

DALSZE SPOSTRZEŻENIA

**NAD MOJĄ METODĄ ROZPOZNAWANIA CHARAKTERU CIEŚNI
ODŹWIERNIKOWEJ (STENOSIS PYLORI) WZGLĘDNIE PRZECHO-
DZENIA WRZODU OKRĄGŁEGO ŻOŁĄDKA (ULCUS VENTRIC. CHR.)
W RAKA**

napisał

ANTONI GLUZIŃSKI

W »Gazecie lekarskiej« (1901), wychodzącej w Warszawie i w X-tym tomie »Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und der Chirurgie«, w pracy mojej p. t. »Przyczynek do wczesnego rozpoznawania raka żołądka etc.« opisałem sposób, w jaki postępuję dla rozwikłania tak trudnego, a tak praktycznie ważnego problemu, jakim jest wczesne rozpoznanie przyczyny stwierdzonej cieśni odźwiernikowej, a mianowicie, czy ona ma źródło swe we wrzodzie okrągłym żołądka, czy też w raku żołądka, a względnie, czy mamy do czynienia jeszcze z czystym wrzodem żołądka, czy też już z przejściem jego w raka.

Odsyłając po szczegóły mego postępowania i ich uzasadnienie do wspomnianej pracy, obecnie przypomnę tylko główne moje twierdzenia i zapatrywania, które wyłożyłem tak w tej pracy, jak i w pracach moich poprzednich i moich współpracowników¹, a które dadzą się ująć w następujące punkty:

1. Wrzód żołądka w 90% usadawia się in parte pylorica.
2. Wrzodowi in parte pylorica (nie in parte cardiaca lub in fundo), sprowadzającemu zwężenie odźwiernika, towarzyszy stale nadmierne wydzielanie soku żołądkowego, jako wynik kwaśnego nieżytu.
3. Wykazałem, że, opierając się li tylko na materyale sekcyjnym, w 8. 6% wrzodów żołądka można wykazać przechodzenie jego w raka, uwzględniając jednak spostrzeżenia kliniczne, stwierdza się to daleko częściej, to też wczesne rozpoznanie tego przejścia jest niesłychanej wagi.
4. Po zniesieniu przeszkody w odźwierniku (czy to przez re-

¹ Gluziński, O owrzodzeniach i nadżerkach żołądka. Pamiętnik jubileuszowy dla prof. Korczyńskiego. Kraków.

Gluziński, O leczeniu wrzodu żołądka. Odczyty kliniczne. Warszawa 1898 i Wien. Klin. Woch. 1899.

Rencki, Über die Funktionellen Ergebnisse nach Operation am Magen bei Ulcus und gutartiger Pylosusstenose. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. VIII. 3.

sekcję, czy też przez gastroenterostomię), wywołanej czystym wrzodem żołądka, nadmierne wydzielanie soku żołądkowego trwa długo jeszcze (miesiące, a czasami lata).

5. Wrzód in parte pylorica, sprowadzający zwężenie, a przechodzący w raka, cechuje się pewnem obniżeniem hypersekrecyi, jako zapowiedź przyszłego nieżytu śluzowego, tego stałego towarzysza późniejszych okresów raka żołądka, pewną nieomogą wydzielniczą soku żołądkowego (insuff. secretoria), która się zaznaczy, gdy zażądamy od żołądka większej pracy.

6. Sposób mój polega też na wykazaniu w przypadkach ze stwierdzonym zwężeniem odźwiernika tego zaznaczającego się obniżenia hypersekrecyi przez wykonanie w jednym dniu trzech prób, używanych w mojej klinice do wykazania funkcyi żołądkowych, t. j. badanie wyciągniętej treści żołądkowej na czczo, po przepłukaniu i wykonaniu próby białkowej, podanej przezemnie i Jaworskiego¹, i próby befstekowej. Spostrzeżenia moje wykazały, że gdy przy wykonaniu tych trzech prób w jednym dniu w przypadku zwężenia odźwiernika stale (badanie w razie potrzeby powtarzam co kilka dni) stwierdzamy hypersekrecję, a więc próbę na wolny HCL wyraźną, to mamy prawo twierdzić, że przyczyną zwężenia jest czysty wrzód żołądka; gdy zaś stwierdzimy, że przy którejkolwiek z tych prób ilość wolnego HCL, a więc i próba na wolny HCL, jest słabą, lub tem bardziej, gdy jej braknie, to choćby przy innych próbach kwasu solnego wolnego było bardzo dużo, mamy podstawę przyjąć, że w danym przypadku rozwija się rak żołądka.

Lat dziesięć minęło od ogłoszenia mojej pracy, i nie odważyłbym się w jej obronie wystąpić, gdyby tych dziesięć lat albo przyniosły lepszy i pewniejszy sposób rozpoznania tej sprawy, albo wykazały błędność mego postępowania.

Niestety, każdy przyznać mi musi, że dla rozpoznania przypadków, o jakich jest mowa, usiłowania tych czasów (reakcja tryptofanowa, oznaczanie białka wedle Salomona i badanie promieniami Roentgena i t. d.) sprawy nie posunęły, a ja, oparty na dalszem dziesięcioletniem doświadczeniu, mam prawo twierdzić, że mój sposób jest tym, który dzisiaj najlepiej odpowiada celowi i w odpowiednim przypadku zastosowany być winien.

¹ Gluziński i Jaworski, Methode für die Klinische Prüfung und Diagnose der Störungen in der Verdauungsfunktion des Magens, Berl. Klin. Woch. 1884 Nr. 33.

Zanim przejdę do przedstawienia poczynionych dalszych spostrzeżeń, winienem zdać sprawę z uwag, jakie inni poczynili nad moją metodą.

W literaturze naszej nie znalazłem żadnej wzmianki. Nikt nie pokusił się o sprawdzenie moich spostrzeżeń, a może i pokusił się, a znalazłszy je nieprawdziwe, nie chciał mi robić przykrości krytyką swoją — chociaż rzecz tego wymagała.

W literaturze obcej trochę łaskawiej się obchodzono; metoda moja weszła do podręczników — jednak w sposób i z uwagami, które świadczą, że pewna część autorów, zdaje się, sama mało, albo wcale jej nie stosowała, a więc własnego doświadczenia nie posiadała. Jedni nie stosowali jej, bo metoda wydaje się im za przykrą. Fryderyk Crämer¹ wyraża się n. p. tak: »Das Verfahren Gluzińskis drei verschiedene Proben an einem Tage zu nehmen, nüchtern zu spülen, dann nach Probefrühstück und Probemahlzeit zu untersuchen, halte ich nur im Krankenhause für möglich, in der Privatpraxis für völlig ausgeschlossen, mindestens unnötig«.

Zapewne niezgrabne tu tylko wyrażenie; i rozumieć je chcę tak, że dla braku czasu w prywatnej praktyce jest to badanie dla kolegi Crämera »völlig ausgeschlossen«, bo nie przypuszczam, że dla przykrości chorego, którą zadajemy i zadawać musimy, tak dobrze chorym w szpitalu, jak w prywatnej praktyce, jeżeli chcemy osiągnąć cel wyższy, jakim jest uczciwa rada lekarska, i jeżeli bez tej przykrości dać jej nie możemy. Cel mojej metody jest tak ważny, rozstrzygnięcie pytania, czy wolno mi dalej traktować u chorego zwykły »ulcus«, czy już przechodzący w »carcinoma«, tak doniosły w następstwa cò do leczenia i wyboru sposobu operowania, że przykreść zadana jest niczem w porównaniu z otrzymanym wynikiem, jeżeli naturalnie ten sposób jest dobry, i jeżeli nie ma sposobu lepszego, mniej przykrego.

