podłoża dla bakterii.

Nowe leki do użycia wchodzące na składzie.

Krakowskie Przedmieście 45

Telefon № 107.

w Warszawie

Materyały Opatrunkowe Sterylizowane

D-ra BORZYMOWSKIEGO:

Wata. Gaza hygroskopijna, jodoformowa, wioformowa i kseroformowa. Tampony ginekologiczne na nitkach, nosowe, uszne i oczne. Ligatury № 3, 4, 5. Katgut jodowy 0, 1, 2, 3 i Nić Florencka w zatapiających rurkach. Opatrunki chirurgiczne, ginekologiczne i oczne. Bandaże 5, 8, 10, 12 ctm. 6 m. Płyn do znieczulenia: Novocaini 3,3. Suprarenini gtt. tres. Heroini 0,01. Coffeini natr. benz. 0,2. Sol. sal. physiolog. 50,0.

WIBŁOKROTNIE WYPRÓBOWANYIII

Składy główne: SPIESS Senatorska 24 i Widok 9. Telef. 106-85. Zarząd.

W aptekach i składach aptecznych.

W aptekach i składach aptecznych.

Od cen 15%

odżywienie nieco upośledzone, śluzówki dość blade. Język miernie obłożony. Stan bezgorączkowy. Tętno średnio napięte, regularne.

Brzuch trochę wzdęty, niema widocznych ruchów robaczkowych. Macanie wywołuje bolesność w okolicy pępka; odgłos bębniasty i pluskanie są słyszalne poniżej pępka; wątroba i śledziona normalne.

W klatce piersiowej wyraźnych zmian badanie nie wykazało.

Chory otrzymał próbne śniadanie Ewald'a. Wydobyłem 275 cm zawartości barwy szaro-cytrynowej, badanie której wykazało: odczyn kwaśny, brak kawałków pokarmów, kwasność ogólną — 3,46 ‰, kw. solnego wolnego 2,19 ‰.

Prześwietlenie chorego, dokonane przez kol. Skabowskiego, dało następujące wyniki: okrężnica poprzeczna (colon transversum) i żołądek obdarzony wyraźnymi ruchami robaczkowymi, są na 4 palce poniżej pępka. Żołądek jest nadzwyczaj rozszerzony i wydłużony w kierunku ślepego jelita (caecum), które jest nieruchome i zewnętrznie prawie niemożliwe do oddzielenia od żołądka. (Patrz rys. 2-gi).

Pomimo odpowiedniej diety i środków alkalicznych bóle nie ustępowały. Choremu był zaproponowany zabieg chirurgiczny, na który jednakże rodzice się nie zgodzili i chorego w d. 19-ym października t. r. ze szpitala zabrali.

Opisane powyżej dwa przypadki rozstrzeni żołądka z opuszczeniem tego narządu i obwiśnięciem poprzecznicy u młodych chłopców nasuwają pytanie, jaka przyczyna wywołała te zmiany?

Dawniej nadawano wielkie znaczenie przyczynie mechanicznej, jak to upadkowi (Erdman (8), Funster) lub zbyt obfitej ilości pokarmów, przyjmowanych przez dziecko. Później zwrócono uwagę na ostre cierpienia żołądka i jelit, złe warunki higieniczne, choroby zakaźne, krzywicę, których następstwem miała być rozstrzeń żołądka (Blache (9)).

„Gdy się spotyka dziecko, dotknięte niestrawnością z rozstrzenią żołądka, to można być pewnym, że w 9 przypadkach na 10 dziecko to było karmione flaszka, zawczasie odstawione od piersi, karmione twardymi pokarmami, jednym słowem było źle karmione“, pisze Comby (10). — W wyczerpującej pracy, opartej na licznych spostrzeżeniach klinicznych i rentgenogramach, Variot i Barret (11) zwrócili uwagę na inną przyczynę — głodzenie. Gdy dziecko jest głodne, to odruchowo polyka powietrze, które mechanicznie rozszerza żołądek.

W ostatnich czasach prace Hayem'a i Wintera, Jaworskiego (12), Mathieu, Pawłowa wykazały, że odczyn treści żołądkowej wywiera wielki wpływ na jej wydalanie.

Mało kwaśna lub zasadowa treść ustępuje dosyć prędko z żołądka, tymczasem bardzo kwaśna treść o wiele wolniej, wskutek czego powstaje zastój.

Nadmierna ilość kw. solnego wywołuje stały kurcz mięśnia odźwiernikowego, wstrzymujący prawidłowe wypróżnienie żołądka. Wskutek kurczu wytwarza się cieśń kurczowa, znużenie mechaniczne i rozstrzeń zastoinowa.

Badanie zawartości żołądkowej w licznych spostrzeżeniach u starszych dzieci wykazywało brak kw. solnego wolnego (przypadek 1-szy), nader rzadko nadmiar tego kwasu (przypadek 2-gi) (Magnaud (13)).

Wobec tak licznych i różnych przyczyn rozstrzeni żołądka trudno jest orzec z pewnością, która z nich w danym przypadku jest istotną.

Opisane powyżej dwa przypadki rozstrzeni żołądka wskazują na niedomogę całego ustroju i złe odżywianie, które chorzy otrzymywali w domu rodzinnym. Za niedomogą przemawiają wady innych narządów, przedewszystkiem obwiesnięcie poprzecznicy, które znajdowano i u ludzi nie dotkniętych rozstrzenią żołądka (R. Glénard (14).

W drugim przypadku zbyt wielka ilość kw. solnego w zawartości żołądkowej też być może w myśl powyższych poglądów mogła się przyczynić do wytworzenia rozstrzeni żołądkowej. Czy w tym że przypadku nie było jeszcze przyczyny mechanicznej, na przykład zrostów, których prześwietlenie dokładnie nie mogło wykryć, to mogłaby wykazać tylko laparatomia.

P I S M I E N N I C T W O .

1) Bouchard. Societé méd. des hôpitaux. Paris 1883. 2) Thiébault. Thèse de Nancy 1882. 3) Comby. Arch. gén. de med. 1884. 4) Comby. Semaine médicale. 1897, str. 140. 5) F. Glénard. Les ptoses viscerales. 6) F. Chłapowski. Now. Lek. 1889, str. 592; Now. Lek. 1897, str. 271. 7) E. Zieliński. Pamięt. Tow. Lek. 1895, str. 229 i 691. 8) Erdmann. Arch. Bd. XLIII str. 295. 9) Blache. Semaine méd. 1885, str. 428. Comby in Grancher. Traité des mal. de l'enfance, t II, str. 502. 11) Variot et Barret. Soc. méd. des hôpitaux Paris 1912. 12) W Jaworski. Podr. chorób żołądka r. 1893, str. 112. 13) Magnoud. Thèse de Paris 1897. 14) R. Glénard. Arch. des mal. de l'App. digestif. 1913. str. 339.

VI.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO DRA GABSZEWICZA W SZPITALU ŚW. ROCHA.

Z kazuistyki zwiężeń bliznowatych przełyku i żołądka.

PODAŁ

Feliks Smużyński.

Zwężenie bliznowate, powstałe po oparzeniach płynami żrącymi, stanowią obecnie dość dużą odsetkę cierpień przewodu pokarmowego i nieraz przez swą uporczywość wystawiają na poważną próbę cierpliwość chorego i lekarza, a nawet mogą spowodować niespodzianki dyagnostyczne o dość poważnych skutkach. Ku zachęcie więc i ku przestrodze uważamy za pożyteczne przytoczenie dwóch przypadków, przez nas obserwowanych.

Przypadek I. J., l. 21. Chora, z powodu otrucia ługiem w kwietniu 1909 roku uległa skutkom działania tej strasznej trucizny. Utrudnione i niechętnie odżywianie się chorej doprowadziło w sierpniu do najwyższego wyniszczenia organizmu.

Próby sondowania przełyku w celu usunięcia zgubnych następstw oparzenia nie doprowadziły do niczego wskutek oporu chorej. Chora wprawdzie przełykała płyny, ale natychmiast je zwracała. Wobec tego zdecydowano się w sierpniu na wykonanie gastrostomii, aby zapobiedz śmierci chorej wskutek wyniszczenia. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono żołądek wciągnięty wгłąb pod wątrobę, mały, słabo ruchomy; udało się stwierdzić, że jest on jakby rozdzielony na dwie nierówne części; w miejscu przewężenia wyczuwano twardą bliznę. Otwarto żołądek blisko odźwiernika i wtedy stwierdzono, że zgłębnik łatwo przenika do dwunastnicy, podczas gdy w przeciwnym kierunku do większej jamy żołądka dostać się nie można było. Wykonano więc gastrostomię w miejscu nacięcia żołądka. Chora zniosła zabieg nieźle, jednak pod wpływem stale utrzymującej się niechęci do życia parokrotnie wyciągała rurkę gumową. Manipulacje te spowodowały powikłania w gojeniu się rany i nowe trudności w odżywianiu, co razem w dwa tygodnie po zabiegu operacyjnym doprowadziło do zejścia śmiertelnego.

Badanie zwłok wykazało, w przełyku liczne owrzodzenia, jeszcze nie pogojone, jednak przełyk w dostatecznym stopniu dla odżywiania drożny. Żołądek blizną rozdzielony na dwie nierówne części, komunikujące się ze sobą za pomocą nadzwyczaj wąskiego otworu. Odźwiernik drożny. Przypadek ten wskutek niepomyślnych warunków został stracony; gdyby udało się przed operacją otrzymać dostateczne dane o stanie przełyku, zespolenie żołądkowo-kiszkowe dałoby lepszy wynik, niż wykonana gastrostomia.

Przypadek II. G., l. 21. Chory wskutek wypicia kwasu uległ poparzeniu przełyku. Po ustąpieniu ostrych objawów i po zagojeniu się uszkodzeń powstało zwężenie przełyku w górnej jego części, które starano się rozszerzyć zgłębnikami. Sondowanie jednak sprawiało dość duże bóle choremu i wywoływało od czasu do czasu krwawienie. Manipulacje te wkrótce z wyżej wspomnianych powodów zostały zaniechane; z czasem doszło do tego, że chory nie mógł już dłużej odżywiać się drogą naturalną. Wobec postępującego wyniszczenia chorego wykonano 17-go kwietnia 1905 roku gastrostomię sposobem Marwedel'a, której bezpośrednim skutkiem było podniesienie się wagi chorego o 8 funtów w ciągu miesiąca. Po udzieleniu odpowiednich wskazówek pozwolono choremu opuścić szpital z zaleceniem pokazywania się od czasu do czasu. Po 2-u latach stwierdzono zupełnie dobre odżywianie. Chory na pewien czas znikł z oczu i dopiero zjawił się w początku r. b. w stanie odżywiania zadowalającym, jednak ze skargą, że zawartość żołądka, pomimo grubej rurki zatykającej otwór i szczelnego otoczenia jej gazą, wylewa się na zewnątrz.