Z mej strony mogę tyle powiedzieć, że na setki mogę liczyć przypadki, w których metodą moją badanie przeprowadzałem, tak w klinice, jak i w prywatnej praktyce, a na palcach policzyć tych, którzy badaniu temu poddać się nie chcieli oczywista rzecz, że, jak się Crämer w dalszym ciągu wyraża, »wenn wir in einem zweifelhaften Falle Sonde einführen, müssen wir uns fragen, was bezwecken wir damit, was können wir für Diagnose gewinnen?« bo

¹ Das runde Magengeschwür, Müncher 1910, str. 158.

kto tego nie wie, to dla niego i w szpitalu i w prywatnej praktyce jest wprowadzenie zgłębnika żołądkowego »wenigstens unnötig«.

Nie brakuje wzmianki o mojej metodzie i w dziele Boasa¹, jakkolwiek on sam jej widocznie nie stosował. Po opisie metody dodaje: »Sigel (o którego pracy niżej wspomnę) hat sich der Mühe unterzogen, diese, wie man sieht (z czego?) nur klinisch verwertbare und auch unter diesen Umständen äusserst anstrengende Methode an dem Material des Augusta-Hospitals in Berlin einer Nachprüfung zu unterziehen, und ist im Wesentlichen zu denselben Resultaten wie Gluziński gekommen. Andererseits hat auch Sigel Ausnahmen (zobaczmy to niżej) von dem genannten Verhalten gefunden, so dass eine sichere Entscheidung in zweifelhaften Fällen auch durch diese Methode nicht gewonnen wird«.

A więc znów zarzut podobny jak u Crämera, że metoda jest dla kliniki »äusserst anstrengend«, na który to samo, co tam, odpowiedzieć tylko mogę. W porównaniu do innych metod, których w celach diagnostycznych używamy, dość przytoczyć tylko oesophagoskopię, rectoskopię, cystoskopię, badanie czynności nerek i t. d., przykrość dla chorego przy mojej metodzie jest drobnostką, i ze strony chorych przeszkody nie ma. »Ausserst anstrengend« jest chyba tylko dla lekarza, który czasu nie ma, lub go poświęcić nie chce; wtedy ma prawo zaniechać metody bardziej nęzącego badania, mogącej mu jednak tak ważną sprawę rozstrzygnąć, jeżeli ma lepszą do rozporządzenia; jednak Boas dla odróżnienia »między »gut-artiger und carcinomatöser Pylorusstenose« ma tylko uwagę, że rozpoznanie to jest tylko możliwe »auf Grund des Verlaufes und möglichst lang ausgedehnter, wenn möglich, klinischer Beobachtung«, to znaczy zapewne, aż rozwinie się guz (a ponieważ to nie wystarczy), zatem także cachexia, zjawi się kwas mlekowy i t. d., czyli nastanie okres, w którym już nic choremu pomóc nie można. Ażeby już raz skończyć z »trudnościami« dla chorych, którzy nie są ani w szpitalu, ani w klinice, ani w prywatnem sanatorium, lecz są tylko chorymi dochodzącymi, określam tu sposób mego postępowania. Chóry o godzinie ósmej rano zgłasza się w laboratorium dla wyciągnięcia treści na czczo, a po przepłukaniu następowem wodą żołądka, przeprowadza się próbne śniadanie (u mnie próba białkowa),

¹ Diagnostik u. Therapie der Magenkrankheiten, Leipzig 1907.

poczem około dziewiątej godziny rano idzie do domu względnie do swych zajęć z poleceniem, by o godz. 12 zjadł próbny obiad i zgłosił się do laboratorium o 4 godz. po południu dla dokonania ostatniej próby. Wypadną wszystkie próby dodatnio (stwierdzam hipersekrecję), przepisuję odpowiednie leczenie z poleceniem, by chory zgłosił się po 2—3 tygodniach dla przeprowadzenia kontrolnego badania, czy utrzymuje się dalej stała hipersekrecja — bo doświadczenie mnie nauczyło, że hipersekrecja przy *ulcus pylori*, mimo poprawy nieraz funkcji mechanicznej (ustanie lub zmniejszenie stanu kurczowego odźwiernika), trwa dalej, a stwierdzenie w tym czasie wahań w wydzielaniu soku żołądkowego, charakterystycznych dla mojej metody, przemawiać będzie mimo nawet poprawy za powstawaniem *insuff. secretoriae*, jako cechą przechodzenia wrzodu w raka. Nadmienić mi tutaj wypada, że w przypadkach początkowych *insuff. secretoriae*, zwykle przy pierwszej próbie, stwierdzamy stałą hipersekrecję, że dopiero po drugiej lub trzeciej próbie, gdy zmniejszymy zaległości w żołądku przez odpowiednią dyetę, a zwłaszcza przy większego stopnia zwężeniach przez codzienne ranne przepłukanie żołądka — zaznacza się cechami opisanymi tak ważna dla mojej metody *insuff. secretoria*.

W pracy mej tłumaczyłem to zachowanie się funkcji żołądka właśnie zaleganiem treści, mówiąc: »Die Stagnation der Speisen bildete den Ansporn zur erhöhten, aber allmählich erlahmenden Tätigkeit der Magenschleimhaut«, i że w tej okoliczności należy upatrywać przyczynę, dla czego po usunięciu przeszkody drogą n. p. operacyjną zjawiają się w tych przypadkach zaraz cechy »*achylia gastricae*«, jakkolwiek przed operacją była hipersekrecja; czego nigdy prawie nie ma przy zwężeniach dobrotliwych, bo hipersekrecja trwa i po operacji dalej. Co w tych przypadkach dokonała operacja, to w badanych przypadkach dokonuje, w mniejszej naturalnie mierze, dyeta lub opróżnianie żołądka przez płukanie.

Po tem chwilowem zboczeniu od przedmiotu twierdzę z całą stanowczością jeszcze raz, że technicznej trudności w przeprowadzaniu mej metody nie ma ani ze strony chorych, ani dla lekarza, że zastosowana ona być winna, jeżeli tylko odpowiada swemu celowi, a lepszej nie ma.

Wprawdzie Boas twierdzi, opierając się na pracy Sigla, a nie na własnych doświadczeniach, »dass eine sichere Entscheidung in zweifelhaften Fällen auch durch diese Methode nicht gewonnen wird«,

pozwolę sobie jednak, rozbierając niżej pracę Sigla, przytoczyć dowody, jak niewłaściwe wnioski wyciągnął Boas z tej pracy, chociaż ona mówi zupełnie co innego, i chociaż sam Boas stwierdza, że Sigel »ist im Wesentlichen zu denselben Resultaten wie Gluziński gekommen«.

W II. części dzieła nieodżałowanego Riegla¹ uzupełnionego przez Taborę, znajduję ustęp, przyznający mi pewną słuszość. »Auf die eine (Besonderheit), die wir als relative Säureinsuffizienz bezeichnen möchten — mówi Riegel — hat zuerst Gluziński als auf ein wichtiges Zeichen des beginnenden Magencarcinoms hingewiesen«, a po krótkim opisie zasady metody dodaje: »Diese Probe stellt unzweifelhaft ein äusserst wertvolles, wenn auch nach unserer Erfahrung nicht untrügliches Hilfsmittel zur frühzeitigen Erkennung des primitiven Pyloruskrebses dar, und verdient in jedem zweifelhaften Falle angewandt zu werden...«

Riegel-Tabora nie wspominają już o trudności metody, owszem radzą ją w pewnych przypadkach zastosować jako »ein äusserst wertvolles Hilfsmittel«, jakkolwiek czynią pewne zastrzeżenia, na które niżej zwrócę uwagę.