Badanie wykazało, że przetoka żołądkowa wskutek zmian w ułożeniu się żołądka znalazła się na poziomie dna. Ułożono chorego do łóżka na pewien czas i zalecono odżywianie się w pozycji leżącej, ale to niewiele wpłynęło na polepszenie jego stanu. Wobec niefortunnych usiłowań rozszerzania przełyku w latach poprzednich, zjawiła się myśl wytworzenia choremu sztucznego przełyku sposobem podanym pierwotnie przez Roux, a następnie w szczególności zmodyfikowanym przez wielu autorów. Dobry stan chorego zachęcał do wykonania tego ciężkiego zabiegu, na który chory, po przedstawieniu mu stanu rzeczy, zgadzał się. Uważając jednak zabieg ten w danym przypadku jako *ultimum refugium*, ponowiliśmy próby rozszerzania przełyku zgłębnikami od góry. Przy zastosowaniu fibrolizyny udało nam się rozszerzyć dwa

zweżenia przelyku do tego stopnia, że chory mógł przelykać nietylko płyny ale nawet pokarmy stałe po dokładnem ich przeżuciu. Ten nieoczekiwany wynik zmusił nas do odrzucenia pierwctnego zamiaru wykonania przelyku sztucznego. Ponieważ z biegiem czasu stan odżywiania chorego zaczął się wybitnie pogarszać wskutek wylewania się znacznej ilości pokarmu przez otwór w żołądku, a jednocześnie drożność przelyku umożliwiała dostateczne odżywianie się chorego drogą naturalną, zdecydowano się zamknąć przetokę żołądkową. Zabieg ten wykonano 10-go października r. b. Przez cięcie owalne podłużne otwarto z boków wolną jamę otrzewnej i po uwolnieniu żołądka ze zrostów wycięto zbliżnowaciale brzegi otworu i zaszyto go zwykłym sposobem. Żołądek opuszczono do jamy otrzewnej i ranę brzuszną zaszyto zupełnie. Chory zniósł zabieg dobrze, przebieg pooperacyjny był prawidłowy. Obecnie wrócił do swego zajęcia. Przelyk przepuszcza zgłębnik № 21 według skali francuskiej, co zupełnie pozwala choremu odżywiać się dostatecznie. Rozszerzanie trwa dalej, aby osiągnąć możliwie najlepszy wynik.

Wiadomości bieżące.

- - 25 - l e c i e N o w i n L e k a r s k i c h. Stosownie do ogłoszonego uprzednio programu, odbył się w d. 13 i 14 b. m. obchód jubileuszowy Nowin Lekarskich. Z powodu warunków i przeszkód czysto miejscowych uroczystość ta odbywać się mogła w ściśle zamkniętem gronie członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyjaciół Nauk i zaproszonych gości, których zpoza granic Księstwa Poznańskiego przybyło przeszło 40-u. Obok zebrzań towarzyskich, stanowiących niezbędny, bardzo przyjemny, acz wielce uciążliwy dodatek i dla urządzających obchód i dla gości, odbyły się dwa posiedzenia naukowe.

Pierwsze w s b o t ę d. 13-go, zagaił prezes wydziału dr F r a n c i s z e k C h ł a p o w s k i i zaproponował wybór prezydium, do którego weszli: prof. W i c h e r k i e w i c z — jak, prezes czynny—i prof. C i e c h a n o w s k i (z Krakowa), prof. G ł u z i ń s k i i J u r a s z (ze Lwowa), kol. J a w o r s k i i P a w i ń s k i (z Warszawy); na sekretarzy powołano: kol. K a r w o w s k i e g o (z Poznania) i kol. K u r t z a (z Warszawy).

Szereg przemówień z życzeniami różnych Instytucji i Towarzystw rozpoczął prof. J u r a s z od Uniwersytetu Lwowskiego i Wydziału Lekarskiego Lwowskiego. Dalej przemawiali kolejno: doc. J a n o w s k i od Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, prof. C i e c h a n o w s k i od Tow. Lekar. Krakowskiego, dr P a w i ń s k i od Tow. Lek. Warsz., prof. B e d n a r s k i od Tow. Lek. Lwowskiego i od Tow. Lekarzy Galicyjskich, prof. Z a l e s k i od Związku Lekarzy i Przyrodników polskich w Petersburgu, prof. Ł e b k o w s k i od Tow. stomatologów polskich; wreszcie dr K o s z u t s k i od Tow. Lek. Kaliskiego.

Jako delegaci redakcji pism lekarskich życzenia koleżeńskie składali: kol. S z u m l a ń s k i od Gazety Lekarskiej, kol. O r ł o w s k i S t. od Medycyny, prof. P a n e k od Przeglądu Hygienicznego i kol. J a w o r s k i od redakcji Zdrowia.

W serdecznem i wzniostem przemówieniu obecny redaktor Nowin Lekarskich kol. Ł a z a r e w i c z dziękował wszystkim za wyrazy uznania dla pisma, w których widzi zachętę i podniętę do dalszej pracy.

Odczyty rozpoczął wykład historyczny prof. A d a m a W r z o s k a (z Krakowa), „O lekarzach wielkopolskich“; poczem w piękny i wielce zajmujący sposób prof. G o d l e w s k i (z Krakowa) przedstawił „Pogląd na właściwości twórcze materii żywej“ (dziedziczność i zmienność).

Drugi dzień obchodu rozpoczęło zwiedzanie wzorowo urządzonych sanatoryjów, szpitalika dziecięcego i klinik i ocznej prof. W i c h e r k i e w i c z a, poczem odbyło się pod przewodnictwem kol. J. P a w i Ń s k i e g o posiedzenie z odczytami: 1) prof. W i c h e r k i e w i c z a—O jaskrze zwykłej i jej leczeniu. 2) kol. R z ę t k o w s k i e g o—O niedomodze mięśnia sercowego i 3) kol. J a n o w s k i e g o—Uwagi z powodu wyników badania ciśnienia krwi w stwardnieniu naczyń i zapaleniu nerek.

Na zakończenie zwiedzono prywatny zakład ortopedyczny im. T. Gąsiorowskiego.—Jest to wspaniale urządzone zakład na 45 łóżek z fundacyi panny Gąsiorowskiej, która na ten cel ofiarowała 2 miliony marek. Zakład został pobudowany i jest utrzymywany z procentów od tego kapitału, przyczem pozostałość coroczna jest dołączana do kapitału. Ma to na celu zebranie funduszu odpowiedniego na pobudowanie w przyszłości takiego zakładu na wielką skalę. Kierownikiem zakładu jest kol. W i e r z e j e w s k i.