Elsner² w krótkim, ale dobrym swoim podręczniku, jakkolwiek widocznie własnego doświadczenia nie ma, opisując moją metodę, nie mówi już o trudnościach, ale wypowiada takie zdanie: »Die Methode ist noch nicht genügend nachgeprüft« — święta to prawda, »auch trifft«, mówi dalej »wie ich schon oben betont habe, ihre Voraussetzung, dass die carcinomatöse Entartung eines Geschwürs zum allmählichen Schwinden der Salzsäuresekretion führt, sehr häufig nicht zu«.

Uwaga ta świadczy, że praca moja Elsnerowi albo w oryginale była niedostępna, albo niewłaściwie ją zrozumiał.

Jedyną pracą dokładną, która moją metodę sprawdzała, a na którą się Boas powołuje, to praca Sigla³, pod kierunkiem Ewalda dokonana. Sigel dla ścisłej kontroli dokonywał, obok oznaczania stopnia ogólnej kwasoty, także oznaczenia wolnego kwasu solnego (modo Töpfer) i związanego HCL (modo Sjöquist), gdy ja zadowalałem się

¹ Die Erkrankungen des Magens, Wyd. II 1909.

² Lehrbuch der Magenkrankheiten, Berlin 1909.

³ Sigel, Zur Diagnose des Magencarcinoms, Berlin. Klin. Woch. 1904 Nr. 12 i 13.

ogólną kwasotą, i dla uproszczenia badania zadawałem się przy oznaczaniu wolnego HCl. stopniem reakcyi na odczynnik Günsburga, zaznaczając wynik jako słabo wyraźny, wyraźny, bardzo wyraźny, co dla wprawnego badającego i robiącego wszystkie trzy próby zupełnie wystarcza. Sigel badał metodą moją 18 przypadków, dzieląc je na pewne grupy.

»Die erste Untersuchungsreihe betrifft Fälle vom Ulcus ventriculi chr. in parte pylorica, die mehr oder weniger carcinomverdächtig waren«. Przypadków takich badał Sigel 8, a między nimi dwa, w których można było wymacać guz in parte pylorica. Wszystkie wypadły zgodnie z moją metodą jako dobrotliwe, »und sämtliche Fälle erwiesen sich bei einer viele Monate dauernden Beobachtung als benigne«.

Grupę drugą stanowiły przypadki, w których przy badaniu była zaznaczona w myśl mego pojęcia insuff. secret., a która w danych warunkach przemawia według mego twierdzenia za ulcus carcinomatosum. Przypadków takich spostrzegął Sigel 5, i w 4 operacya dokonana potwierdziła mu znowu słuszność mego zapatrywania, piąty przypadek był wątpliwy, gdyż wprawdzie przy operacyi znaleziono guz, który usunąć się nie dał ze względu na stan chorej; zatem dokonano tylko gastroenterostomii, w guzie tym wyjęte gruczoły jednak nie okazywały rakowatej zmiany, chora zaś po 5 miesiącach czuła się dobrze, przybrała na wadze 18 kg., a badanie treści wykazało wysoką kwasotę i wolny HCl. Na podstawie tych danych Sigel przypuszcza w przypadku tym, »dass es sich nicht um Carcinom gehandelt hat, mit absoluter Sicherheit (dodaje jednak) lässt sich diese Frage zur Zeit nicht entscheiden«. Zdaniem mojem przypadek ten w niczem nie narusza zasad mojej metody, bo, zostawiając na razie na boku, czym był guz, znaleziony przy operacyi, mogę z całą stanowczością stwierdzić, że nie było to carcinoma pylori, nie dla tego, że gruczoły były niezajęte, i że chora wyniszczona przybrała w 5 miesiącach po gastroenterostomii 18 kg. na wadze, i czuła się dobrze, bo to i przy ulcus carcinomatosum bywa, ale dla tego, że w 5 miesięcy stwierdzono treść żołądkową o znacznej zawartości wolnego HCl., co na podstawie mojego doświadczenia przy ulcus carcinomatosum ventriculi być nie może. Ale nie był to też w ogóle przypadek cierpienia żołądkowego lecz może trzustki lub dwunastnicy, na co Sigel nie zwrócił uwagi, boć

przecież w uwagach tabl. III. mówi wyraźnie: »Bei der Operation findet sich ein von dem Duodenum nach dem Pylorus gehender, schwer extirpirbarer Tumor«; zatem przypadku tego nie można po-
liczyć na karb błędu mojej metody, która odnosi się tylko do carcinoma ventriculi.

Tylko zatem w jednym następującym przypadku zawiodła pozornie Sigla moja metoda, gdyż mimo objawów stałej hypersekrecyi z wybitnym wolnem HCL przy operacyi, okazało się, że nie było to dobrotliwe zwężenie odźwiernika, lecz rak. Przypadek ten jeden na ośmnaście badanych, nie obalałby bynajmniej moich zapatrywań, boć nulla regula sine exceptione; wszakże już sam zaznaczyłem, że przy pierwszym badaniu czasami stwierdzamy stałą hypersekrecyą, że w pewnych odstępach czasu trzeba powtórzyć dwa lub trzy razy badanie, a cechy insuff. secr. występują; i tak byłoby też w opisanym przypadku Sigla, który mu nasunął pewną rezerwę w ocenieniu mej metody. Mimo to całe jego skrupulatne badanie kazało mu wypowiedzieć następujące zdanie i ostateczny wniosek: »Wenn wir auch nicht im Stande sind mit Hilfe der Gluziński'schen Methode alle Fälle von Uebergang des Ulcus in ein Carcinom zu diagnostizieren, namentlich nicht zu einer Zeit, zu der eine so eingreifende Operation, wie die Pylorusresection noch mit Erfolg gemacht werden kann, so müssen wir auf Grund unserer Untersuchungen und Beobachtungen doch sagen, das es in einzelnen Fällen mittels der genannten Methode gelingen wird die wichtige Diagnose zu stellen, in denen die bishergabrauchlichen Methoden versagt haben«.

I zapytać się godzi, czy wobec tego zdania Sigla miał podstawę Boas, opierając się właśnie na tych doświadczeniach Sigla, a nie własnych, powiedzieć »dass eine sichere Entscheidung in zweifelhaften Fällen auch durch diese Methode nicht gewonnen wird«.

Przechodząc po tym wstępie krytycznym do przedstawienia dalszych przypadków spostrzeganych przezemnie, z góry zaznaczam, że w sprawozdaniu tem opuszczam takie przypadki, w których moją metodą, na podstawie stale utrzymującej się hypersekrecyi, rozpoznałem, i operacyą i dalszym przebiegiem stwierdziłem »stenosis benigna«, a więc wrzód żołądka, a nadto, że z licznych przypadków, w których na podstawie mojej metody rozpoznać miałem znów prawo »stenosis pylori maligna«, powołam się tylko na te,

które poddały się operacji, albo których przebieg dalszy był mi wiadomy, a więc w których rozpoznanie niezbiecie było stwierdzone.

Rozpocznę od przykładu przypadków podobnych do tego, który, jedyny, w doświadczeniach Sigla zdawał się stanowić wyjątek od zasady przezemnie postawionej, to jest od przypadków, w których przy pierwszym badaniu przy wszystkich próbach, w jednym dniu wykonanych, daje się wykazać wyraźnie kwas solny. Przypadki to nierzadkie, i o nie najczęściej chodzić musi.

I. Stefan K. L. 45. Obecna choroba datuje się od trzech lat. Rozpoczęła się małymi bólami w okolicy żołądka, zrazu rzadkimi, później częstszymi, od 2½ lat zgaga, ślinotok, od dwóch lat wymioty, od 10 miesięcy pogorszenie, codzienne wymioty kwaśne, poprzedzone silnymi bólami, raz na dwa miesiące wymioty krwawe.

Badanie: Odżywienie podupadłe, narządy wewnętrzne prawidłowe, żołądek o dolnej granicy niżej pępka, ściana jego lekko napięta, słabe ruchy od strony lewej ku prawej, bolesność przy obmacywaniu w okolicy odźwiernika, guza nigdzie wymacać nie można.

2/5. Na czczo: treść w ilości 160 ctm³, mętna, brudno-żółta, pod mikroskopem włókna mięsne, ciała skrobi, sarcina, drożdże. Oddziaływanie kwaśne, stopień ogólnej kwasoty 28, od wolnego HCl 10.

Przy próbie białkowej: treść kwaśna 20, od wolnego HCl 10.

Przy próbnym obiedzie w 4 godz.: resztki pokarmowe, ogólna kwasota 44. Od HCl. 16.

Na podstawie tego badania i przebiegu, wobec obecności stałej wolnego HCl, należało rozpoznać stenosis ventriculi benigna (ulcus ventriculi). W myśl jednak moich zapatrywań i doświadczenia, z rozpoznaniem zwężenia, wstrzymałem się do drugiego badania, zwłaszcza wobec względnie niskich stopni kwasoty, zarządzając codzienne przepłukiwanie żołądka, raz dla ulżenia cierpieniom chorego, z drugiej strony dla uwolnienia błony śluzowej od stałego drażnienia, po usunięciu którego objawia się dopiero właściwy stan błony śluzowej.

Dwutygodniowe płukanie i dyeta złagodziły znacznie objawy choroby, waga ciała pozostała ta sama, a badanie treści wykazało stan następujący:

19/5. Na czczo: treść w ilości 75 ctm. lekko mętna, pod mikroskopem ciała skrobi i tłuszczu, oddziaływanie kwaśne 10 HCl. 0.

Po próbie białkowej kwasota 22. HCl. 10.

Po próbnym obiedzie kwasota 97. HCl. 0.

W całej pełni zatem, mimo podmiotowej poprawy, wystąpiła

»insufficientia secretoria«, rozpoznanie też po dwóch tygodniach obserwacji brzmieć musiało: »stenosis pylori maligna«, i skłaniało do podjęcia natychmiastowej operacji, jeżeli tylko możliwe do resekcji.

Z praktycznego punktu dodać muszę, że przy drugim badaniu w dniu 19/5 właściwie już nie trzeba było dokonywać wszystkich trzech prób, wystarczała tylko pierwsza, t. j. na czczo, przy niej bowiem nie wykazano już wolnego HCL, i była ona dostateczną wskazówką dla stwierdzenia rozwijającej się niedomogi wydzielniczej.

W dniu 29/5 dokonano w klinice chirurgicznej (prof. Rydygier) wycięcia odźwiernika. Stwierdzono guz wielkości jaja kurzego, obejmujący odźwiernik; mikroskopowe badanie wyciętej części wykazało carcinoma scirrhosum. W rok po operacji stwierdzono przerzuty w gruczołach kreskowych.

Przypadków podobnych przytoczę niżej (patrz tablicę) więcej. Niektóre z nich — na szczęście bardzo rzadkie — przyznaję, mogą pozornie budzić pewną niepewność rozpoznawczą, nie obalając jednak zasady postawionej przeze mnie. Przykładem takim będzie znów przypadek następujący, który stanowi pewną analogię dla przypadku Sigla, mogąc łatwo, jak się pokaże niesłusznie, podać w wątpliwość zasady mojej metody.

II. Jan S. l. 34. murarz, od pół roku przypadłości żołądkowe; odbijania, gniecenia, po jedzeniu bóle, nudności i wymioty. Krwi w wymiotach nigdy nie zauważył, stolec zaparty, tylko sztucznie wywoływany, nigdy nie miał być czarnym.

Chory bardzo podupadły w odżywieniu, wybitne objawy zwężenia odźwiernika, ruchy robaczkowe od lewej strony ku prawej, napinanie się ścian żołądka, czemu towarzyszy ból, dolna krzywizna na 3 palce nad spojeniem łonowem, górna na wysokości pępka; guza nigdzie wykazać nie można. W czasie obserwacji często próba benzydynowa w stolcach dodatnia mimo diety mlecznej.

Badanie treści wykazało: obok znacznej zaległości rannej, zawierającej resztki pokarmowe, przy wszystkich trzech próbach wysoką kwasotę i wybitny wolny HCL. Chorego leczylimy dużymi dawkami bismutum carbonicum przez miesiąc, bo na zabieg operacyjny się nie zgadzał, objawy zwężenia stale trwały, jak również te same cechy wyciągniętej treści.

Rozpoznanie nasze brzmiało: Stenosis pylori benigna propter ulcus ventriculi ad partem pyloricam. Chory opuścił klinikę, nie zga-

dzając się na zabieg operacyjny, i tracąc 2 kg. na wadze. Wraca jednak po dwóch miesiącach w stanie jeszcze większego podkopania odżywienia, gdyż z dalszą utratą wagi o 7 kg. i z trwającymi dalej objawami żołądkowymi, a badanie treści, obok zaległości rannych, wykazywało dalej stale przy wszystkich próbach treść silnie kwaśną i wybitny wolny HCl., jakkolwiek w porównaniu z badaniami przed 2 miesiącami o niższej nieco ilości. Rozpoznanie zostało to samo, jakkolwiek w czasie tego pobytu przy wydeciu dało się wykazać stwardnienie w okolicy odźwiernika. Chory zgodził się tym razem na zabieg operacyjny, którego dokonał w klinice chirurgicznej prof. Rydygier. Po otwarciu jamy brzusznej żołądek silnie rozdęty; w odźwierniku guz twardy, niezrośnięty z otoczeniem, ruchomy, który chirurg rozpoznał jako carcinoma pylori, wobec jednak złych sił chorego, dokonał tylko na razie gastroenterostomii.

Przypadek ten mógł zachwiać całą argumentacją, gdyż, mimo stałej kwasoty wysokiej i wolnego HCL przy wszystkich trzech próbach przez miesiące się utrzymującej, przecież było carcinoma ventriculi, jak operacja zdawała się wykazywać, a i dalszy przebieg za tem przemawiał. Chory zniósł bowiem zabieg operacyjny dobrze, przypadłości żołądkowe, od zwężenia odźwiernika pochodzące, ustały, zaczął się lepiej odżywiać i opuścił klinikę chirurgiczną z poleceniem zgłoszenia się wkrótce dla wykonania radykalnej operacji.

Chory zgłosił się do mojej kliniki w dwa miesiące dopiero po operacji w stanie ogromnego wyniszczenia i chory nowotworowej, a badanie brzucha wykazało wybitne objawy peritonitis carcinomatosa, której śladu jeszcze w czasie operacji nie było. Przebieg ten potwierdzał w całości rozpoznanie, w czasie operacji stwierdzone, i obalał rzeczywiście moje zapatrywania. Chory wkrótce umiera, a wynik sekcji wyjaśnia cały przebieg i stwierdza jeszcze raz postawioną przezemnie tezę, że stałe stwierdzenie hypersekrety przy trzech próbach, używanych w mojej metodzie, przemawia za zwężeniem dobrotliwym odźwiernika na tle wrzodu.