Dzień następny poświęcono zwiedzaniu osoblności miasta i urządzeń wodociągowych. Z zapoczątkowania prof. W r z o s k a i kol. J a w o r s k i e g o złożono wieniec na grobie niezapomnianego lekarza-patrioty K a r o l a M a r c i n k o w s k i e g o.

Ogólne wrażenie tego jubileuszu było wielce sympatyczne i pozostanie na długo w pamięci uczestników, którzy z podziwem oceniać mogli owocną pracę i naukową i społeczną w warunkach wyjątkowo ciężkich, najeżonych na każdym kroku przeszkodami. Tem większa jest zasługa pracowników, którzy w tych okolicznościach stworzyli i potrafili prowadzić przez lat 25 pismo naukowe, utrzymując je od samego początku na wysokim poziomie. Spotykały ich też za to niejednokrotnie dowody uznania i składano im gorącą podziękę za podtrzymywanie tej placówki narodowej.

Zaznaczyć wreszcie należy serdeczną gościnność, z jaką koledzy wielkopolanie przyjmowali i podejmowali przybyłych na uroczystość gości. Podzięka za to należy się przedewszystkiem gospodarzom: kol. K a r w o w s k i e m u i Z a k r z e w s k i e m u.

— W Zakopanem otwarty został nowy „D o m Z d r o w i a“ dla młodzieży pod nazwą „O d r o d z e n i e“, znajduje się on w willi słonecznej pod Gubałówką.

— D o s z p i t a l a im. „Karola i Maryi“ dla dzieci przyjęto od dnia otwarcia 8 XI do 29 XI 1913 — 44 dzieci, dotkniętych chorobami zakaźnymi, a mianowicie odrą 1, płonicą 22, błonicą 4, tyfusem brzuszny 3, kokluszem 1, biegunką krwawą 1, gruźlicą płuc i innych narządów — 9, zapaleniem płuc 3. W tym czasie zmarło 2 dzieci, chorych na płonicę.

D o a m b u l a t o r y u m szpitala im. „Karola i Maryi“ dla dzieci zgłosiło się od dnia otwarcia 8. XI do 29. XI. 1913 17 dzieci, dotkniętych chorobami zakaźnymi, a mianowicie odrą 6 dzieci, płonicą 2, kokluszem 8 i ospą wietrzną 1.

— C h o r o b y z a k a ź n e w W a r s z a w i e W ciągu tygodnia od dnia 2-go do 8-go listopada r. b do szpitali miejskich przybyło 191 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 6, odrą 4, płonicą 70, błonicą 11, kokluszem 1, różą 16, tyfusem brzuszny 17, tyfusem wysypkowym 3, biegunką krwawą 2, grypą 10, zapaleniem płuc 51.

W tymże tygodniu w szpitalach warsz. zmarło 39-u chorych zakaźnych, mianowicie: na odrę 1, płonicę 12, błonicę 1, tyfus wysypkowy 1, tyfus brzuszny 7, i na zapalenie płuc 17; w całym zaś mieście zmarły 64 osoby na choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, mianowicie: na ospę 4, odrę 4, płonicę 37, błonicę 6, koklusz 2, różę 2, tyfus płamisty 2, tyfus brzuszny 5, biegunkę krwawą 2.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła w dniu 2 listopada 3629 i w dniu 8 listopada 3687.

— W Łódzkim Szpitalu miejskim dla chorób zakaźnych gorączkowych był następujący ruch chorych: a) od 24-go listopada do 1-go grudnia:

	było	przybyło	wypisało się	zmarło	pozostało
Ospa	8	2	2	—	8
Szkarlatyna	13	10	3	—	20
Tyfus wysypkowy	1	—	1	—	—
Róża	1	—	—	—	1
Ogółem	23	12	6	—	29

b) od d. 1-go do 8-go grudnia:

	było	przybyło	wypisało się	zmarło	pozostało
Ospa	8	2	1	—	9
Szkarlatyna	20	6	1	1	24
Róża	1	1	—	—	2
Dyzenterya	—	1	—	—	1
ogółem	29	10	2	1	36

NADESŁANO DO REDAKCYI.

— Koło medyków wszechnicy lwowskiej. VII Sprawozdanie z czynności zarządu w roku administr. od 1 listop. 1912 do 31 paźdz. 1913 r. Lwów 1913.

— L'enseignement médical à Paris à l'usage des médecins. Paris.

— Albert Adamkiewicz. Das radioaktive Kankroin als Krebszerstörer. Odb. z Comptes rend. des VI internat. Kongr. für ärztl. Elektrol. und Radiol. Prag. 1912.

Do numeru niniejszego dołącza się portret dra Rejchmana, oraz dwie tablice z rentgenogramami do prac dra Grudzińskiego i dra Dąbrowskiego.

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

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, I „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Prenumeratorzy Gazety Lekarskiej mogą otrzymywać Lwowski Tygodnik Lekarski za cenę zniżoną mianowicie za rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20, za tekstem kop. 16. Oplata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Bonerowska 11, w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemerstrasse 46/49 i K. Lohnner. Grossbeerstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 25, rue Vignon.

Administracja (Bracka 23) otwarta w dni powszednie od 11-ej do 3-ej.

Odbito czcionkami „Drukarni Krajowej“ (W. Krawczyński i S-ka) Żelazna 89. Telefon 188-70

BOROVERTIN

(BOROWERTYNA)

nie drażniący, szybko działający
środek odkażający mocz i pęcherz,

którego działanie wskutek długiego wydzielania się części składowych jest trwałe i przenikające, jednocześnie zaś łagodne i stopniowe; wskutek tego nie występują objawy podrażnienia, usposabiające do krwotoków i biegunki

Borowertyna

okazała się również nadzwyczaj skuteczną
w celu zniszczenia łaseczników tyfusowych,
w ostatnich zaś czasach zalecają ją

===== **w R z e ż ą c z c e.** =====

Rurki po 20 kołaczyków à 0,5 g. Borowertyny.

Próby i literatura bezpłatnie.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation.

Pharm. Abteilung—Berlin SO. 36.

ŻELAZO!



FOSFOR!

Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor
(Acidolbumina)

około 90% subst. białkowych, rozpuszczalnych w wodzie, zwiększa znacznie ilość hemoglobiny czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

Proszek fersanowy.

Kołaczyki czekoladowe jodowo-fersanowe dla dzieci

(w kartonach oryginalnych po 50 sztuk).

Kołaczyki fersanowe.

Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych

(w kartonach oryg. po 50 i 100 sztuk).

BROM-FERSAN w tabletkach w oryginalnych pudełkach po 50 sztuk.

PANOM LEKARZOM piśmiennictwo i próbki bezpłatnie.

Otrzytać można we wszystkich aptekach.

Fersan-Werk, Wien IX.

Rudolf Reiss. *Fabryka Rheumasanu i Lenicetu*, Berlin—Charlottenburg 4. Wiedeń VI/2

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ Warszawa—Ś-to Krzyżka 35.

WODY MINERALNE HOMBURSKIE

Elisabeth - Brunnen

Landgrafen-Brunnen

Augusta-Victoria Quelle

Wskazania: przewlekłe zaparcia, stłuszczenia, moczówka cukrowa, zaburzenia czynnościowe żołądka, neurastenia żołądkowa, dna, usposobienie mocznicowe, hemoroidy, koprostaza, zawał w kiskach, choroby wątroby, śledziony, katar żołądka i kiszek, zapalenie ślepej кишки.

Zupełny brak bakteryi i produktów rozkładu pozwala na przesyłkę wody i na leczenie domowe.

Dzięki zawartości głównych części składowych stoją wyżej od innych źródeł słonych.

Przedstawiciel dla Królestwa Polskiego

□ □ □ □ JÓZEF BRESZEL □ □ □ □

Warszawa, Ś-to Krzyżka 35.

Udziela bezpłatnie wszelkich informacyi i wysyła pp. lekarzom rozbiory, literaturę i próby.

Zarząd źródeł mineralnych Homburskich, Homburg v. d. H.

Nowo odkryte źródło wody arsenowej

Dürckheimer Max-Quelle

w Pfalzu nad Renem

Zalecane przez profesorów v. Nordena, v. Neussera i in; pod względem zawartości soli kuchennej i AS_2O (17 mgrm w litrze) jest obecnie najsilniejszym źródłem na kontynencie, jest 3 razy silniejsze od wody Levico mocniejszej i nie zawiera żelaza.

Literaturę i szematy picia wysyła pp. lekarzom główny pełnomocnik S.K. aletskij, Moskwa, Pokrowka 19.

Dla Królestwa Polskiego Józef Breszel,

Warszawa, Ś-to Krzyżka 35.



Sanatorium Hocheppan



koło Bozen (Tyrol Południowy) przy drodze Mendla
stacja Eppan—Girland.

CAŁY ROK OTWARTE!

Zakład leczniczy dla chorych płucnych

Leczenie fizykalne, dyetetyczne i specyficzne.

Kąpiele powietrzne i słoneczne.

Sztuczna odma piersiowa. Roentgen. Sala operacyjna.

Współczesny komfort.

Prospekty bezpłatnie.

Właściciel i kierownik **D-r HANS von VILAS.**

Lekarze całego świata zalecają stale

Idealny środek
przeczyszczający
dla dorosłych
i dzieci

PURGEN

Przyjemny,
łagodny,
skuteczny.

Cena pudełka 65 kop. Dostać można we wszystkich aptekach. Dr. Bayer és Társa, Budapeszt.

UWAGA!! Oryginalne pudełka opatrzone są niebieską banderolą z rosyjskim napisem.

Nowe

Diureticum

EUPHYLLIN

(Theophyllin—Aethylendiamin).

Szybkie i energiczne działanie, nie wywołuje żadnych objawów obocznych.

Jedyny środek, który może być stosowany *per os* i *per rectum*.

Wskazany również w: Hydrops cardinale, renale. Arteriosclerosis, Angina pectoris. Astma cardiale.

Zakłady Chemiczne p. Dr HENRYK BYK.

Literaturę oraz próby wysyła pp. Lekarzom bezpłatnie Jeneralny Reprezentant: JÓZEF SALTZMAN Jr., Warszawa, Senatorska 38.

Na życzenie pp. Lekarzy Euphyllin przyrządzany bywa też w tabletkach.

Muiracithin

Części składowe:

Muira puama, lecytyna, korzeń lukrecyli.

Wskazania:

Niemoc męska płożwa. Neurastenia i inne cierpienia systemu nerwowego.

Castoreum Bromid

CASTOREUM BROMID

Weigert

Sól bromowa musująca z walerjaną i piżmem. Lek swoisty przeciwko wszelkim nerwicom systemu krążenia i ośrodkowym. **ANTHYSTERICUM, HYPNOTICUM, ANIEPILEPTICUM I SEDATIVUM.** Zalecany przez powagi (Binswanger—Wiedeń, Eulenburg—Berlin) oraz przez licznych praktyków miejscowych i zagranicznych.

Cena $\frac{1}{2}$ fl. rb. 1.25,
 $\frac{1}{1}$ fl. rb. 2.25.

KACEPE BALSAM

Części składowe: Ester mentolowy, octowo-salicylowy, ester etylowy octowo-salicylowy, lanolina.