Sekcja dokonano (doc. Dr. Hornowski) stwierdza bowiem: *ulcus ventriculi chronicum ad pylorum* (stwierdzony też mikroskopowo) *usque ad pancreatem tendens. Carcinoma primarium pancreatis, metastases gland. mesaraic. omenti et hepatis. Peritonitis sero-fibrinosa haemorrhagica carcinomatosa.*

Dwie sprawy zatem mieliśmy u naszego chorego: wrzód żołądka zwężający odźwiernik, od którego zawisło zachowanie się

treści żołądkowej, i rak trzustki, który wpłynął na dalszy przebieg. Mimo tak dziwnego zbiegu zmian zasada została nietkniętą.

Nie powołując się na cały szereg przypadków, które, jak to wyżej wspomiałem, mimo cech, uznanych przezemnie za charakterystyczne dla »stenosis pylori maligna«, z powodu niepoddania się operacyi lub usunięcia się z obserwacyi, nie mogły służyć za dowód na poparcie mojej metody — zestawiam przypadki operowane i nieoperowane, których dalszy przebieg był mi znany, dla krótkości w następującej tabliczce. Przypadków tych jest 17. Wszystkie one przedstawiały mniejszy lub większy stopień cieśni odźwiernikowej (stenosis pylori); na czczo rano stwierdzono większe lub mniejsze zaległości (cyfra odpowiedniej rubryki w tabliczce wskazuje ilość ctm. zaległości pokarmowej), w odpowiedniej przedziałce tabliczki jest podany wynik trzech prób w jednym i tym samym dniu wykonanych, przyczem dodaję, że OK. oznacza ogólną kwasotę, HCl. kwas solny wolny, a cyfry przy nich ilość centymetrów sześciennych 1/10 normalnego ługu, czyli stopień kwasoty (Tabl. na str. 16 i nast.).

Z tych 17 przypadków, objętych tablicą, w których najmłodszy chory miał lat 32, a najstarszy 63, mimo braku prawie we wszystkich wymacalnego guza (tumoru), mogłem rozpoznać na podstawie zachowania się wolnego HCl. »stenosis pylori maligna« — i w 9 przypadkach znaleźć potwierdzenie tego rozpoznania w czasie operacyi, a w 8, co do chorych, niezgadających się na zabieg operacyjny, w dalszym przebiegu.

Przeważna część tych przypadków już przy pierwszym badaniu przedstawiała, obok objawów zwężenia odźwiernika, cechy większego lub mniejszego stopnia »niedomogi wydzielniczej«, objawiającej się często obok niewysokiej ogólnej kwasoty, rzadziej małą ilością lub brakiem wolnego HCl. w treści na czczo wydobytej, gdy po próbie śniadaniowej i obiadowej wolny HCl. był bardzo wyraźny (przypadki: IV., VII., VIII., XII.), lub tylko po próbie śniadaniowej brakło HCl. (IV., VI., VIII., XI., XV.), lub wreszcie dopiero po próbie obiadowej (III., XI.). W przeważnej zatem liczbie przypadków wystarczało właściwie dokonanie jednej (4 na 17) lub dwóch (5 na 17) prób, a tylko w małej ilości (2 na 16) trzeba było dokonać wszystkich trzech prób w jednym dniu, by stwierdzić charakterystyczną »niedomogę wydzielniczą«.

Na całą ilość przypadków podanych mamy nadto 6 (opisany na początku i V., X., XIII., XV., XVI.), w których przy pierwszym

badaniu przy wszystkich próbach, w tym samym dniu dokonanych, stwierdziłem zawsze większą lub mniejszą ilość wolnego HCl, a dopiero przy powtórznem badaniu, dokonanem w dni 4 (X.), 6 (VII), 8 (V), 10 (XII), 17 (przypadek opisany na początku) i 36 (XV), zaznaczyła się wybitnie »niedomaga wydzielnicza«, i to w 5 przypadkach zaraz przy próbie na czczo, a w jednym (IV) dopiero wybitnie przy próbie obiadowej czyli: przy drugim badaniu wystarczało przeważnie założenie sondy tylko raz jeden.

Przeważnie drugie badanie, gdy zachodzi jego potrzeba, dokonywam w 10—14 dni po pierwszym, wyzyskując ten czas na podniesienie sił i poprawę stanu chorego, dla zyskania lepszych warunków do ewentualnego zabiegu operacyjnego.

Z prób tych, powtarzanych u chorych, widzieć możemy, jak względnie szybko wśród odpowiednich warunków (najważniejsze opróżnienie zalegającej i drażniącej treści) ujawnia się w tych przypadkach niedomaga wydzielnicza. W przypadkach XVI. i XVII, w których nie było zgody na operację, widzimy, że po miesiącu obserwacji z pierwotnej stałej sekrecyi wolnego HCl. nie tylko znikł HCl., ale nawet zjawił się kwas mlekowy. Przypadek XII zasługuje jeszcze z tego powodu na podniesienie, że ilustruje nam pewne wahanie w zachowaniu funkcji chemicznej, jaką spotykamy czasami w przypadkach z »niedomogą wydzielniczą«. Widzimy n. p. że gdy w dniu 26/5 stwierdzamy stałe wydzielanie się wolnego HCl. we wszystkich próbach, w dniu 2/6 już przy wszystkich próbach jest tylko HCl. związany, a wolnego już nie ma, by znowu w dniu 7/6 HCl. wolny zjawił się po próbie śniadaniowej i obiadowej, a w dniu 20/6 stale już go brakuje.

Oto przedstawienie spostrzeżeń moich, nieulegających wątpliwości i potwierdzających moje zapatrywania, jako też świadczących, że metoda moja rozpoznawania charakteru cieśni odźwiernikowej, t. j. czy ona jest dobrotliwą czy złośliwą, ma podstawę słuszną, i jak długo lepszej nie będzie, w odpowiednich przypadkach zastosowaną być winna. Jeżeli zaś podstawa jest słuszną, to zarzut trudności przeprowadzania mojej metody, czy to w klinice, czy w praktyce prywatnej, jest niesłuszny, zwłaszcza, że jak wykazałem na zestawionych przypadkach, nieraz jedno badanie wystarcza, to jest wtedy, gdy w treści na czczo wyciągniętej nie znajdujemy wolnego HCl; nieraz tylko dwa, to jest gdy dopiero po śniadaniu próbnem brakuje wolnego HCl, gdy zaś po dwóch tych próbach jest

Nr.	Imię, nazwisko, wiek	Rok	Wywiady	Stan żołądka
I.	Anna K. lat 50.	1910	Od 1/2 roku gniecenie po jedzeniu, odbijania kwaśne, zgaga — wymiotów nie było, tylko wywoływała je chora dla ulgi przez drażnienie palcem przełyku.	W okolicy pępka brzuch wypuklony przez napinający się żołądek — dolna granica na 4 palce niżej pępka. W okolicy odźwiernika wyczuć można podłużne stwardnienie.
II.	Danyło Z. lat 45.	1902	Od roku bóle w okolicy żołądka, rozmaitego nasilenia, rozpromieniające się ku plecom. Były i wymioty, z początku samostne, w ostatnich czasach wywołuje je chory sam palcem dla ulgi, krwi ani w wymiotach, ani w stolcu nie zauważył.	Dolna granica po wydeciu ponad pępkiem, lewa strona (fundus) żołądka lekko wydecią, ruchów nie widać. W dołku podsercowym bolesność i rozlany opór.
III.	Benjam. Sch. lat 40.	1902	Choroba miała się zacząć przed 3 miesiącami bólami w dołku podsercowym po jedzeniu, odbijania kwaśne, co kilka dni wymioty. Krwi w wymiocinach nigdy nie zauważył.	Przy wydeciu żołądka górna granica żołądka na wysokości pępka, dolna na 5 palców poniżej. Wyczuwa się poprzeczną twardość guzowatą więcej w środkowej linii ciała.
IV.	Władysł. B. lat 32.	1903	W czasie służby wojskowej żółtaczka. Obecna choroba miała się rozpocząć przed 3 miesiącami bólami w okolicy żołądka, nudnościami, odbijaniem pustymi, później wymioty smaku kwaśnego. Przed 2 tyg. wymioty czarnawe, stolec miał być również czarny. Miał w tym czasie znacznie zeschupnąć i osłabnąć.	Brzuch płaski, okolica żołądka przy obmacywaniu bolesna, najwyraźniej w dołku podsercowym, poniżej proc. xiphoid. mały powierzchowny guzek (hernia epigastrica), napinania ścian żołądka nie widać, guza wymacać nie można.

Rozbiór treści	Rozpoznanie	Operacya	Uwaga
12/X na czczo (480) O. K. 58 HCl. 22 po śniadaniu O. K. 36 HCl. 0 po obiedzie O. K. 50 HCl. 34 21/X na czczo (50) O. K. 20 HCl. 0 po śniadaniu O. K. 22 HCl. 0 po obiedzie O. K. 64 HCl. 50	Stenosis pylori carcin.	Resectio pylori.	W odźwierniku podługowaty twardy guz — badanie mikrosk. carcinoma colloides.
na czczo (50 gr.) O. K. 22 HCl. + po śniadaniu O. K. 12 HCl. 0 po obiedzie O. K. 76 HCl. ++	Ulcus ventr, in carcinoma vertens.	Gastroenterostomia.	W odźwierniku guz (carcin. scirrhusum) zrosnięty z otoczeniem, że wyciąć się nie dał.
14/8 902. na czczo (1000) O. K. 22 HCl. + po śniadaniu O. K. 21 HCl. + po obiedzie O. K. 40 HCl. 0	Stenosis pylori carcin.	Gastroenterostomia.	W okolicy odźwiernika guz twardy, zrosnięty silnie z otoczeniem, w sieci dużej, tuż przy curvatura maior powiększone znacznie gruczoły.
6/11 902. na czczo (50) O. K. 5 HCl. 0 po śniadaniu O. K. 5 HCl. 0 po obiedzie O. K. 22 HCl. 0	Carcinoma ventriculi post ulcus rotund.	Gastroenterostomia modo Hacker.	Przy operacyi żołądek przesunięty przez zrosty na stronę prawą, zrosnięty z wątrobą. W pars pylorica na tylnej ścianie nowotwór zwężający nieco odźwiernik. Resectio niemożliwa. W sieci wielkiej powiększone gruczoły, wielkości orzecha lask. Kilka z nich wycięto, a badanie ich wykazuje zmiany nowotworowe

Nr.	Imię, nazwisko, wiek	Rok	Wywiady	Stan żołądka
V.	Teodor K. lat 48.	1903	Od półtora roku zaparcie stolca i kwaśne odbijania. Od roku bole w okolicy żołądka, wymioty po jedzeniu.	Brzuch płaski, ruchy żołądka zaznaczone, dolna granica 3 palce poniżej pępka. Guza wy badać nie można.
VI.	Piotr W. lat 48.	1904	Od półtora roku przypadłości żołądkowe, bole po jedzeniu, od roku wymioty, wymiotów krwawych ani stolców nie było.	Dolna granica niżej pępka, ściany napięte, widoczne ruchy żołądkowe, guza wy badać nie można,
VII.	Wasył K. lat 53.	1906	Początek choroby od roku.	Brzuch zapadły, przy obmacywaniu nigdzie nie nie prawidłowego wykazać nie można. Po wydeciu żołądka powietrzem dolna granica do pępka i wysuwa się z głębi na lewo od linii środkowej guz wielkości pomarańczy, który po wypuszczeniu powietrza znika.
VIII.	Wasył M. lat 49.	1908	Od 15 lat przypadłości żołądkowe. Okresy bólów po jedzeniu i wymioty. Od 6 mies. pogorszenie znaczniejsze. Wymiotów krwawych nie było.	Dolna granica niżej pępka. Czasami zaznaczają się ruchy żołądka. Brak bolesności przy badaniu, brak guza.

Rozbiór treści	Rozpoznanie	Operacya	Uwaga
2/3 993. na czczo (70) O. K. 20 HCl. + po śniadaniu O. K. 8 HCl. + po obiedzie O. K. 45 HCl. + 10/3 903. na czczo (120) O. K. 28 HCl. ? po śniadaniu O. K. 30 HCl. + po obiedzie O. K. 54 HCl. 0 (śląd kwasu mlekowego)	Stenosis pyl. carcinomat.	Gastroenterostomia.	Przy operacyi nowotwór w odźwierniku. Gruczoły krezkowe, już nowotworowo zajęte.
na czczo treść zaleg. O. K. 32 HCl. 8 po śniadaniu O. K. 6 HCl. 0 po obiedzie O. K. 48 HCl. 6	Ulcus ventr. in carcinoma ventens.	Gastroenterostomia.	Guz w odźwierniku wielkości jaja kurzego, gruczoły krezkowe powiększone.
28/3 1906. na czczo treść zalegająca (300) O. K. 38 HCl. 0 po śniadaniu O. K. 0.	Carcinoma ventriculi.	Gastroenterostomia (modo Hacker).	Stwierdzony guz nowotworowy w odźwierniku.
na czczo treść zalegająca O. K. 27 HCl. 11 po śniadaniu O. K. 6 HCl. 0 po obiedzie O. K. 26 HCl. 11	Stenosis pylori carcinomatosa.	Resectio pylori.	Guz w odźwierniku stwierdzony mikroskopowo jako carcin. scirrhus.

Nr.	Imię, nazwisko, wiek	Rok	Wywiady	Stan żołądka
IX.	Jan O. lat 44.	1909	Od 3 lat po jedzeniu bole, odbijania, od czasu do czasu wymioty.	Dolna granica 3 palce niżej pępka. Ściany napięte. Guza wy badać nie można.
X.	Adolf K. lat 43.	1901	Zawsze zdrow. Przed 10 laty przez dłuższy czas bole w żołądku po jedzeniu, na które ulgę przynosiło mu zażywanie sody. Po dłuższym czasie poprawa. Od 2 miesięcy pogorszenie, bole. Od 6 tyg. wymioty. Krwi ani w wymiotach ani w stolcu nie zauważył. Schudł.	Okolica żołądka przy obmacywaniu bolesna, guza nigdzie wykazać nie można, przy wydeciu dolna granica 4 palce niżej pępka.
XI.	Chaim Sch. lat 50.	1901	Przypadłości żołądkowe od kilku mies. Pierwszy objaw ból, wzmagający się z biegiem czasu, do którego przyłączyły się odbijania kwaśne, wymioty po każdym jedzeniu. Krwi ani w wymiocinach, ani w stolcu nie zauważył.	Brzuch lekko wzdęty, nigdzie niebolesny przy obmacywaniu. Dolna granica obniżona, ściana żołądka miernie napięta, guza nigdzie wy badać nie można.