Wskazania:

Jako środek kojący ból leczący wcieranie w dnie, reumatyzmie, rwie kulszowej, migrenie, nerwobólu, zapaleniu opłucnej i innych bolesnych dolegliwościach. Znakomity środek do masażu w przepracowaniu mięśni u sportowców, daleko skuteczniejszy od często używanego, a posiadającego, nieprzyjemny odór estereu metylowo-salicylowego (olejek gaurterjanowy albo starześlany).

Pożywka Prof. Soxhleta

Dla osesków jako pokarm stały, dla dzieci starszych i dla dorosłych podczas i po chorobach wyniszczających.

Cukier odżywczy i ulepszony buljon Liebig'a, w postaci proszku w pudełkach po $\frac{1}{2}$ kgm.

Kakao odżywcze w pudełkach po $\frac{1}{2}$ kgm.

Cukier żelazisty odżywczy z 0,7% ferrum glycerophosphoric. w pudełkach po $\frac{1}{2}$ kgm.

Kakao żelaziste odżywcze z 10% ferrum oxyd. Sacchar, Sol.; pudełka po $\frac{1}{2}$ kgm.

Łatwostrawne przetwory żelaziste odpowiednie w zaniku i niedokrwistości.

Noridal

Części składowe:

chlórek wapnia, jodek wapnia, balsam peruwiański.

Wskazania:

Cierpienia hemoroidalne, krwawienia, swędzenie odbytu, parcie na stolec, katar prostrnicy, wypróżnienia bolesne, pęknięcia i rany w okolicy odbytu.

Styptase

1,618% Ca 2,5% Extr. Hamamel 0,1% fluor.

Nieszkodliwy, szybko działający.

Środek do tamowania krwi.

bardzo skuteczny przy wszystkich krwotokach płucnych, krwotokach (Haemoptoe), macicznych, krwotokach, miesiączkach krwotokowych, (w krwawieniach macicznych po porodach) w okresie przekwitania.

Rp. Tablett. Styptase No. 1 (w oryginalnem opakowaniu).

D. S. 3—5 razy dziennie po 1—3 past.

Literatura i próby powyższych środków do rozporządzenia

Kantor preparatów chemicznych **ERNST ALEXANDER**
Berlin SO., Michaelkirchstr. 7. Petersburg, Małaja Koniuszennaja No. 10

Na Król. Pol. S. Rościszewski i J. Kirchmayer, Bracka 6. Warszawa.

ARHÉOL

C¹⁵ H²⁶ O



JEDYNY CZYNNY PIERWIASTEK
WYCIĄGU SANTALOWEGO

**RZEŻĄCZKA, KATAR PĘCHERZA
MOCZOWEGO**

10-12 KAPSULEK DZIENNIE.

NIE WYWOŁUJE BÓLÓW NERKOWYCH.

LABORATOIRE: P. ASTIER 45, Rue du Docteur Blanche-PARIS.

BEIERSDORFA plastry gutaperkowe na muślinie
podług prof. d-ra Unna'y

GUTTAPLASTY

według dzisiejszego stanu nauki są najdoskonalszymi plastrami
lecznicznymi:

1. Są rozsmarowane na warstwie gutaperki nieprzenikliwej dla wypociny skórnej i zawierają środki lecznicze, rozprowadzone równomiernie w obojętnej masie lepkiej z kauczukiem;
2. przylepiają się bez ogrzewania i zwilżania, przystają łatwo do ciała i w działaniu są skuteczniejsze, czystsze i tańsze od maści;
3. zachowują lepkość i skuteczne działanie, z małymi wyjątkami, w ciągu lat całych, przy umiejętnem przechowywaniu w miejscu chłodnym, suchem i bez dostępu światła.

Zakres stosowania plastrów gutaperkowych zależy od rodzaju środka leczniczego, w nich zawartego. Przeważnie są w użyciu plastry gutaperkowe z kwasem salicylowym, rtęcią, kwasem karbolowym i rtęcią, i z tlenkiem cynku; ostatni jako plaster leczniczy i ochronny w małych uszkodzeniach, zapaleniach i t. p.

P. BEIERSDORF & CO., HAMBURG 30.

Próby i literatura bezpłatnie.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

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

Adres Redakcyi—Żórawia 22. tel. 25-75. Adres Administracyi—Bracka 23 tel. 26-79.

Ziarnista

KOLA ASTIER

Rozpuszczalna

Reguluje serce. Pobudza układ mięśniowy.

Środek przeciwneurasteniczny

2 łyżeczki od herbaty na dzień.

Sprzedaż we wszystkich aptekach.

Laboratoire: Astier. 45 rue du Docteur Blanche. Paris.

DIATEZA ARTRETYCZNA

burzące ziarnka

Piperazyna MIDY

*rozpuszczająca najergiczniej
kwas moczowy*

Pobudzająca czynności wątroby.

Od 2 do 4 łyżeczek dziennie

Próbki: Ph^o Midy. 140 F^o S^o Honoré Paris.

albo

Ad. Weinstein. Foksal 13. Warszawa.

**Kamienie
nerkowe
i żółciowe**

porównawcza rozpuszczalność kwasu
moczowego w:

PIPERAZYNA MIDY

Natrium
biporicum

Lithium
citricum

Natrium
citricum

92%

40%

20%

8%

**Oksalurja
Oksalemia**

Nowo-Karlsbadzka kuracya i Nowo-karlsbadzkie kryształ **Dr. H. BRACKEBUSCHA**

Zalecane przez PP. Lekarzy w otyłości, dla pobudzenia przemiany materii, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie moczanowej, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wsupując zawartość całej rurki lub też połówki do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej.

Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo
w Aptece E. Treutlera

Nowy-Swiat № 60.

BROSZURKI BEZPŁATNIE.

SAN REMO D-ra Curt Stern'a
Villa Quisisana

Uzdrowisko dla potrzebujących odpoczynku i dla chorych Lekarz - polak. Prospekty.

Potrzebny jest młody lekarz

(mężczyzna lub kobieta)

do Przytułku w górze Kalwaryi,

(z przeważającą ilością chorych umysłowych), jako drugi lekarz miejscowy z pensją 600 rubli rocznie, mieszkaniem i życiem.

Bliższych wiadomości zasięgnąć można na miejscu u D-ra RZESZOTARSKIEGO.

Pierwszorzędny Zakład Lecznicy

w górach w Galicyi Wschodniej z powodu choroby właściciela do sprzedania lub wydzierżawienia zaraz — Wiadomości udziela BR. ROZEJOWSKI Stratyn—Rohatyn, Galicya.

Z przyrządem kontrolującym!											
Materyały Opatrunkowe Sterylizowane											
D-ra BORZYMOWSKIEGO:											
Od cen 15%	Wata. Gaza hygroskopijna, jodoformowa, wioformowa i kseroformowa. Tampony ginekologiczne na nitkach, nosowe, uszne i oczne. Ligatury № 3, 4, 5. Katgut jodowy 0, 1, 2, 3 i Nić Florencka w zatapiających rurkach. Opatrunki chirurgiczne, ginekologiczne i oczne. Bandaże 5, 8, 10, 12 cm. 6 m. Wyprawki połogowe. Tampony jodoformowe W. Dührsena Fizyologiczny roztwór soli. Płyn D-ra Borzymowskiego do znieczulenia miejscowego, sterylizowany przed i po zatopieniu w ampulce. WIELOKROTNIE WYPRÓBOWANY!!!										
	Płyn do znieczulenia: <table border="0"> <tr> <td>Novocaini</td> <td style="text-align: right;">0,3</td> </tr> <tr> <td>Suprarenini gtt. tres.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Heroini</td> <td style="text-align: right;">0,01</td> </tr> <tr> <td>Coffeini natr. benz.</td> <td style="text-align: right;">0,2</td> </tr> <tr> <td>Sol. sal. physiolog.</td> <td style="text-align: right;">50,0</td> </tr> </table>	Novocaini	0,3	Suprarenini gtt. tres.		Heroini	0,01	Coffeini natr. benz.	0,2	Sol. sal. physiolog.	50,0
	Novocaini	0,3									
	Suprarenini gtt. tres.										
	Heroini	0,01									
Coffeini natr. benz.	0,2										
Sol. sal. physiolog.	50,0										
Składy główne: SPIESS Senatorska 24 i Widok 9. Telef. 106-85. Zarząd.											
W aptekach i składach aptecznych.											
W aptekach i składach aptecznych.											

OVO-LÉCITHINE BILLON

Niezawodny środek
wzmacniający przeciw:

Neurastenji
Niedokrewności

Przepracowaniu i wyczerpaniu po chorobach

Ovo-Lécithine Billon

NABYWAĆ MOŻNA WE WSZYSTKICH APTEKACH

Literaturę i próby przesyła franco na żądanie

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES
FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES · PARIS ·

Główny skład: WARSZAWA, Foksał, 13

Cena: Pigulki Rb. 1.75; Ziarnka Rb. 1.50; 12 Ampulek Rb. 1.75



Sanatorium dla chorych piersiowych
w Zakopanem

pod kierunkiem D-ra KAZIMIERZA DŁUSKIEGO
otwarte cały rok

Prospekty na żądanie franco.

Mentona. Sanatorium Gorbio.

(Riviera francuska. 300 m. nad poziomem morza)

Zakład dla chorych na serce, nerwowych, rekonwalescentów i z wadliwą przemianą materii. Fizykalno-dietetyczne leczenie. Chorzy umysłowo i na gruźlicę płuc wyłączeni. Główny lekarz D-r BERMAN.

Prospekty wysyła administracja Sanatorium Gorbio près Menton.

KRAKÓW SANATORIUM I ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Specjaliści chorób nerwowych

D-ra KUPCZYKA.

ul. Szujskiego 9—11.

**Zakład Leczniczy dla chorych wewnętrznych,
chirurgicznych i urologicznych**
D-rów S. Groszlika, R. Hertza i A. Landaua

Warszawa, Mokotowska 41. Telefon 204-86.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Kuchnia dietetyczna. Przy zakładzie znajduje się
pracownia do badań klinicznych w najszerszym zakresie.



Zakład Roentgenowski do celów rozpoznawczych i leczniczych
D-rów Drozdowicza i Grudzińskiego

Wspólna 3a. tel. 258-20. Przyjęcia od 12-tej do 6-tej pp.

Lekarze całego świata zalecają stale

Idealny środek
przeczyszczający
dla dorosłych
i dzieci

PURGEN

Przyjemny,
łagodny,
skuteczny.

Cena pudełka 65 kop. Dostać można we wszystkich aptekach. Dr. Bayer és Társa, Budapeszt.

UWAGA!! Oryginalne pudełka opatrzone są niebieską banderolą z rosyjskim napisem.

„ZIEMIA”

Tygodnik ilustrowany, Krajoznawstwu Polskiemu poświęcony, wychodzi w Warszawie od roku 1910 pod redakcją Ka-

zimierza Kułwiecia. Opisy przyrodnicze i geograficzne, prace z zakresu etnografii, archeologii, zabytków sztuki. Obrazuje w opisach naukowych i w dokumentach ilustracyjnych Piękno i bogactwo Polski, bada jej stan obecny i odzwierciadla przeszłość historyczną.

Prenumerata w Warszawie rs. 5, z przysyłką pocztową 6 rs. 50 kop.

Dla nowych całorocznych prenumeratorów: tomy 1—2—3—4
z ustępstwem 25%.