Rozbiór treści	Rozpoznanie	Operacya	Uwaga
na czczo treść zalegająca O. K. 6 HCl. 0 po śniadaniu O. K. 46 HCl. 26 Wobec braku HCl na czczo już próby obiadowej nie robiono.	Ulcus ventric. in carcinoma vertens.	Resectio par- tis mediven- trici.	Na tylnej powierz- chni żołądka na małej krzywiznie guz wielkości jaja kurzego dość płas- ki, histol. bada- nie potwierdza roz- pozn. carcinoma.
13/12 1901. na czczo (180) O. K. 20 HCl. + po śniadaniu O. K. 32 HCl. ++ po obiedzie O. K. 60 HCl. ++ 17/12. na czczo (60) O. K. 8 HCl. 0 po śniadaniu O. K. 18 HCl. + po obiedzie O. K. 70 HCl. ++ 30/12. na czczo (70) O. K. 6 HCl. 0 po śniadaniu O. K. 7 HCl. 0 po obiedzie O. K. 58 HCl. +	Ulcus ventr. in carc. vert. subseq. sten. pylori.	Nie chciał się dać operować.	Zmarł w pół roku po opuszczeniu kli- niki, wśród obja- wów niezbiecie no- wotworu żoł.
24/ 12 1901. na czczo (100) O. K. 30 HCl. + po śniadaniu O. K. 20 HCl. 0 po obiedzie O. K. 64 HCl. + 27/12. na czczo (80) O. K. 12 HCl. 0 po śniadaniu O. K. 24 HCl. + po obiedzie O. K. 70 HCl. ?	Stenosis pylo- ri post ulc. in carc. vert.	Nie chciał się dać operować.	W klinice zostawał przez miesiąc, stra- cił na wadze 3 kg., objawy ciągle trwa- ły, raz wymioty fu- sowate, zmarł po kilku mies.

Nr.	Imię, nazwisko, wiek	Rok	Wywiady	Stan żołądka
XII.	Józefat B. lat 50.	1902	Chory używał sporo napojów wysokowych. Od dwóch lat pieczenia w okolicy żołądka po wypiciu wódki lub piwa. Po zaprzestaniu picia stan się poprawił — w rok jednak nawrót objawów; ból po jedzeniu, odbijania, wymioty. Przed dwoma tygodniami wymioty fusowate.	Brzuch nie wzdęty. Kontury żołądka zarysowują się na powłokach brzusznych, widoczne ruchy robaczkowe. Guza wy badać nie można.
XIII.	Mojżesz B. lat 60.	1904	Od szeregu lat ból w 1—2 godz. po jedzeniu — dolegliwości te łagodził przez dłuższy czas wywoływaniem sztucznych wymiotów. Samoistne wymioty nie występowały. Krwi ani w wymiocinach, ani w stolcu nie zauważył.	Poniżej pępka zaznaczona dolna granica żołądka. Ruchów wzmożonych nie widać, guza wy badać nie można.
XIV.	Maciej Cz. lat 50.	1906	Już przed 13 laty miał bole w dołku podsercowym i wymioty. Leczył się wtedy w klinice krak. przepłukiwaniami żołądka, poczem czuł się szereg lat zupełnie dobrze. Pijał po kilka kieliszków wódki, od sześciu mies. pogorszenie. Wystąpiła biegunka 2 mies. trwająca, a po jej ustaniu zjawiał się dawny ból, odbijania zgniłymi jajami, nudności, bez wymiotów, schudł bardzo.	Przy wydeciu dolna granica żołądka 3 palce niżej pępka. Ruchów żołądka nie widać, guza wy badać nie można.

Rozbiór treści	Rozpoznanie	Operacja	Uwaga
18/4 1902. na czczo (40) O. K. 38 HCl. 0 po śniadaniu O. K. 48 HCl. 10 po obiedzie O. K. 112 HCl. 8 24/4 1902. na czczo (40) O. K. 12 HCl. 0 po śniadaniu O. K. 22 HCl. 4. po obiedzie O. K. 28 HCl. 0	Sten. pylori carcin. prob. postulc. ventr.	Nie chciał się dać operować.	Opuszcza klinikę po kilkunastu dniach. Zmiera na carc. ventr.
29/11 1904. na czczo (70) O. K. 68 HCl. 36 po śniadaniu O. K. 42 HCl. 18 po obiedzie O. K. 97 HCl. 33 9/12 1904. na czczo (40) O. K. 16 HCl. 0 po śniadaniu O. K. 30 HCl. 10 po obiedzie O. K. 104 HCl. 24	Sten. pylori carc. post. ulc. ventr.	Nie chciał się dać operować.	Po 2 tyg. opuszcza klinikę, traci w tym czasie półtora kg. na wadze i zmiera na carc. ventr.
11/10 1906. na czczo (100) O. K. 7 HCl. 3 po śniadaniu O. K. 31 HCl. 17 po obiedzie O. K. 63 HCl. 0 27/11 1906. na czczo (60) O. K. 26 HCl. 17 po śniadaniu O. K. 15 HCl. 0. po obiedzie O. K. 82 HCl. 18	Ulc. ventr. in carc. ventr.	Nie chciał się dać operować.	Pozostawał w kli- niece 2 mies., leczo- ny przepłukiwania- mi. Stan się po- prawił, przybrał na wadze 13 kg., mi- mo to (jak lekarz donosi), poprawa nie trwała zbyt długo. Po roku zmiera na carc. ventr.

Nr.	Imię, nazwisko, wiek	Rok	Wywiady	Stan żołądka
XV.	Antoni Z. lat 68.	1909	Od 6 mies. zgaga, odbijania, bole w podżebrzu, zwłaszcza po jedzeniu, przed miesiącem czarny stolec.	Dolna granica niżej pępka, zaznaczone wzmożone ruchy, w okolicy odźwiernika guz ruchomy.
XVI.	Stefan R. lat 55.	1910	Od 6 mies. bole w dołku podsercowym, zwłaszcza po jedzeniu. Odbijania, wymiotów nie było.	W okolicy żołądka lekkie napinanie się, 2 palce powyżej pępka wyczuwa się guz twardy.

Rozbiór treści	Rozpoznanie	Operacja	Uwaga
18/1 1909. na czczo (60) O. K. 38 HCl. 26 po śniadaniu O. K. 34 HCl. 6 po obiedzie O. K. 108 HCl. 38 24/2. na czczo O. K. 22 HCl. 0 po śniadaniu O. K. 46 HCl. 30 po obiedzie O. K. 100 HCl. 58	Ulcus ventr. in carc. vert. in part. pylor.	Nie chciał się dać operować.	Zgłosił się w trzy mies. ze wszyst- kiemi cechami no- wotworu — ope- racya już nie była możliwa.
26/5 1910. na czczo (40) O. K. 32 HCl. 14. po śniadaniu O. K. 34 HCl. 20 po obiedzie O. K. 59 HCl. 33 2/6. na czczo (30) O. K. 2 po śniadaniu O. K. 16 HCl. 0 po obiedzie O. K. 3 HCl. 0 7/6. na czczo (90) O. K. 10 HCl. 0 po śniadaniu O. K. 30 HCl. 10 po obiedzie O. K. 42 HCl. 10 20/6. na czczo (50) O. K. 18 HCl. 0 po śniadaniu O. K. 16 HCl. 0 śląd na czczo kwasu mle- kowego	Sten. pylori carc.	Nie chciał się dać operować.	Szybki rozwój in- suffic. secretoria, zjawienie się kwa- su mlekowego.

Nr.	Imię, nazwisko, wiek	Rok	Wywiady	Stan żołądka
XVII.	Iwan K. lat 47.	1909	Od roku kwaśne odbijania potem wymioty, 3 razy miały być fusowate.	

Rozbiór treści	Rozpoznanie	Operacya	Uwaga
7/10 1900. na czczo (100), oddział obojęt. po śniadaniu O. K. 50 HCl. 34 po obiedzie O. K. 40 HCl. 28 11/10. na czczo (30) O. K. 10 HCl. 0 po śniadaniu O. K. 22 HCl. 16 po obiedzie O. K. 86 HCl. 58 2/10 1909. na czczo obojętne po śniad. obojętne po obiedzie O. K. 16 HCl. 0 Kwas mlekowy się zjawia. 12/11 1909. na czczo (48) O. K. 10 HCl. 0 kwas mlekowy po śniadaniu O. K. 4 HCl. 0 po obiedzie O. K. 10 HCl. 0 kwas mlekowy.	Stenonsis pylori carcinom.	Nie chciał się dać operować.	Szybki rozwój insuffic. secretoria. Zjawianie się kwasu mlekowego.

wolny HCl, wtedy dokonać musimy i badania trzeciego, to jest po próbnym obiedzie.

Podnieść przytem muszę, że w przypadkach, operowanych dla złośliwej cieśni odźwiernika, a więc po usunięciu czy to przez resekcję, czy to przez gastroentestomię przeszkody mechanicznej, ujawniała się w całej pełni insufficientia secretoria w przeciwstawieniu do zwężeń po czystym wrzodzie, w których długo trwa jeszcze hypersekrecya, jak to zaznaczyłem i podniosłem w poprzednich pracach z mojej kliniki.

Na zakończenie muszę przytoczyć przypadek, który wśród całego mego obfitego materiału stanowi wyjątek.

W dniu 19 października 1909 przyjęto do kliniki kobietę Rozalię N., lat 23 liczącą. Od 2 lat przypadłości żołądkowe. Wyniszczenie znaczne. Objawy zwężenia odźwiernika były wybitne, a badanie treści żołądkowej przedstawiało się w sposób następujący:

20/10 na czczo zaległości 50 ccm.

Pod mikroskopem kulki tłuszczu, skrobia, włókna mięsna nadtrawione, czwórniak (sarcina) O. K. 45, HCl. 40.

Po śniadaniu O. K. 16, HCl. 6.

Po obiedzie O. K. 33, HCl. 0.

26/10 na czczo zaległości 370 ccm. O. K. 60. HCl. 40.

Po śniadaniu O. K. 10, HCl. 0.

Po obiedzie O. K. 70, HCl. 0.

Na podstawie tego badania rozpoznano stenosis pylori maligna, przeniesiono chorą do kliniki chirurgicznej, a prof. Rydygier dokonał wycięcia odźwiernika, który był silnie zgrubiały.

Badanie treści żołądkowej w miesiąc po operacji wykazało stale treść obojętną, a więc takie zachowanie, jakie stwierdzamy zwykle po usunięciu przeszkody mechanicznie złośliwej.

Wycięta część żołądka wraz z odźwiernikiem tak się przedstawiała (Doc. Dr Hornowski): ściana żołądka w całości zgrubiała, to jest wszystkie jej warstwy, szczególnie jednak zgrubiała błona śluzowa, która jest przytem pofałdowaną. Fałdy idą promienisto ku odźwiernikowi i nie dają się rozciągnąć, pozatem cała błona śluzowa na powierzchni swojej jest »groszkowata« w dość grube, gdzieniegdzie znacznie ponad powierzchnię wystające groszki, tak że koło samego odźwiernika i w samym odźwierniku znajdujemy już twory polipowate.

Odźwiernik w całości zgrubiały, błona jego śluzowa układa

się we fałdy znacznie wystające ponad powierzchnię i przylegające do siebie.

Na przedniej ścianie żołądka znajdujemy koło odźwiernika o wrzodzenie wielkości 10halerzowki, dość głębokie, drążące w błonę śluzową, i o osi skierowanej ku dwunastnicy. Poniżej tego owrzodzenia znajdujemy owrzodzenie drugie, nieco mniejsze od poprzedniego, które drąży aż pod błonę śluzową odźwiernika, i pod nią pomiędzy fałdami zgrubiałej błony śluzowej otwiera się do dwunastnicy za pomocą otworu dość szerokiego; wygląda to w ten sposób, iż silnie zgrubiała i pofałdowana błona śluzowa odźwiernika tworzy niejako mostek. W dwunastnicy błona śluzowa jest również nieco zgrubiała. Badanie mikroskopowe skrawków z różnych miejsc wziętych nigdzie nie wykazuje takiego bujania przybłonka, któreby wskazywało na charakter złośliwy. Nabłonek wygląda dobrze, i jest wyraźnie od błony podśluzowej odgraniczony, komórki jego prawidłowe, nie wykazują nigdzie figur karyokinetycznych, miejscami widzimy znaczne zgrubienia błony śluzowej, jak przy nieżycie przerostowym, miejscami brak nabłonka. Nacieki zapalne znajdujemy tak wśród błony śluzowej, jak i podśluzowej, i w warstwie mięsnej. Wśród nacieków zapalnych nader liczne komórki eozynochłonne. Te same komórki spotykamy także wśród nabłonka i wśród mięśni, im jednak dalej od nacieku drobnokomórkowego zapalnego, tem tych komórek eozynochłonnych mniej, i są one bardziej porzrzucane. Tu i ówdzie wśród ognisk zapalnych, szczególnie w błonie śluzowej, rzadko w podśluzowej, spotykamy komórki olbrzymie o znacznej ilości jąder, ułożonych obwodowo, pozatem komórki epitheloidalne. W gruczołach (wyjętych w czasie operacji) nie znajdujemy również miejsc, któreby wskazywały na przerzuty, tu i ówdzie znajdujemy tylko komórki olbrzymie.

Tak zatem makroskopowe jak i mikroskopowe badanie wyciętego odźwiernika i wyjętych gruczołów nie wykazało nigdzie utkania nowotworowego, jak tego należało się spodziewać na podstawie zachowania się treści żołądkowej, tylko czysty wrzód żołądka i dwunastnicy, boć ani obfitej ilości ciałek eozynochłonnych (które nieraz w sąsiedztwie nowotworu rzeczywiście spotykamy), ani stwierdzonych olbrzymich komórek, za zapowiedź mającego się rozwinąć nowotworu nie można uważać. Wprawdzie, opierając się na pracy Jedlički¹, mógłbym uciec się do tłumaczenia, że nieraz bardzo

¹ Zur operativen Behandlung des chron. Magengeschwürs, Prag 1904.

trudno znaleźć we wrzodzie okrągłym żołądka mikroskopowe ognisko rakowe, że więc i w naszym przypadku ono było, ale przy badaniu uszło uwagi; ale wolę przyjąć, że przypadek opisany nie odpowiada warunkom mojej metody, że na szereg przypadków dodatkowych stanowi wyjątek. Nie czyni to ujmy mojej metodzie, podobnie jak poszczególne wyjątki nie naruszają znaczenia metod biologicznych. Dość przytoczyć w tym względzie wyjątki dla próby Wassermana przy kile, Widala przy durze brzusznej i t. d., a jednak stosujemy te metody badania i stosować mamy obowiązek.

Kończąc, mam prawo na podstawie dalszych moich spostrzeżeń powiedzieć, że metoda moja rozpoznawania charakteru cieśni odzwierciadkowej ma uzasadnioną podstawę, jest popartą dalszym szeregiem spostrzeżeń, i że jak długo lepszej nie będzie, w odpowiednich przypadkach zastosowaną być winna.