Redakcja i Administracja Aleje Jerozolimskie 29—1.

„NEUROLOGIA POLSKA”

DWUMIESIĘCZNIK

poświęcony neuropatologii, psychiatryi i psychologii
eksperymentalnej

wychodzi w Warszawie pod redakcją

D-ra L. DYDYŃSKIEGO.

Oплата roczna w Warszawie 6 rb., z przysyłką pocztową 7 rb.

Adres Administracyi: ul. Nowowiejska 28.

Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Odczyty Kliniczne

Wyszedł z druku

Seryi XX. Zesz. 9.
(Ogólnego zbioru 237).

Serce a płuca; ich wzajemny stosunek w sprawach patologicznych

napisał dr med. ALFRED SOKOŁOWSKI.

Cena kop. 40.

Prenumerata roczna 12 zeszytów wynosi rub. 4.

Prenumerować i nabywać można

== w Administracji Gazety Lekarskiej (Bracka 23) i we wszystkich księgarniach. ==

==== Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA w Warszawie. =====

Kraków G. GEBETHNER i S-ka.

OPUŚCIŁ PRASĘ

KALENDARZ LEKARSKI

NA ROK 1914.

WYDAWNICTWO D-ra J. POLAKA.

Cały tekst opracowany na nowo i znacznie rozszerzony.

Treść: Kalendarz ogólny. — **Lista lekarzy**, praktykujących w Warszawie i na prowincyi, **urzędów i instytucji lekarskich** w kraju, z wymienieniem składu osobistego zarządów (towarzystwa lekarskie i higieniczne, szpitale, lecznice, drogi żelazne i t. p.). — **Lista lekarzy** polaków praktykujących w uzdrowiskach za granicą. — Instytucje lekarskie w Galicyi i t. p. **Najwyższe dawki środków lekarskich** mocno działających. — **Zamiana wag** dziesiętnych na aptekarskie. — **Dawki dla dzieci**. — **Dawkowanie wstrzykiwań podskórnych**. — **Stężanie leków** do wzięcia, pędzlowania, wchuchiwań, leków wprowadzanych do worka łącznicy. — **Ilość kropeł różnych płynów w gramie**. — **Rozpuszczalność przetworów**. — **Oznaczenie okresu ciąży**. — **Wymiary miednicy kobiecej**. — **Tablica żąbkowania** — **Tablica brzemiennosci**. — **Wzrost i waga człowieka w różnych okresach życia**. — **Długość okresu wylegania i zaraźliwości chorób zakaźnych**. — **Kąpiele lecznicze**. — **Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach**. — **Otrucia**. — **Zdrowiska polskie**. — **Badanie ostrości wzroku i refrakcyi**. — **Tablice Szellena**. — **Spis alfabetyczny zdrowisk i uzdrowisk z oznaczeniem głównych cech, sezonu i t. p.** — **Podręcznik terapeutyczny** znacznie rozszerzony, w opracowaniu D-rów: J. Bączkiewicza (choroby dzieci). — **Wł. Biegańskiego** (choroby wewnętrzne), **Kamockiego** (choroby oczu), **Kuczyńskiego** (choroby uszu), **Łazarewicza z Poznania** (choroby kobiece), **Malinowskiego i Wątraszewskiego** (choroby skórne i weneryczne), **Ed. Flatau** (choroby nerwowe), **Bron. Sawickiego** (chor. chirurgiczne), **Alf. Sokołowskiego** (choroby narządów oddychania), **K. Rychlińskiego** (choroby umysłowe).

Cena egzempl. w oprawie z czterema notatnikami, ołówkiem i gumą **rb. 1 kop. 50**, z przesyłką pocztową **rb. 1 k. 60**, za zaliczeniem **rb. 1 k. 70**.

Do nabycia we wszystkich księgarniach i u wydawcy ulica Nowogrodzka № 82, Gmach Miejskiego Instytutu Szczepienia Ospy Ochronnej.

CHININO-PHYTINA

(Phytinian chininy-Chininum phytinicum)



łączy własności specyficzne chininy z wpływem wzmacniającym phytiny. Znoszony bywa dobrze przy wrażliwości szczególnej (idiosynkrazy) na chininę.

Wskazania: Bagienica. Grypa (jako środek zapobiegawczy i leczniczy. Newralgia, Migrena, Blednica, Zimnica, Koklusz etc. etc)

Rp. Chinini phytinici lag. oryg. unam.

Cena detal. Rb. 1. Zawiera 50 tabl. powleczonych srebrem po 0,1 grm
vel Rp. Chinini phytinici lag. oryg. unam

Cena detal. kop. 60. Zawiera 25 takich tabliczek
vel Rp. Chinini phytinici pulv. qu. v

d. t. dos. No. x ln caps. amyl.



Chinino-Phytina, Sól chininowa łatwo w wodzie rozpuszczalna, może być stosowana u dzieci kroplami z syropem malinowym etc.

PABIANICKIE TOWARZYSTWO AKCYJNE PRZEMYSŁU CHEMICZNEGO
założone przez Towarzystwo Przemysłu Chemicznego w Bazylei (Szwajcarya).
i byłą firmę Schweikert i Froelich w Pabianicach, ziemia Piotrkowska.

Proby na każde żądanie gratis i franco.

Lactéol

du D. BOUCARD

Comprimés
de ferments
lactique

Enteritis

W wzięciu w szpitalach Paryżkich
i w Ministerjum Marynarki.

Lactéol

du D. BOUCARD

Dla otrzymania PRÓBNEJ PRZESYŁKI,
zwracać się do Doktora Boucard, 112, rue La Boétie,
w Paryżu (Francja), lub Foksal 13
w Warszawie.

Lactéol

du D. BOUCARD

Comprimés
de ferments
lactique

Dermatosis